
Eklampsi

REDAKSJONELT

ØIAN P

HENRIKSEN T

ANDERSGAARD AB

Eklampsi underrapporteres - magnesiumsulfat introdusert i 1906 av nordmann

Eklampsi er kramper som opptrer under graviditet og inntil ti dager etter fødselen, ofte ledsaget av tegn på preeklampsi og ingen annen påvisbar årsak til krampene. Dette er en sjelden, men fortsatt livstruende komplikasjon forbåde mor og foster, og en av de vanligste årsakene til maternelle dødsfall. Årlig dør ca. 500000 kvinner i verden som følge av graviditet, og ca. 100000 av dem av preeklampsi eller eklampsi (1). I enkelte utviklingsland forekommereklampsi hos en av 100 fødende, mens denne komplikasjonen er sjelden i Norge (2). Den betydelige reduksjon (90-95%) i antall eklampsitilfeller som er sett i den vestlige verden de siste 50 årene, er et eksempel på positive helseeffekter ved god svangerskapsomsorg og behandling.

Faktisk kjenner vi ikke insidens for eklampsi i Norge i dag. Medisinsk fødselsregister har i perioden 1985-92 registrert 33 tilfeller, det vil si ett eklampsitilfelle per 13913 fødsler (3). Hvis disse tall var korrekte, ville Norge ha verdens laveste forekomst av eklampsi. Dessverre er det grunn til å tro at det er en betydelig underrapportering. Vi antar at insidens av eklampsi i vårt land er ca. 5/10000 fødsler som i Storbritannia (4), hvilket betyr ca. 30 eklampsitilfeller per år. I de siste år har man i det obstetriske miljø blitt oppmerksom på en sannsynlig underrapportering, og antall meldte tilfeller av eklampsi er nå ca. 20 per år. Dette nærmer seg den sannsynlige insidens. Vi kan selvfølgelig ikke utelukke at det kan ha vært en reell økning av eklampsi de siste årene, som rapportert fra Sverige (2). Den antatte underrapportering av en så alvorlig komplikasjon som eklampsi viser at tallene fra Medisinsk fødselsregister dessverre ikke er pålitelige.

Letaliteten for kvinner med eklampsi er 1-30%, og den perinatale mortalitet 13-30% (2, 4). Den maternelle dødeligheten skyldes hos 50-60% av pasientene cerebrale katastrofer. Ofte foreligger multiorgansvikt som følge av karskade og disseminert intravaskulær koagulasjon. Foruten hjernen affiseres ofte lunger, nyre og lever.

De siste 50 årene er det diskutert hva som er den beste behandling av det eklamptiske krampeanfallet. Krampeanfallet må stoppes raskt, og kvinnen forløses uansett svangerskapsvarighet. Svangerskapsavslutning er eneste kausale behandling. I USA har man tradisjonelt behandlet eklampsi med magnesiumsulfat, mens man i Europa stort sett har brukt diazepam. I 1995 ble det publisert en multisenterstudie der 1687 eklampsitilfeller ble randomisert til to behandlingsarmer (1). Den ene ble magnesiumsulfat sammenliknet med diazepam, i den andre magnesiumsulfat med fenytoin. De som fikk magnesiumsulfat hadde 52% mindre risiko for nye kramper enn de som fikk diazepam (13% versus 28%), mens det var 67% reduksjon i risiko ved magnesiumsulfat sammenliknet med fenytoin. Konklusjonen er at magnesiumsulfat beskytter bedremot nye kramper enn diazepam og spesielt fenytoin. Med fenytoin var dessuten behovet for intensivbehandling og perinatal letalitet høyere enn hos dem som ble behandlet med magnesiumsulfat. Man kan innvende at studien er utført iland med en annen standard på svangerskapsomsorg og behandling under fødsel og derfor ikke nødvendigvis er gyldig for oss. De fleste land har anbefalt magnesiumsulfatbehandling ved eklampsi, hvilket fremgår av skandinaviske og norske anbefalinger (2, 5).

