

Cervixskanning – teknik og screening for præterm fødsel i singleton graviditeter

(Revision af guideline 'Cervixscreening og præterm fødsel i enkelt graviditeter', 2012)

Forfattere

Navn:	Stilling:	Arbejdssted:
Camilla Udbye Aaskov	<u>I-læge</u>	Kolding Sygehus
Birgitte Bytoft	H-læge	Nordsjællands Hospital
Sara Bech Christensen	Reservelæge	Rigshospitalet
Charlotte Kvist Ekelund	Overlæge	Rigshospitalet
Julie Glavind	Overlæge	Aarhus Universitetshospital
Kathrine S. Grønbek	Reservelæge	Amager-Hvidovre Hospital
Sine Jacobsen	Reservelæge, ph.d. stud.	Randers Regionshospital
Mia Wørmer Poulsen	<u>I-læge</u>	Kolding Sygehus
Frederikke Ravn	Reservelæge	Rigshospitalet
Liv Dyre Rasmussen	Reservelæge	Herlev-Gentofte Hospital
Puk Sandager	Overlæge	Aarhus Universitetshospital
Pernille B. Udesen	H-læge	Amager-Hvidovre Hospital
Rie Adser Virkus	Overlæge	Nordsjællands Hospital
Camilla B. Wulff	Afdelingslæge	Rigshospitalet/Hvidovre Hospital
Lea Kirstine Hansen	H-læge, ph.d. stud.	Aarhus Universitetshospital
Thanusha Sellaswamy	Afdelingslæge	Kolding Sygehus

Revision af guideline - Afgrænsning

Denne guideline omhandler cervixskannings teknik og screening af cervixlængde i singleton graviditeter uden symptomer på truende præterm fødsel.

Revision af guideline - Afgrænsning

- Anbefalinger for behandling/kontrol ved kort cervix eller symptomer på præterm fødsel varetages i andre guidelines:
 - *Aflastning i graviditeten*
 - *Cerclage og Cerclage (Arabin) pessar*
 - *Partus Præmaturus Imminens – screening og diagnostik*
 - *PPROM – præterm primær vandafgang*
 - *Progesteron*
 - *Tocolyse*
 - *Truende for tidlig fødsel før gestationsalder 25 + 0*
- Anbefalinger for Flerfold graviditeter: - *'Tvillinger – håndtering af graviditet og fødsel'*.

Revision af guideline - Opbygning

- 1) Teknik ved cervixskanning samt oplæring/certificering i TVUL af cervix under graviditet
- 2) Screening af cervixlængde hos asymptotiske gravide med *øget risiko for præterm fødsel*, herunder tidligere præterm fødsel, tidligere konisatio, trachelektomi og uterine anomalier
- 3) **Screening af cervixlængde hos asymptotiske gravide *uden kendt øget risiko for præterm fødsel*/universel cervixskanning af gravide**

Cervix-skanning

Teknik og opl ering

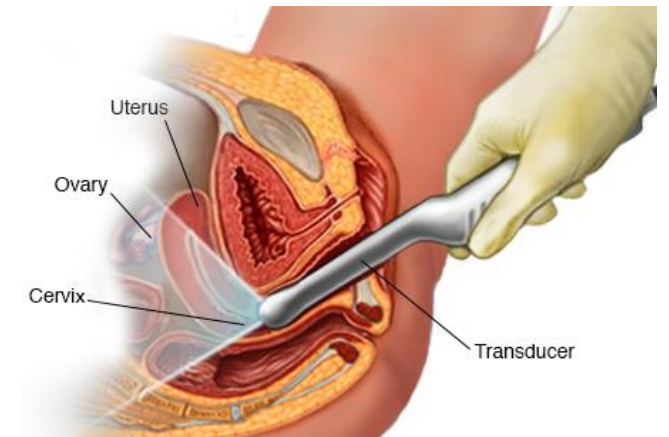
Måling af cervixlængde i forbindelse med screening for præterm fødsel bør foretages ved transvaginal ultralydskanning.

B

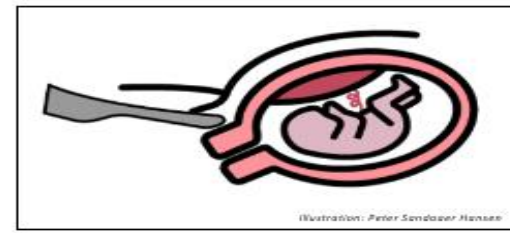
Teknik

- Transvaginal ultralydskanning af cervixmål (TVUL) har den højeste sensitivitet og specificitet, og bedste prædiktive værdier
- Ved standardiseret teknik er der lav interobserver-variation.
- Gravides accept af TVUL er generelt god.

-> TVUL er derfor den anbefalede metode

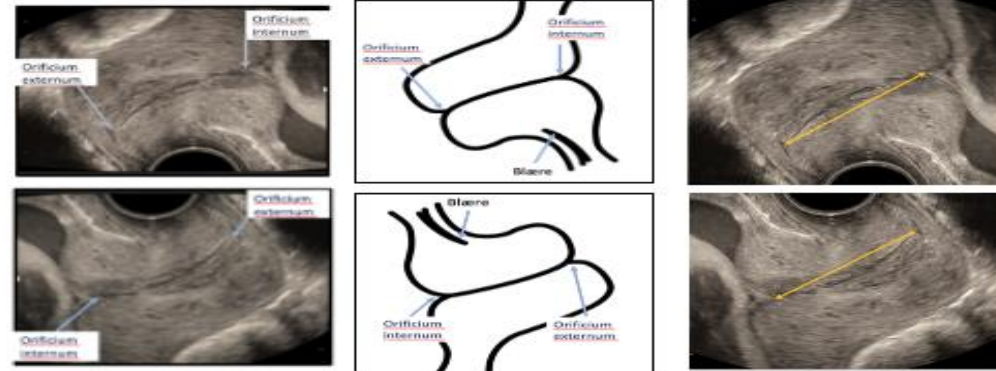


Anbefalet teknik ved transvaginal måling af cervix:



1. Den gravide skal have tom blære
2. Vaginalproben placeres i fornix anterior
3. Der fremstilles et sagittalt billede af cervix, hvor følgende strukturer visualiseres:
 - a) Cervikal-kanalen i dens fulde længde
 - b) Portios overflade
 - c) Orificium externum - punktet hvor anteriore og posteriore ectocervix mødes
 - d) Orificium internum - punktet hvor den cervikale mucosa ophører
4. Forstør billedet så cervix fylder 60-75 % af billedet.
5. Cervix måles i en lige linje fra orificium externum til orificium internum.
6. Der observeres en periode (ca. 3 min) da der kan forekomme dynamiske forandringer af længden af cervix.
7. Der foretages 3 målinger, og det teknisk bedste og korteste mål anvendes.

Bemærk også om der er: funnelling, placenta prævia/dybtliggende placenta, vasa prævia



Ad 1:

En fyldt blære vil trykke på cervix, hvorved cervix kan blive klemt sammen og trukket lang, den kan derved fremstå længere end den er, og en evt. funnelling kan skjules.

