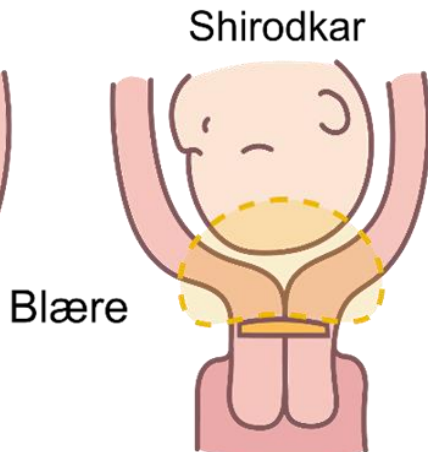




CERKLAGE OG CERVIKALT PESSAR

Revision af: 2018 Cerclage og Cerclage (Arabin) pessar

Transvaginal cerklage

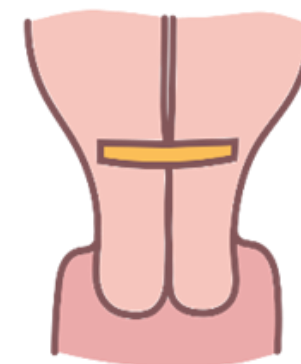


Blære

Anamnese-indiceret

Undersøgelses/ultralydsindiceret

Transabdominal cerklage



Dagsorden

- 1 Introduktion
- 2 Cervikal cerklage ved gemelli-graviditet
- 3 Håndtering af vaginal cerklage ved PPRM
- 4 Timing af fjernelse af vaginal cerklage
- 5 Transabdominal cerklage
- 6 Flowcharts
- 7 Kommentarer fra workshop + diskussion

Arbejdsgruppe

Forfattere

Navn	Stilling	Arbejdssted
Julie Glavind (tovholder)	Overlæge	Aarhus Universitetshospital
Lea Kirstine Hansen (tovholder)	Ph.d.-studerende	Aarhus Universitetshospital
Rikke Bek Helmig	Overlæge	Aarhus Universitetshospital
Katrine Jeong Jørgensen	Ph.d.-studerende	Hvidovre Hospital
Mona Karlsen	Speciallæge	Rigshospitalet
Kamilla Karlsen	Speciallæge	OUH
Camilla Omann Kristensen	Reservelæge	Regionshospitalet Horsens
Marlene Toft Kirkegaard Madsen	Reservelæge	Esbjerg Sygehus
Emilie Pi Fogtmann Sejer	Ph.d.-studerende	Rigshospitalet
Lone Storgaard	Overlæge	Rigshospitalet
Morten Beck Sørensen	Overlæge	Herlev Hospital
Simon Foged Victor	1. Reservelæge	Rigshospitalet
Malthe Wandall-Holm	Reservelæge	Hvidovre Hospital



Definitioner

TVC	Transvaginal cerklage
TAC	Transabdominal cerklage

TVC-definitioner

Anamnese-indiceret (engelsk: history-indicated) – Profylaktisk, anlægges på baggrund af kendte risikofaktorer og typisk i graviditetsuge 11-16

Ultralyds-indiceret (engelsk: ultrasound-indicated) – Terapeutisk, anlægges ved fund af kort cervix typisk i graviditetsuge uge 16-24

Undersøgelses-indiceret (engelsk: exam-indicated) – Terapeutisk, anlægges efter fund af dilateret cervix og/eller blottede hinder ved GU/eksploration. Anlægges oftest før GA 24, men kan anlægges op til GA 26



Kodning

	Kode	Kodenavn	Indikation for kodning
Procedurekoder for cerklageanlæggelse	KMAB00	Cervixcerklage på gravid uterus (vaginal)	Anlæggelse af transvaginal cerklage
	KLDD10B	Laparoskopisk anlæggelse af cervixcerklage	Anlæggelse af laparoskopisk cerklage i prægravid tilstand
	KMAB01	Laparoskopisk anlæggelse af cerklage på gravid uterus	Anlæggelse af laparoskopisk cerklage tidligt i graviditeten.
	KLDD10A	Abdominal anlæggelse af cervixcerklage	Åben anlæggelse af abdominal cerklage
Diagnosekoder for indikation/kliniske kontroller	DZ351A	Graviditet efter tidligere spontan senabort (GA 12+0 – 21+6)	Kodes uafhængigt om der intervereres
	DZ358B	Graviditet efter tidligere præterm fødsel	Kodes uafhængigt om der intervereres
	DZ875B	Anamnese med tidligere anlagt abdominal cerklage	Indikation for klinisk kontrol og sectio
	DZ875A	Anamnese med cervixinsufficiens	Indikation for profylaktisk cerklage eller klinisk kontrol (fx serielle ultralydsskanninger af cervix)
	DO343A	Klinisk cervixinsufficiens	Indikation for akut cerklage eller klinisk kontrol
	DO348G	Graviditet med kort cervix (<25 mm)	Indikation for ultralydsindiceret cerklage eller klinisk kontrol
Procedurekoder ved fjernelse af cerklage	KMAB03	Fjernelse af cervixcerklage på gravid uterus (vaginal cerklage)	Fjernelse af transvaginal cerklage
Adjuverende medicinsk behandling	BHKA1	Behandling med progesteron	Ved progesteronbehandling
	BKHG2	Vehæmmende behandling med NSAID	Ved indomethacinbehandling
	BKHG4	Vehæmmende behandling med oxytocinantagonist	Ved atosibanbehandling
Cervikalt pessar	BKXA6A2	Oplægning af cervixpessar	Ved behandling med cervikalt pessar

Dagsorden

- 1 Introduktion
- 2 Cervikal cerklage ved gemelli-graviditet
- 3 Håndtering af vaginal cerklage ved PPRM
- 4 Timing af fjernelse af vaginal cerklage
- 5 Transabdominal cerklage
- 6 Flowcharts
- 7 Kommentarer fra workshop + diskussion

Ultralyds-indiceret
cerklage

Undersøgelses-
indiceret
cerklage

~~Har~~



Ultralyds-indiceret cerklage ved gemelli-graviditet

PICO

- Population: gemelli-gravide uden dilateret cervix eller hindeblære
- Intervention: cerklage
- Comparison: ingen cerklage
- Outcome: præterm fødsel, gestationsalder ved fødsel, graviditetsforlængelse



Evidensen - overordnet

6 overlappende metaanalyser

Baseret på:
Få RCT ($n = 50$)
Mange kohortestudier
($n < 1000$)

Cerklageanlæggelse primært
før GA 24, nogle op til GA 26

Risiko for selektionsbias

Mangelfulde oplysninger om
progesteron, relevant historik,
risikofaktorer, symptomer



Evidensen - udvalgte resultater

Van Gils 2025:

Cervix < 25 mm, præterm fødsel før GA 34:

- Risk ratio 0,75 (CI 0,63 - 0,90)

Cervix < 15 mm, præterm fødsel før GA 34:

- Risk ratio 0,70 (CI 0,57 - 0,87)

Li 2019:

