

Er ávinningur af fleiri keisaraskurðum?

Á síðustu 25 árum hefur hlutfall fæðinga með keisaraskurði meira en tvöfaldast á landsvísi. Allt fram undir síðasta þriðjung 20. aldar var hlutfallið lágt, um 1,5-3% fæðinga. Þá fóru keisarafæðingar að verða öruggari og um leið tíðari. Hlutfallið var komið í 8% um 1980 (1), fór í 13-14% um 1990, en hækkaði síðan eins og á Norðurlöndum og víða í Evrópu enn meira á síðasta áratug upp í 18-19% sem er meðaltíðni undanfarinna ára (2, 3). Fjölgun aðgerða hefur tekið til bæði valkeisaraskurða (fyrirfram ákveðnir: um 40%) og bráða- eða neyðarkeisaraskurða (gerðir eftir að fæðing hefst: um 60%). Í sumum nágrannaríkjum okkar austan- og vestanhafs (Bandaríkjunum, Bretlandi, Þýskalandi) fæðir nú fjórða hver kona um kvíðristu (sectio caesarea, dregið af gullaldarlatínu: a caeso matris uteri, frá ristun á leg móður) og svipaðar tölur hafa sést hér á landi (2, 3). Alls fæða milli 680-750 konur árlega með þessu móti og þetta er því ein algengasta skurðaðgerð á Íslandi. Aðgerðir eru gerðar á fjölbreyttum ábendingum sem snerta bæði móður og barn eða bæði. Tilgangurinn er að tryggja betri fæðingarleið með heilbrigði móður og barns í huga, þar sem ætlað er að það eigi við. Á sama tíma og hlutfall fæðinga með keisaraskurði hefur hækkað hefur burðarmálsdauði á Íslandi lækkað að minnsta kosti fimmfalt (3). Þar á milli er þó ekki einfalt samband vegna þess að keisaraskurðir eru einungis einn margra þátta sem hafa áhrif á lifun ófæddra og nýfæddra barna.

Konur sem gangast undir keisaraskurð eiga á hættu að verða fyrir fylgikvillum sem geta fylgt stórum holskurði (4). Fram hjá því verður ekki litið. Þær eru að vísu á besta æviskeiði og flestar hraustar, þola aðgerðina yfirleitt vel og jafna sig fljótt. Þess vegna eru alvarlegir fylgikvillar ekki algengir, einkum ef beitt er nauðsynlegum forvörnum gegn sýkingum og blóðsegamyndun. Samt er þetta inngríp í náttúrulegt ferli þungunar og barneigna og það er stutt frá heilbrigði í verulegan vanda ef alvarlegir fylgikvillar verða. Keisarafæðing er líka dýr. Hver aðgerð kostar samkvæmt DRG-útreikningum að meðaltali um 495.000 krónur, enda meðallegutími talsvert lengri en eftir eðlilega fæðingu sem kostar aðeins um 153.000 krónur. Samkvæmt þessu kostuðu keisaraaðgerðir á Íslandi um 350 milljónir króna á síðasta ári. Komi til alvarlegra fylgikvillar verður raunkostnaður mun hærri. Valaðgerðum fylgja tiltölulega fá vandkvæði og þau eru oft minniháttar, en bráðum aðgerðum fylgir mun meiri áhætta,

einkum ef konan er komin langt í fæðingu eða ef neyðaraðgerð þarf. Þá getur heildartíðni fylgikvilla orðið um 40% ef allt er talið (4). Fæðing hefur fram að bráðaaðgerð oft verið langdregin, skoðanir um leggöng endurteknar og sýkingahætta því aukin. Skorið er gegnum bjúgkenndan og mjúkan vef sem rifnar auðveldlega í átt að legæðunum þegar verið er að ná fram barnshöfði sem er kýlt niður í grindarinnangang. Blóðtap getur orðið mikið og aðgerðin erfið með augljósum áhættum fyrir móðurina. Hærri meðalaldur mæðra og meiri tilhneiging til offitu hafa enn aukið hættu á fylgikvillum á síðari árum (5, 6). Miðað við eðlilega fæðingu fá konur að minnsta kosti fjórum sinnum oftar blóðsega. Sýkingar í legi og skurðsári eru töluvert algengari, jafnvel með sýklalyfjaförvörn. Nálæg líffæri geta orðið fyrir áverka. Sjúkrahúsvist er mun lengri en eftir fæðingu um leggöng. Það þarf meiri verkjalyf og mörgum konum finnst reynsla af keisarafæðingu síðri en að geta fætt um fæðingarveg. Öndunarvandkvæði nýbura eru algengari þegar barnið er hrifið án fyrirvara úr móðurkviði (7, 8). Ör í legi eykur hættu á legvöðvagliðnun og jafnvel legbrestri í næstu meðgöngu og fylgjufesta verður oftar afbrigðileg (4, 7). Nýleg rannsókn bendir til að óskýrðar andvana fæðingar aukist í síðari meðgöngu (9). Aðgerðin er því bæði miklu dýrari fæðingarleið fyrir samfélagið og langt í frá hættulaus.

