

Referat Obstetrisk
Guidelinemøde
Vejlefjord 22.-25. maj 2022

Mandag 22/5-22

Referenter Gitte Skajaa & Line Kolding

ÆGDONATION (ny guideline)

- Fælles guideline med Føtosandbjerg
- Gravide efter ægdonation anbefales at følge det generelle prænatale screeningsprogram inkl. 1. og 2. trimester skanninger samt 1. trimester risikovurdering
 - Ægdonors alder (ikke den gravides alder) anvendes til den kombinerede 1. trimester risikovurdering (max 35 år), da risikoen er knyttet til oocyttens alder.
 - Der foreligger ingen evidens for yderligere justering af PAPP-A og β -hCG ved 1. trimester risikovurdering.
 - Der er ikke evidens for en øget risiko for kromosomafvigelser eller strukturelle misdannelser ved ægdonation sammenlignet med IVF/ICSI graviditeter.

ÆGDONATION

- Præ-eklampsi og magnyl-profylakse
 - Der findes evidens for op til 2-3 gange øget risiko for gestationel hypertension og præeklampsi hos ægdonerede kvinder. Ægdonation skal betragtes som selvstændig risikofaktor.
 - Ægdonerede anbefales som udgangspunkt at følge det vanlige svangreprogram for kontrol inkl. BT og urinstix ved samtlige rutinebesøg (organiseres lokalt)
 - Ægdonerede anbefales opstart af acetylsalicylsyre 150 mg x 1 fra tidlig graviditet iht gældende magnyl-guideline, formentlig *uge GA 10+0*.
- Præterm fødsel
 - Forekomsten af præterm fødsel (<37 uger) og meget præterm fødsel (<32/34 uger) er højere i graviditeter efter ægdonation sammenlignet med både graviditeter efter IVF/ICSI og spontant opnåede graviditeter.
 - En del eller hele den øgede risiko ser ud til at kunne skyldes en øget forekomst af præeklampsi grundet iatrogen præterm forløsning.
 - Der er ikke indikation for at tilbyde rutinemæssig screening for cervix-insufficiens med cervixskanning.

ÆGDONATION

- Tilvækstscanninger
 - Øget risiko for LBW <2500 g (OR 1,5-2,0) menes grundet præterm fødsel, men ikke øget risiko for SGA
 - Der findes ikke indikation for at kvinder, der opnår graviditet efter ægdonation og som **ikke** har andre risikofaktorer for FGR, skal følges med ekstra tilvækstscanninger (**godkendes her – afventer Føtosandbjerg**)
 - Forekomsten af præterm fødsel (<37 uger) og meget præterm fødsel (<32/34 uger) er højere i graviditeter efter ægdonation.
 - En del eller hele den øgede risiko ser ud til at kunne skyldes en øget forekomst af præeklampsi grundet iatrogen præterm forløsning.
 - Der er ikke indikation for at tilbyde rutinemæssig screening for cervix-insufficiens med cervixskanning.
 -
- Ppmed
 - Patienter med graviditet efter ægdonation og uden andre risikofaktorer skal tilbydes igangsættelse efter vanlige retningslinjer.

ÆGDONATION

- Ægdonation er en selvstændig risikofaktor for postpartum blødning ($\geq 1000\text{ml}$) med en forøget risiko på 2-3 gange
 - Ægdonerede ~~bør~~ *anbefales at føde*, hvor der er obstetrisk ekspertise til stede samt adgang til blodtransfusion
 - Man bør overveje skærpet blødningsprofylakse ved forløsning af ægdonerede (IV-adgang, uterotonika etc.)
- **Guidelinen kan først endelig godkendes efter afholdelse af Føtosandbjerg 19. - 20. sep. 2022 – Høringsperiode herefter (skriftlig).**

HOT TOPICS

- National guideline om psykofarmaka v. Lars Henning Pedersen
-
- Revision af guideline fra 2014.
- Tværfagligt samarbejde: pædiater, psykiater, farmakologer, obstetrikere.
- Rum for justeringer. Ikke altid enighed – endt med konsensus.
- Omhandler:
- Prægravid rådgivning
- Gravid rådgivning
- Amning
-
- Svangeromsorgen er nogenlunde i overensstemmelse med den Nationale Guideline
- Quetiapin bliver der fulgt op på (LHP)
-