Graviditetsforlængelse ved cervix < 15 mm = 3,9 uger



Resume af evidens

Resume af evidens

Evidensgrad



Resume af evidens

Resume af evidens

Evidensgrad

Cerklage ved gemelli-graviditet anlagt udelukkende grundet gemelli-status reducerer ikke risikoen for præterm fødsel før GA 34+0	2a
--	----



Resume af evidens

Resume af evidens

Evidensgrad

Cerklage ved gemelli-graviditet anlagt udelukkende grundet gemelli-status reducerer ikke risikoen for præterm fødsel før GA 34+0	2a
Anlæggelse af anamnese-indiceret cerklage på gemelli-gravide kan ikke med sikkerhed reducere risikoen for præterm fødsel før GA 34+0	2c



Resume af evidens

Resume af evidens

Evidensgrad

Cerklage ved gemelli-graviditet anlagt udelukkende grundet gemelli-status reducerer ikke risikoen for præterm fødsel før GA 34+0	2a
Anlæggelse af anamnese-indiceret cerklage på gemelli-gravide kan ikke med sikkerhed reducere risikoen for præterm fødsel før GA 34+0	2c
Ultralyds-indiceret cerklage hos gemelli-gravide med cervixlængde < 15 mm før GA 24+0 (og få op til 26+0) kan reducere risikoen for præterm fødsel før GA 34+0	2b



Kliniske rekommandationer

Kliniske rekommandationer

Styrke



Kliniske rekommandationer

Kliniske rekommandationer

Styrke

Gemelli-graviditet er ikke i sig selv en indikation for behandling med cerklage	B
---	---



Kliniske rekommandationer

<i>Kliniske rekommandationer</i>	<i>Styrke</i>
Gemelli-graviditet er ikke i sig selv en indikation for behandling med cerklage	B
Ved gemelli-graviditet og tidligere sPTB kan anamnese-indiceret cerklage overvejes	D



Kliniske rekommandationer

<i>Kliniske rekommandationer</i>	<i>Styrke</i>
Gemelli-graviditet er ikke i sig selv en indikation for behandling med cerklage	B
Ved gemelli-graviditet og tidligere sPTB kan anamnese-indiceret cerklage overvejes	D
Hos gemelli-gravide med cervix <25 mm før GA 26+0 kan ultralyds-indiceret cerklage overvejes	B



Undersøgelses-indiceret cerklage ved gemelli-graviditet

PICO

- Population: gemelli-gravide med dilateret orificium ≥ 1 cm
- Intervention: cerklage
- Comparison: ingen cerklage
- Outcome: præterm fødsel, gestationsalder ved fødsel, graviditetsforlængelse

Catharina Hoffman et al. Upublicerede data. Survey 2023.



Evidensen - overordnet

5 overlappende metaanalyser

- Få RCT (n = 30)
- Mange kohortestudier (n = 2-400)

Cerklageanlæggelse primært før GA 24, nogle op til GA 26

Risiko for selektionsbias

Risiko for PPROM og chorionamnionit uklar



Evidensen - udvalgte resultater

D'Antonio 2023:

For præterm fødsel før GA 28:

- Risk ratio 0,47 (CI 0,36 - 0,62)

For præterm fødsel før GA 34:

- Risk ratio 0,68 (CI 0,57 - 0,80)

Li 2019:

Gennemsnitlig graviditetsforlængelse: 6,8 uger



Resume af evidens

Resume af evidens

Evidensgrad



Resume af evidens

Resume af evidens

Evidensgrad

Ved gemelli-graviditet kan anlæggelse af undersøgelses-indiceret cerklage op til GA 24-26 på dilateret orificium ≥ 1 cm forlænge graviditeten med op til 6-7 uger samt nedsætte risikoen for sPTB

2a



Kliniske rekommandationer

Kliniske rekommandationer

Styrke



Kliniske rekommandationer

Kliniske rekommandationer

Styrke

Hos gemelli-gravide med dilateret orificium ≥ 1 cm kan der tilbydes undersøgelses-indiceret cerklage op til GA 26 mhp. At forlænge graviditeten	B
---	---



Dagsorden

- 1 Introduktion
- 2 Cervikal cerklage ved gemelli-graviditet
- 3 Håndtering af vaginal cerklage ved PPROM
- 4 Timing af fjernelse af vaginal cerklage
- 5 Transabdominal cerklage
- 6 Flowcharts
- 7 Kommentarer fra workshop + diskussion

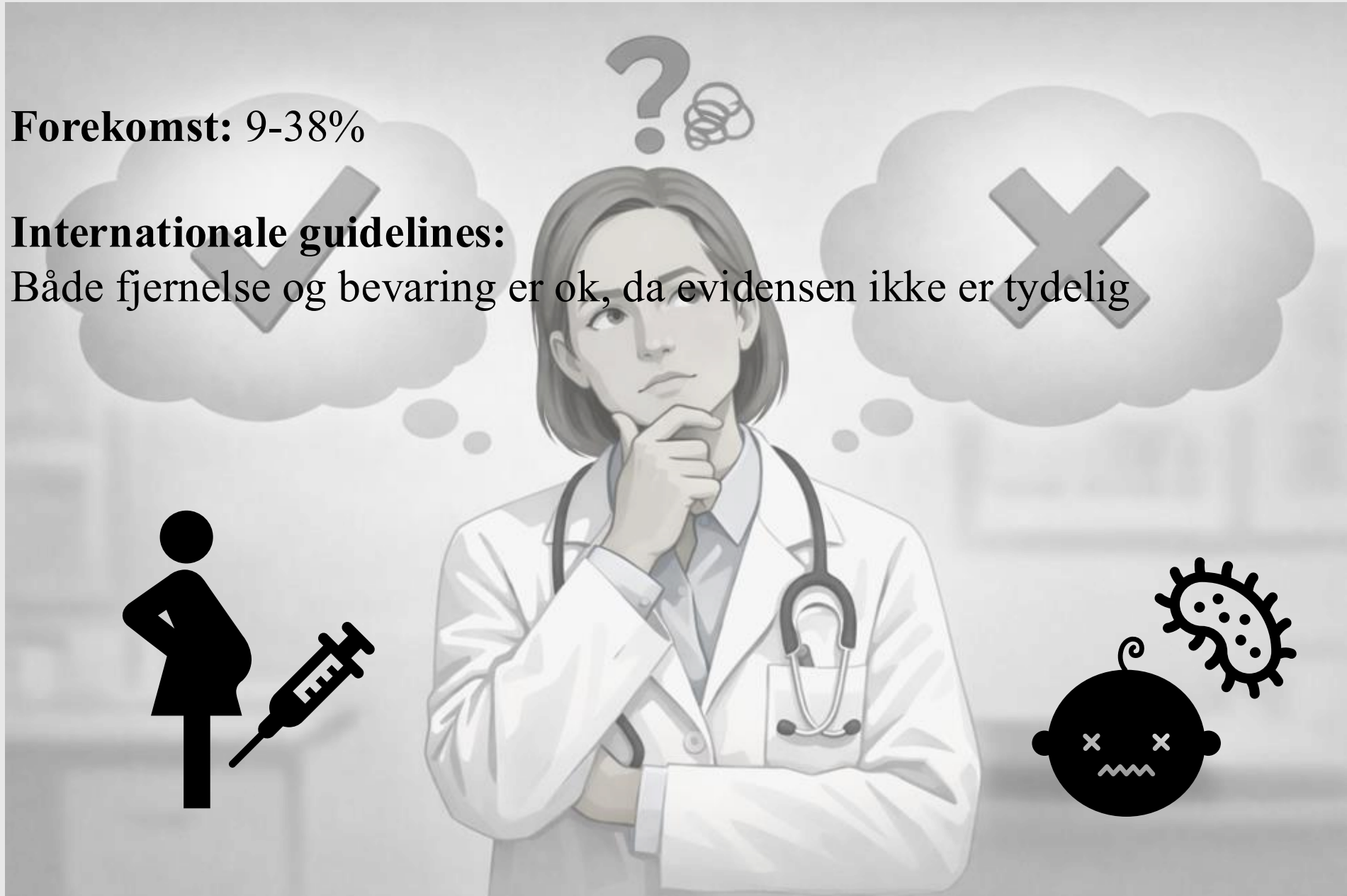
Hvis en kvinde med vaginal cerklage oplever præterm vandafgang (PPROM), skal man da fjerne cerklagen eller lade den sidde – og i givet fald i hvor lang tid?



