

Blødning post partum – profylakse og behandling i Norge

Bakgrunn. Rutinemessig medikamentell blødningsprofylakse reduserer forekomsten av alvorlig blødning post partum (blødning over 1 000 ml) og bruk av blodtransfusjon etter fødsel. I hvilken utstrekning det gis profylakse ved de norske fødeinstitusjonene er ikke kjent.

Materiale og metode. En telefonisk spørreundersøkelse ble utført i september 2001 for å evaluere klinisk praksis vedrørende forebygging og behandling av blødning post partum ved norske fødeinstitusjoner.

Resultater. Data var tilgjengelige fra 55 av 57 fødeenheter. Ved 47 % av fødeinstitusjonene ble oksytocin benyttet som rutinemessig profylakse mot blødning post partum. Ved unormal blødning post partum brukte alle oksytocin. Som sekundærbehandling brukte 74 % metylergometrin, og 21 % brukte misoprostol.

Fortolkning. Til tross for veldokumentert effekt av rutinemessig medikamentell blødningsprofylakse, praktiseres dette ved mindre enn halvparten av norske fødeinstitusjoner. Vi mener det vil være nyttig at samtlige fødeinstitusjoner etablerer kunnskapsbasert praksis.

Blødning post partum er fortsatt en viktig årsak til maternell morbiditet og mortalitet. På verdensbasis dør årlig omtrent 140 000 kvinner på grunn av blødning etter fødsel (1). Problemet er stort i utviklingsland, men også i vår del av verden er dette en aktuell komplikasjon. Blødning post partum er en klinisk diagnose og defineres vanligvis som blødning over 500 ml i løpet av de første 24 timer etter fødsel (2, 3). Det oppstår hos omtrent 10 % av de fødende (2, 4). Alvorlig blødning post partum, definert som blødning over 1 000 ml, forekommer hos 1–2 % (4, 5) og blodtransfusjon gis til 1,5 % av de fødende (4). Massiv blødning fører til akutt hysterektomi hos omtrent 0,2 per 1 000 fødsler i Norge (6).

Randomiserte studier har vist at profylakse i form av uteruskontraherende medikamenter i etterbyrdsstiden reduserer blodtap og behov for blodtransfusjon (4, 7). Betydningen av gode rutiner for blødningsprofylakse er nylig diskutert i *Tidsskriftet* (2, 8), og forslag er gitt i *Veileder i fødselshjelp*,

Åshild Bjørnerem*
ashild.bjornerem@ism.uit.no

Ganesh Acharya

Pål Øian

Jan Martin Maltau

Kvinnekliviken

Universitetssykehuset Nord-Norge

9038 Tromsø

* Nåværende adresse:

Institutt for samfunnsmedisin

Universitetet i Tromsø

9037 Tromsø

Bjørnerem Å, Acharya G, Øian P, Maltau JM.

**Postpartum haemorrhage –
prophylaxis and treatment.**

A survey of clinical practice in Norway.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2536–7

Background. Routine oxytocic prophylaxis is known to significantly reduce the risk of severe postpartum haemorrhage (> 1,000 ml) and need for blood transfusion after delivery. To what extent this evidence is implemented in clinical practice in Norway is not known.

Material and methods. A telephone questionnaire survey was carried out in September 2001 to evaluate the routine clinical practice for prevention and treatment of postpartum haemorrhage in Norwegian delivery units.

Results. Data were available for 55 out of 57 institutions with a delivery unit. Routine third stage prophylaxis with 5–10 IU oxytocin was practiced in 47 % of delivery units. Intravenous oxytocin infusion was used primarily in all the delivery units for the treatment of established primary postpartum haemorrhage. 74 % of units used methylergometrine, 21 % misoprostol as the second-line treatment.

Interpretation. Despite evidence for the use of oxytocics for the prevention of postpartum haemorrhage, less than half of delivery units in Norway practice routine prophylaxis in the third stage of labour. Norwegian women may benefit if all maternity care providers implement evidence-based practice.

1998 (3). I hvilken grad anbefalingene praktiseres her i landet er ukjent. En nederlandsk undersøkelse har vist at 55 % av obstetrikere og 10 % av jordmødre gir rutinemessig oksytocinprofylakse (9). Fra Sverige er det rapportert at det ved 38 % av alle fødeinstitusjonene gis rutinemessig oksytocinprofylakse (10). Hensikten med vår undersøkelse var å kartlegge de aktuelle rutiner ved norske fødeinstitusjoner.

Materiale og metode

Data var tilgjengelige fra 55 (46 fødeavdelinger og ni fødestuer) av i alt 57 norske fødeinstitusjoner (11), som ble telefonisk kontaktet i løpet av september 2001. En erfaren jordmor ved hver fødeinstitusjon, definert som avdelingsjordmor eller ansvarshavende jordmor på vakt ble stilt følgende spørsmål:

– Gis rutinemessig profylakse mot blødning post partum til alle fødende ved din avdeling?