Eðlilegt er því að skoða hvað hefur unnist við þessa hægfara og sumpart óhjákvæmilegu aukningu og þá einkum hvort keisarafæðing við fulla meðgöngu skili þeim ávinningi í heilbrigði mæðra og barna sem að er stefnt. Hversu langt má ganga í fjölgun á keisaraskurðum til þess að ávinningur fari að verða óviss og jafnvel leiða til ófyrirséðra vandkvæða? Fyrir tveim áratugum voru rök færð fyrir því að tíðni nálægt 18% tengdist batnandi lifun og heilbrigði barnanna (10). Ef svo væri er hlutfall keisaraskurða á Íslandi nú um það bil rétt. Umræðan síðustu 20-30 ár sýnir þó að erfitt er að finna ákveðna viðmiðun. Jafnvel 12-15% viðmiðun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunar (11) er háð aðstæðum í mismunandi menningarsamfélögum og dómur um hvað telst „rétt“ hlutfall keisarafæðinga þarf að byggjast á kerfisbundnu og nákvæmu mati á ástæðum og aðstæðum sem leiddu til aðgerðarinnar (12). Í huga margra úti í samfélaginu sýnist keisaraskurður auðfengin lausn á margvíslegasta vanda sem upp getur komið í meðgöngu eða fæðingu, ekki síst eftir á að hyggja ef fæðing



Reynir Tómas Geirsson

reynir@landspitali.is

Are more caesarean sections of any advantage?

Reynir Tómas Geirsson, MD, PhD, FRCOG, Professor/Chairman, Department of Obstetrics and Gynecology, Womens' Clinic, Landspítali University Hospital, Hringbraut, Iceland.

Höfundur er sviðstjóri Kvennasviðs Landspítala.

hefur ekki gengið sem skyldi. Margir telja sjálfgefið að keisaraskurður þýði að móður og barni eigi að vegna vel og að fylgkivilla megi rekja til mistaka fæðingarlækna. Þá er að verða algengara að konur óski eftir fæðingu með valkeisaraskurði vegna ótta við að fæðing geti skaðað barnið eða þær sjálfar, til dæmis með því geta leitt til þvag- eða hægðaleka eða breytt kynlífi. Þriðjungur breskra kvenna í hópi fæðingarlækna mundu óska eftir valkeisaraskurði með svona atriði í huga (13), þó svo sé ekki í Danmörku (14). Til er fólk erlendis sem kys valkeisaraskurð fyrir tímann til að reyna að forðast þan og möguleg útlitslýti á kviðvegg. Íslenskum fæðingarlæknum til hróss má upplýsa að meðal félagsmanna fagfélagsins er keisaraskurðatiðni aðeins 2% hjá konum og 10,6% hjá eiginkonum karlanna (Reynir T. Geirsson, upplýsingar frá félagsmönnum Félags íslenskra fæðingar- og kven-sjúkdómalækna 2004).

Ýmislegt fleira hefur orðið til að auka tíðnina á síðari árum. Miklu kann að skipta að læknisfræðilegar ákvarðanir geta markast af ótta við málssóknir ef illa fer, ekki síst í fæðingarfræði. Ein slembivalsrannsókn fyrir fimm árum (15) hefur leitt til þess að nú er oftast beitt keisaraskurði við sitjandi aðkomu barns þó sú rannsókn hafi sætt gagnrýni. Svipuð rök eru svo heimfærð á fyrirbura-fæðingar og fleirbura þó gagnreynda þekkingu skorti. Erfitt er að draga í land með sumt af þessari þróun, en í öðru mætti vel endurmeta stöðuna. Dæmi um slíkt eru keisaraskurðir við fæðingar fyrir tímann og hin vaxandi tilhneiging til að skera konuna á ný eftir einn keisaraskurð (12).