Forekomst: 9-38%

Internationale guidelines:

Både fjernelse og bevaring er ok, da evidensen ikke er tydelig



Ingen sikker neonatal gevinst ved at bevare cerklagen – mulig øget infektionsrisiko

RCT 2014 (n = 56), underpowered
Ingen forskel i

	<u>fje:</u>	<u>bev:</u>
• Graviditetsforlængelse > 7 dage	(ca. 55% vs. 45%)	
• Chorioamnionitis	(ca. 25% vs. 40%)	
• Postpartum endometritis	(ca. 3% vs. 13%)	
• Neonatal morbiditet/mortalitet	(ca. 50% vs. 55%)	

Metaanalyse 2023 (n = 377), et RCT og fem kohortestudier

- Lavere sandsynlighed for forlænget graviditet ved fjernelse
OR 0,15 (0,07-0,31)
- Lavere risiko for chorioamnionitis ved fjernelse
OR 0,22 (0,08-0,56)
- Ingen forskel i neonatale outcomes



Kliniske rekommandationer

Rekommandation

Hos kvinder med vaginal cerklage og PPRM anbefales det, at cerklagen som udgangspunkt fjernes.

Fjernelse kan udskydes i op til 48 timer med henblik på administration af antenatal kortikosteroid forudsat fravær af kliniske tegn på infektion.

Ved veaktivitet før GA 34+0 kan kortvarig tokolyse overvejes for at muliggøre fuldendt lungemodning.
Hvis veerne ikke kan standses, bør cerklagen fjernes.

Styrke

B

B

B

Dagsorden

- 1 Introduktion
- 2 Cervikal cerklage ved gemelli-graviditet
- 3 Håndtering af vaginal cerklage ved PPRM
- 4 Timing af fjernelse af vaginal cerklage
- 5 Transabdominal cerklage
- 6 Flowcharts
- 7 Kommentarer fra workshop + diskussion

Kan man ved anlagt vaginal cerklage afvente spontan fødsel, eller
bør cerklagen fjernes elektivt forud for spontan fødsel
– og i givet fald ved hvilken gestationsalder?



Hvorfor fjerne cerklagen?

- Forebygge at suturen beskadiger cervix under kontraktioner/dilatation
- Teknisk lettere og mere behageligt for patienten

Internationale guidelines:

- anbefaler fjernelse mellem GA 36-37 (38)
- Ved planlagt sectio kan man udsætte til dette
- Etableret præterm fødsel, cervikal forandring med smertefulde kontraktioner, vaginalblødning eller sepsismistanke → akut fjernelse



Elektiv fjernelse af cerklage er sikker

Systematisk review 2015 (n = 359), seks kohortestudier, moderat evidens

- 32 cervixlacerationer uden forskel mellem elektiv fjernelse (6%) vs. fjernelse under fødsel (11%)

Evidens på tværs af flere retrospektive kohortestudier

- Cervixlæsioner er sjældne og ingen forskel mellem elektiv fjernelse vs. fjernelse under fødsel
- ~11-14 dage fra elektiv fjernelse til spontan fødsel
- 5-18% føder inden for 48-72 timer
- Ingen forskel ved fjernelse i GA 36+ vs. 37+



Kliniske rekommandationer

Rekommandation	Styrke
Hos singleton -gravide fjernes vaginal cerklage i GA 36+0-37+6 for at minimere risikoen for cervikale læsioner.	C
Hos gemelli -gravide fjernes vaginal cerklage i GA 34+0-35+6 for at minimere risikoen for cervikale læsioner.*	D
Ved mulig forløsning ved sectio kan man afvente til sectio med at fjerne cerklagen.	✓

*Ud fra den betragtning at risikoen for cervikale læsioner opstår under spontan fødsel samt at gemelli-gravide i populationen har et gennemsnitlig forventet tidspunkt for aktiv fødsel i GA 36+0-37+6.

Dagsorden

- 1 Introduktion
- 2 Cervikal cerklage ved gemelli-graviditet
- 3 Håndtering af vaginal cerklage ved PPRM
- 4 Timing af fjernelse af vaginal cerklage
- 5 Transabdominal cerklage
- 6 Flowcharts
- 7 Kommentarer fra workshop + diskussion

Hvornår er der indikation for transabdominal cerklage?

Population: Singleton graviditet med anamnese*

Intervention: Transabdominal cerklage (TAC)

Comparison: Transvaginal cerklage (TVC)

Outcomes: Præterm fødsel, GA ved fødsel, graviditetsforlængelse

*Tidligere spontan præterm fødsel, tidligere spontan senabort eller ultralydspåvist kort cervix i tidligere graviditet



Guideline 2018

Indikation for cerclageanlæggelse hos singleton gravide afhængig af anamnese og ultralydsfund

Anamnestisk cervixinsufficiens (se definition ovenfor)

Resume af evidens

Evidensgrad

Der er evidens for, at profylaktisk cerclageanlæggelse hos kvinder med ≥ 3 tidligere graviditeter med cervixinsufficiens bedrer outcome i kommende eller aktuelle graviditet.	Ib
Kvinder med ≥ 1 tidligere graviditeter med cervixinsufficiens har muligvis effekt af profylaktisk cerclage.	3

Kliniske rekommandationer

Styrke

Det anbefales, at kvinder med ≥ 3 tidligere graviditeter med cervixinsufficiens får anlagt profylaktisk cerclage, primært abdominalt, enten prækonceptionelt eller i 1. trimester.	A
Det kan overvejes, at anlægge en vaginal cerclage, og kun ved særlige tilfælde abdominal cerclage, før der kommer tegn på cervikale forandringer hos kvinder med ≥ 1 tidligere graviditeter med cervixinsufficiens.	C



Ny evidens

OBSTETRICS

MAVRIC: a multicenter randomized controlled trial of transabdominal vs transvaginal cervical cerclage



Andrew Shennan, MD; Manju Chandiramani, PhD; Phillip Bennett, PhD; Anna L. David, PhD; Joanna Girling, MA; Alexandra Ridout, MBBS; Paul T. Seed, PhD; Nigel Simpson, MBBS; Steven Thornton, PhD; Graham Tydeman, FRCOG; Siobhán Quenby, PhD; Jenny Carter, PhD

