

Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord sendes tidsskriftet@legeforeningen.no. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Tidsskriftet praktiserer tilsvarsrett i henhold til Vancouvergruppens regler.

Fødselssmerte og smertelindring

Andreas Barratt-Due og Eldrid Langesæter hevder i Tidsskriftet nr. 8/2008 at epiduralanalgesi ikke er assosiert med økt frekvens av operative forløsninger (1, 2). Begge henviser til én enkelt studie der man sammenliknet epidural gitt tidlig versus sent i fødselsforløpet (3). Det finnes flere studier der man har gjort sammenlikninger mellom epidural og ikke-epidural eller ingen smertelindring, den seneste kunnskapsoppsummingen er fra 2007 (4). Der fant man at epiduralanalgesi ikke fører til flere keisersnitt, men gir flere operative vaginale forløsninger. Det er kjent at utstrakt bruk av epidural er assosiert med økt bruk av oksytocininfusjon for ristimulering, og at dette igjen kan gi uheldige utfall (5).

Det er ingen tvil om at epidural er den mest effektive form for smertelindring og at mange kvinner er fornøyd med dette (4). Intens smerte har ikke nødvendigvis sammenheng med at fødselen som helhet oppleves som negativ. I en svensk studie (6) fant man at epidural økte risikoen for at kvinnen skulle beskrive fødselen som en negativ opplevelse, også når det ble kontrollert for forskjell i smerteopplevelse og for forløsningsmetode. Studien gir ikke svar på hvorfor kvinner som hadde fått epidural oftere hadde en negativ fødselsopplevelse, men følelsen av å mestre rier og smerte kan være en del av forklaringen.

Hagtvedt & Eri (7) drøfter et annet syn på fødsel og fødselssmerte enn det biomedisinske – fødselen som en sosial hendelse av eksistensiell betydning. Verken Barratt-Due eller Langesæter later til å forstå eller akseptere at det finnes et annet syn enn det biomedisinske. Hagtvedt & Eri kritiseres for feilaktig informasjon og for en ideologisk tilnærming om at smerte er bra. Selv fremfører både Barratt-Due og Langesæter en ideologisk tilnærming om at epiduralanalgesi er et ubetinget gode som fører til at kvinner har kontroll med fødselen – de sidestiller uten forbehold fødselssmerte med postoperativ smerte. I fødselsomsorgen bør vi akseptere at begge syn finnes, og respektere at det også blant de fødende kan være forskjellige syn.

Det er betenkelig at anestesilegene tydeligvis ikke kjenner til uheldige virkninger av epiduralbedøvelse. Dette kan føre til feilinformasjon til kvinner.

Ellen Blix
Hammerfest

Litteratur

1. Barratt-Due A. Blir man en bedre mor etter en smertefull fødsel? Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 945.
2. Langesæter E. Ta fødselssmerte på alvor. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 945–6.
3. Wong CA, Scavone BM, Peaceman AM et al. The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor. N Engl J Med 2005; 352: 655–65.
4. National Collaboration Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG Press, 2007.
5. Oscarsson ME, Amer-Wählin I, Rydhström H et al. Outcome in obstetric care related to oxytocin use. Acta Obstet Gynecol Scand 2006; 85: 1094–8.
6. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C et al. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. Birth 2004; 31: 17–27.
7. Hagtvedt ML, Eri TS. Skal fødselssmerte «behandles»? Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 338.

A. Barratt-Due & E. Langesæter svarer:

Ellen Blix hevder at vi på nær sagt ideologisk grunnlag promoterer epidural som det eneste saliggjørende. Vi har aldri hevdet at alle fødende trenger epiduralbedøvelse – vi vet at det viktigste for kvinnen er god og trygg fødselsomsorg med tilstedeværende jordmor. Dersom situasjonen likevel fordrer intervensjon, er epidural et godt og sikkert valg og uomtvistelig den smertelindringsmetoden som har best effekt.

Blix' påstand om at anestesileger ikke kjenner til uheldige virkninger av epiduralbedøvelse er usaklig. I det anestesilogiske miljøet er det mye oppmerksomhet omkring bivirkninger, komplikasjoner og kontraindikasjoner ved bruk av epiduralanalgesi. Heldigvis skjer komplikasjoner svært sjelden. I denne sammenheng er det nødvendig å gjøre Blix oppmerksom på at så sent som i 1995 brukte man ved 97 % av landets fødeavdelinger petidin. Dette ga dårlig analgesi og var ledsaget av hyppige bivirkninger, ikke minst respirasjonsdepresjon hos den nyfødte. Epidural versus petidin er et betydelig fremskritt.

Cochrane-oversikten som det refereres til, baserer seg på gamle studier (hovedsakelig fra 1990-årene, og helt tilbake til 1974!) der man brukte mye «tyngre» epiduralløsninger (1). I dag brukes lavdose kombinasjonsepidural som ikke er assosiert med høyere grad av operativ forløsning, verken keisersnitt eller vakuumbord. Dette er godt dokumentert i Wong og medarbeideres studie (2). NICE-anbefalingen er også basert på studier med «tunge» epidu-

ralløsninger, men her presiseres det samtidig at man bør bruke «lette» løsninger (3).

Et historisk tilbakeblikk viser at epiduralbedøvelse feilaktig har fått skylden for bl.a. økt forekomst av ryggsmerte, økt forekomst av keisersnitt og temperaturstigning. Alle disse påstandene er blitt grundig avkreftet med nyere studier av bedre forskningsmessig kvalitet. Når Blix hevder at epiduralbedøvelse fører til økt bruk av oksytocinestimulering, illustrerer dette problemet med feilaktige konklusjoner. Hun refererer til en retrospektiv populasjonsstudie (4) som ikke kan gi svar på årsak-virkning-spørsmålet – det kan bare en vel-designet randomisert studie gjøre.

Andreas Barratt-Due
Eldrid Langesæter
Oslo

Litteratur

1. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev 2005; (4): CD000331.
2. Wong CA, Scavone BM, Peaceman AM et al. The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor. N Engl J Med 2005; 352: 655–65.
3. National institute for health and clinical excellence. Intrapartum care. London: RCOG Press, 2007.
4. Oscarsson ME, Amer-Wählin I, Rydhström H et al. Outcome in obstetric care related to oxytocin use. A population-based study. Acta Obstet Gynecol Scand 2006; 85: 1094–8.

Om cochleaimplantat og spesifikke språkvansker

I Tidsskriftet nr. 6/2008 tar Arild Lian opp spørsmålet om hvilken betydning spesifikke språkvansker har for de problemer med språkutviklingen som en del barn med cochleaimplantat har (1). Det er ikke vanskelig å være enig med ham i at det er mye man ikke vet når det gjelder språkutviklingen hos hørselshemmede – både tale- og tegnspråklig utvikling. Spesielt gjelder dette spesifikke språkvansker. Også testapparatet for å forske på tegnspråkutvikling er svært begrenset. Det er klart at det trengs mer forskning omkring talespråklig og tegnspråklig utvikling hos barn med cochleaimplantat. Ut fra forekomsten av språklige utviklingsvansker hos disse barna (2) synes det imidlertid unaturlig å anta at alle tilfellene er forårsaket av spesifikke språkvansker.