

Referat

Sandbjerg 19.01.2024

Præeklampsi (PE)
Hot topics
Inflammatorisk tarmsygdom

Definition af hypertension (HT) og PE:

Tilføjelser/ændringer:

Proteinuri: GODKENDES

- Signifikant proteinuri: albumin/kreatinin-ratio ≥ 200 mg/g
 - el. +2 ind til albumin/kreatinin-ratio foreligger
- Screening ved urinstix
 - +2 el. vedvarende +1 er indikation for kvantitativ proteinbestemmelse
- Ved konstateret proteinuri efter GA 20 findes der ej indikation for yderligere kontrol af proteinuri.
 - Dette gælder ej patienter med GDM eller kendt nyresygdom

Trombocytopeni: AFVISES

- Trombocytopeni $< 150 \times 10^9/L$
 - Fastholder: ”trombocytopeni med trombocytal $< 100 \times 10^9/L$ ”

Klassifikation: GODKENDES

- Præeklampsi med/uden ”tegn til svær sygdom”

Diskussion/forslag fra salen:

- Utero-placental dysfunktion: IUGR definition ændres til at stemme overens med den føtalmedicinske guideline ”*Fetal growth reduction*”.
- Urat: udgår fra definitionen, da det vurderes, at den ikke har diagnostisk værdi. Dette er i overensstemmelse med internationale guidelines. Fjernes fra blodprøvepakkerne?
- Anbefalinger om UL-kontrol skal indføres i rekommandationsboksene

Behandling af moderat HT

Tilføjelser/ændringer: **GODKENDES**

- Behandlingsgrænse: BT >140/90 mmHg
 - CHAP study: nedsætter risikoen for adverse outcome, ikke fundet øget risiko for væksthæmning hos foster
 - Overensstemmelse med international guidelines, fraset ACOG som forventes ændret pba ovenstående studie
- Behandlingsmål: target BT 110-135 / 80-85 mmHg
- Nyopstået ikke-svær hypertension bør om muligt bekræftes med standardiseret hjemme-BT-måling for at udelukke whitecoat-HT
- HT ved hjemme-BT: ≥ 140 mmHg og/eller ≥ 90 mmHg
- Labetalol, Nifedipin og Methyldopa er ligeværdige førstevalgspræparater
 - Labetalol bør ikke være 1. valg ved GDM

Diskussion/forslag fra salen:

- Hvor længe skal pt'en måle BT hjemme, hvor mange målinger er definerende?
- Målet med antihypertensiv behandling er at opnå steady state, hvorfor målingsintervaller må være op til lokale retningslinjer
- Enkelt svært forhøjet BT bør være diagnostisk

Igangsættelse

Tilføjelser/ændringer: **GODKENDES**

- Gestationel hypertension og kronisk hypertension anbefales igangsættelse ved GA 38-40 efter individuel vurdering

Post partum håndtering:

Tilføjelser/ændringer: **GODKENDES**

- God BT-kontrol sænker kvindens kardiovaskulære risikoprofil livslangt
- Target BT: <135/85 mmHg
- Opstart af antihypertensiv ved de novo BT >140/90 mmHg post partum
 - Første valg: tabl. enalapril
- Flowchart for udtrapning af antihypertensiv tilføjes
- Ved gennemgang af litteraturen genfindes ej indikation for, at methyldopa øger risikoen for depression

Diskussion/forslag fra salen:

- Udtrapning påbegyndes først 5-7 dage post partum
- Langsom udtrapning med 2-7 dages mellemrum
- NSAID bør ikke anvendes ved: kreatinin >90 eller trombocytter < 60
- Forespørges uddybning af praksis ved enalapril opstart

Ekstra oplæg om biomarkører (sFlt-1 og P1GF)

Tilføjelser/ændringer: **GODKENDES**

- PIGF-baseret diagnostik kan anvendes som supplement til øvrige kliniske og parakliniske undersøgelser til at forudsige udvikling af præeklamsi og progression til svær sygdom blandt gravide med mistanke om eller manifest præeklamsi, især før GA 37
 - PARROT-studie:
 - Ikke flere diagnosticeret tilfælde, men diagnosen stilles signifikant tidligere.
 - Reduktion i antallet af kvinder med svære maternelle komplikationer.
 - Ingen forskel i neonatale adverse outcomes eller kir/operativ forløsning.
 - Formål med biomarkør analyse er at finde de gravide, som har gavn af at blive observeret tættere.

Diskussion/forslag fra salen

- Der gøres forslag om selvstændig guideline, som dog afvises ved styregruppen på nuværende tidspunkt. Der afventes yderligere evidens.
- Enighed om at biomarkørerne er lovende, men der mangler mere forskning omkring cut-off værdier

HOT TOPICS:

”Screening for PE i DK – time for a change?”

- The FMF preeclampsia screening model:
 - Mat. faktorer + BT + biokemiske markører (IGF + PAPP-A) + flow art. Uterina
 - Screeningsperformance: 81% af dem der føder pga præterm PE (GA<37)
 - Detektionsrate 10%
- PRESIDE study:
 - Screeningsperformance 66,8% af dem der føder pga præterm PE (GA<37)
 - Detektionsrate 10%
 - Vurderes at være i overensstemmelse med FMF screeningsmodellen, når der korrigeres for demografiske forskelle
- Nuværende strategi: screeningsperformance på 19,6%
- Biokemiske markører kræver blodprøvetagning GA 10-14
- ASPRE study: ASA kan forhindre 82 % af de meget præterme fødsler (GA<34) og 62% før GA<37
- PREPRED studiet (PREeclampsia PREvention):
 - Modtaget fonding på 15 mio dkk fra Novo Nordisk!

