
Infeksjon og svangerskapsutfall, datagjenbruk og datakobling

REDAKSJONELT

LORENTZ M. IRGENS

Lorentz M. Irgens (f. 1942) er professor i forebyggende medisin ved Universitetet i Bergen og leder av Medisinsk fødselsregister. Medisinsk fødselsregister, Haukeland Sykehus 5021 Bergen

Siden bakteriologiens barndom har infeksjon hos mor som årsak til sykdom hos barnet vært et aktuelt tema. Rundt oppdagelsen av leprabasillen i 1873 ble transplacentær overføring av lepra heftig debattert. Medfødt syfilis representerte et stort helseproblem også i Norge, noe Ibsen reflekterte i *Gengangere* i 1881. Antibiotikabehandling og effektiv oppsporing og sanering av smitekilder løste dette problemet i 1940-årene. Men gruppe B-streptokokker hos mor er fremdeles årsak til neonatal sykdom og død (1). I de senere år er det jevnt over til Medisinsk fødselsregister meldt mellom ti og 30 tilfeller årlig av pneumoni hos nyfødte, og sannsynligvis blir ikke alle tilfeller meldt. Medfødt toksoplasmose er også erkjent som en trussel mot den perinatale helsen (2).

Et nytt scenario åpnet seg da N.M. Gregg i Australia beskrev det kongenitte rubellasyndrom i 1940 (3). Årsak-virkning-sammenhengen ble oppdaget ved en tilfeldighet i forbindelse med en rubellaepidemi. Det ble vist at alvorlige medfødte misdannelser kunne skyldes en maternell virusinfeksjon. Liknende gjennombrudd for andre virus har ikke funnet sted, men maternell virusinfeksjon er i stadig økende grad blitt mistenkt som årsak til perinatal morbiditet og mortalitet eller som årsak til helseproblemer senere i sped- eller småbarnsalder.

I dette nummer av Tidsskriftet belyses problemfeltet infeksjon og svangerskapsutfall i tre artikler om hepatitt C (4 – 6). Statens institutt for folkehelse gjennomførte i 1992 – 93 en befolkningsbasert studie av toksoplasmose i svangerskapet (2). I 1997 ble et tilfeldig utvalg på 970 kvinner i utgangspopulasjonen på 35 940 trukket ut, og deres blodprøver ble analysert for antistoffer mot hepatitt C. Opplysninger om dødfødsel, om mulige risikofaktorer for hepatitt C og om svangerskapsutfall ble hentet fra Medisinsk fødselsregister. Hovedfunnet var at 0,7 % av alle i dette tilfeldige utvalget av gravide hadde antistoffer mot hepatitt C. Av de 283 mødre i utgangspopulasjonen som fikk et dødfødt barn, var to (0,7 %) positive. Hepatitt C antas å smitte gjennom blod.

Antistoffforekomsten var høyere enn forventet ut fra kunnskap om forekomst av sprøytebruk i forbindelse med narkotika (0,4 % av alle kvinner mellom 15 og 40 år) (7). På denne bakgrunn stiller forfatterne spørsmålet om sprøytebruk er mer utbredt enn antatt eller om andre smittemåter er aktuelle (f.eks. piercing). Konfidensintervallet for forekomsten av antistoffer var imidlertid meget vidt (ned til 0,2 %), og man må være forsiktig med å trekke vidtgående konklusjoner.

Eskild og medarbeidere ønsket også å belyse mulige risikofaktorer for infeksjon og konsekvenser i form av ulike former for uønsket svangerskapsutfall. Det konkluderes med at de antistoffpositive kvinnene ikke skiller seg fra de antistoffnegative, verken med henblikk på risikofaktorer eller svangerskapsutfall. Gitt høy spesifisitet av blodprøven, er dette resultatet oppsiktsvekkende. Det må imidlertid sterkt advares mot å trekke slike negative konklusjoner, da materialet er altfor lite for dette formålet.

For øvrig viser studien hvordan et materiale som primært er innsamlet for ett bestemt formål, meget vel kan benyttes til å belyse andre problemstillinger. Vi møter ofte det synspunkt at anvendelse av et forskningsmateriale for andre formål enn det materialet er samlet inn for, strider mot medisinsk forskningsetikk. Jeg vil tvert imot hevde det uetiske i ikke å utnytte et forskningsmateriale fullt ut for andre viktige formål som materialet er egnet til å belyse på en adekvat måte. Materialene er samlet inn med stor arbeidsinnsats fra mange og deltakerne har ytt avgjørende bidrag. Selv om Eskild og medarbeideres studie er et eksempel på slik flerbruk, hadde det vært ønskelig at det antistoffundersøkte utvalget hadde vært vesentlig større.