Ad 2:

Proben placeres helt tæt på cervix men uden at komprimere cervix. Bredden af anteriore og posteriore cervixlæbe skal være ca. den samme, ellers er det tegn på at proben komprimerer cervix, og proben bør trækkes lidt tilbage.

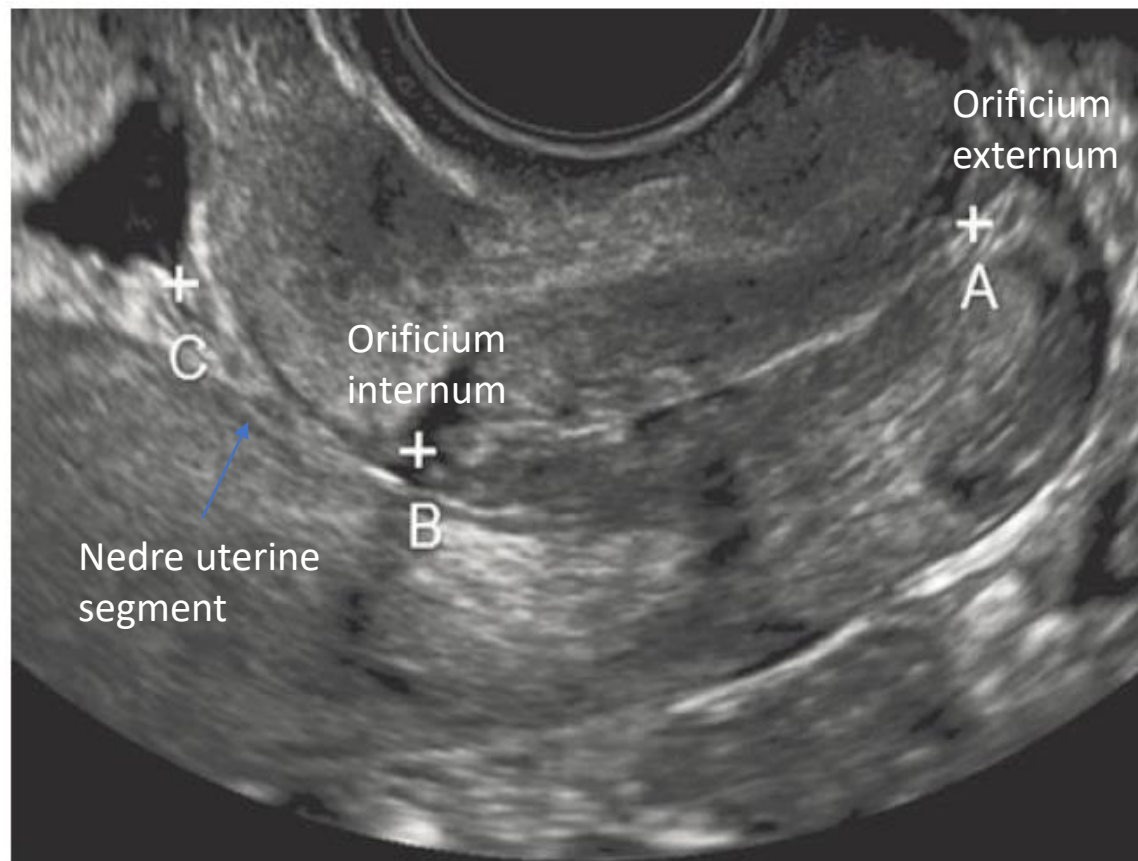
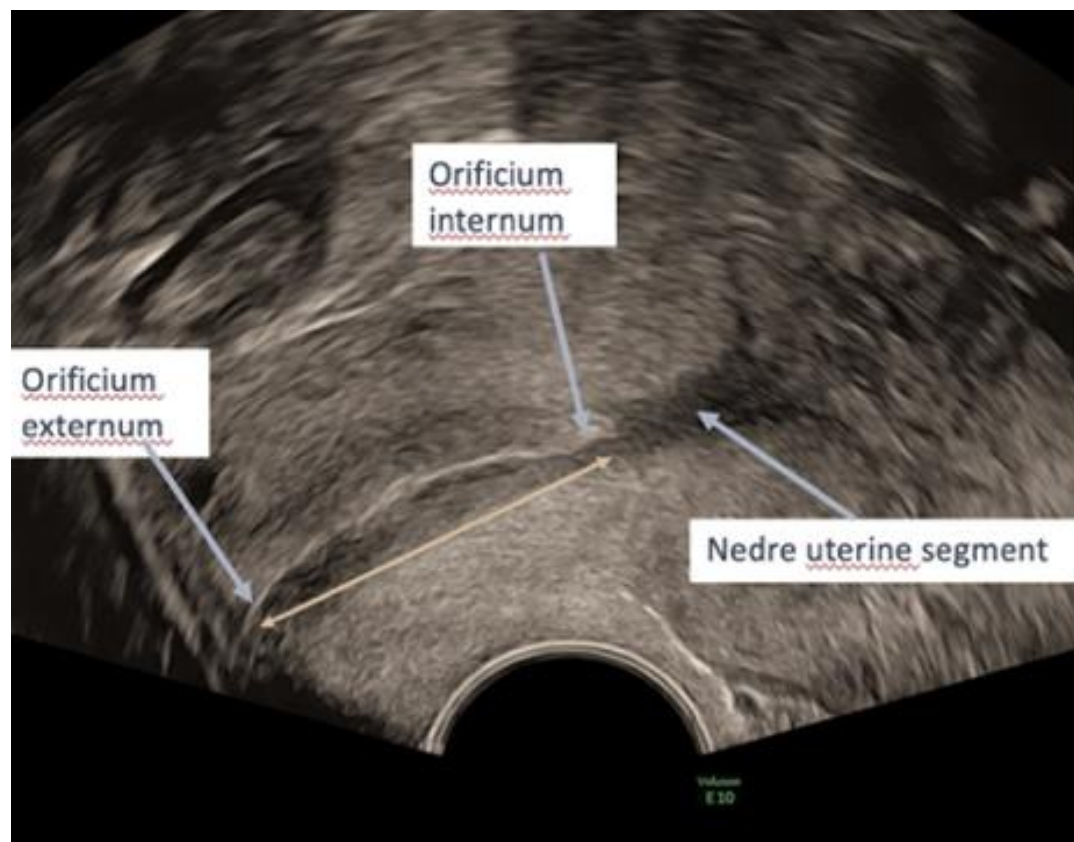
Ad 3. a)

Cervikal-kanalen ses som en linje omgivet af den endocervikale mucosa, som kan være med øget eller nedsat ekkogenicitet sammenlignet med vævet i cervix.

