Referat, Obstetrisk guidelinemøde
Hotel Vejlefjord den 23.-25. februar 2025

Antenatal corticosteroid (revision, 4. udgave)

Langtidseffekter
CNS fordel også for hjernen ved rette dosis og tid. Behandling med ACS der fødes prætermt har en gavnlig og beskyttende effekt, også for CNS senfølger. Det er de eksponerede for ACS der fødes til termin hvor der kan være en mindre skadelig effekt.

Rescue
NNT RDS 16,7.
Hvornår gives rescue (i DK gives efter 14 dage – flere internationale studier giver rescue efter 7 dage.
Der findes ikke yderligere gavnlig effekt på andre neonatale comorbiditeter.
Der er en selvstændig gavnlig effekt af RDS når det gives efter 7 dage (kan dog ikke reproduceres i guidelinegruppens analyse da vi i DK ikke giver rescue repeat som man internationalt gør)
→ overvej rescue RDS ved truende præterm fødsel før GA 34+0.

<uge 24
Forslag i denne revision: hvis den gravide efter grundig evidensbaseret information fra neonatologer og obstetrikere i højt specialiseret regi har ønske om aktiv behandling kan det overvejes at give ACS mellem GA 22+0-23+5.

Den meget høje morbiditet og mortalitet ved fødsel i GA intervallet skal vægtes i informationen.

Behandling med ACS ikke er "bindende" for senere aktiv neonatologisk behandling.

Anbefalingen vi allerede har ændres ikke, men ønsker den gravide at få ACS før GA 22+0 skal det vurderes i de enkelte tilfælde.

Diskussion:

1. Senfølger
   Diskutér om vi skal inkludere en konkret anbefaling, som f.eks:
   "Der bør kun behandles med ACS før GA 34+0 ved klare indikation for truende for tidlig fødsel."
   Formuleringen om klare indikation for truende for tidlig fødsel samt beslutningsniveau (bagvagtsniveau) drøftes og endelig beslutning om formuleringen tages af guidelinegruppen.

2. Rescue
   Diskutér: Rescue kan overvejes én enkelt gang efter 7 dage ud fra en klinisk vurdering.
   Kommentarer:

Der gives fuld behandling igen efter 7 dage hvis kvinden ikke har født (kan gives helt frem til uge 30)
Effekten af rescue efter uge 32 skal overvejes i de enkelte tilfælde, da a priori risikoen for RDS er langt mindre (dette har været diskuteret med neonatologer)

3. Før uge 23+5

Hvad bør ligge i informationen til de allertidligste, evt. som appendix og guide i den kliniske situation. Ønskes talepapir, evt. ved næste guidelinemøde.

Guidelinen kan godkendes på mødet.
Næste år drøftes behandlingsniveau til truende for tidlig fødsel i de tidligste gestationsaldre.

Psykiatrisk sygdom i relation til graviditet, fødsel og barselsperiode (revision af ”Sårbare gravide”)

Oplæg til at guidelinen skifter navn fra ”Sårbare gravide” til psykiatrisk sygdom i relation til graviditet, fødsel og barselsperiode da guidelinen dækker bredere.

- Stigende tendens til psykisk sygdom under graviditet samt psykosocial sårbarhed (hver 5. gravid)
- Komplekse patienter, med risiko for psykisk forværring og obstetriske komplikationer.
- Oplever stigmatisering

Generelle anbefalinger:
- Information til patienterne om risiko for symptomforværring samt om risiko for postpartum depression
- Individuel vurdering af behov for tilvækstscanning (polyfarmaci, svære psykiske symptomer, behov for tryghedsscanning)
- Tilvækstscanning i GA 28 og 34 ved aktiv anoreksi
- Husk indskærpet pligt for underretning (se skabelon i guideline, opslagsværk)
- Udarbejdelse af plan for amning og søvn
- Tværfaglig guideline om psykofarmaka (DSOG + DPS)
- Sygemelding af mor mhp. at partner overtager barsel
- Plan for prævention