Resume af evidens

Evidensgrad

Hos kvinder med tidligere mislykket vaginal cerklage* nedsættes risikoen for præterm fødsel < 32 ved anlæggelse af abdominal cerklage
(Numbers of abdominal cerclages needed er 3.9 for at forebygge 1 præterm fødsel)

1b

Kliniske rekommandationer

Styrke

Kvinder med tidligere mislykket vaginal cerklage* bør tilbydes abdominal cerklage

A

*Fødsel før uge 28 på trods af anamnese- eller ultralydsindiceret TVC



TAC hos kvinder uden anamnese, med kort cervix

Resume af evidens

Evidensgrad

Hos nullipara findes ikke studier der sammenligner TAC med enten TVC eller ingen cerklage	N/A
---	-----



Cervixkirurgi og risiko for præterm fødsel

Konisering fordobler risikoen for præterm fødsel

Risikoen øges med dybden af konus og gentagne procedurer

Den interne del af cervix er same størrelse som den eksterne

Athanasίου A et al. Comparative effectiveness and risk of preterm birth of local treatments for cervical intraepithelial neoplasia and stage IA1 cervical cancer: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Oncol.* 2022 Aug;23(8):1097-108.

Arbyn M et al. Perinatal mortality and other severe adverse pregnancy outcomes associated with treatment of cervical intraepithelial neoplasia: meta-analysis. *BMJ.* 2008;337:a1284.



TAC hos kvinder med kort cervix

Studie	Studieperiode	Tidligere cervixkirurgi som indikation for abdominal cerklage
Ades et al. Australien, 2025 N = 512	2007 - 2024	N = 193 (38%)
Abdulrahman et al. USA og Holland, 2024 N = 273	USA: 1997 – 2021 Holland: 2007 - 2021	N = 80 (30%)
Krogh et al. Danmark 2025 N = 170	2011 - 2021	N = 52 (31%)



Fordele og ulemper ved abdominal cerklage ved ekstensiv cervikal kirurgi

Fordele

- Forebygger for tidlig fødsel
- Mindre bekymring

Ulemper

- Muligvis unødvendig kirurgi
- Ved behov kan transvaginal cerklage ikke anlægges pga for lidt cervixsubstans
- Nødvendiggør sectio

TAC hos kvinder uden anamnese, med kort cervix

Resume af evidens

Evidensgrad

Hos nullipara findes ikke studier der sammenligner TAC med enten TVC eller ingen cerklage	N/A
---	-----

Kliniske rekommandationer

Styrke

Hos kvinder med indikation for cerklagebehandling på baggrund af anamnese, hvor der ikke er nok cervix substans til anlæggelse af vaginal cerklage, kan abdominal cerklage overvejes	√
--	---



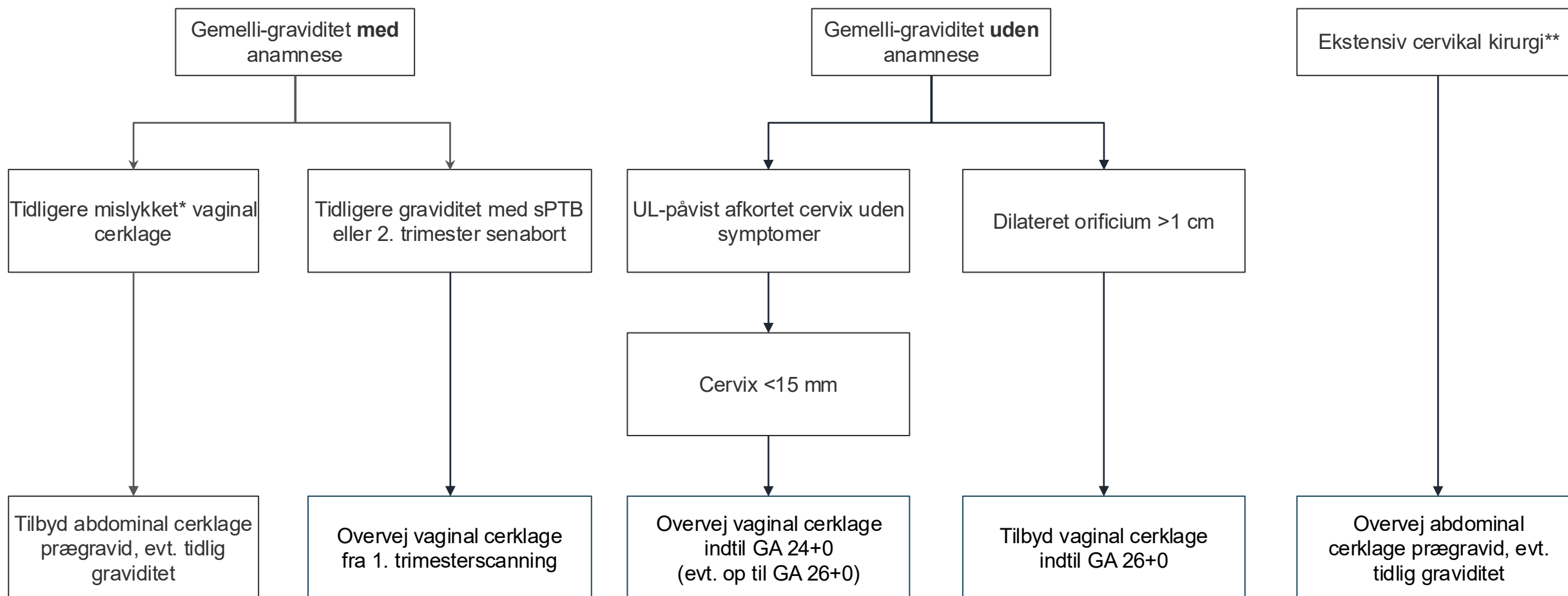
Dagsorden

- 1 Introduktion
- 2 Cervikal cerklage ved gemelli-graviditet
- 3 Håndtering af vaginal cerklage ved PPRM
- 4 Timing af fjernelse af vaginal cerklage
- 5 Transabdominal cerklage
- 6 Flowcharts
- 7 Kommentarer fra workshop + diskussion