– Hvis ja, hvilket preparat brukes?

– Hvilke preparater brukes som behandling ved blødning post partum?

Resultater

Blødningsprofylakse i form av oksytocin (Syntocinon), 5 eller 10 IE, ble benyttet ved 47 % (26/55) av fødeinstitusjonene (tab 1). Sentralsykehus og universitetssykehus brukte i større grad profylakse enn andre sykehus og fødestuer. Forskjellen ved khikvadrattest er ikke statistisk signifikant ($p > 0,05$). Ved unormal blødning etter fødsel, brukte samtlige fødeinstitusjoner oksytocin intramuskulært, intravenøst eller i infusjon. Som sekundærbehandling benyttet 74 % (42/55) av fødeinstitusjonene metylergometrin (Methergin), 44 % (25/55) 15-metyl-PGF_{2α} (Prostinfenem), og 21 % misoprostol (Cytotec). Hvilket preparat som var førstevalg varierte mellom institusjonene.

Diskusjon

Denne undersøkelsen som inkluderer nesten alle norske fødeinstitusjoner, viser at under halvparten av fødeinstitusjonene gir rutinemessig blødningsprofylakse post partum. Dette samsvarer med praksis i Sverige (10). Atoni er vanligste årsak til blødning post partum. Fysiologisk blødningskontroll post partum oppstår ved kontraksjon av myometriet, som bidrar til lukking av spiralarteriene. Fordi 1 l av hjerteminuttvolumet ved termin går til den uteroplacentære sirkulasjonen, er det forståelig at blødningen kan bli katastrofal, og en fødende kan være utblødd på få minutter (12).

Cochranes metaanalyse omfatter fem randomiserte studier og vel 6 000 kvinner med lav risiko for blødning post partum (4). Den har vist at rutinemessig blødningsprofylakse i form av uteruskontraherende medikamenter reduserer forekomsten av blødning over 500 ml fra 13,6 % til 5,2 % (RR 0,38; 95 % KI 0,32–0,46), og over 1 000 ml fra 2,6 % til

Tabell 1 Resultater fra telefonisk forespørsel blant 55 norske fødeinstitusjoner vedrørende rutiner for profylakse og behandling av blødning etter fødsel

		Profylakse Antall (%)	Behandling Antall (%)			
Fødeinstitusjon	Antall	Oksytocin (Syntocinon)	Oksytocin (Syntocinon)	Metylergometrin (Methergin)	15-metyl-PGF- _{2α} (Prostinfenem)	Misoprostol (Cytotec)
Universitetssykehus	7	4 (57)	7 (100)	6 (86)	5 (71)	3 (43)
Sentralsykehus	10	7 (70)	10 (100)	8 (80)	7 (70)	4 (40)
Andre sykehus	29	11 (38)	29 (100)	21 (72)	11 (38)	5 (17)
Fødestuer	9	4 (44)	9 (100)	7 (78)	2 (22)	0
Totalt	55	26 (47)	55 (100)	42 (74)	25 (44)	12 (21)

0,9 %, (RR 0,33; 95 % KI 0,21–0,51). Bruk av blodtransfusjon ble redusert fra 2,3 % til 0,8 %, (RR 0,34; 95 % KI 0,22–0,53). Det kan innvendes at en liten reduksjon i blødningsmengde neppe har klinisk betydning. Men metaanalysen viser altså at friske fødende med lav risiko for blødning har åpenbar gevinst av rutinemessig blødningsprofylakse. At forekomsten av både alvorlige blødninger post partum (blødning over 1 000 ml) og behov for blodtransfusjon reduseres til en tredel, må tillegges stor vekt. Ethvert tiltak som reduserer bruk av blodtransfusjon må regnes som viktig. Vi mener det foreligger tilstrekkelig dokumentasjon for å gi rutinemessig profylakse i form av uteruskontraherende medikamenter til alle fødende.

Ut fra norske forhold med årlig fødselstall på 60 000 og forekomst av alvorlig blødning post partum på 1,4 % (5), kan rutinemessig blødningsprofylakse antas å redusere antall alvorlige blødninger fra omtrent 900 til 300. Vi synes derfor det er tankevekkende at bare 47 % av fødeinstitusjonene i Norge tilbyr rutinemessig profylakse.

En svensk studie har vist at ved rutinemessig profylakse kontra selektiv profylakse, unngås en blødning post partum over 800 ml for hver 16. injeksjon. Gis blødningsprofylakse kun til høyrisikofødende, hindres tilsvarende blødning for hver 28. injeksjon (7).

Oksytocin kan gi bivirkninger som kvalme og oppkast (4, 13). Forekomsten av disse plagene etter fødselen øker fra 5 % til 10 % ved rutinemessig profylakse i stedet for avventende håndtering (4). Jordmødre argumenterer for at friske fødende må slippe å bli behandlet med medikamenter, og hevder at oksytocin gir smertefulle etterrier (13, 14). Disse momentene mener vi er av mindre betydning enn de nevnte fordelene. Derimot er det beskrevet alvorlig hypertensjon når oksytocin er gitt i kombinasjon med metylergometrin. Dette er hovedsakelig forårsaket av sistnevnte preparat, som derfor bør brukes med forsiktighet (4, 15).