Studien er også et eksempel på at verdien av et ad hoc-forskningsmateriale kan forøkes vesentlig ved at materialet kobles mot opplysninger om de samme personene i et allerede eksisterende register. Dette representerer en annen forskningsetisk problemstilling, som har vært mye debattert. Det er gledelig at vi etter hvert har kommet frem til juridiske og forskningsetiske regler som sikrer at slik forskning ikke representerer og heller ikke oppfattes som noen trussel mot personvernet, og at vi har tilsynsmyndigheter som bidrar til å sikre personvernet. Det påhviler forskerne som ønsker å benytte denne typen materialer strengt å følge det regelverk som gjelder. Dette er nødvendig for å sikre forskningen en høy troverdighet og for å oppnå befolkningens tillit. Den nye loven om helseregistre som venter på behandling i Stortinget, vil gi en egnet hjemmel for et slikt regelverk.

På grunn av den høye forekomsten av hepatitt C-virusantistoffpositive gravide som ble påvist av Eskild og medarbeidere, utredet Folkehelse spørsmål knyttet til vertikal overføring av hepatitt C-virusinfeksjon. En forkortet utgave er presentert i dette nummer av Tidsskriftet (5). Av alle voksne som smittes, blir 70 – 80 % virusbærere, og 25 % får levercirrhose etter 10 – 20 år, med høy risiko for leverkreft. Bærertilstand kan undersøkes ved påvisning av hepatitt C-virus-RNA. Smitte fra mor til barn har vært påvist hos opptil 10 % av alle antistoffpositive gravide, men det er ikke påvist slik smitte hos virus-RNA-negative. Amming synes ikke å være noen risiko. Kunnskapen om konsekvenser for svangerskapet og den nyfødte er begrenset. Mødre med virusmitte tilhører ofte en risikogruppe som av andre grunner har hyppigere svangerskapskomplikasjoner. Dette må det justeres for dersom man ønsker å fastslå effekten av virusinfeksjonen i seg selv.

Hvorvidt vår kunnskap om omfang og konsekvenser av hepatitt C-smitte i forbindelse med graviditet skal gi grunnlag for spesielle forebyggende tiltak, blir tatt opp i en tredje artikkel i dette nummer av Tidsskriftet. Anne Eskild & Helvi Holm Samdal spør om

gravide kvinner bør undersøkes på antistoffer mot hepatitt C-virus (6). Svaret synes å være et ubetinget nei. På den annen side er det åpenbart at vi vet for lite. Testing av gravide i ad hoc-studier for å få mer kunnskap på feltet er nødvendig. Den norske mor-og-barn-undersøkelsen vil kunne besvare en rekke av de spørsmål vi ennå vet for lite om.

LITTERATUR

1. Hordnes K. Mucosal immunity to group B streptococci in the female genital tract. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 1998.
2. Jenum PA, Stray-Pedersen B, Melby KK, Kapperud G, Whitelaw A, Eskild A et al. Incidence of *Toxoplasma gondii* infection in 35 940 pregnant women in Norway and pregnancy outcome for infected women. *J Clin Microbiol* 1998; 36: 2900 – 6.
3. Gregg NM. Congenital cataract following German measles in mother. *Tr Ophth Soc Australia* 1942; 3: 35 – 41.
4. Eskild A, Samdal HH, Skaug K, Jeansson S, Stray-Pedersen B, Jenum PA. H Hepatitt C-virus blant gravide kvinner i Norge – forekomst av antistoffer og svangerskapsutfall *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1006 – 8.
5. Samdal HH, Blystad H, Eskild A, Fjærli H-O, Nordbø SA, Stray-Pedersen B et al. H Hepatitt C-virusinfeksjon hos gravide og barn i Norge *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1047 – 50.
6. Eskild A, Samdal HH. B Bør gravide kvinner testes for antistoffer mot hepatitt C-virus? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1067 – 9.
7. Rapport fra seksualvanestudiene 1987 – 92. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1993.

Publisert: 10. april 2000. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.