

## Forløsningsmåte for kvinner med ileoanal anastomose

Både Bjørn Moum i Tidsskriftet nr. 3/2001 (1) og Nils Hovdenak & Ellen Schlichting i 1998 (2) anfører i sine artikler at vaginalforløsning hos kvinner med ileoanal anastomose kan forløpe ukomplisert. Erfaringene fra 88 forløsninger hos 70 kvinner ved Mayo-klinikken støtter dette syn, ved å rapportere om bevart kontinens for avføring etter 66 vaginale forløsninger (3). Metcalf og medarbeidere (4) omtaler seks forløsninger, hvor man hos de fire som ble vaginalt forløst, anla mediolateral episiotomi. Alle hadde bevart kontinens for avføring etter forløsning. To ble forløst med elektivt sectio. Diskusjonen konkluderer med at forløsningsmåte må individualiseres. Dersom ingen obstetriske eller kirurgiske kontraindikasjoner foreligger, kan vaginal forløsning forsøkes.

I forbindelse med livskvalitetsundersøkelsen for pasienter med ileoanal anastomose (5) fikk undertegnede opplysninger fra noen av kvinnene om at de hadde fått informasjon av sin kirurg eller gynekolog om at ved forløsning skulle de ha sectio. Så vel kvinnen som helsevesenet har investert mye i en velfungerende ileoanal anastomose, og utgangspunktet bør derfor være elektivt sectio. Ønsker kvinnen vaginalforløsning og man ikke finner kontraindikasjoner, bør også de mulige uønskede utfall opplyses om. Tarminnholdets konsistens er fra vanntynn til grøtet, og analsfinkterfunksjonen er derfor svært sårbar for god funksjon hos denne pasientgruppen.

Jar

Annette Larsen

### Litteratur

1. Moum B. Svangerskap og fødsel ved ulcerøs kolitt og Crohns sykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 322–5.
2. Hovdenak N, Schlichting E. Inflammatorisk tarmsykdom og graviditet. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1201–3.
3. Nelson H, Dozois RR, Kelly KA, Malkasian GD, Wolff BG, Ilstrup DM. The effect of pregnancy and delivery on the ileal pouch-anal anastomosis functions. Dis Colon Rectum 1989; 32: 384–8.
4. Metcalf A, Dozois RR, Beart RW, Wolff BG. Pregnancy following ileal pouch-anal anastomosis. Dis Colon Rectum 1985; 28: 859–61.
5. Larsen A, Hole KH. Livssituasjonen for pasienter operert med ileoanal anastomose. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3892–5.

## B. Moum svarer:

I sin kommentar til min (1) og Hovdenak & Schlichtings (2) artikkel understreker Annette Larsen med henvisning til to artikler at forløsning ved ulcerøs kolitt for kvinner operert med ileoanal anastomose må individualiseres. Dersom det ikke foreligger noen kontraindikasjoner, kan vaginal forløsning forsøkes. Dette bør ut fra den foreliggende litteratur være en selvfølgelig konklusjon. Likeså skal kvinnen informeres om muligheter og prognose ut fra hva vi i dag har av dokumentasjon.

Litteraturen er imidlertid klar i sine anbefalinger. Siden det ikke foreligger dokumentasjon på uheldige virkninger av vaginal fødsel på pouchfunksjonen, dvs. etterfølgende inkontinens, bør ikke elektiv sectio være noe førstevalg (3–6). Larsens argumentasjon for det motsatte syn synes derfor noe underlig. Informasjon fra noen pasienter i en livskvalitetsundersøkelse (7), som hadde fått opplyst fra gynekolog eller kirurg at de ved fødsel skulle ha sectio, tas til inntekt for at elektiv sectio bør være førstevalget for denne gruppen av fødende kvinner. Forhåpentligvis har denne anbefalingen vært begrunnet ut fra en klinisk vurdering av pasienten, og ikke en generell holdning at alle med ulcerøs kolitt og ileoanal anastomose bør få utført sectio.