EPILEPSI (revision)

- Alle antiepileptiske præp. er potentielt teratogene.
- Patienten bør under graviditet følges af speciallæge i neurologi i samarbejde med føtalmedicinsk / obstetrisk klinik.
- Plasma-koncentrationen monitoreres hver 4. – 5. uge gennem hele graviditeten, startende så tidlig som muligt, varetages fra neurologisk afd.
- Gravide med epilepsi, der kræver flerstofbehandling, eller som oplever anfald under graviditeten bør henvises til hospital med ~~landsdelsfunktion~~ regionsfunktion jvf Specialeplanen.
- **Tidlig gennemscanning** tilbydes til gravide i behandling med: Valproat, flerstofbehandling samt gravide som tidligere har haft et foster med misdannelser.
- **Hvis ikke tidl. gennemskanning**, overvej at ligge gennemskanningen så tidl. som muligt.
- Gravide med epilepsi bør tilbydes **tilvækstscanning ved f.eks. 28 og 34 uger + klinisk kontrol ved obstetriker.**
- Ved behandling med Lamotrigin, frarådes amning ikke, men skal ophøre, hvis der observeres bivirkninger hos barnet. Der efterspørges, hvad en høj dosis?
- Indlæggelse postpartum til observation af barnet. Lokale anbefalinger. **Pædiatrisk Selskab skal involveres i dette og ændringer meldes til styregruppen. Godkendes under forudsætning for dette.**

Tirsdag 25/5-22

Referenter Birgitte Luef & Abir Khalil Bchtawi

COVID-19

- Covid guideline version 11.
- Stort samarbejde, selvstændig fane.
- Publicerer data fra 1. År. Index typer – første variant.
-
- Data fra første Covid år (ikke-vaccinerede gravide) er under publicering (= overblik over udfaldet af Covid infektion med den første variant). Kort kan der siges:
 - < 3 % af de gravide blev indlagt indenfor 14 dage fra smitte
 - (indlagte var ikke-vaccinerede)
 - Øget risiko for præterm fødsel (< GA 28 og < GA 37) – hovedsageligt ***iatrogen***
- Medicinsk behandling til gravide med Covid infektion gennemgås både i DSOG guideline og Dansk Infektionsmedicinsk selskab. Headlines herfra:
 - Bør foretages i **MULTIDISCIPLINÆRT SAMARBEJDE**
 - *Dexametason* placerer placentabarrieren, så selvom mere effektiv end Prednisolon (og anbefalet til ptt med svær Covid infektion), så er anvendelsen af Prednisolon mere favorabel hos gravide (efter betapred)
 - Anden medicinsk behandling gennemgås ligeledes (Monoklonale antistoffer i 2. og 3. Trimester)

COVID-19

- Tromboseprofylaksen ved Covid infektion er **aggressiv** og baserer sig på øget forekomst af både venøse og arterielle tromboser og lokalisationen kan være anderledes, + in situ tromber i lungerne (uden samtidig DVT)
- Vaccinedækning på 79 % - vaccine beskytter mod svær sygdom og anbefales derfor til gravide i **ALLE trimestre**. Der ses samme bivirkninger hos gravide som ikke gravide.
- Hvordan organiserer vi en fremtidig beredskabsplan?
- FLOCS udpeger ansvarlig obstetriker fra **HVER AFDELING**
- Tidlig involvering af subspecialselskaber
- Ugentlig OPSAMLING (mandagsgruppen)
- Overveje at inddrage SFR (det sundhedsfaglig råd)
- Hvilken rolle har sundhedsstyrelsen?

Sectio antea

Fødsel efter tidligere kejsersnit, stor arbejdsgruppe.

Store forskelle landet over i tilbud om information og ønske om vaginal fødsel efter tidligere kejsersnit.

Succesrate er ens i hele landet.

Rutinemæssig screening UL kan ikke bruges til vurdering af risiko for uterus ruptur.

Igangsættelse efter tidl. Sectio. Tidl. Vag. Fødsel, cervikale forhold.

