
Terminbestemmelse ved hjelp av ultralyd

KORRESPONDANSER

DAG BRATLID

I Tidsskriftet nr. 29/1999 har Torvid Kiserud & Svein Rasmussen (1) en interessant gjennomgang av problemene ved terminbestemmelse ved hjelp av ultralyd. Som pediater har jeg beholdt en betydelig skepsis til obstetrikernes nesten ukritiske bruk av ultralyd til terminbestemmelse (2), også der kvinnens biologiske termin etter Naegeles regel er sikker. Fordi ultralydmetoden forutsetter en biologisk umulighet, nemlig at alle fostre på et gitt tidspunkt i svangerskapet (18 uker) er like store, vil den ene halvparten av fostrene få sin tilværelse i mors liv regnskapsmessig forlenget og den andre halvparten denne perioden forkortet, med fare for biologisk overtidighet ev. prematuritet som resultat. Det er derfor positivt at Kiserud & Rasmussen så klart peker på denne feilkilden i sin artikkel. Den mest alvorlige praktiske konsekvens av denne metodefeilen er den forskyvning av termin utover i tid og derfor forventet senere fødsel, som, dersom det dreier seg om en forskyvning på mange dager, vil medføre en fare for reell biologisk overtidighet. Som barnelege ser jeg da også ikke sjelden eksempler på overtidige og asfyktiske barn på grunn av slike korreksjoner som ofte er foretatt selv der hvor kvinnen har en sikker biologisk termin og regelmessige menstruasjonsperioder. Den usikkerheten som Kiserud & Rasmussen nå peker på ved «små» hoder (liten biparietal diameter) når det gjelder terminbestemmelse etter Eik-Nes & Grøttums metode (3), bør vel også få den konsekvens at man skal være forsiktig med å forlenge terminen ved kontroll omkring 17. uke, i alle fall i de tilfeller der kvinnen har regelmessig og sikker menstruasjon.

Det er meget mulig at utarbeiding av nye normaltabeller for fosterutvikling til erstatning for tabellene laget av Eik-Nes & Grøttum (3) kan gjøre ultralydmetoden bedre. Det er også mulig at bruk av forskjellige tabeller for små og store fosterhoder kan være en vei å gå for å redusere effekten av denne systemfeilen. Et slikt normalmateriale må imidlertid da bygges på en populasjon som man har «full kontroll» med fra begynnelse til slutt, f.eks. kvinner som føder etter in vitro-fertilisering. Ved disse graviditetene har man nøyaktig kunnskap om ovulasjon og befruktning, og de fleste av kvinnene går også ut et ellers normalt svangerskap. En slik undersøkelse burde for øvrig legges opp som en dobbelt undersøkelse, én undersøker burde bestemme biparietal diameter ved kjent svangerskapslengde for å fremskaffe det nye normalmaterialet, mens en annen undersøker, som ikke hadde kunnskap om implantasjonstidspunkt, burde gjøre det samme, men da med den hensikt å fastslå

svangerskapets lengde på grunnlag av kjent biparietal diameter på undersøkelsestidspunktet, f.eks. i henhold til tabellene til Eik-Nes & Grøttum som nå benyttes. Da ville man kunne få en rimelig god vurdering av den biologiske usikkerheten av disse tabellene utover den angitte statistiske usikkerhet på $\pm 12 - 13$ dager (2). Det er egentlig rart at en slik undersøkelse og kvalitetssikring ikke er gjort for lenge siden.

LITTERATUR

1. Kiserud T, Rasmussen S. Terminbestemmelse ved hjelp av ultralyd – kan metoden bli bedre? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 29: 4331 – 4.
2. Bratlid D. Bestemmelse av fødselstermin ved tidlig ultralydundersøkelse – galt, galere, galest? Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 1379 – 81.
3. Eik-Nes S, Grøttum P. Graviditetskalenderen Snurra. Drammen: Scan-Med A/S, 1983.

Publisert: 10. april 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

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