HOT TOPICS:

MgSO₄ neuroprotektion i GA 32-34 uger

- For nuværende ej indikation for at ændre aktuelle guideline
 - Afventer kommende studier
- Nuværende evidens:
 - Signifikant nedsat risiko for RDS
 - Let øget risiko for svær PPH >1000ml
- Cochrane metaanalyse 2024::
 - Reduceret risiko for cerebral parese og død
 - Nedsat risiko for svær intraventrikulær blødning
 - Øget risiko for svære bivirkninger hos mor

HOT TOPICS:

Skalp laktat under fødslen, nyt om cut-off

- ”Proposed cutoff for fetal scalp blood lactate in intrapartum fetal surveillance based on neonatal outcomes: a large prospective observational study”:
 - Undersøgte Fetal scalp blood lactat (FSL) cut-offs; 4,6 / 5,2 / 5,7
 - Anbefaler optimal FSL cut-off på 5,2
 - Dedektere pH <7
 - Interventionsrate 14%
 - Kun StatstripLactat er godkendt til hospitalsbrug

Diskussion/forslag fra salen

- Der kan ikke tages konsensusbeslutning ud fra et ”hot topic” oplæg
- Overvejelser om revision af guideline ”Fosterovervågning under fødslen”

HOT TOPICS:

GDM guideline up-date

- ”Screening og diagnose”:
 - Faglig godkendelse fra DKSB og DES
 - Aktuel dialog med DSAM angående den universelle screening
 - Desuden dialog med: sundhedsstyrelsen, nationalt diabetes netværk, sundhedsøkonomiske analyser
 - Forventer ansøgning til sundhedsstyrelsen mhp nationalt screeningsprogram per 1/3-2024.
- ”Behandling, obstetrisk kontrol og post partum opfølgning”:
 - Faglig godkendelse fra DKSB, DSAM og DES
 - Små justering:
 - GDM: HbA1c kontrol 3 mdr pp
 - Insulinkrævende GDM: HbA1c + faste BG kontrol 3 mdr pp

Inflammatorisk tarmsygdom (IBD)

- Rekommandationer læner sig op af ECCO guideline pga sparsom litteratur.
- Aktiv IBD (Mb. Crohn + Colitis ulcerosa): sygdomsaktivitet, der har krævet opstart af eller ændring i systemisk behandling, herunder biologisk medicin eller steroid, 6 mdr op til og/eller under graviditeten
- IBD i remission: uden/uændret systemisk medicinsk behandling i 6 mdr op til og/eller under graviditeten
- Risiko for opblussen under graviditet og post partum
 - Colitis ulcerosa (CU): øget
 - Mb. Crohn (CD): uændret sammenlignet med ikke-gravide
- ❓ Risiko for væksthæmning:
 - ❓ CD: øget
 - ❓ CU: ikke-øget
 - ❓ Aktiv IBD: øget
- PE risiko:
 - Ikke entydig evidens for en øget risiko ved alle sværhedsgrader af PE
 - Signifikant øget risiko for svær el. early-onset svær PE, særligt ved behandlingsbehov for systemisk steroid. Dette særligt udtalt hos gravide med DC.

Inflammatorisk tarmsygdom (IBD)

PICO 2: UL Kontrol

- Anbefaler skanning GA 28 + 34 **AFVISES**

Diskussion/Forslag fra salen:

Konsensus: **GODKENDES**

- Alle gravide med aktiv IBD kan tilbydes kontroller med tilvækst + læge.
 - Gravide med Mb Crohn i remission kan tilbydes kontrol med tilvækst + læge
 - Gravide med colitis ulcerosa i remission *behøver ikke* tilbydes kontrol med tilvækst + læge, men skal informeres om at henvende sig, hvis der kommer opblussen under graviditeten.
-
- UL ved GA 28 vurderes for tidligt
 - Gravide med aktiv IBD kan skannes GA 34-36
 - Kræver journaloptagelse (afdækning af bl.a. compliance) et fysisk fremmøde, telefonkonsultation eller kan det uddelegeres til visitations-JDM?

Inflammatorisk tarmsygdom (IBD)

PICO 4: PE forebyggelse med hjertemagnyl (ASA)

Guidelinegruppens forslag til diskussion:

- Forslag 1: ASA gives til udvalgt risikogruppe
- Forslag 2: ASA gives til alle gravide med IBD

GODKENDES

Diskussion/Forslag fra salen

- Opstart af tabl. magnyl 150 mg anbefales fra GA 10-12
- Bør nævnes, at gravide med IBD kan tåle forebyggende ASA behandling (lavdosis NSAID) gennem graviditeten.
 - Anbefaler seponering ved symptomforværring
- Guidelinegruppen referer til studie med ASA, der ikke finder øget sygdomsaktivitet ved IBD
- PCM + NSAID kan anvendes post partum af 1-2 ugers varighed

Inflammatorisk tarmsygdom (IBD)

Nedenstående PICO gennemgås ikke yderligere

- **PICO 1: Mangeltilstand** GODKENDES
 - Tabel med anbefalinger vedr. Kosttilskud
- **PICO 3: Fødselsmåde** GODKENDES
 - Flowchart
- **PICO 5: Forebyggelse af venøs tromboemboli** GODKENDES