- Alle kvinder der skal sættes i gang efter tidl. Kejsersnit bør være indlagt.
- Igangsættelse efter tidl. Kejsersnit har større succesrate og lavere risiko for ruptur hos kvinder der også har født vaginalt.
- Igangsættelse af fødsel efter 2 tidligere kejsersnit bør frarådes
- ved modne cervikale forhold kan HSP og oxytocin anvendes til igangsættelse hos kvinder med tidligere kejsersnit
- ved igangsættelse bør kvinder med umodne cervikale forhold informeres om øget risiko for uterusruptur og akut kejsersnit
- Ved umodne cervikale forhold er igangsættelse med ballonkateter forbundet med lavere risiko for uterusruptur (1 %) end igangsættelse med prostaglandin.
- Kvinder med tidligere kejsersnit, som ikke er i spontan fødsel i GA 41+0 bør tilbydes klinisk vurdering af cervikale forhold og individual rådgivning (igangsættelse eller sectio eller info ved evt. Afvente)
- Kontinuerlig CTG anbefales når kvinden har smertefulde veer.
- Smertelindring bør kun tilbydes under indlæggelse.

Sectio antea

- Øget risiko for sphincter ruptur, øget ift. Førstegangsfødende.
- Aktiv fødsel? Overvågning.
-
- Diskussion
- - Skal (ændres til kan) kvinder med tidligere kejsersnit tilbydes igangsættelse? Ja
- Kommentar.
- Prostaglandin skal slettes som igangsættelse hos kvinder med tidligere sectio?
- Kunne kvinder være hjemme med ballonkateter? Nej.
-
- Hvordan håndterer vi gravide med tidligere kejsersnit efter GA 41+0 ift. latensfase?
- Indtil obstetrisk samtale i GA 41+0??
- Hvornår og hvordan informerer vi? Speciallæge el. Jdm? Video information?
- Øget risiko for sphincterruptur.

- **Guideline godkendes ved styregruppe.**

Kirurgi under graviditet

Den obstetriske og kirurgiske del af guideline

Den anæstesiologiske del.

Workshop – neonatalog.

-

Appendicit er den hyppigste årsag til non-obstetrisk kirurgi

-

- Laparoskopisk appendektomi er førstevalgsbehandling for appendicit under graviditeten uanset gestationsalder.
- Ved tvivl omkring klinisk diagnose hos gravide bør evt. foretages laparoskopisk forudgåes af hurtigt relevant billeddiagnostisk

-

Indikationen for lap.cholecystektomi er den samme for den gravide som ikke gravide.

-

- Kompliceret galdestensygdом kan medføre præterm fødsel.
- Konservativ og kirurgisk beh. Er ens.
- Sten i de dybe galdeveje kan fjerne ved ERCP
- 3. Trimester bør cholecystektomi udskydes til efter fødsel

Kirurgi under graviditet

Kirurgi generelt

- Laparoscopi kan foretages i alle tre semestre
 - Laparoscopi frem for laparotomi
 - Venstre sideleje
 - CTG/hjertelyd med dobtone før og efter non-obstetrisk kirurgi
 - Profylaktisk tokolyse før non-obstetrisk abdominal kirurgi anbefales ikke rutinemæssigt.
 - Bør overvejes.
-
- Anæstesiologiske overvejelse.
 - Minimer op tid.
 - BT fald behandles aggressivt.

Kirurgi under graviditet - diskussion

- **Galdesten – skal op udskydes?**
- Ved socialt invaliderende galdestensanfald eller kompliceret galdestenssygdom bør laparoskopisk cholecystektomi være standard behandling for den gravide pt.
- Der forefindes ikke kirurgiske guidelines, men feedback sende tilbage til kirurgisk selskab
- **- Tokolyse**
- Tokolyse anbefales før, under og efter non-obstetrisk kirurgi hvis der skønnes at være risiko for præterm fødsel og et levedygtigt foster.
- Magnesiumsulfat kun hvis nært forstående fødsel.
- **- Peroperativt CTG**
- Ønske om, at fjerne denne rekommandation eller skrive det ikke anbefales rutinemæssigt, dette imødekommes.
- CTG på opvågning hvis muligt, men opmærksom på at CTG forsat kan være indskrænket pga. Anæstesi.
- SNAREST MULIGT
- Også ift. Tokomåler.
- **- Skal patienter flyttes til et center med neoekspertise forud for kirurgi?**
- Foreslag til ændring
- Efter GA 23 + og ved risiko for spontan eller iatrogen præterm fødsel kan det overvejes om patienten skal overflyttes præ-operativt til et site med relevant obstetrisk og neonatal ekspertise for GA.
- Indtastes link til el-kirurgi.
- **Guideline Godkendes**