Teknik – Cervixmål



Opmærksomhedspunkter

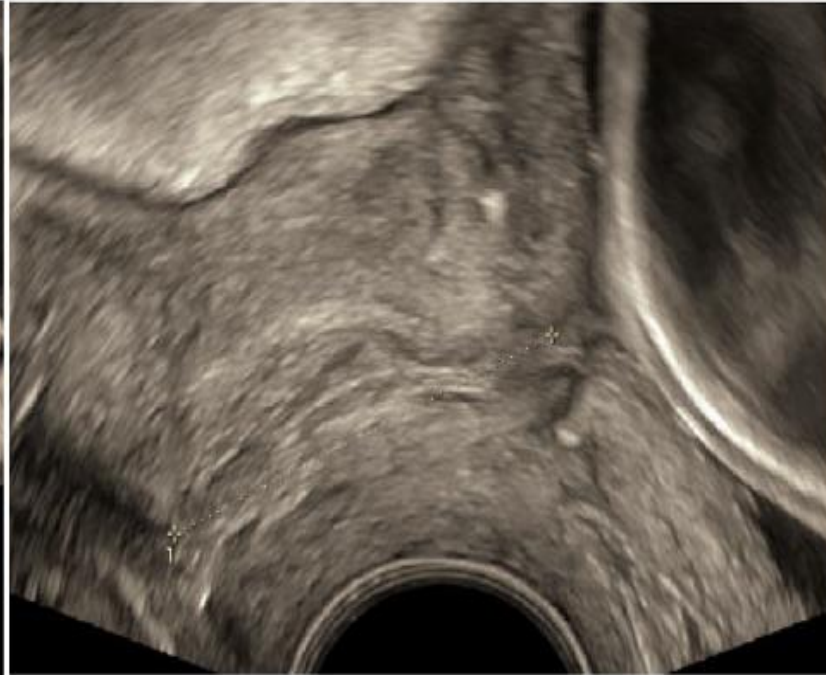


Undgå inklusion af nedre uterine segment

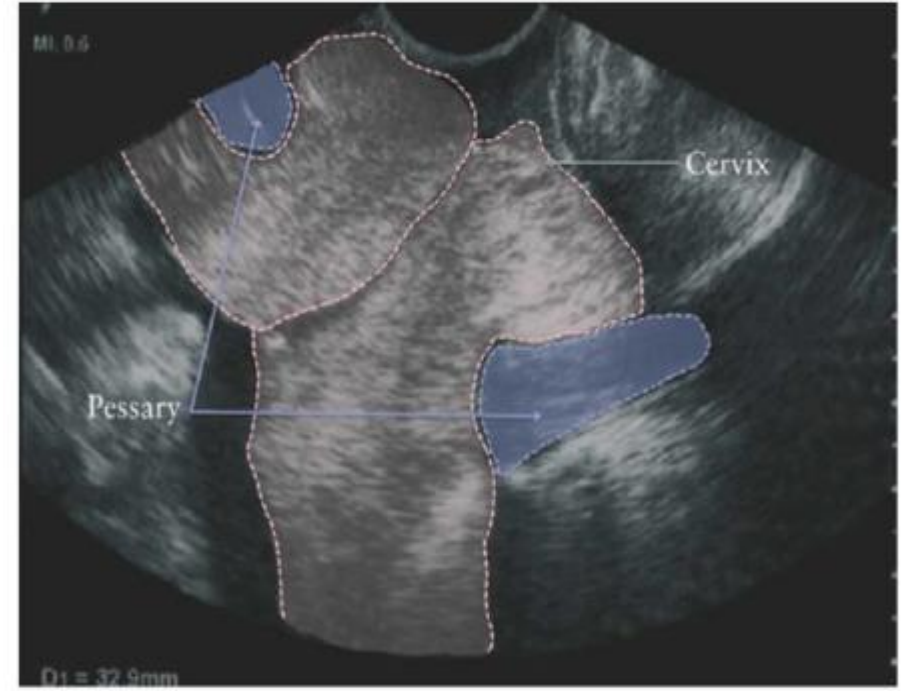
Særlige omstændigheder



Ekstern cerclage



Intern cerclage



Cervixpessar

Ref. Goya et al. 2011

Ny diagnosekode:

DO343C

Graviditet med anlagt vaginal cerklage

Oplæring - certificering

- Simulationsbaseret oplæring efterfulgt af klinisk oplæring giver de højest opnåede kompetencer blandt undersøgte studier.
- Det anbefales at personale der foretager skanning af cervix i forbindelse med screening for præterm fødsel er certificerede i undersøgelsen fra eksempelvis et af de to nedenfor nævnte steder:
 - The Fetal Medicine Foundation's Certificate of Competence in cervical assessment
 - The Cervical Length Education and Review (CLEAR) program

Måling af cervixlængde i forbindelse med screening for præterm fødsel bør foretages ved transvaginal ultralydskanning.

B

Måling af cervixlængde ved transvaginal ultralydskanning bør foretages efter standardiseret protokol og af certificeret personale.

*Good
clinical
practice*

Cervixscreening af asymptomatiske gravide med øget risiko for præterm fødsel

- Tidligere spontan præterm fødsel (sPTB)
- Tidlige konisatio
- Tidligere trachelektomi
- Kendt uterusanomali

Tidligere spontan præterm
fødsel

Tidligere spontan præterm fødsel

Reference	Antal	Def af tidligere præterm fødsel	Incidens af spontan præterm fødsel i populationen (%)	GA ved undersøgelse (uger)	Cut-off	End-point (GA uger)	Sensitivitet (%)	Specificitet (%)	PPV (%)	NPV (%)
Andrews et al. 2000	69	Tidl SPTD 16-30 uger	28 (<35 uger)	<20	≤ 25	< 35	33	100	100	72
Owen et al. (2001)	183	tidl SPTD <32 uger	26 (< 35 uger)	16-19	< 25	< 35	19	98	75	77
To...et al. (2002)	43	tidl. SPTD 16-33 uger	21 (< 34 uger)	12-24	≤ 25	< 34	89	47	44	94
Durnwald 2005	188	tidl SPTD 18-37 uger	10 (< 32 uger) 19 (< 35 uger)	22-25	< 25	< 32 < 35	50 39	86 84	16 37	92 85
deCarvalho 2005	180	tidl. PTD <37 uger	14 (< 34 uger)	21-24	≤25	≤ 34	76	76	33	95
Crane et al (2008)	90	Tidl. SPTD GA 16-37 Undergruppe (+/- PPRM)	12 (< 35 uger)	24-30	< 30	< 35	64	77	28	94
Guzman et al (2001)	169	tidl. 2. trimester abort	12 (< 34 uger)	15-24	≤ 15	< 34	81	72	29	96

SPTD= spontan præterm fødsel

PTD= præterm fødsel

CL1 (18-20u)

5 mm fald i cervixlængde gav OR 0.74(0.42-1.31) for sPTB

AUC = 0.65

CL2 (21-23u)

5 mm fald i cervixlængde gav OR 2.65(1.12-6.27) for sPTB

AUC = 0.79

Received: 6 February 2021 | Revised: 12 May 2021 | Accepted: 28 May 2021
DOI: 10.1111/aogs.14203

ORIGINAL RESEARCH ARTICLE



Effect of second-trimester sonographic cervical length on the risk of spontaneous preterm delivery in different risk groups: A prospective observational multicenter study