Larsens kommentar understreker imidlertid betydningen av at man ved ulcerøs kolitt så vel som ved Crohns sykdom må tilråde et nært samarbeid mellom flere spesialiteter, i dette tilfellet indremedisinsk og kirurgisk gastroenterolog og gynekolog.

Fredrikstad

Bjørn Moum

### Litteratur

1. Moum B. Svangerskap og fødsel ved ulcerøs kolitt og Crohns sykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 322–5.
2. Hovdenak N, Schlichting E. Inflammatorisk tarmsykdom og graviditet. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1201–3.
3. Juhasz ES, Fozard B, Dozois RR, Ilstrup DM, Nelson H. Ileal pouch-anal anastomosis function following childbirth. An extended evaluation. Dis Colon Rectum 1995; 38: 159–65.
4. Subhani JM, Hamilton MI. Review article: the management of inflammatory bowel disease during pregnancy. Aliment Pharmacol Ther 1998; 12: 1039–53.
5. Modigliani R. Fertility, pregnancy and breastfeeding. I: Jarnerot G, Lennard-Jones J, Truelove S, red. Inflammatory bowel disease. Malmö: Corona AB og ASTRA, 1992: 539–49.
6. Egan LJ, Sandborn WJ. Drug therapy of inflammatory bowel disease. Drugs of today 1998; 34: 431–46.
7. Larsen A, Hole KH. Livssituasjonen for pasienter operert med ileoanal anastomose. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3892–5.

## Bør jernpreparater reseptbelegges?

I Tidsskriftet nr. 4/2001 har Berit Borch-Johnsen & Anton Hauge en engasjert artikkel om hemokromatose og jernpreparater (1). Jeg er enig i hovedkonklusjonen, nemlig at jernpreparater bør reseptbelegges. Artikkelene inneholder imidlertid noen utsagn som berettiger en kommentar.

Det hevdes at primær hemokromatose er «meget», henholdsvis «sterkt» underdiagnostisert. Denne påstanden bygger på to forhold: For det første at 0,5 % av den norske befolkning er homozygot for C282Y-mutasjonen, og dernest at «i den store Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag i 1995–97 (HUNT) kjente < 5 % av de homozygote sin diagnose på forhånd». Den homozygote tilstand er ikke noen *diagnose*, det er en *genotype*. Det er en kortslutning å sette likhetstegn mellom genotype og fenotype. Som for andre arvelige sykdommer kan genekspresjonen påvirkes både av andre gener og av miljøfaktorer. Det pågår en diskusjon internasjonalt om hvor mange av de homozygote som har eller står i fare for å utvikle klinisk hemokromatose. Foreløpige anslag varierer fra under 10 % til ca. 70 %. Bare oppfølging av et stort antall homozygote som er funnet ved populasjonsundersøkelser kan besvare dette spørsmålet. Slike studier, med opptil 100 000 individer, pågår. Inntil vi har svaret, bør vi være forsiktig med å påstå at sykdommen er sterkt underdiagnostisert.

For pasient 3 hevdes det at jernlageret er omkring 20 g, fordi s-ferritin er på 2 000 µg/l. Selv om det er en god statistisk korrelasjon mellom s-ferritin og jernlager, er sammenhengen for enkeltindivider ikke så sikker som man her antar. Forhøyet s-ferritin hos personer som ikke er bærere av noen av de kjente hemokromatosemutasjonene er et diagnostisk problem, og mange av disse, kanskje de fleste, har ikke jernoverskudd. Dersom denne pasienten virkelig har hatt et jernlager på 20 g, må hun, for å ha kommet ned på normalt ferritinnivå, slik forfatterne sier, ha vært tappet for 80–100 enheter blod (én enhet inneholder 200–250 mg jern). Har hun det?

Oslo

Finn Wisløff  
Hematologisk avdeling  
Ullevål sykehus

### Litteratur

1. Borch-Johnsen B, Hauge A. Bør jernpreparater reseptbelegges? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 460–2.

→