Cholestase

- *Galdesalte (fastende el. ikke fastende galdesalte) i henhold til grav. betinget leverkløe?*
- De fleste studier tager ikke højde for, om galdesalte er målt fastende eller ikke-fastende (de er målt "random")
- Fastende galdesalte er ikke gode til at identificerer ptt med svær ICP (intrahepatic cholestasis of pregnancy)
- Forskel på specificitet og sensitivitet af galdesalte (fastende/ikke-fastende) afhængig af sværhedsgrad af ICP
- **Guidelinegruppe anbefaler at ændrer nuværende praksis – anbefaling om at måle på ikke fastende galdesalte fremfor fastende (evidensgrad B). Referenceområdet skal også inkludere de milde former for ICP, hvorfor det anbefales at bruge en diagnostisk værdi på ikke-fastende galdesalte på > 19 mikromol/L.**
- Med de nye retningslinjer forsøger man at rette fokus på gravide med klinisk sygdom, og skåne upåvirkede gravide for unødigt fokus og tiltag.
- Risici: IUFD – stiger med stigende niveauer af galdesalte. Ud fra et forsigtighedsprincip anbefales derfor igangsættelse til termin 40+0 ved galdesalte lig/over 40.

Cholestase

- **Evidens:**
- Galdesalte > 100 μ øget risiko for IUFD
- Ikke fastende galdesalte ml 19-39 er forbundet med øget risiko for IUFD på niveau med baggrundsbefolkningen
- **Kliniske rekommandationer:**
- Galdesalte < 40 μ vent med forløsning til GA 40+0
- Galdesalte > 40 μ forløsning GA 38+0
- Galdesalte > 100 μ forløsning GA 34+
-
- **Det anbefales, at gravide med grav. betinget leverkløe (19-40) følges med bp x 1 ugentligt. Ved galdesalte > 40 (ikke-fastende) suppleres med flow og CTG med 1-2 ugers interval (overvågning af fosteret er udelukkende af den overbevisning, at man kan detektere fostre med akut behov for forløsning)**
-
- **Medicinsk behandling:**
- Ursochol har kløestillende effekt
- Mulig føtal beskyttende effekt af ursochol
- Ved behandlingsresistens, da kombination af ursochol og cholestyramin
- **Pragmatisk konsensus:**
- Det foreslås at gravide med kløe og isoleret ALAT forhøjelse kontrolleres og behandles som let ICP

Cholestase

- **Postpartum kontrol**
- Ptt med ICP bør få kontrolleret levetal og galdesalte 6-8 uger pp (C), og hvis vedvarende forhøjelse, da henvisning til hepatolog.
- Ptt med vedvarende symptomer og icterus pp skal henvises til hepatolog
- Ptt med manglende effekt af med. beh. Af ICP bør henvises til hepatolog
- Ptt med tidlig debut bør henvises til hepatolog ved diagnosetidspunktet

- **Diskussion:**
- Diagnostiske kriterier ACCEPTERES
 - Ikke fastende galdesalte (0-40, 40-100 og > 100)
 - (Random) galdesalte 19 mikromol/L som grænse (mere sensitiv til at identificerer ptt med svære tilfælde af ICP)
- Kontrolprogram
 - Ingen evidens herfor, men ressourcerne i afdelingerne skal der også tages højde for.
 - Efter diskussion fra salen vil ordlyden i anbefalingen rette sig mod gravide fra GA 28
 - Argumentet bag den tilgang er netop, at de fleste studier på området er observationelle, og da der ikke foreligger RCT er det svært at tegne et konkret billede af udfaldet, hvis IKKE et kontrolprogram indføres, altså i henhold til IUFD.
- Blodprøvepakke og patientinformation