Tove Wikström^{1,2} | Henrik Hagberg^{1,2} | Bo Jacobsson^{1,2} | Pihla Kuusela³ |
Jan Wesström⁴ | Peter Lindgren^{5,6} | Helena Fadl⁷ | Ulla-Britt Wennerholm^{1,2} |
Lil Valentin^{8,9}

*Resume af evidens**Evidensgrad*

Cervixlængde ≤ 25 mm i 2. trimester hos gravide med tidligere sPTB eller spontan sen abort/ er associeret med en øget risiko for sPTB.	2a
---	----

*Kliniske rekommandationer**Styrke*

Gravide med tidligere spontan præterm fødsel eller spontan sen abort anbefales cervixscreening i 2. trimester.	B
Hos gravide med tidligere spontan præterm fødsel eller spontan sen abort kan der, efter individuel vurdering, overvejes serielle målinger med kontrol af cervixlængde mellem GA 16 og 24.	B
Cervixlængde < 25 mm anbefales som cut-off for intervention hos gravide med tidligere spontan præterm fødsel eller spontan sen abort.	B

Tidligere konisatio

Tidligere konisatio

1 x konisatio: OR 2.85 (2.3-3.5) for præterm fødsel < GA37 (n=721)

2 x konisatio: OR 9.90 (6.0-17.0) for præterm fødsel < GA37 (n=37)

After conisation of the cervix, the perinatal mortality as a result of preterm delivery increases in subsequent pregnancy

G Ørtoft,^a TB Henriksen,^b ES Hansen,^c LK Petersen^a

^a Department of Obstetrics and Gynaecology ^b The Perinatal Epidemiology Research Unit ^c Department of Histopathology, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark

Correspondence: Dr G Ørtoft, Department of Obstetrics and Gynaecology, Aarhus University Hospital, DK-8200 Aarhus N, Denmark.

Email Ortoft@dadlnet.dk

Accepted 28 September 2009. Published Online 26 November 2009.

5 mm fald i cervixlængde gav OR 2.12(1.24-3.61) for sPTB (n=631)
Cut-off = 25 mm for høj-risiko gravide (tidl sPTB/konus)

Received: 6 February 2021 | Revised: 12 May 2021 | Accepted: 28 May 2021
DOI: 10.1111/aogs.14203

ORIGINAL RESEARCH ARTICLE



Effect of second-trimester sonographic cervical length on the risk of spontaneous preterm delivery in different risk groups: A prospective observational multicenter study

Tove Wikström^{1,2} | Henrik Hagberg^{1,2} | Bo Jacobsson^{1,2} | Pihla Kuusela³ |
Jan Wesström⁴ | Peter Lindgren^{5,6} | Helena Fadl⁷ | Ulla-Britt Wennerholm^{1,2} |
Lil Valentin^{8,9}

460 med tidligere konisatio , 53 (11,1%) fødte før GA 35+0

aOR 6.69 (4.41-10.15) cervix < 3.0 cm – ingen effekt i subgruppeanalyse 25 mm

aOR 1.53 (1.04-2.25) for præterm fødsel ved tidligere konisatio (uafhængigt af cervixlængden)

RESEARCH | OBSTETRICS | [VOLUME 211, ISSUE 3, P242.E1-242.E4, SEPTEMBER 2014](#)

 [Download Full Issue](#)

The association between cervical excisional procedures, midtrimester cervical length, and preterm birth

[Emily S. Miller, MD, MPH](#) • [William A. Grobman, MD, MBA](#)

Published: March 07, 2014 • DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.03.004>

Tidligere konisatio

<i>Resume af evidens</i>	<i>Evidensgrad</i>
Gravide med 1 tidligere konisatio har en 2-3 gange højere risiko for præterm fødsel	2a
Størrelse af konus er associeret til risikoen for præterm fødsel hos gravide med tidligere konisation	2b

<i>Kliniske rekommandationer</i>	<i>Styrke</i>
Gravide med tidligere konisatio anbefales cervixscreening ved 2. trimester skanning	B
Cervixlængde <25 mm anbefales som cut-off for intervention hos koniserede kvinder	B

Trachelektomerede kvinder

Trachelektomerede kvinder

Resume af evidens

Evidensgrad

Der er utilstrækkelig evidens til at belyse, hvorvidt screening af 'cervix' hos trachelektomerede gravide kan prædiktere risikoen for sPTB.