Gemelli-graviditet



Flowchart for gemelli-graviditet



*Fødsel før GA 28 på trods af vaginal cerklage

**Hvor vaginal cerklage ikke er mulig at anlægge

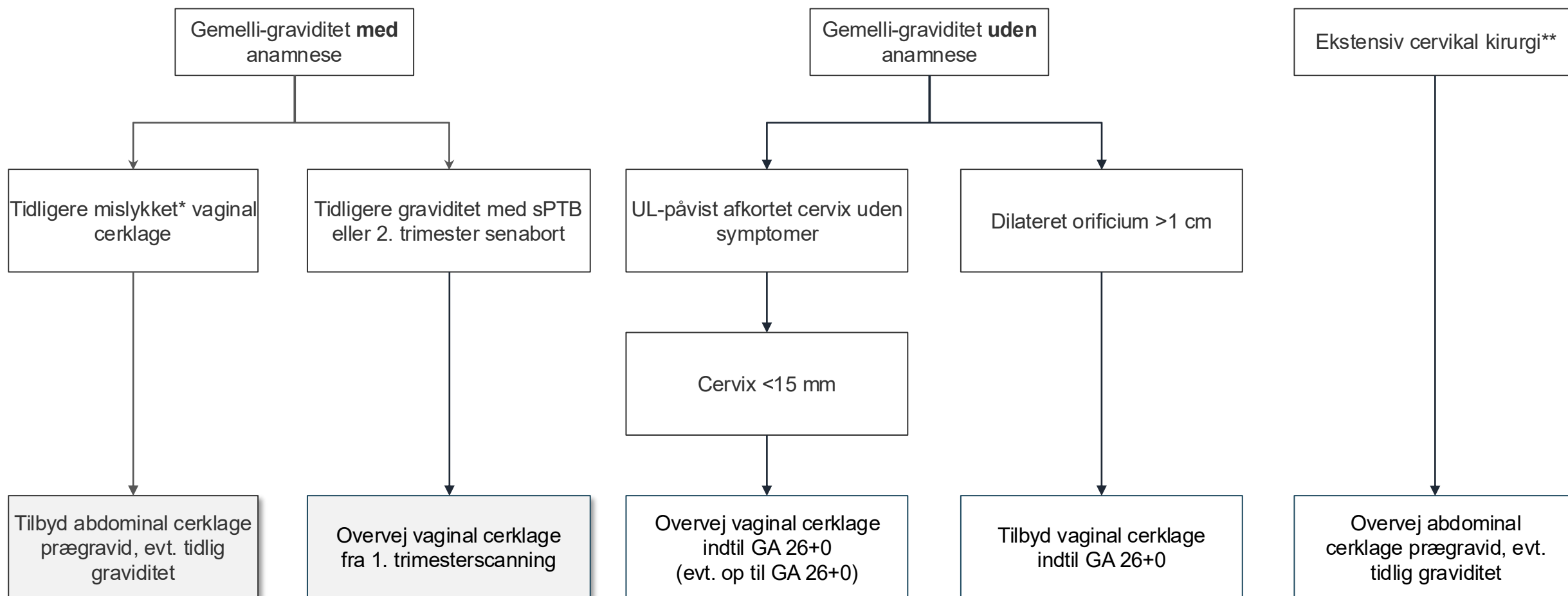


Evidens for gemelli-graviditet med anamnese

Gemelli-graviditet med anamnese	Resumé af evidens	Rekommandation	Styrke
Tidligere mislykket* vaginal cerklage	Hos kvinder med tidligere mislykket vaginal cerklage* nedsættes risikoen for præterm fødsel < 32 ved anlæggelse af abdominal cerklage (Numbers of abdominal cerklages needed er 3.9 for at forebygge 1 præterm fødsel)	Tilbyd abdominal cerklage prægravid, evt. tidlig graviditet	A
Tidligere graviditet med sPTB eller 2. trimester senabort	Anamnese-indiceret cerklage ved gemelli-graviditet anlagt udelukkende grundet gemelli-status reducerer ikke risikoen for præterm fødsel før GA 34+0 Anlæggelse af anamnese-indiceret cerklage på gemelli-gravide kan ikke med sikkerhed reducere risikoen for præterm fødsel før GA 34+0	Overvej vaginal cerklage fra 1. trimesterscanning	D



Flowchart for gemelli-graviditet



*Fødsel før GA 28 på trods af vaginal cerklage

**Hvor vaginal cerklage ikke er mulig at anlægge

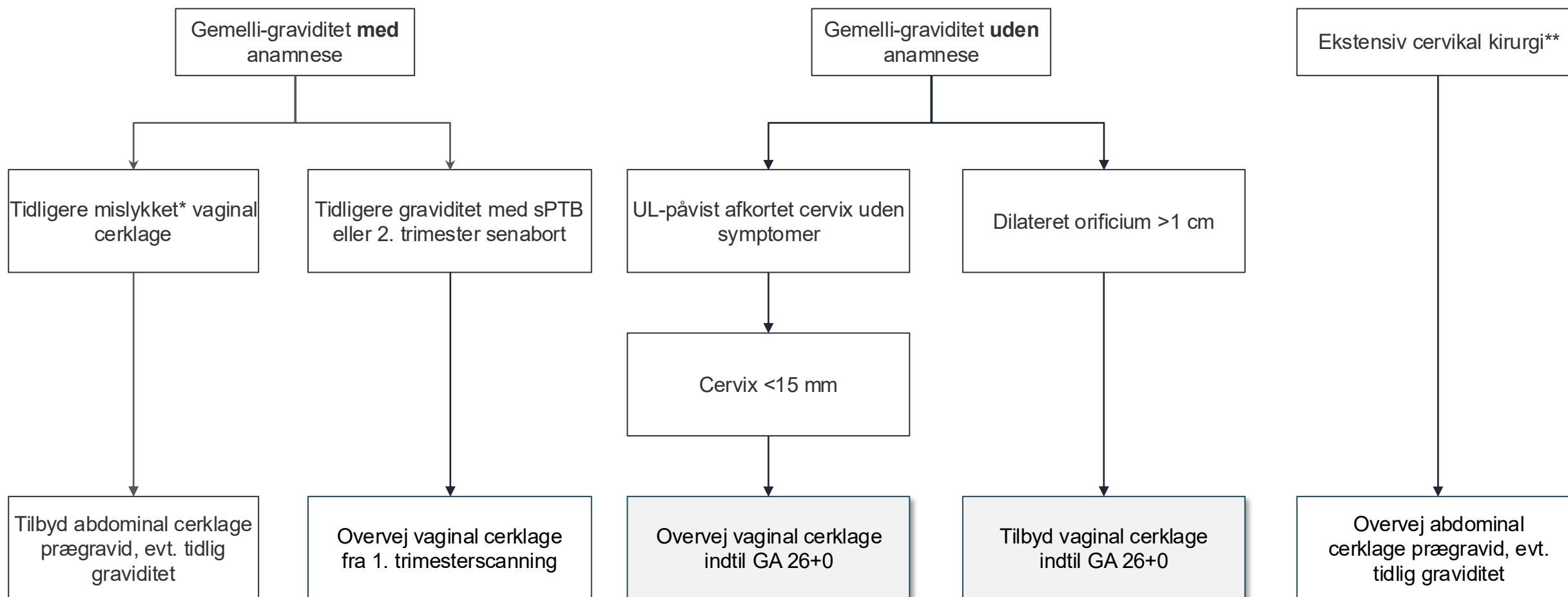


Evidens for gemelli-graviditet uden anamnese

Gemelli-graviditet uden anamnese	Resumé af evidens	Rekommandation	Styrke
UL-påvist afkortet cervix uden symptomer	Ultralyds-indiceret cerklage hos gemelli-gravide med cervixlængde < 15 mm før GA 24+0 (og få op til 26+0) kan reducere risikoen for præterm fødsel før GA 34+0	Overvej vaginal cerklage indtil GA 24+0 (evt. op til GA 26+0)	B
Dilateret orificium >1 cm	Ved gemelli-graviditet kan anlæggelse af akut cerklage op til GA 24-26 på dilateret orificium $\geq$ 1cm forlænge graviditeten med op til 6-7 uger samt nedsætte risikoen for sPTB	Tilbyd vaginal cerklage indtil GA 26+0	B