Alle fødeinstitusjonene benytter oksytocin ved etablert blødning post partum. Mange (74 % av fødeinstitusjonene) bruker fort-

satt metylergometrin selv om preparatet kan ha alvorlige bivirkninger (15, 16) og er avregistrert i Norge. Oksytocin og prostaglandiner er effektive livmorkontraherende preparater, både som profylakse og behandling ved blødning etter fødsel (17–20). Et syntetisk prostaglandin, misoprostol er vist å gi rask og sterk kontraksjon i uterus (15, 17, 19). Preparatet kan være nyttig der man ikke oppnår effekt med oksytocin eller metylergometrin (20). Misoprostol er termostabil, kan administreres peroralt eller rektalt og er billig. Det gir ingen blodtryksstigning (4, 19, 20), og eneste bivirkning er noe høyere forekomst av skjelvinger (17, 21). Kun 21 % av fødeinstitusjonene i Norge benytter misoprostol som alternativ behandling ved rikelig blødning post partum.

Konklusjon

Til tross for veldokumentert nytte og beskjedne bivirkninger brukes rutinemessig medikamentell blødningsprofylakse ved mindre enn halvparten av norske fødeinstitusjoner. Metylergometrin nyttes fortsatt selv om det er avregistrert. Misoprostol er foreløpig lite brukt.

Vi anbefaler rutinemessig profylakse mot blødning post partum.

Litteratur

1. Liljestrand J. Reducing perinatal and maternal mortality in the world: the major challenges. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 106: 877–80.
2. Eggebo TM, Gjessing LK. Blødning etter vaginal fødsel. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2860–3.
3. Lorentzen B, Bjerknes T, Borstad E. Postpartum blødning. I: Dalaker K, red. *Veileder i fødselshjelp*. Oslo: Den norske lægeforening, 1998: 147–9.
4. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 4, Oxford: Update Software, 2001.
5. Medisinsk fødselsregister. Årsmelding 1998. Bergen: Universitetet i Bergen, 1999.
6. Engelsens IB, Albrechtsen S, Iversen OE. Peripartum hysterectomy-incidence and maternal morbidity. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 409–12.
7. Nordström L, Fogelstam K, Fridman G, Larsson A, Rydhstroem H. Routine oxytocin in the

third stage of labour: a placebo controlled randomised trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 781–6.

8. Maltau JM. Blødning ved fødsel. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2859.

9. de Groot AN, van Roosmalen J, van Dongen PW. Survey of the management of third stage of labour in the Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996; 66: 39–40.

10. Fogelstam K, Nordström L. Barnaføderskor underbehandlas. *Läkartidningen* 1998; 95: 1259–60.

11. Nilsen ST, Daltveit AK, Irgens LM. Fødeinstitusjoner og fødsler i Norge i 1990-årene. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 3208–12.

12. Konje JC, Kaufmann P, Bell SC, Taylor DJ. A longitudinal study of quantitative uterine blood flow with the use of color power angiography in appropriate for gestational age pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185: 608–13.

13. Blix E. Oksytocinprofylakse ved fødsel. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3325.

14. Lingås AM. Blødning etter vaginalfødsel. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 105.

15. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3. utg. Oxford: Oxford University Press, 2000: 300–9.

16. Choy CMY, Lau WC, Tam WH, Yuen PM. A randomised controlled trial of intramuscular syntometrine and intravenous oxytocin in the management of the third stage of labour. *BJOG* 2002; 109: 173–7.

17. Gülmezoglu AM, Villar J, Ngoc NTN, Piaggio G, Carroli G, Adetoro L et al. WHO multicentre randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. *Lancet* 2001; 358: 689–95.

18. Lokugamage AU, Sullivan KR, Niculescu I, Tigere P, Onyangunga F, El Rafaey H et al. A randomized study comparing rectally administered misoprostol versus Syntometrine combined with an oxytocin infusion for the cessation of primary post partum hemorrhage. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 835–9.

19. El-Refaey H, O'Brien P, Morafa W, Walder J, Rodeck C. Misoprostol for third stage of labour. *Lancet* 1996; 347: 1257.

20. O'Brien P, El-Refaey H, Gordon A, Geary M, Rodeck C. Rectally administered misoprostol for the treatment of postpartum hemorrhage unresponsive to oxytocin and ergometrine: a descriptive study. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 212–4.

21. Walley RL, Wilson JB, Crane JM, Matthews K, Sawyer E, Hutchens D. A double-blind placebo controlled randomised trial of misoprostol and oxytocin in the management of the third stage of labour. *BJOG* 2000; 107: 1111–5.

○