Onsdag 25/5-22

Referenter Jessica à Rogvi & Katrine Vasehus Schou

Disposition

- Retineret væv
- Hot topics
 - DJOG
 - Cancer i graviditeten
 - Obstetrisk kodning
 - DKP, årsrapport
- Prægestationel diabetes i graviditeten
- Antepartal blødning
- Genoplivning af den obstetriske patient

Retineret væv (revision)

- Sekundær pp blødning 24 timer til 12 uger pp
- Diagnostik v. UL + klinik
- Normalmateriale med endometrietykkelse samt ultralyds "sondemål"
- Ved endometrium > 10 mm og fokal masse skal sammenholdes med symptomer og bør suppleres med doppler
- Konservativ tilgang selv ved kliniske symptomer hvis endometrium <10mm, fravær af fokal masse eller doppler flow
- Hysteroskopisk resektion frem for curettage mindsker risikoen for adhæreencer
- Øget størrelse på fokal masse øger risiko for komplikationer
- Medicin: Oxytocin og Misoprostol foreneligt med amning

Hot topics

Danish Journal of Obstetrics and Gynaecology, www.djog.org

- Nyt tidsskrift, DJOG
- Non-profit, free access
- Publicering hurtigt online
- Peer-reviewed
- Ikke pubmed-indekseret endnu
- Publicerer også guidelines

Hot topics

Cancer i graviditeten

- National RedCap database
- Nydiagnosticeret cancer i graviditeten
- Data sendes til Internationalt netværk for kræft infertilitet og graviditet (INCIP)
- Håndtering af gravide centraliseret
- Ca 60 tilfælde/år, kemoterapi 30 tilfælde/år
- Tværfagligt samarbejde – MDT-konferencer hvor obstetrikere er med
- Placenta sendes
- Nationalt rådgivningscenter etableret: www.ab-cip.org

Hot topics

Obstetrisk kodning

- Ændringer i resultatindberetning v. SGA og PPRM
- Nye diagnosekoder for: sfinkterrupturer, podning af GBS og underkoder til tidl. Senabort
- Fødselskoder, obligatoriske:
 - Blødningsmængde skal også indføres
 - Intenderet fødested v. fødsels start

Hot topics

Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler (DKF)

Årsrapport 2021

- Ny opsætning af indicatorsæt
- Kompletthed af data:
 - Sectio – manglende meldinger om grad 3
 - Manglende/færre meldinger om akutte sectioer
- Blødning ≥ 1000 ml ↑
 - Årsag
 - Handling – arbejdsgruppe for PPH?
 - Alternativ kodning

Prægestationel diabetes i graviditeten

- Ca 400 tilfælde samlet af DM1 og DM2/år
- Højtspecialiseret opgave
- Medicinsk behandling:
 - Skift fra vanlig antidiabetisk beh. til Insulin
 - Skift i antihypertensiv beh. til Methyldopa eller evt. Trandate eller Adalat oros
 - Profylaktisk Magnyl
- Kogebog til dysregulerede, ved behov for lungemodning samt ved faldende insulin behov. Ligeledes vedr. Insulinpumpe og følinger.

Antepartal blødning

- Flowchart
- Afgrænsning til randløsning/hæmatom, dysplasi eller ukendt årsag
- Liggende aflastning ↑ risiko for DVT, knogledeneration og postpartum depression
- Tranexamsyre kun ved betydende frisk blødning
- Cervixudredning ved manglende obstetrisk forklaring på blødning
 - Cytologi, kolposkopi og biopsier kan udføres (cervikal abrasio skal udelades)
 - Conisatio kan udføres
- Man kan overveje tokolyse ved særlige tilfælde

Genoplivning af den obstetriske patient, revision

- Reversible årsager til maternelt kollaps: 4T og 4H, PE
- Lommekort og flowchart som supplement til det ”almindelige HLR kort
- Ændringer:
 - Displacering af uterus
 - Hænder placeres som vanligt ved hjertemassage
 - Trinvis luftvejshåndtering
- Forberedelse
 - Træning
 - Skalpel i hjertestopbakke
 - Video m. perimortemsectio