Flowchart for gemelli-graviditet



*Fødsel før GA 28 på trods af vaginal cerklage

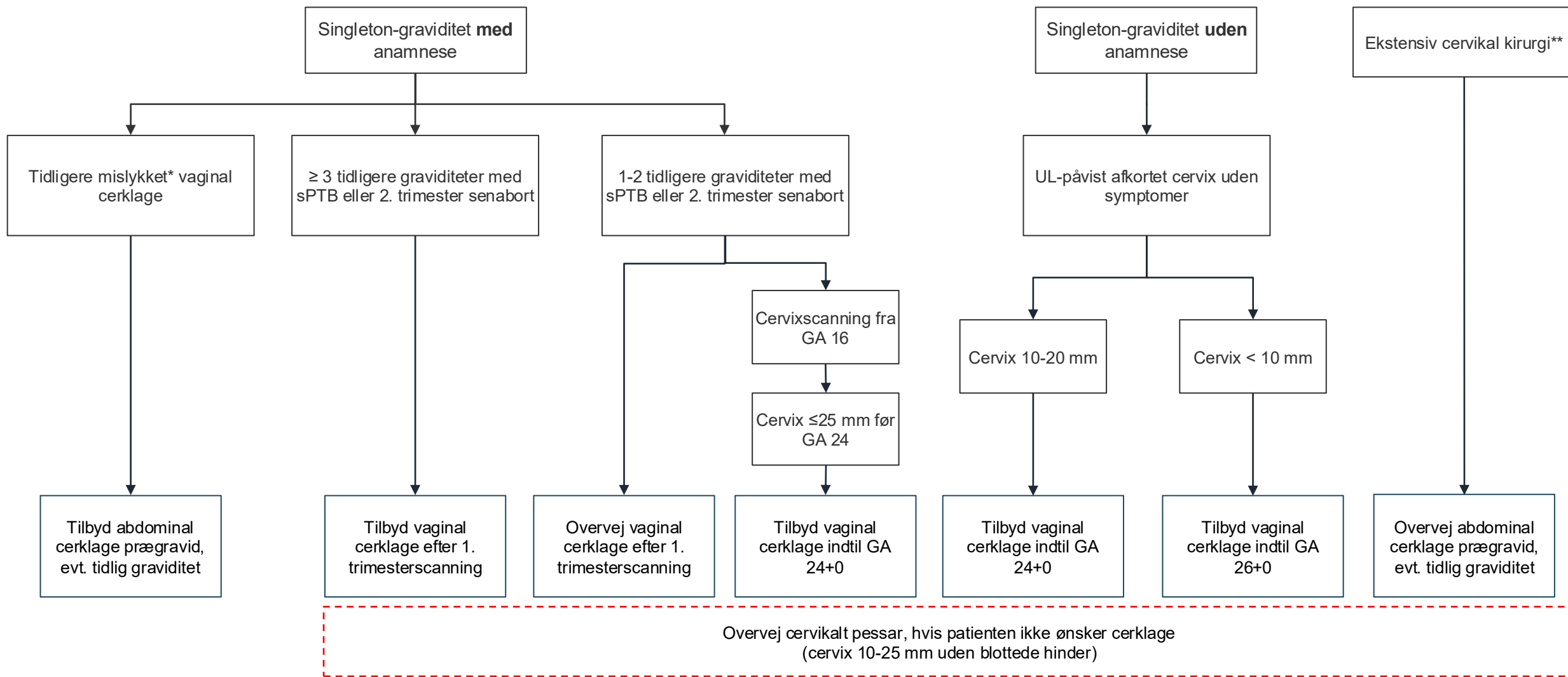
**Hvor vaginal cerklage ikke er mulig at anlægge