Ved præsentation af guideline på mødet er gjort nedslag på:
Dissociering, søvnforstyrrelser og stigmatisering

Søvnforstyrrelser (hyppig problemstilling både i graviditeten og postpartum)
Kliniske rekommandationer:
- Søvnforstyrrelser forsøges håndteret non-farmakologisk
- Ved manglende effekt af non-farmakologiske tiltag kan følgende præparater tages i brug:
  Zolpidem eller Zopiclon ved indsovningsbesvær eller Oxazepam ved gennemsovningsbesvær
  Quetiapin anvendes som udgangspunkt ikke til patienter uden underliggende psykotisk lidelse. Undtagelsesvis kan Quetiapin anvendes efter konferering

Diskussion:
- Vil alle sundhedsfaglige kunne anvende afsnittet Akutte psykiatriske tilstande hos gravide og barslende ved behov?

- Planlægning af tilvækstscanning efter individuel vurdering (medmindre aktiv anoreksi)
  - Der efterlyses brede rekommandationer for hvornår der er indikation for tilvækstscanning, eks. ved polyfarmaci, SSRI etc.

    - Anvendelig som opslagsværk i vagten, evt lidt for svær at slå op i, da den er meget omfattende. Ligges op til mindre guideline i fx ADHD og PTSD da de er store og hyppige grupper.
    - Der henvises til tværfaglig guideline omkring psykofarmaka
    - Drøftelser omkring perinatal subspecialisering i socialobstetrik, her henvises til DSOG regi.
    - Der ønskes en ensretning i tilbud og samarbejdsrelationer nationalt, dette ligeledes for at nedbringe den sociale ulighed i obstetrikken.
    - Ønske om sammenlægning/ afkortning/opstramning af de kliniske rekommandationer for at øge overblikket og læsbarheden tænkt som opslagsværk.
    - Stigmatiseringsafsnit ønskes som appendix.
- Anbefalingerne af tilvækstscanningerne står under de enkelte afsnit, vigtigheden af tilvækstscanninger som en tryghedsscanning for at øge tilknytningen til barnet og den gravides mentaliseringsevne pointeres (”tilknytnings-scanning”).

Guidelinen kan godkendes (rettelser drøftet på mødet og skriftlig udgave sendes til Styregruppen).

Trombocytopeni (revision)

Omhandler maternel trombocytopeni, hvor der er udelukket en obstetrisk, hypertensiv komplikation som forklaring.

Fokus er på de hyppigste forekommende former;

- GTP (hyppigt)
- ITP (knap så hyppigt)

Differentiering mellem GTP og ITP.

Trombocyttallen er fysiologisk faldende under graviditeten og ca 20% lavere ved termin.

Forslås at tage udgangspunkt i de fysiologiske grænser for trombocytniveau:
I 2. trimester: 135 mia/L
I 3. trimester: 115 mia/L

<u>Gravide med tcr-niveau <100 mia/L, uden anden forklaring, bør udredes for ITP</u>
<u>Mistænkt ITP i graviditeten bør udredes i hæmatologisk regi.</u>

Obstetrisk håndtering af fødslen ved ITP
Blødning:
Ingen øget risiko for blødning ved vaginal fødsel frem for sectio.
Øget risiko for blødning ved sectio fremfor vaginal fødsel ved ITP og tcr<50 mia/L
Øget risiko for komplikationer ved sectio fremfor ved vaginal fødsel.

Intrakraniel blødning:
Lav risiko for intrakraniel blødning (<1%)
Forløsning af kvinder med ITP vælges på vanlige indikationer

Skalpblodprøver:
Tidligere har man frarådet skalpblodprøver af børn af ITP mødre.
Sparsomme tal, der foreslås fra gruppen: skalp-laktat/-pH kan anvendes ved maternel ITP.
Risikoen for betydende neonatal trombocytopeni ved maternel ITP er minimal.

