

Sängläge vid tidig vattenavgång – enligt evidens eller gammal vana?

BOGDAN DUMITRESCU, ST-läkare, obstetrik och gynekologi, Mälarsjukhuset, Eskilstuna bogdan.dumitrescu@dll.se
OVE AXELSSON, seniorprofessor, institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala uni-

versitet, föreståndare, Centrum för klinisk forskning Sörmland
ROLAND T STRAND, med dr, överläkare, obstetrik och gynekologi, Mälarsjukhuset, Eskilstuna

Sängläge vid olika sjukdomstillstånd och symtom tycks ha rekommenderats ända sedan medicinens barndom, och på 1800-talet fördes i England en kampanj för sängvilans välsignelser [1]. Att även vård och rekommendationer under graviditet påverkats är därför inte märkligt. Fortfarande rekommenderas sängvila vid flera olika tillstånd under graviditet utan att det finns något belägg för dess positiva inverkan – snarare är det tvärtom [2].

I USA rekommenderas ca 18 procent av gravida kvinnor sängvila under någon period av graviditeten, vilket medför stora kostnader [3]. Vanliga tillstånd som av tradition anses lindras av sängläge är hotande missfall, flerbörd, preeklampsi, prematura sammandragningar med eller utan cervixpåverkan och prematur vattenavgång, PPRM (premature rupture of membranes) [4].

Prematurbörd är relaterad till PPRM i en tredjedel av fallen [5]. Ungefär 2–3 procent av alla graviditeter kompliceras av PPRM, och ca 50 procent av dessa förlöses inom två dygn efter vattenavgången [6]. Riskfaktorerna för PPRM är tidigare PPRM, rökning, undernäring, multiparitet, cervixinsufficiens samt iatrogena faktorer som amniocentes.

Handläggningen av PPRM innefattar flera vetenskapligt belagda metoder, som behandling med steroider för utmognad av barnets lungor och antibiotika för att förebygga eller behandla eventuell korioamnionit. Som visats i den svenska EXPRESS-studien [7] var tokolytika, behandling med antenatala steroider samt surfaktant associerade med lägre neonatal mortalitet. Ofta ordineras även sängläge med förhoppningen att detta ska förlänga graviditeten. Detta rekommenderas i Sverige och globalt i olika utsträckning även om allt fler frågetecken om åtgärden väckts [8].

I en prospektiv studie avsåg man klargöra effektiviteten av sängvila hos kvinnor med PPRM [9]. Denna hade dock få deltagare (endast 18 procent av kvinnorna med PPRM inkluderades till följd av mycket strikta inklusionskriterier). Studien kunde inte påvisa någon kliniskt relevant skillnad mellan gruppen som vårdades i hemmet med polikliniska besök och de hospitaliserade med sängläge avseende komplikationer för mor och barn eller graviditetslängd vid förlossning. På grund av bristande evidens anses det i dag kontraindicerat att rutinmässigt handlägga kvinnor med PPRM polikliniskt [10], även om det kan rekommenderas i individuellt utvalda fall. Minst en retrospektiv studie har rapporterat liknande slutsatser [11].

Sängläge innebär att många kvinnor tillbringar flera veckor på sjukhus med allt vad det innebär avseende ökad trombosrisk, psykisk belastning i form av oro, tristess och nedstämdhet samt höga vårdkostnader [12].

Syftet med denna studie var att undersöka vilka rutiner som gäller i dag beträffande den icke medikamentella behandlingen av PPRM i Sverige hos de kvinnor som inte blir

förlösta inom de första två dyggen. Vi har också efterfrågat rutiner kring induktion vid PPRM samt möjligheten för kvinnan att vårdas polikliniskt i stället för inläggande med sängvila. Den erhållna kunskapen skulle kunna ligga till grund för en jämförande, randomiserad studie som efterlysts internationellt i många år [13, 14].