NA

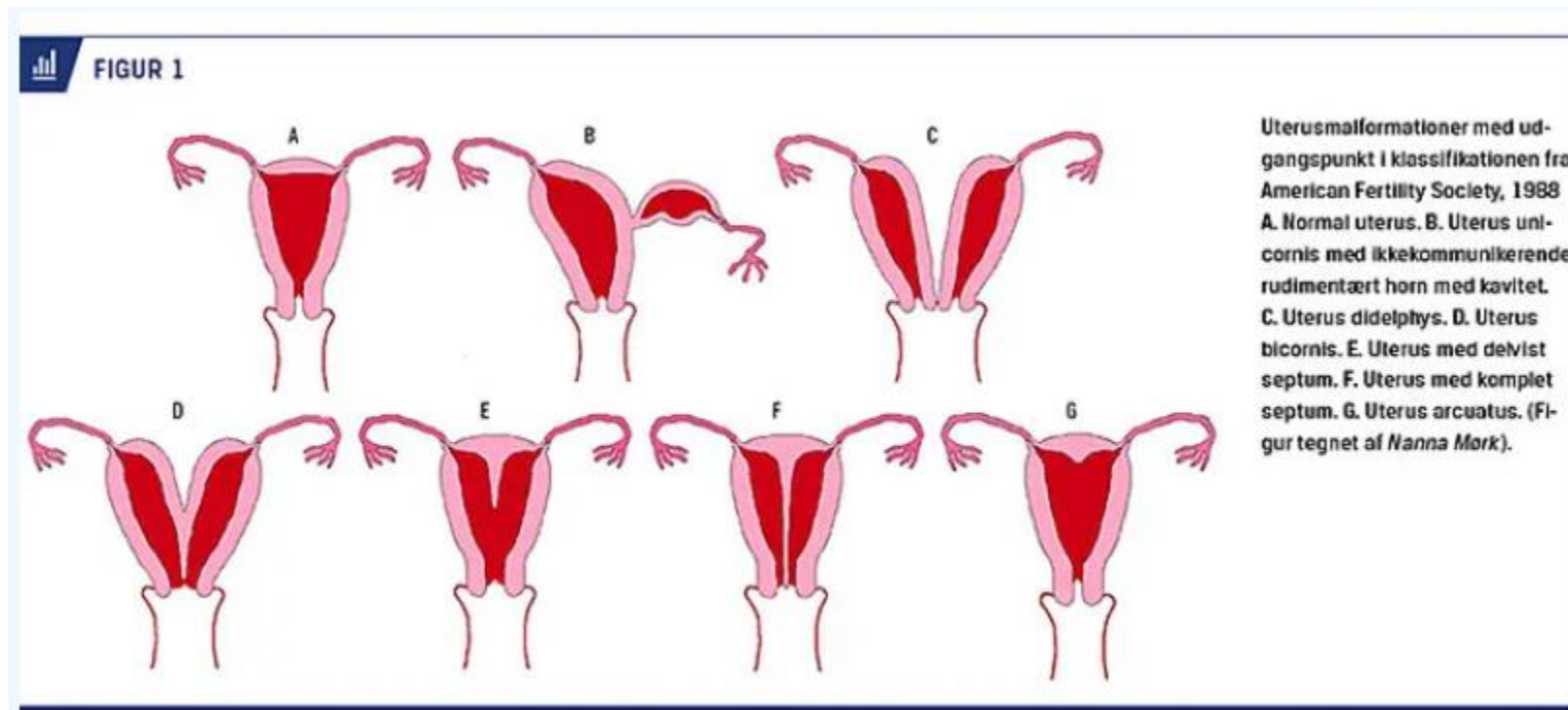
Kliniske rekommandationer

Styrke

Hos gravide trachelektomerede kan længden af "cervix" følges med serielle 'cervix' skanninger gennem graviditeten.

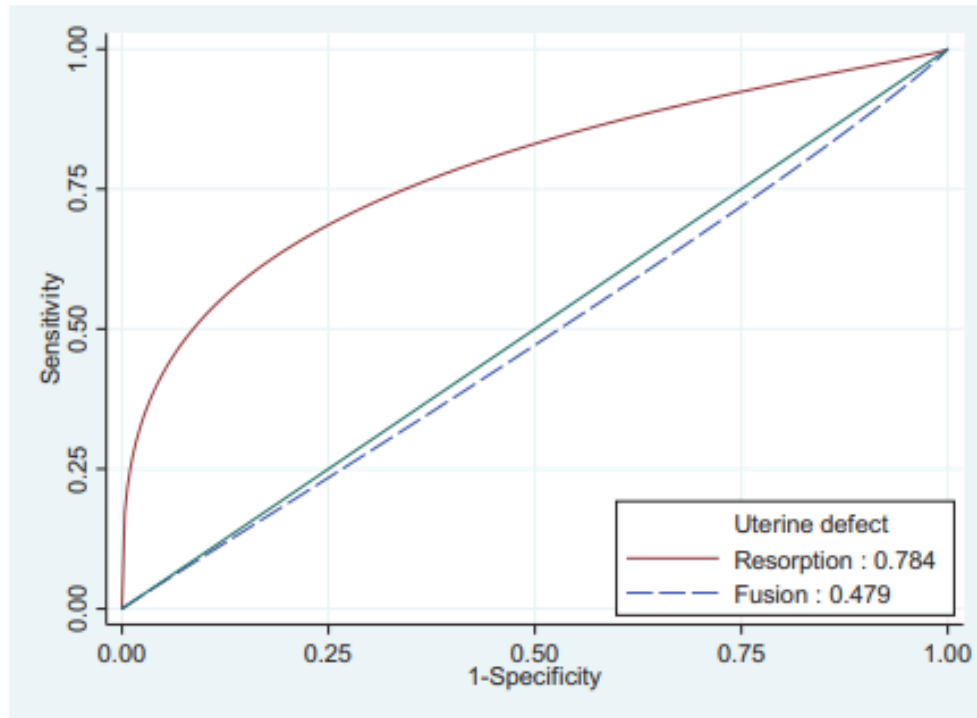
Good
clinical
practice

Kendte uterine anomalier



80% af de som fødte før GA 37 havde cervix > 25 mm (scanning GA 16-24)
n=319

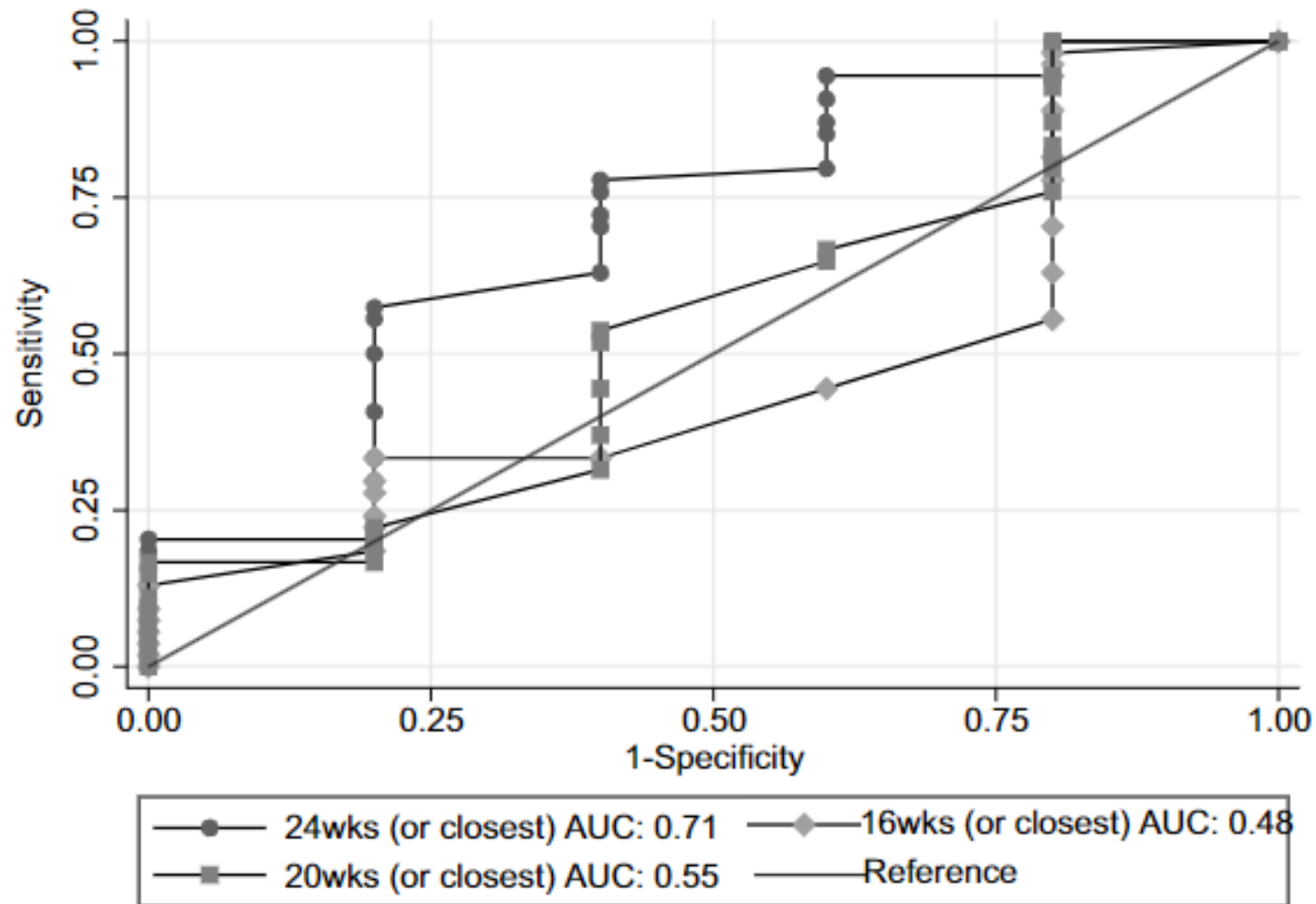
FIGURE 1
Transvaginal ultrasound cervical length to predict spontaneous preterm birth at <34 weeks in women with congenital uterine anomalies, grouped by fusion or resorption defect



Ridout et al. Preterm birth prediction by cervical length and quantitative fetal fibronectin in congenital uterine anomalies
Am J Obstet Gynecol 2019.





