
Ultralydundersøkelse som rutine i svangerskapsomsorgen

REDAKSJONELT

BERGSJØ P

Ideelt sett bør hver ny metode for undersøkelse og behandling innen medisinen prøves ut ved kontrollerteundersøkelser før den introduseres i alminnelig praksis. I virkeligheten er det vel bare farmasøytiskespesialpreparater som oppfyller dette kravet til testing før de kommer i salg. I vel ti år har de regionale komiteer for forskningsetikk hatt en viktig kontrollfunksjon, men bruk av ultralyd i svangerskapet kom gradvis, lenge før deetiske komiteer ble etablert.

HOLDNINGER OG PRAKSIS I NORDEN

Nytten av ultralyd som diagnostisk hjelpemiddel under svangerskap har aldri vært bestridt. Diskusjonen har vært omhvordt alle burde undersøkes, eller bruken begrenses til bestemte indikasjoner. Holdninger og praksis har vært noeforskjellige i Danmark, Norge og Sverige, med norske gynekologer som de mest entusiastiske pådrivere for alminneligscreening. Alt i 1986 ble så å si alle gravide i Norge undersøkt med ultralyd minst én gang hver, mens 20% av degravide i Danmark så sent som i 1990 ikke ble undersøkt med ultralyd (1). I Sverige var holdningen lenge avventende, men nå har Riksdagen vedtatt at alle gravide skal informeres om muligheten til å gjennomgå undersøkelsen, og hva det innebærer med tanke på diagnostikk av fosterskader (2).

Den norske konsensuskonferansen om ultralyd i 1986 gav grønt lys for tilbud om organisert ultralydscreening til allegravide i Norge, noe som i løpet av kort tid ble etablert praksis. Dette ble ikke fulgt opp med tilstrekkeligforhåndsinformasjon, og så sent som i mars 1995 påpekte et nytt konsensuspanel at det fortsatt er utilstrekkeliginformasjon til den gravide, og at undersøkelsen i stor utstrekning oppfattes som obligatorisk (3).

Omfattende bruk av høyteknologisk utstyr i medisinsk diagnostikk bør følges med periodiske undersøkelser som ledd i vanlig kvalitetskontroll. Bjørn Backe har fulgt bruken av ultralydundersøkelse hos gravide i Norge i tidsrommet 1986-94 og presenterer resultatene i dette nummer av Tidsskriftet (1). I 1986 sammenliknet vi bruken mellom steder der det var screeningtilbud, og steder der ultralydundersøkelse ble brukt mer tilfeldig, uten å finne noen vesentlig

forskjell (4). To år senere viste det seg at den organiserte screening resulterte i færre undersøkelser per kvinne, en klar gevinst ihvert fall når det gjaldt ressursbruk (5). I Danmark i 1990 var forholdet det motsatte: På steder der de hadde screening, var det flere undersøkelser per kvinne enn der de ikke hadde screening. En slik sammenlikning lar seg ikke lenger gjøre i Norge, fordi tilbudet om screening nå finnes nesten overalt.

Backes undersøkelser viser at praksis har vært omtrent uforandret fra 1988 til 1994. Det fremgår av Backesundersøkelse at det er forskjeller mellom helseregionene, idet kvinnene i helseregion 2 har 2,44 undersøkelser persvangerskap, mot 1,98 for kvinnene i helseregion 4. Den lille forskjellen som er registrert, er at en økende andel av de gravide (46% i 1994) ble undersøkt bare én gang under svangerskapet. Det gjennomsnittlige antall undersøkelser persvangerskap var uforandret; 2,2. Dette er minimumstall, da mange kvinner sikkert får utført flere undersøkelser uten at det registreres.

EFFEKT AV SCREENING

Nå mottar 99% av de gravide tilbudet om ultralydscreening. Mange og grundige undersøkelser har ikke påvist noen helseskade hos fostre som blir utsatt for ultralyd. Risikomessig er det derfor ingen grunn til å avstå fra ultralydundersøkelse, og det er ingen tvil om at mødre og fedre har stor glede av å se sitt ufødte barn, levende på skjermen. Noen klar medisinsk nytteeffekt av screeningen er derimot ikke godtgjort. Apparatene er blitt bedre og bedre, og undersøkernes gjennomgående blitt flinkere. Dette har ført til at en rekke strukturelle avvik eller misdannelser påvises ved rutineundersøkelsen i 17.-18. uke. Slike funn kommer nesten alltid som et sjokk på foreldrene, som får et nytt problem: Skal moren begjære svangerskapsavbrudd eller ikke? Abort av fostre som ellers ville dødd perinatalt, oppleves av mange foreldre som det minste ondet når de først har kommet i en slik situasjon. Vanskeligere er valgenesom gjelder påviste ikke-letale misdannelser.

Den andre påviste effekten av screening er endret terminfastsettelse i en del tilfeller, der menstruasjonsdatering og morens opplysninger ikke er fullt pålitelige. At andelen overtidige svangerskap derved reduseres, skyldes dels en endret definisjon av begrepet overtidighet (6). Overvåkingen og beslutningene for de overtidige svangerskap bør etter min mening bero på klinisk vurdering, uavhengig av om man bruker den ene eller den andre definisjonen. Med fornuftige regler skulle ikke ulike måter å definere overtid på influere på hyppigheten av induksjon av fødsel eller keisersnitt.

Backe påpeker at hyppigheten av dødsfall omkring fødsel nå er så lav at det vil være praktisk umulig å visestatistisk forskjell med det ene eller andre opplegg for ultralydundersøkelser. På den annen side skulle ethøyt teknologisk tilskudd til svangerskapsomsorgen, dersom det hadde hatt effekt, gitt utslag i form av forskjeller i en eller annen variabel, det være seg hyppighet av keisersnitt, induksjon av fødsel, hvordan det går med tvillinger, fordeling av apgarpoeng hos nyfødte eller overflytning til neonatal intensivpleie. Da slike forskjeller har vært vanskelige å påvise i de randomiserte undersøkelser som er gjort, må vi i det minste være nøkterne når vi presenterer dette tilbudet til de gravide.

Per Bergsjø

LITTERATUR

1. Backe B. Rutinemessige ultralydundersøkelser i svangerskapsomsorgen i Norge, 1994. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2314-5.
 2. Socialstyrelsen. Hälsovård före, under och efter graviditet. SoS-rapport 1996: 7. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996.
 3. Bruk av ultralyd i svangerskapet. Konsensuskonferanse, rapport nr. 9 fra Komitéen for medisinsk teknologivurdering. Oslo: Norges forskningsråd, 1995.
 4. Backe B, Jacobsen G, Bakketeig LS, Bergsjø P. Bruk av ultralyd ved norske fødeinstitusjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 1987; 107: 471-3.
 5. Backe B, Nafstad P, Saetnan AR. Reduced use of diagnostic obstetric ultrasound in Norway. Result of consensus panel recommending routine screening in pregnancy? Acta Obstet Gynecol Scand 1990; 69: 649-50.
 6. Bergsjø P. Hvordan bestemmer vi svangerskapets varighet? Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 3417-9.
-

Publisert: 20. juni 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2025. Lastet ned fra tidsskriftet.no 27. desember 2025.