Singleton-graviditet



Flowchart for singleton-graviditet



*Fødsel før GA 28 på trods af vaginal cerklage

**Hvor vaginal cerklage ikke er mulig at anlægge

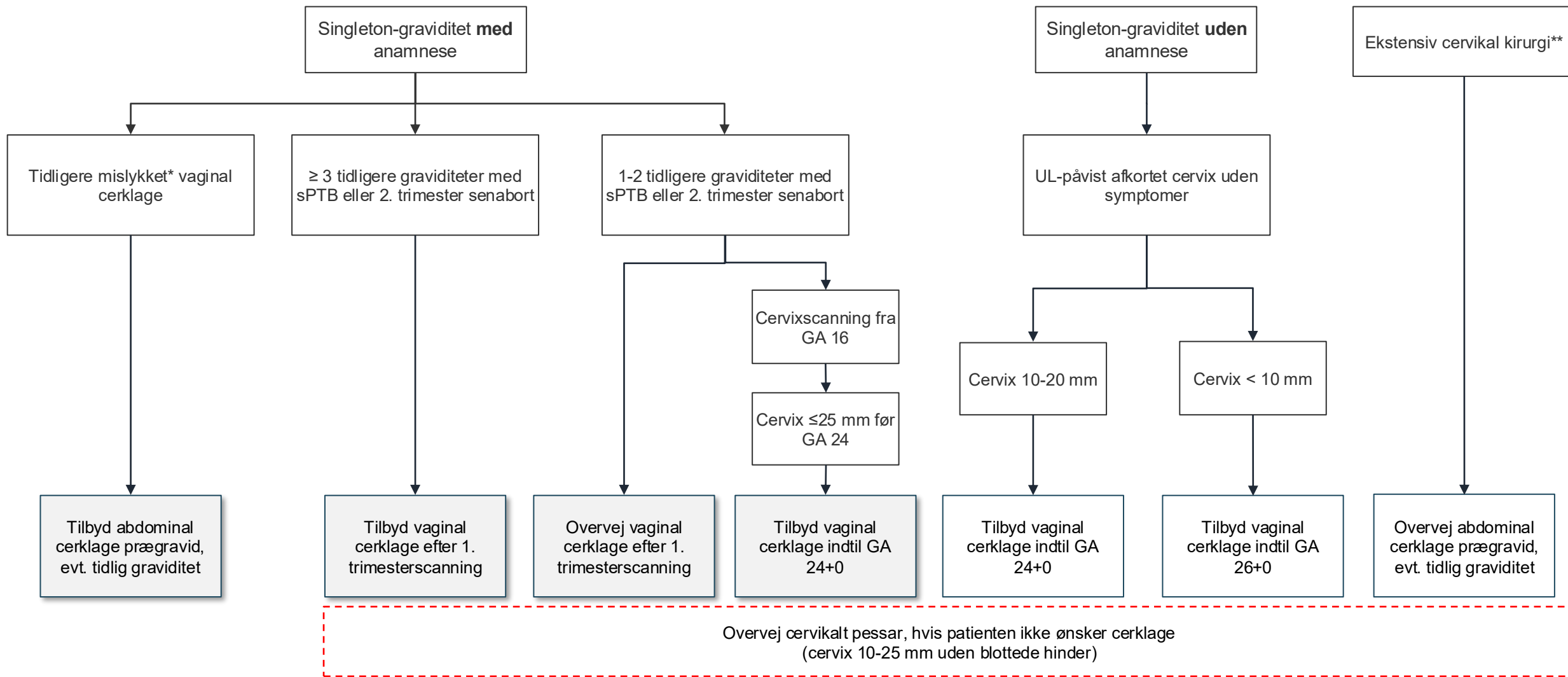


Evidens for singleton-graviditet med anamnese

Singleton-graviditet med anamnese	Resumé af evidens	Rekommandation	Styrke
Tidligere mislykket* vaginal cerklage	Hos kvinder med tidligere mislykket vaginal cerklage* nedsættes risikoen for præterm fødsel < 32 ved anlæggelse af abdominal cerklage (Numbers of abdominal cerklages needed er 3.9 for at forebygge 1 præterm fødsel)	Tilbyd abdominal cerklage prægravid, evt. tidlig graviditet	A
≥ 3 tidligere graviditeter med sPTB eller 2. trimester senabort	Hos singleton-gravide med ≥ 3 tidligere sPTB eller spontane senaborter nedsætter anamnese-indiceret cerklage risikoen for sPTB GA < 33	Tilbyd vaginal cerklage efter 1. trimesterscanning	A
1-2 tidligere graviditeter med sPTB eller 2. trimester senabort	Hos singleton-gravide med 1 eller 2 tidligere sPTB eller spontane senaborter, findes der ikke evidens for at anamnese-indiceret cerklage nedsætter risikoen for sPTB	Overvej vaginal cerklage efter 1. trimesterscanning	✓
	Hos singleton-gravide med anamnese, hvor cervix afkortes til < 25 mm før GA 24, er der evidens for, at transvaginal cerklage nedsætter relativ risiko for sPTB	Tilbyd vaginal cerklage indtil GA 24+0	A



Flowchart for singleton-graviditet



*Fødsel før GA 28 på trods af vaginal cerklage

**Hvor vaginal cerklage ikke er mulig at anlægge

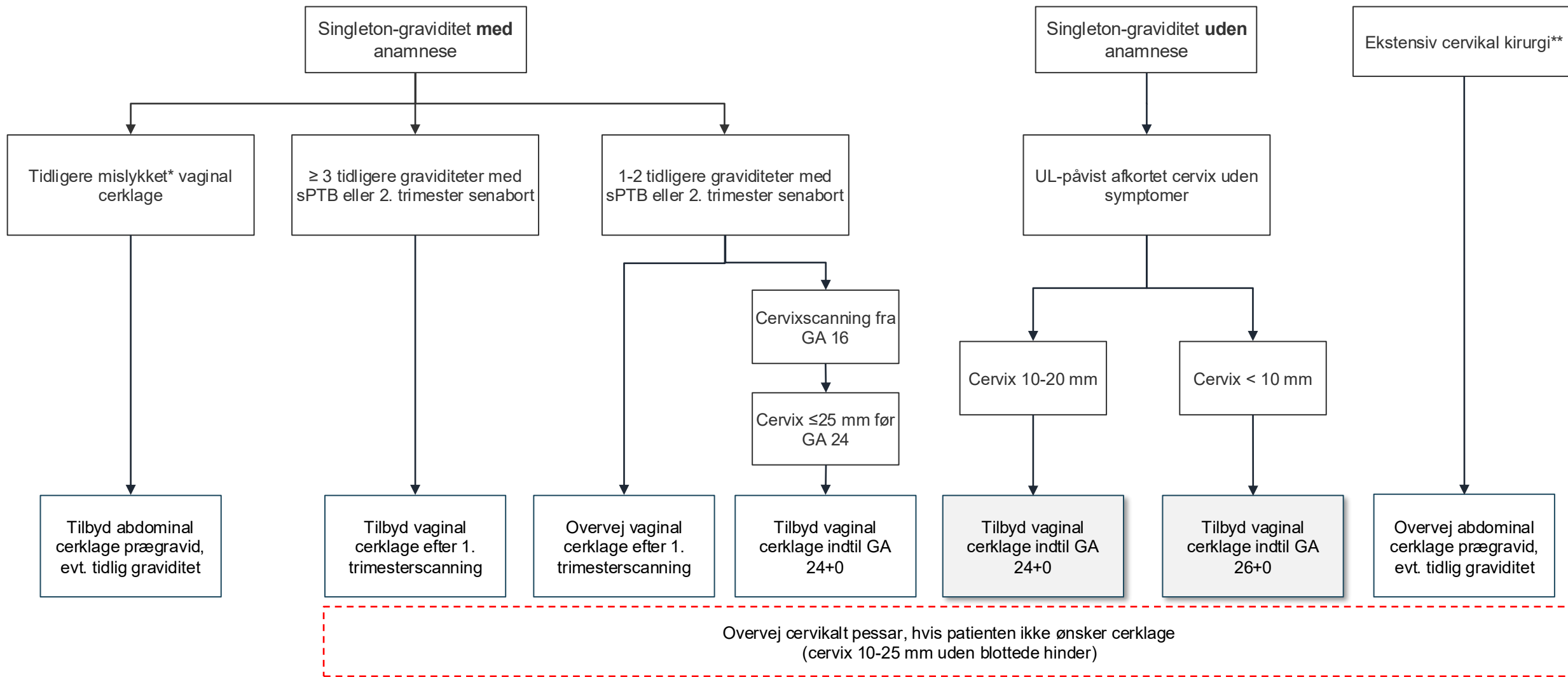


Evidens for singleton-graviditet uden anamnese

Singleton-graviditet uden anamnese	Resumé af evidens	Rekommandation	Styrke
UL-påvist afkortet cervix uden symptomer	Hos asymptomatiske singleton-gravide uden tidligere sPTB med afkortet cervix ≤ 20 mm i 2. trimester før GA 24+0 ses signifikant lavere risiko for præterm fødsel < 37 uger ved brug af vaginal cerklage	Tilbyd vaginal cerklage indtil GA 24+0	A
	Hos asymptomatiske singleton-gravide uden tidligere sPTB med ultralydsfund af afkortet cervix ≤ 10 mm i 2. trimester før GA 26+0 ses signifikant lavere risiko for præterm fødsel < 37 uger ved brug af vaginal cerklage	Tilbyd vaginal cerklage indtil GA 26+0	A



Flowchart for singleton-graviditet



*Fødsel før GA 28 på trods af vaginal cerklage

**Hvor vaginal cerklage ikke er mulig at anlægge



Evidens for singleton-graviditet og cervikalt pessar

Resumé af evidens

Singleton-graviditet med anamnese

Hos singleton-gravide med tidligere sPTB eller afkortet cervix < 25 mm i GA 14-24, blev cervikalt pessar, cerklage og progesteron **vurderet lige effektive** til at forhindre præterm fødsel < GA 37+0 i et 3-arms randomiseret trial, som ikke nåede sit target size.