> *Am J Obstet Gynecol*. 2019 Oct;221(4):341.e1-341.e9. doi: 10.1016/j.ajog.2019.05.032.
Epub 2019 May 24.

Cervical length and quantitative fetal fibronectin in the prediction of spontaneous preterm birth in asymptomatic women with congenital uterine anomaly



AUC = 0.71

Cervical length surveillance for predicting spontaneous preterm birth in women with uterine anomalies: A cohort study

Kelly M. Hughes^{1,2,3}  | Stefan C. Kane^{1,2,4}  | Terrence P. Haines⁵  |
 Penelope M. Sheehan^{1,2} 

<i>Resume af evidens</i>	<i>Evidensgrad</i>
Gravide med uterusanomalier har en 2-3 gange øget risiko for præterm fødsel sammenlignet med gravide uden uterusanomali	2a
Cervixscreening har dårlig prognostisk værdi for præterm fødsel hos gravide med uterusanomalier	2b
<i>Kliniske rekommandationer</i>	<i>Styrke</i>
Gravide med uterusanomalier kan tilbydes screening af cervixlængde i GA 20-24	Good clinical practice

**Universel screening af cervixlængden hos
singleton gravide *uden* kendte risikofaktorer**

Screening i en lav-risiko population med anvendelse af cervix cut-off < 25 mm omkring tidspunkt for 2. trimester skanning performer dårligt i forhold til prædiktation af præterm fødsel

2b

Cervix-skanning i singleton graviditeter

Godkendt på det fetalmedicinske og obstetriske guidelinemøde januar 2013
2013

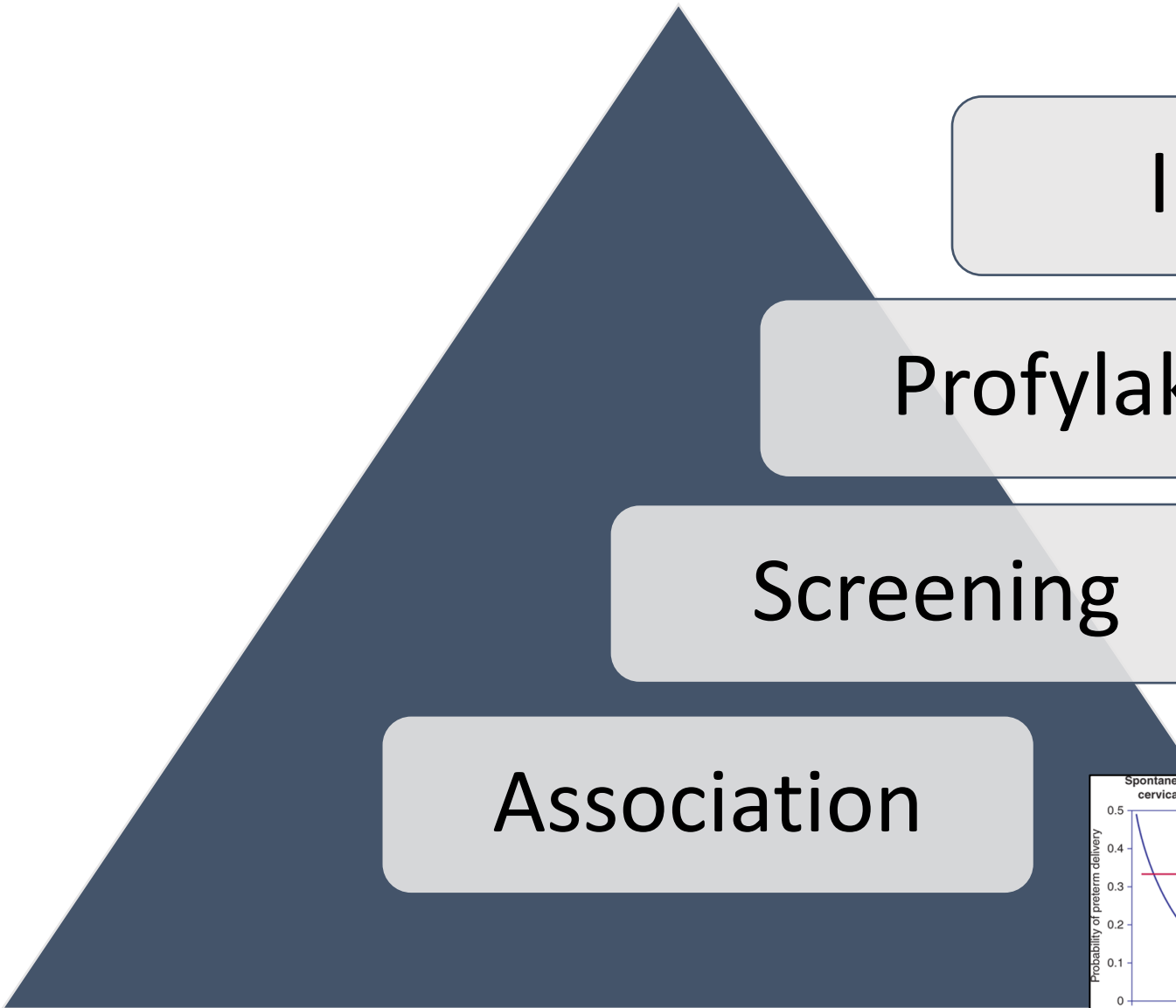
Screeningsperformance for gravide uden kendte risikofaktorer (lavrisiko-gruppen) viser generelt lav sensitivitet og lav positiv prædiktiv værdi (B).