METOD

En enkät skickades ut till samtliga svenska kliniker med förlossningsavdelning (n = 45) under april 2013. I frågorna har vi lagt stor vikt vid hur ofta och i vilken utsträckning kvinnor med PPRM utan värkar uppmanas vara sängliggande och till vilken grad. Alternativen var total sängvila, partiell sängvila (där enbart några meters gång tilläts för exempelvis toalettbesök) eller inga restriktioner. Gestationstiden uppdelades i tre grupper (vecka 22+0–26+6, 27+0–32+6 och 33+0–36+6). Utöver frågorna kring graden av sängläge efterfrågades även om klinikerna tillämpar induktion efter graviditetsvecka 34 och hur ofta patienterna kallas till besök för kontroll. Enkäten skickades elektroniskt och har besvarats av verksamhetschef eller förlossningsansvarig överläkare med god insyn i klinikens rutiner.

RESULTAT

Av de 45 förlossningskliniker i Sverige svarade 31 (69 procent) på enkäten. Samtliga universitetssjukhus tillhörde de svarande.

I intervallet med gestationstid 22+0 till 26+6 veckor vårdas de flesta inläggande. 6 kliniker (19 procent) förordar total sängvila och 11 (36 procent) partiell sängvila. Endast en klinik kontrollerar kvinnorna polikliniskt (3 procent) medan 13 kliniker (42 procent) remitterar dessa kvinnor till ett större sjukhus. I intervallet 27+0 till 32+6 veckor rekommenderar 7 kliniker (23 procent) total sängvila och 14 kliniker (45 procent) partiell sängvila medan 4 kliniker (13 procent) övervakar kvinnorna med polikliniska kontroller. Övriga 6 kliniker (19 procent) remitterar till annat sjukhus. Slutligen, i intervallet 33+0 till 36+6 veckor rekommenderar 4 kliniker (13 procent) total sängvila och 15 (48 procent) partiell sängvila. 10 kliniker (32 procent) övervakar med polikliniska kontroller. Resterande 2 kliniker (7 procent) remitterar till annat sjukhus (Figur 1).

I de fall kvinnorna vårdas polikliniskt varierar frekvensen av återbesök. De flesta kliniker (23 procent) kontrollerar kvinnorna en gång per vecka, följt av dem som gör kontroller dagligen (19 procent) eller 2 gånger per vecka (19 procent). 3 procent av klinikerna kontrollerar kvinnorna varannan dag medan 36 procent av klinikerna aldrig använder poliklinisk övervakning eller inte har hand om dessa patienter (Figur 2).

Det råder relativt stor enighet i frågan om induktion. 24 kli-

SAMMANFATTAT

För tidig vattenavgång definieras som en spontan hinnbristning som inträffar innan graviditeten har nått vecka 37+0 och drabbar 2–3 procent av alla gravida kvinnor.

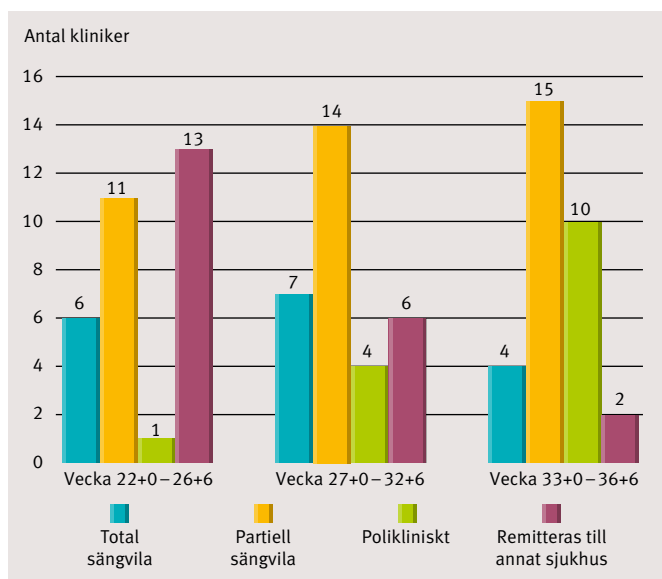
Traditionellt har sängvila varit en del av behandlingen vid pre-

matur vattenavgång.