Skalp-elektrode: kan anvendes ved maternel ITP.

Instrumentel forløsning (vakuumekstraktion)
Sparsomme tal. Gruppen anbefaler; at vakuumekstraktion kan anvendes med forsigtighed ved ITP.
OBS, hvis mor er splenektomeret, da større risiko for at barnet har trombocytopeni.

Kontrol af nyfødte:
Ved maternel GTP findes ikke indikation for kontrol af barnet efter fødslen.

Ved maternel ITP eller isoleret tcr<100 findes der indikation for neonatal kontrol af trombocytniveau.
Ved svær tcr (<50 mia/L) er risikoen 18,18% for neonatal trombocytopeni (her anbefales også supplement med UL af cerebrum.
Forslag: kontrol af tcr niveau hos barnet ved maternel trombocytopeni <100.

Diskussion:

1. Grænsen for GTP på trombocytter på 115 mia/L

2. Obstetrik håndtering under fødslen
    a. Skalpblodprøver
    b. Skalpelektrode
    c. Vakuumekstraktion
    Formuleringen om anvendelse af vakuumekstraktion med forsigtighed drøftes og der ønskes en specificering af hvad der menes. Særligt nævnes nedenstående situationer hvor kopforløsning er kontraindiceret, disse punkter tilføjes:
    Maternel svær trombocytopeni (TCR <50)
    Mor med splenektomi(cirkulerende antistoffer)

3. Kontrol af nyfødte

Guidelinen godkendes med ovenstående ændringer og sendes via styregruppen når ændringerne er tilføjet.

HOT TOPICS 1:

Thyroideasygdomme

- Behandlingvejledninger ved DES, revideres løbende i endokrinologernes NBV. Egen guideline fra 2017 er i punktform og har mange henvisninger til NBV.

Ændring: TSH niveauet ændres fra <2.5 til mindre end <3.5 mIU/L i graviditeten for gravide i levotroxinbehandling, idet for stramt reguleret kan have øget risiko for PE og præterm fødsel.
Forskellige målemetoder og derfor referenceværdier landsdækkende og kan derfor ikke skrives ind i guidelinen (afklaring omkring grænseværdier findes lokalt ved kontakt til egen biokemisk afdeling).
Særligt opmærksomhed i forhold til TRAB niveauer.
DES og DSOG guideline er ikke helt ens men tæt på.
Opmærksomhed på overgangen mellem fertilitetsbehandling og overgangen til svangre kontrol.

Antibiotika ved PPROM

Bekymring omkring e.coli sepsis og hvorvidt aktuelle bredspekterede antibiotikaanbefalinger er tilstrækkelige.

For at dække e.coli skal der bredspekteret behandling til (såsom Pip/Tazo eller Meropenem), hvilket ikke ønskes da der ved PPROM er tale om profylaktisk AB dække.
Amoxillin og cefuroxin dækker kun e-coli med 50%, men vurderes sufficient idet der er tale om forebyggende behandling.
Revision af flowskema til 3 grupper.
Gå smalspekteret idet det giver mulighed for at neonatologerne kan gå bredere. Nye AB regimer anbefales som tilføjelse til guidelinen fra sidste år.
Evt. tydeliggørelse af at mellem ga 35+0 til 36+6 i flowchart, behøver ikke indlæggelse men vanlig kontrol.
Ændringer godkendes.

Maternelle dødsfald

- Den maternelle mortalitetsratio har været stabil de sidste 10år hvilket er positivt (MMR 3,3 per 100.000 levendefødte i perioden 2018-22)
- Senedødsfald indenfor et år er 13/100.000
- Flere spændende tal på vej i publicering omkring maternel mortalitet (ovenstående tal er uden korrektion for komorbiditeter såsom etnicitet, BMI etc.)