Gennemgang af ny litteratur

- Screening performance
- Cervix < 25 mm
- Andet trimester
- > 700 inkluderede

Detektionsrate < 10%
Specificitet > 95%

Reference	N	Incidens af sPTB (%)	GA undersøgelse (uger)	Cut-off (mm)	End point (GA uger)	Sensitivitet (%)	Specificitet (%)	PPV (%)	NPV (%)	NNS	Note
Reddy et al, 2023, USA	797	7,5%	16-24	25	37	13,5	98,2	35	94		
Figarella et al, 2023, Frankrig	3468	6%	16-26	25	37	5,7	99,2	28,9	94,9	1250	
Wikström et al, 2021, Sverige (CERVIX)	11072 (6288)	5%	18-20 (Cx1) 21-23 (Cx2)	(20) 25 (27)	<33	Nullipara: 25,0 Multipara: 50,0	Nullipara: 96,4 Multipara: 96,8	Nullipara: 2,7 Multipara: 3,6	Nullipara: 99,7 Multipara: 99,9	Nullipara: 1018 Multipara: 843	
Almeida et al, 2021, Portugal	4481	7,4%	18-22	15 20 25 30	<37	2,8 6,2 10,6 30,7	99,7 99,5 97,3 80,1	10,9 11,5 3,9 1,5	97 94 91 86		
Kuusela et al, 2021, Sverige	11456	5%	18-21 (Cx1) 21-23 (Cx2)	25	<33 <37	27,0 (33 w) 9,0 (37 w)	96,2 (33 w) 96,1 (37 w)	3,9 8,6	99,6 96,4	2097	Tal opgivet for Cx1
Rosenblom et al, 2020, USA	13508	7,5%	17-23	10 15 20 25	<37	Nullipara: 4,0 (10 mm) 6,6 (15 mm) 11,1 (20 mm) 15,3 (25 mm) Multipara: 2,4 (10 mm) 3,5 (15 mm) 5,3 (20 mm) 7,7 (25 mm)	Nullipara: 100 99,7 99,4 98,9 Multipara: 99,9 99,8 99,6 99,2	Nullipara: 88,2 62,5 57,5 48,5 Multipara: 52,9 46,4 40,8 33,3	Nullipara: 93,8 93,9 94,2 94,4 Multipara: 95,2 95,2 95,3 95,4		
Wulff et al, 2018, DK	3302 (3477)	3,5%	11-14 (Cx1) 19-21 (Cx2) 23-24 (Cx3)	<25	<37					1667 (<34 w)	
Son et al, 2016, USA	17590	11% 4,8%	18-24	<25	<37	4,8 (25 mm) 3,5 (20 mm)	99,4 (25 mm) 99,7 (20 mm)	31,8 44,6	94,3 94,3		
Miller et al. 2015 USA	18250	6,3%	18+0-23+6	<25	<37 (<34)	4,3	99,3	30,5	93,5		
Ven et al, 2015, Netherland	11943	3,8%	16+0-21+6	<25	<37	3,02	99,6	24,6	94,5	Nullipara: 618 Multipara: 1417	Udregning på baggrund af cervix < 25 mm og sPTB <37
Kuusela et al, 2015, Sweden	2061	4,2% (<37) 1,1% (<34)	16+0-23+1	28	<37 <34	3 9	99 99	10 7	96 99		
Orzechowski et al, 2015, USA	1551	7-10%	18+0-23+6	20	<37	18,9%	0,99%	0,65%	0,96%		Lavere detektionsrate hos kvinder med tidl. sPTB. se tabel 4.

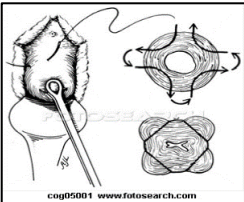


Impact

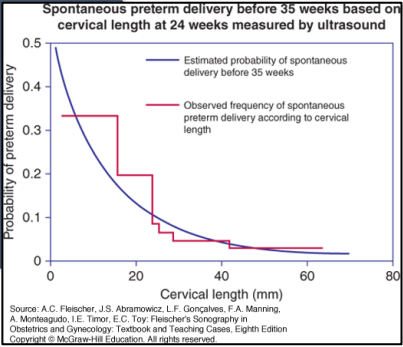
Profylakse

Screening

Association



	Disease	
	+	-
+	True Positive (TP)	False Positive (FP)
-	False Negative (FN)	True Negative (TN)



Author and country	Cohort	Implementation of universal cervical length screening	Prophylaxis	Results
Green et al, 2017 USA, Michigan	Retrospective cohort Singleton pregnancies at low risk for spontaneous preterm delivery From 2013 to 2016 (n= 13,396)	Indicated from Oct 2014 Transvaginal ultrasound Cut off Cx < 25 mm	Unspecified	Decrease of overall spontaneous preterm birth rate from 3.8% to 2.4% (<i>P</i> <.001)
Newnham et al, 2017 Western Australia	Prospective cohort Singleton pregnancy From 2013 to 2015 (n=227,020)	Indicated at 18–20 WG from 2015 Transvaginal or abdominal Additional initiatives started	Vaginal progesterone when Cx <25 mm Cerclage when Cx < 10 mm Pessary not indicated	Significantly lower rate of preterm birth in 2015 (<i>P</i> <.001 compared with 2013 and 2014) Reduction 7.6% in PTB rate
Son et al, 2016 USA, Chicago	Retrospective cohort Singleton pregnancy with no previous preterm birth From 2007 to 2014 n= 64,207	Indicated at 18–24 WG from 2011 Transvaginal ultrasound	Vaginal progesterone when Cx ≤ 20 mm Cerclage if dilation on digital examination < 24 weeks Pessary not indicated	Significant decrease in the rate of spontaneous preterm birth: <37 weeks of gestation: 6.7% vs 6.0%; OR, 0.82 (0.76–0.88); <34 WG: 1.9% vs 1.7%; OR, 0.74 (0.64–0.85); <32 WG: 1.1% vs 1.0%; OR, 0.74 (0.62–0.90)
Figarella et al 2023 South East France	Register based study Singleton pregnancy 2012-2018 Period A before n=171,079 Period B after n=165,524	Implemented cervical assessment at the anomaly scan in south east France (41 centers)	Either progesterone, cerclage or pessary if cervix < 25 mm according to local guidelines	Decrease in overall preterm birth rate 5.79% to 5.6% (p<0.0001) Decrease in sPTB 1.9 to 1.8% (p=0.02)
Maymon et al 2023 Israel	Register based, national study All pregnancies 2000-2020 Comparing 1.8 mill with 1.6 mill deliveries	Started 2012 TA and TV measurement GA 19-25 < 25 mm	Unspecified Probably following ISUOG guidelines	Reduction in preterm birth rate 7.64% to 6.84% 2000-2011 compared to 2012-2020 (p< 0.0002)