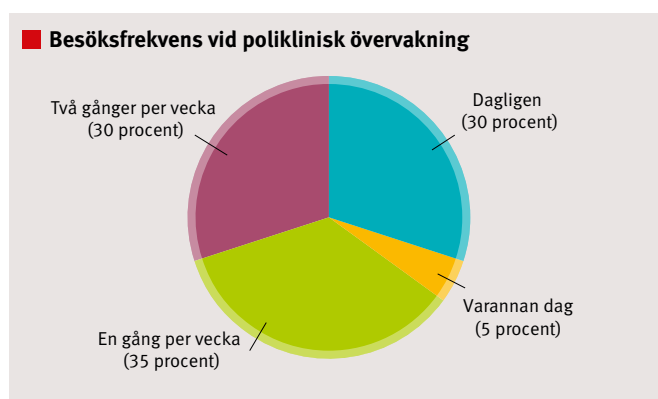
Det är oklart om sängvila har någon positiv effekt. Ett flertal negativa effekter har rapporterats.

Svenska förlossningsklinikers rutiner uppvisar stora skillnader.

KLINIK & VETENSKAP ORIGINALSTUDIE



Figur 1. Antal kliniker som rekommenderar sängvila respektive partiell sängvila, övervakar kvinnan polikliniskt och remitterar kvinnan till större sjukhus.



Figur 2. Andel kliniker med respektive frekvens av återbesök vid poliklinisk övervakning.

niker (77 procent) inducerar rutinmässigt i vecka 34+0 eller strax därefter.

DISKUSSION

Sängvila vid PPROM är ett kontroversiellt och svårvärderat ämne. En stor majoritet av kliniker i Sverige tillämpar sängvila i varierande grad. Man kan se en tendens till att man vid högre gestationsålder tillåter mer rörlighet hos kvinnan och att polikliniska kontroller är vanligare. Det råder stor enighet om att kvinnor med PPROM bör induceras efter vecka 34+0, efter att forskare visat att kvinnor med vattenavgång i vecka 34–42 bör induceras efter ca 2 dygn för att undvika neonatal sepsis [15]. I klinisk praxis behandlas kvinnor i vecka 34+0 till 36+6 likvärdigt med dem i fullgången tid med PROM (premature rupture of membranes).

En kvinna med PPROM kan tillbringa veckor och ibland månader på sjukhus. Detta innebär inte bara stora kostnader utan också en emotionell belastning för kvinnan, och det finns data som talar för att sängläget i sig framkallar oro, ångest och nedstämdhet [16].

Det finns ett flertal nackdelar och mycket tveksamma fördelar med förlängd sängvila för en gravid kvinna med PPROM. En förhöjd trombosrisk för gravida kvinnor med sängvila på grund av hotande förtidsbörd eller PPROM har påvi-

sats [17]. Detta motiverar trombosprofylax – alltså ytterligare en intervention. Sängvila innebär förlust av både ben- och muskelmassa, vilket visats gälla också gravida kvinnor [18]. Det finns dessutom resultat som talar för minskad födelsevikt hos barnet [19]. Vid olyckligt utfall, till exempel för tidig förlösning eller intrauterin fosterdöd, är det sannolikt att kvinnan skuldbelägger sig själv: hade hon bara följt ordinationen och vilat mer hade detta kanske aldrig inträffat.

Sedan lång tid har en stor randomiserad och kontrollerad studie efterlysts för att kunna skingra frågetecknen kring sängvilans roll vid PPROM. Att denna studie dröjer är ingen tillfällighet. Dels rör det sig om forskning på minerat område med stor risk för fetala komplikationer, dels kan man redan på förhand ana svårigheter kring intention to treat-analys och bortfall av patienter. Av säkerhetsskäl kommer också exklusionskriterierna att bli många. Ett multicenterupplägg är en förutsättning.