Langflestir keisaraskurðir fara fram þegar konan er fullmeðgengin (≥ 37 vikna meðgöngulengd) og hjá börnum með fæðingarþyngd ≥ 2500 g. Aðgerðin er þá oftast gerð vegna atlaðs misræmis í stærð fósturs og fæðingarvegs, til að ljúka langdreginni fæðingu sem hefur stöðvast, við afbrigðilega aðkomu barns, vegna fyrri keisaraskurðar og ekki síst til að forða barninu frá meintri hættu á súrefnisskortri og fósturköfnun í fæðingu. Um síðasttöldu ástæðuna gildir að ef svo væri ætti burðarmálsdauði að hafa lækkað um leið og keisarafæðingum fjölgaði, enda er grunur um fósturköfnunarástand algengur og blandinn ógn í huga verðandi foreldra og jafnvel fagfólks.

Í þessu tölublaði *Læknablaðsins* birtist grein sem sýnir að ávinningur í lækun burðarmálsdauða er ekki fyrir hendi við fulla meðgöngulengd (3). Fleiri keisaraskurðir hafa ekki leitt til meiri lifunar barnanna þegar á heildina er litið, en margfaldað líkurnar á að næsta fæðing konunnar verði líka með keisaraskurði. Því skiptir máli að keisaraskurðir séu gerðir vegna góðra lækisfræðilegra og fæðingarfræðilegra ábendinga, ekki síst í fyrstu

meðgöngu. Þó burðarmálsdauði á Íslandi sé nú með því lægsta sem nokkurs staðar sést (2, 3), virðist sem þá breytingu megi ekki nema að litlu leyti rekja til þess að fleiri keisaraskurðir hafi verið gerðir á síðustu 15 árum. Þar skipta meira máli mun betri fósturgreining, bætt meðhöndlun yfirvofandi fyrirburafæðinga og ekki síst sífellt fullkomnari meðferð nýbura sem fæðast fyrir tímann eða sem léttburar (< 2500 g). Hugsanlegt er að tíðari keisaraskurðir við fyrirbura- og fleirburafæðingar geti hafa haft einhver áhrif til bóta. Það er þó hvergi nærri sannað og vegur ekki þungt í heildartölum, þar sem einungis 6% fæðinga eru fyrir tímann og keisarafæðingar ættu fyrst og fremst að skipta máli meðal minnstu fyrirburanna sem koma úr 2-3% fæðinga.

Þessi nýja íslenska rannsókn tók til nær 65.000 fæðinga og þar af yfir 8300 keisaraskurða. Heildartíðni keisaraskurðanna hækkaði marktækt úr 11,6% í 18,2% á rannsóknartímabilinu og meðal fullgenginna mæðra með einbura úr 10,4% í 16,7%. Meðal frumbyrjanna jókst keisaratiðni úr 11,5% í 17,6%. Sú staðreynd að ekki sást merkjanleg fylgni við lækandi burðarmálsdauða þegar meðganga var fullgengin er í samræmi við niðurstöður flestra erlendra rannsókna á síðustu árum. Þar hefur ekki verið hægt að sýna að fleiri keisarafæðingar lækki tíðni heilalömunar nýbura (cerebral palsy) eða alvarlegs sjúkleika og dauða vegna fósturköfnunar (17, 18) sem mest er um vert að fara til betra horfs. Hin fáu dauðsföll sem verða á hverju ári meðal fullburða barna er ekki unnt að sjá fyrir nema í tiltölulega fáum tilvikum og ekki er líklegt að þeim megi afstýra með keisaraskurði (3, 12). Heilalömun skýrist heldur ekki af súrefnisskortri í fæðingu nema í um 10% tilvika (19). Þessar niðurstöður benda því til þess að fjölgun keisaraskurða frá því landsmeðaltali sem nú er muni engu breyta. Niðurstöður fagrýni á fæðingum með eftirfylgjandi átaki til að draga úr keisaraskurðum styðja þetta, erlendis sem hérlandis (2, 12). Þó tölurnar séu lágar hefur verið unnt að fækka keisaraskurðum á Norðurlandi og halda í við fjölgunina á Landspítala (þar sem flestar áhættufæðingar fara fram) án aukningar afstýranlegra andvana fæðinga eða nýburadauða.