Author and country	Cohort	Implementation of universal cervical length screening	Prophylaxis	Results
Green et al, 2017 USA, Michigan	Retrospective cohort Singleton pregnancies at low risk for spontaneous preterm delivery From 2013 to 2016 (n= 13,396)	Indicated from Oct 2014 Transvaginal ultrasound Cut off Cx < 25 mm	Unspecified	Decrease of overall spontaneous preterm birth rate from 3.8% to 2.4% (<i>P</i> <.001)
Newnham et al, 2017 Western Australia	Prospective cohort Singleton pregnancy From 2013 to 2015 (n=227,020)	Indicated at 18–20 WG from 2015 Transvaginal or abdominal Additional initiatives started	Vaginal progesterone when Cx <25 mm Cerclage when Cx < 10 mm Pessary not indicated	Significantly lower rate of preterm birth in 2015 (<i>P</i> <.001 compared with 2013 and 2014) Reduction 7.6% in PTB rate
Son et al, 2016 USA, Chicago	Retrospective cohort Singleton pregnancy with no previous preterm birth From 2007 to 2014 n= 64,207	Indicated at 18–24 WG from 2011 Transvaginal ultrasound	Vaginal progesterone when Cx ≤ 20 mm Cerclage if dilation on digital examination < 24 weeks Pessary not indicated	Significant decrease in the rate of spontaneous preterm birth: <37 weeks of gestation: 6.7% vs 6.0%; OR, 0.82 (0.76–0.88); <34 WG: 1.9% vs 1.7%; OR, 0.74 (0.64–0.85); <32 WG: 1.1% vs 1.0%; OR, 0.74 (0.62–0.90)
Figarella et al 2023 South East France	Register based study Singleton pregnancy 2012-2018 Period A before n=171,079 Period B after n=165,524	Implemented cervical assessment at the anomaly scan in south east France (41 centers)	Either progesterone, cerclage or pessary if cervix < 25 mm according to local guidelines	Decrease in overall preterm birth rate 5.79% to 5.6% (p<0.0001) Decrease in sPTB 1.9 to 1.8% (p=0.02)
Maymon et al 2023 Israel	Register based, national study All pregnancies 2000-2020 Comparing 1.8 mill with 1.6 mill deliveries	Started 2012 TA and TV measurement GA 19-25 < 25 mm	Unspecified Probably following ISUOG guidelines	Reduction in preterm birth rate 7.64% to 6.84% 2000-2011 compared to 2012-2020 (p< 0.0002)

Lille, men signifikant fald i andelen, der føder præterm

Original Paper

Change in prevalence of preterm birth in Israel following publication of national guidelines recommending routine sonographic cervical-length measurement at 19–25 weeks' gestation

R. Maymon ✉, M. Pekar-Zlotin, H. Meiri, Z. Haklai, E.-S. Gordon, G. Shlichkov, H. Cuckle

First published: 07 October 2022 | <https://doi.org/10.1002/uog.26093> | Citations: 1

614

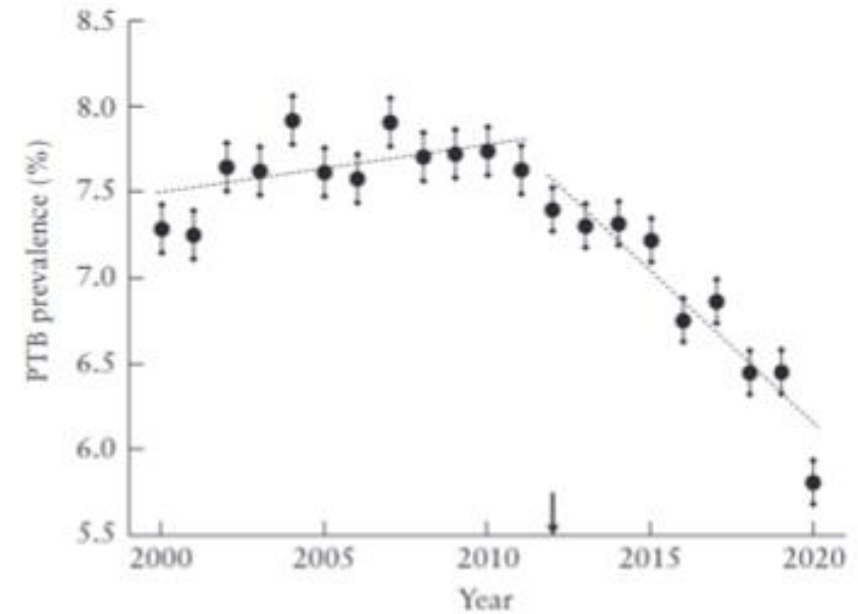


Figure 1 Annual preterm birth (PTB) prevalence, with 95% CI, in Israel between 2000 and 2020. Arrow at 2012 indicates year of publication of Israeli Society of Obstetrics and Gynecology (ISOG) guidelines, which recommended inclusion of cervical-length measurement in the routine ultrasound anomaly scan at 19–25 weeks' gestation. Lines of regression are shown for period before ($P = 0.55$) and that after ($P < 0.0001$) publication of the guidelines.

Ved universel cervix-screening af lav-risiko gravide ses en beskedent reduktion i prævalensen af præterm fødsel

2b

Screening af cervixlængde hos alle lav-risiko gravide kan på nuværende tidspunkt ikke anbefales i Danmark

C

Diskussionspunkter

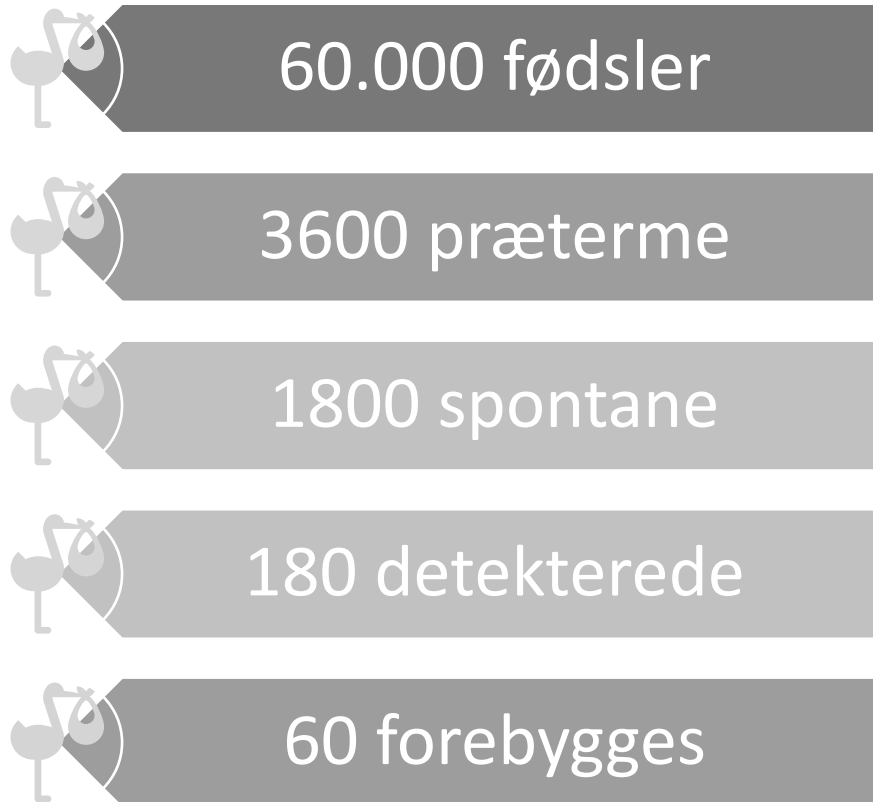
- Universal cervixscreening
- Oplæring /certificering

Impact i Danmark



NNS 1:1000 60/60000

Impact i Danmark



NNS 1:1000 60/60000



*Wulff et al, 1% har kort cervix

NNT 1:10 (60/600)

Reduktion i incidens af spontane præterm fødsler:
Fra 1800 til 1740 spontane (3,0% til 2,9%)

Reduktion i incidens af præterme fødsler:
Fra 3600 til 3540 (6,0% til 5,9%)