Trots dessa svårigheter är det vår förhoppning att denna artikel ska kunna inspirera till en framtida svensk multicenterstudie.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Hilton J. On the influence of mechanical and physiological rest in the treatment of accidents and surgical diseases, and the diagnostic value of pain. London: Bell and Daldy; 1863.
- McCall CA, Grimes DA, Lyster AD. »Therapeutic« bed rest in pregnancy: unethical and unsupported by data. *Obstet Gynecol.* 2013;121:1305-8.
- Goldenberg RL, Cliver SP, Bronstein J, et al. Bed rest in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1994;84:131-6.
- Abou El Senoun G, Dowswell T, Mousa HA. Planned home versus hospital care for preterm prelabour rupture of the membranes (PPROM) prior to 37 weeks' gestation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(4):CD008053.
- Bartfield MC, Carlan SJ. The home management of preterm premature ruptured membranes. *Clin Obstet Gynecol.* 1998;41(3):503-14.
- Goldenberg RL, Rouse DJ. Prevention of premature birth. *N Engl J Med.* 1998;339(5):313-20.
- EXPRESS Group; Fellman V, Hellström-Westas L, Norman M, et al. One-year survival of extremely preterm infants after active perinatal care in Sweden. *JAMA.* 2009;301(21):2225-33.
- Fox NS, Gelber SE, Kalish RB, et al. The recommendation for bed rest in the setting of arrested preterm labor and premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200:165.e1-6.
- Carlan SJ, O'Brien WF, Parsons MT, et al. Preterm premature rupture of membranes: a randomized study of home vs hospital management. *Obstet Gynecol.* 1993;81:61-4.
- Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Preterm prelabour rupture of membranes. Green-top Guideline No. 44, November 2006/Minor amendment October 2010. https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_44.pdf
- Ayres AW. Home management of preterm premature rupture of membranes. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002;78(2):153-5.
- Sprague AE. The evolution of bed rest as a clinical intervention. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2004;33:542-9.
- Biggio JR. Bed rest in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;121(6):1158-60.
- Cardell M, Vldic Stjernholm Y. Sängläge vid risk för prematurbörd kan göra mer skada än nytta. *Läkartidningen.* 2012;109(36):1556.
- Ladfors L, Tessin I, Mattsson LA, et al. Risk factors for neonatal sepsis in offspring of women with prelabour rupture of the membranes at 34-42 weeks. *J Perinat Med.* 1998;26(2):94-101.
- Heaman M, Gupton A. Perception of bed rest by women with high-risk pregnancies: a comparison between home and hospital. *Birth.* 1998;25(4):252-8.
- Kovacevich GJ, Gaich SA, Lavin JP, et al. The prevalence of thromboembolic events among women with extended bed rest prescribed as part of the treatment for premature labor or preterm premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182(5):1089-92.
- Sciscione AC. Maternal activity restriction and the prevention of preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202:232.e1-5.
- Maloni JA, Alexander GR, Schluchter MD, et al. Antepartum bed rest: maternal weight change and infant birth weight. *Biol Res Nurs.* 2004;5:177-86.

■ SUMMARY

Bed rest is often prescribed as part of the treatment plan for women with preterm premature rupture of membranes in the hope of avoiding premature birth. The purpose of this study was to determine the routine care of these patients in Swedish hospitals.

A survey was sent to all hospitals in Sweden with an obstetrics department (n=45). Out of these, 31 answered our survey (69 %). The women were separated into three groups depending on gestation length (22+0-26+6, 27+0-32+6 and 33+0-36+6).

Most hospitals chose to admit the women and to recommend total or partial bed rest. The earlier in the pregnancy the rupture occurred, the more likely the patient was to be confined to total bed rest.

The study shows that this topic is controversial. Most hospitals use bed rest even though there is no evidence to support that it is of benefit for the patient. More studies in this area are required in order to find an optimal treatment for this patient group.