

# Skal alle gravide screenes for serumferritin som led i jernmangelprofylaksen?

## LEDER

Overlæge

Sjurdur F. Olsen

Strategierne for jernprofylakse i graviditeten varierer betydeligt [1]. F.eks. anbefaler man i England ikke rutinemæssigt jerntilskud, mens vi i Danmark anbefaler alle gravide at tage jerntilskud; en anbefaling, som er blevet fulgt relativt godt [2] sammenlignet med f.eks. anbefalingen om, at kvinder, der planlægger graviditet, bør tage folsyretilskud [3]. Variationen mellem landene skyldes næppe, at jernmangelproblemet varierer i omfang, men mere at der foreligger en uensartet vurdering og vægtning af den evidens, der lægges til grund for anbefalingerne. Det er ikke mærkeligt, idet de bygger på mange samtidige skøn [4]. Der indgår skøn over jerns biotilgængelighed, omfanget af jerntab ved graviditet og fødsel samt det ekstra jernbehov, det voksende foster påfører kvinden. Der indgår også resultater fra epidemiologiske og randomiserede undersøgelser, som langt fra altid er optimale med hensyn til kvalitet og størrelse og derfor er åbne for mere end en fortolkning.

I juni 2008 ændrede Sundhedsstyrelsen retningslinjerne fra at anbefale alle gravide at tage jerntilskud fra 20. graviditetsuge til i stedet at starte allerede i tiende uge. Samtidigt nedsattes dosis fra 50-70 til 40-50 mg ferrojern/dag.

I en statusartikel i dette nummer af Ugeskriftet foreslår *Milman & Hertz* en mere grundlæggende ændring af strategien. De foreslår, at bestemmelse af jernstatus tidligt i graviditeten indføres som rutine i svangreprofylaksen; at jernmangelprofylaksen differentieres i forhold til resultatet af denne bestemmelse; og at man benytter serumferritin som screeningsindikator for jerndepoternes størrelse. Kvinder med insufficiante jerndepoter vil blive anbefalet at tage jern i en dosis, der svarer til graden af insufficiens, mens kvinder med sufficiante jerndepoter ikke vil blive anbefalet at tage jern. Synspunktet er ikke nyt. *Milman* og kolleger har siden 1999 været fortalere for individuel jernprofylakse, og strategien er blevet bakket op af rapporter fra Fødevarestyrelsen [5] og det – nu hedengangne – Ernæringsråd [1].

Logikken bag individuel jernprofylakse er god. Ved at tilrette anbefalingen den enkelte kvindes behov undgår man at bede gravide med sufficiante jerndepoter om at tage jern – hvilket i bedste fald vil være unødvendigt og i værste fald kunne give bivirkninger. Mange gravide oplever mildere bivirkninger i form af mave-tarm-gener. Mere alvorligt er det, at jern poten-

tielt kan øge niveauet af oksidativt stress i kroppen, hvilket man ikke ønsker at påføre gravide unødigt.

Der er dog en række overvejelser. Ethvert screeningsprogram har en vis fejlmargen. Serumferritin er f.eks. ikke blot udtryk for jerndepoternes størrelse, men ses også forhøjet f.eks. ved luftvejsinfektion. Hvordan vil det influere på programmet? Velvidende at det kun kan bero på grove skøn – idet man ikke har tilstrækkeligt store og repræsentative undersøgelser med anvendelse af gyldne standarder for jernmangel blandt målgruppen – er det værd at have overvejet de konventionelle screeningssandsynligheder i forbindelse med den foreslåede strategi (sensitivitet, specificitet og prædiktiv værdi af testresultat), og hvordan de påvirkes af forskellige fejlkilder og scenarier. Der er de sundhedsøkonomiske overvejelser. Programmet foreslås forankret i almen praksis, hvor man jo på forhånd tager en blodprøve ved første svangrebsbesøg. Men selv om omkostningerne ved blodprøvetagningen er dækket ind, skal de ekstra målinger og evt. udredninger af abnorme målinger også finansieres. Endeligt bør man gennemtænke – og afsætte midler til – evaluering af programmet. Hvor mange kvinder får i virkeligheden målt serumferritin tidligt i graviditeten, i hvor høj grad bliver der reageret adækvat på målingerne, og hvad er de reelle meromkostninger ved at gennemføre programmet? Og hvordan influerer programmet på helbredsindikatorer, som man kunne ønske, det skulle influere på? Det burde være muligt at definere og indsamle et mindre, velvalgt sæt oplysninger, der vil kunne benyttes af sundhedsmyndighederne til at evaluere et program, som det foreslåede.

## LITTERATUR

1. Olsen SF, Dragsted LO, Hansen HS. Kost til gravide. Det videnskabelige grundlag for råd om kost i forbindelse med graviditet. København: Ernæringsrådet 2005;38:1-138.
2. Knudsen VK, Hansen HS, Ovesen L et al. Iron supplement use among Danish pregnant women. *Public Health Nutrition* 2007;10:1104-10.
3. Olsen SF, Michaelsen KF, Rasmussen LB et al. Folsyre til kvinder, der planlægger graviditet – kun få følger anbefalingen. København: Ernæringsrådet 2003;31:1-46.
4. Schumann K, Ertle T, Szegner B et al. On risks and benefits of iron supplementation recommendations for iron intake revisited. *J Trace Elements Med Bio* 2007;21:147-68.
5. Jern – bør forsyningen i den danske befolkning forbedres? København: Fødevarer-direktoratet Fødevarer rapport 2002;18:1-64.

## KORRESPONDANCE:

Sjurdur F. Olsen, Sektor for Maternel Ernæring, Afdeling for Epidemiologisk Forskning, Statens Serum Institut, DK-2300 København S.  
E-mail: sfo@ssi.dk

## INTERESSEKONFLIKTER:

Ingen