Cervikalt pessar er **ikke ligeværdigt** (non-inferiort) i forhold til cerklage til at forebygge rekurrent præterm fødsel

Hos singleton-gravide med tidligere sPTB eller afkortet cervix kan anvendelsen af cervikalt pessar i forhold til progesteron **muligvis reducere** forekomsten af præterm fødsel < GA 34+0 og 37+0

Singleton-graviditet uden anamnese

Hos singleton-gravide uden tidligere sPTB med fund af afkortet cervix ≤ 25 mm før GA 24+0 er der **ikke fundet en beskyttende effekt** af cervikalt pessar på præterm fødsel

Hos singleton-gravide uden tidligere sPTB med meget afkortet cervix ≤ 10 mm kan kombinationen af cervikalt pessar og vaginal progesteron **muligvis have en beskyttende effekt** på præterm fødsel

Rekommandation

Overvej cervikalt pessar, hvis patienten ikke ønsker cerklage (cervix 10-25 mm uden blottede hinder)

Styrke

✓



Evidens for singleton-graviditet og cervikalt pessar

Resumé af evidens

Styrke

Singleton-graviditet med anamnese

Hos singleton-gravide med tidligere sPTB eller afkortet cervix < 25 mm i GA 14-24, blev cervikalt pessar, cerklage og progesteron vurderet lige effektive til at forhindre præterm fødsel < GA 37+0 i et 3-arms randomiseret trial, som ikke nåede sit target size.

1a

Cervikalt pessar er ikke ligeværdigt (non-inferiort) i forhold til cerklage til at forebygge rekurrent præterm fødsel

1b

Hos singleton-gravide med tidligere sPTB eller afkortet cervix kan anvendelsen af cervikalt pessar i forhold til progesteron **muligvis reducere** forekomsten af præterm fødsel < GA 34+0 og 37+0

1b

Singleton-graviditet uden anamnese

Hos singleton-gravide uden tidligere sPTB med fund af afkortet cervix ≤ 25 mm før GA 24+0 er **der ikke fundet en beskyttende effekt** af cervikalt pessar på præterm fødsel

1b

Hos singleton-gravide uden tidligere sPTB med meget afkortet cervix ≤ 10 mm kan kombinationen af cervikalt pessar og vaginal progesteron **muligvis have en beskyttende effekt** på præterm fødsel

1b



Evidens for singleton-graviditet og cervikalt pessar

Resumé af evidens

Styrke

Singleton-graviditet med anamnese

Hos singleton-gravide med tidligere sPTB eller afkortet cervix < 25 mm i GA 14-24, blev cervikalt pessar, cerklage og progesteron vurderet lige effektive til at forhindre præterm fødsel < GA 37+0 i et 3-arms randomiseret trial, som ikke nåede sit target size.

1a

Cervikalt pessar er ikke ligeværdigt (non-inferiort) i forhold til cerklage til at forebygge rekurrent præterm fødsel

1b

Hos singleton-gravide med tidligere sPTB eller afkortet cervix kan anvendelsen af cervikalt pessar i forhold til progesteron **muligvis reducere** forekomsten af præterm fødsel < GA 34+0 og 37+0

1b

Singleton-graviditet uden anamnese

Hos singleton-gravide uden tidligere sPTB med fund af afkortet cervix ≤ 25 mm før GA 24+0 er **der ikke fundet en beskyttende effekt** af cervikalt pessar på præterm fødsel

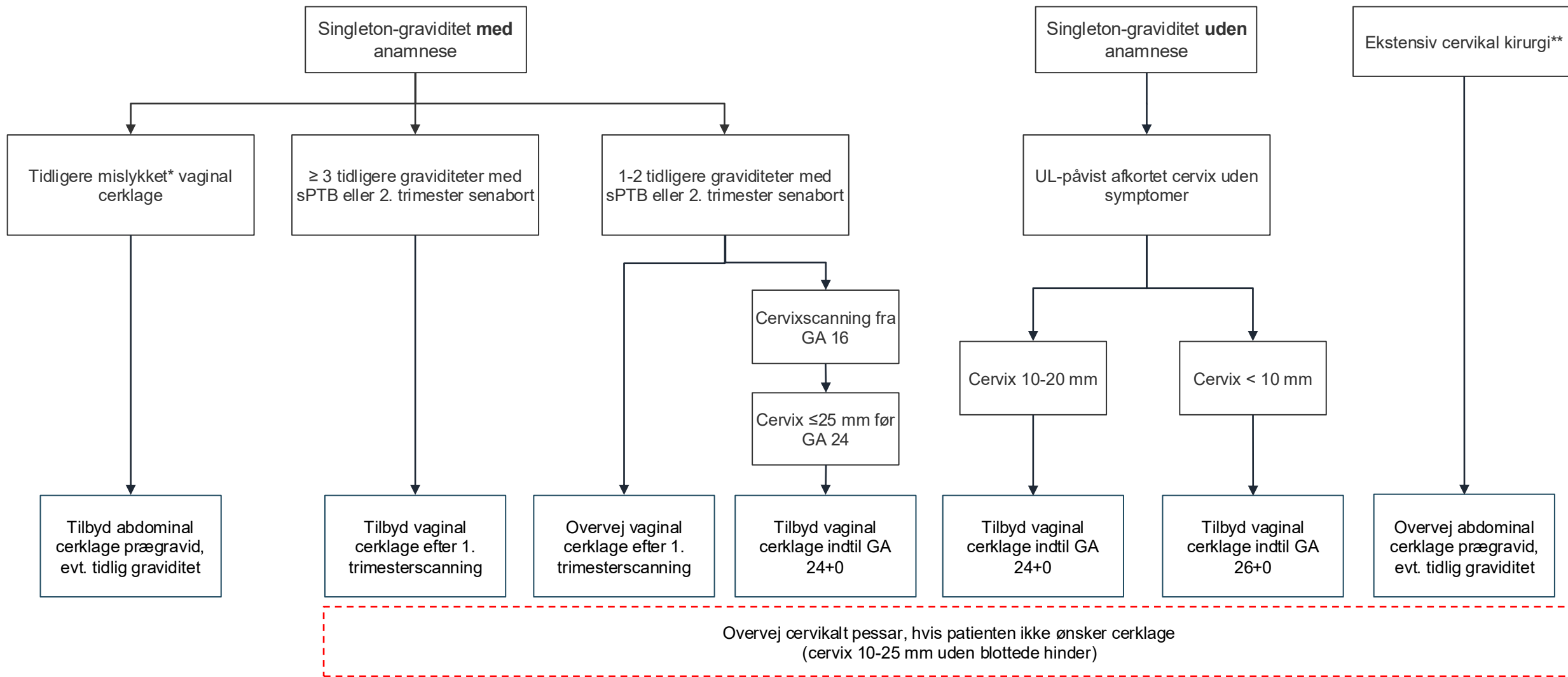
1b

Hos singleton-gravide uden tidligere sPTB med meget afkortet cervix ≤ 10 mm kan kombinationen af cervikalt pessar og vaginal progesteron **muligvis have en beskyttende effekt** på præterm fødsel, **men studiet grund af sikkerhedsmæssige bekymringer vedrørende neonatal/spædbarnsdød i pessargruppen.**

1b



Flowchart for singleton-graviditet



*Fødsel før GA 28 på trods af vaginal cerklage

**Hvor vaginal cerklage ikke er mulig at anlægge