Det var overraskende å oppdage at en nordmann sannsynligvis var den første i verden som brukte magnesiumsulfat ved eklampsi. I 1906 publiserte kirurgen Einar Horn (1875-1907) at han hadde behandlet to pasienter med gjentatte krampeanfallet med magnesiumsulfat injisert i ryggmargens subaraknoidalrom (6). Virkningen var frapperende. Bakgrunnen for at Horn våget å gi magnesiumsulfat var rapporter om medikamentets gode virkning ved behandling av tetanus. Horn døde året etter av pneumoni, 32 år gammel (7). Den første artikkel om bruk av magnesiumsulfat gitt intravenøst til 17 eklampsipasienter ble publisert i 1925 (8). Senere er det gitt til millioner av pasienter.

Vi vet lite om hvilke kvinner som utvikler eklampsi, variasjon i kliniske manifestasjoner, behandlingsmåter og ikk minst de langvarige følgene av å ha hatt eklamptisk anfall. Vi har derfor tatt initiativ til en nordisk eklampsistudiesom startet i september 1998 og skal gå over to år. Samtlige eklampsitilfeller i Norge, Sverige, Danmark og Island skal registreres. Vi regner med å få ca. 200-250 tilfeller. Alle fødeavdelinger kontaktes hver tredje måned og alle eklampsitilfeller registreres. Vi vil undersøke ved telefonintervju to og seks måneder etter fødselen hvordan det går med mor og barn. Ved seks måneder tas det også blodprøver fra mor for å undersøke på predisponerende faktorer som foreksempel trombofili.

Den nordiske undersøkelsen vil blant annet kunne gi følgende informasjon:

- En beskrivelse av alle enkelttilfeller av eklampsi i en toårsperiode
- Hvor ofte eklampsi debuterer før 32. svangerskapsuke, og om denne form for eklampsi er mer alvorlig for mor og barn enn den som opptrer senere i svangerskapet
- Fordeling av eklampsi før, under og etter fødsel
- Hvor mange som får eklampsi uten klassiske tegn på preeklampsi eller prodromalsymptomer før førstekrampeanfallet - Resultatet for mor og barn seks måneder etter fødsel
- Hvor mange av pasientene som har sykehistorie eller laboratoriemessige forandringer som predisponerer for preeklampsi/eklamptisk

I den siste norske undersøkelsen om eklampsi fra 1980, var den maternelle letaliteten ved eklampsi 3% og den perinatale 26%. Hos en tredel av mødrene forelå alvorlig sekvele etter eklampsi i form av permanente pareser, mentalreduksjon, lever- eller

nyreskade (9). Vi håper resultatene er bedre nå.

Pål Øian

Tore Henriksen

Alice Beathe Andersgaard

Pål Øian (f. 1948) er professor og spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Tore Henriksen (f. 1949) er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og professor i klinisk ernæring ved Universitetet i Oslo.

Alice Beathe Andersgaard (f. 1961) er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer.

LITTERATUR

1. The Eclampsia Trial Collaborative Group. Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial. *Lancet* 1995; 345: 1455-63.
2. Hjertberg R. Treatment of hypertension in pregnancy. Uppsala/Oslo: Medical product agency, Sweden/The Norwegian medicines control authority 1997; 1: 99-112.
3. Årsrapporter 1985-92. Bergen: Medisinsk fødselsregister, 1985-92.
4. Douglas KA, Redman CWG. Eclampsia in the United Kingdom. *BMJ* 1994; 309: 1395-9.
5. Øian P, Henriksen T, Sviggum O. Eklampsi. I: Dalaker K, red. Veileder i fødselshjelp. Oslo: Den norske lægeforening, 1998: 98-100.
6. Horn E. To tilfælde af eclampsia gravidarum behandlet med sulfas magnesicus injiceret i ryggmarvens subarachnoidalrum. *Med Rev* 1906; 23: 264-72.
7. Larsen Ø, red. Norges leger. Bd. 3. Oslo: Den norske lægeforening, 1996: 80.
8. Lazard EM. A preliminary report on the intravenous use of magnesium sulphate in puerperal eclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 1925; 9: 178-88.
9. Øian P. Eklampsi. Et 20-årsmateriale. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1980; 100: 1711-3.

Publisert: 10. mai 1999. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. juli 2026.