Hámarki raunhæfrar keisaraskurðatiðni gæti því verið náð nú við 17-19% fæðinga. Inni í því hlutfalli væri hugsanlegur ávinningur sem tæki til nokkurra minnstu fyrirburanna og barna með verulega vaxtarskerðingu í móðurkviði, ávinningur vegna sumra mjög stórra barna sem skaddast síður í keisarafæðingu (en er erfitt að greina fyrirfram) og hjá litlum hluta þeirra barna sem eru í sitjandi stöðu, einhverjum fleirburanna og stöku annarra barna í sérstökum áhættuhópum. Raunverulegur

ávinningur tæki því aðeins til lítills hóps þeirra barna sem fæðast með kviðristu. Ókostir við marga keisaraskurði til að bjarga fáum börnum og mæðrum frá skaða eru hins vegar fylgikvillar stórra aðgerða og kostnaður samfélagsins. Hér er vandrataður meðalvegur í flóknu samspili fagaðila, skjólstæðinga og margháttaðra ytri aðstæðna sem ýmist kalla á aukningu aðgerða eins og reyndin hefur verið síðasta aldarfjórðung eða hvetja til þess að haldið sé í það megin markmið fæðingarhjálpur að sem flestar konur geti fætt börn sín með eðlilegum hætti.

Heimildir

- Hallgrímsson JP. Keisaraskurður. Þrettánda hvert barn fæðist á þann hátt. Heilbrigðismál 1980; 2: 5-7.
- Geirsson RT, Pálsson G, Bjarnadóttir RI, Harðardóttir H. Skýrsla frá Fæðingaskráningunni fyrir árið 2003. Kvinnadeild LSH 2004. www.landspitali.is
- Jónsdóttir G, Bjarnadóttir RI, Geirsson RT, Smárason A. eru tengsl á milli tíðni keisaraskurða og burðarmálsaða á Íslandi undanfarnir 15 ár? Læknablaðið 2006; 92: 191-5.
- Zelop C, Hefner LJ. The downside of cesarean delivery: short- and long-term complications. Clin Obstet Gynecol 2004; 47: 386-93.
- Sebire NJ, Jolly M, Harris JP, Wadsworth J, Joffe M, Beard RW, et al. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 28713 pregnancies in London. Int J Obes 2001; 25: 1175-82.
- Miles TD, Gooch J, Santolaya J. Obesity as an independent risk factor for infectious morbidity in patients who undergo cesarean delivery. Obstet Gynecol 2002; 100: 959-64.
- Capeless E, Damron DP. Cesarean delivery. UpToDate 2005. www.uptodate.com
- Zanardo V, Simbi AK, Franzoi M, Solda G, Salvadori A, Trevisanuto D. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective cesarean delivery. Acta Paediatr 2004; 93: 643-7.
- Smith GCS, Pell JP, Dobbie R. Cesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. Lancet 2003; 362: 1779-84.
- Leveno KJ, Cunningham FG, Pritchard JA. Cesarean section: An answer to the House of Horne. Am J Obstet Gynecol 1985; 153: 838-44.
- World Health Organisation. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 2: 436-7.
- Robson MS. Can we reduce the cesarean section rate? Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2001; 15: 179-94.
- Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. Survey of obstetricians' personal preference and discretionary practice. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1997; 73: 1-4.
- Bergholt T, Ostberg B, Legarth J, Weber T. Danish obstetricians personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: a nation-wide postal survey. Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83: 262-6.
- Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR, for the Term Breech Trial Collaborative Group. Planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Lancet 2000; 356: 1375-83.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. National Evidence-Based Clinical Guidelines. Cesarean section. London 2004. www.rcog.org.uk
- Clark SL, Hankins GDV. Temporal and demographic trends in cerebral palsy - Fact and fiction. Am J Obstet Gynecol 2003; 188: 628-33.
- Foley ME, Alarab M, Daly L, Keane D, Macquillan K, O'Herlihy C. Term neonatal asphyxial seizures and peripartum deaths: lack of correlation with a rising cesarean delivery rate. Am J Obstet Gynecol 2005; 192: 102-8.
- Greenwood C, Newman S, Impey L, Johnson A. Cerebral palsy and clinical negligence litigation: a cohort study. BJOG 2003; 110: 6-11.



Tuttugu ára þyrlusveit

Þann 20. febrúar síðastliðinn var því fagnað að 20 ár voru liðin frá því þyrlusveit lækna var formlega stofnuð en þá höfðu lækna sinnt þyrflugi með Landhelgisgæslunni um nokkurra mánaða skeið. Af þessu tilefni var haft

samband við alla þá 54 lækna sem tekið hafa þátt í þessu starfi og á myndinni má sjá þá sem komust í partíið. Annar frá vinstri á myndinni er Ólafur Jónsson sem er eins konar guðfaðir sveitarinnar en hann var yfirlæknir

á svæfingadeild Borgarspítala þegar þyrlusveitin var stofnuð og hvatti mjög til þessa gifturíka samstarfs lækna og Landhelgisgæslunnar sem hefur fyrir löngu sannað gildi sitt og mikilvægi fyrir landsmenn alla.