



Referat

Obstetrisk Guidelinemøde

Vejlefjord d. 14—16. januar 2026



Lørdag d. [16. januar 2026]



[Cerklage/arabinpessar]

- Revision af guideline fra **[2018]**
- Referent: **[Naja Due Kolster & Camilla Mirian Hartvigsen]**

[Generelt]

- Kaldes ikke længere cervixinsufficiens, men **svag- eller afkortet cervix**.
- Konisering fordobler risikoen for præterm fødsel (størst ved kniv, og flere konus).
- MAVRIC studie UK det eneste der sammenligner TVC (transvaginal cerklage) og TAC (transabdominal cerklage), TAC bedst; NNT TAC 3.9 for at forebygge 1 præterm fødsel. Tidligere mislykket TVC bør tilbydes TAC.
- **Konsensus:** overvej TAC hos kvinder, hvor det vurderes umuligt med TVC på resterende cervix.
- Suturmateriale: Ikke-resorberbart mono- og multifilament ligeværdigt. Mono mindre infektionsrisiko, men i højere grad behov for anæstesiologisk assistance ved fjernelse. Cervix læsioner er sjældne (6%).
- Cervikalt pessar ej ligeværdigt med TVC eller TAC ved singleton, anbefales ikke længere. Ved samtidig vaginal progesteron muligvis effekt. Hvis cervix 10-25mm uden blottede hinder og pt ikke ønsker vaginal cerklage, kan pessar overvejes. Bekymring omkring neonatal dødelighed. Punkt fjernet efter workshop.

Guideline godkendt



[Cerklage/arabinpessar]

- Revision af guideline fra **[2018]**
- Referent: **[Naja Due Kolster & Camilla Mirian Hartvigsen]**

[Gemelli]

- Gemellistatus retfærdiggør ikke alene cerklage.
- **Ultralydsindiceret** cerklage (ikke dilateret orificium og ikke blottede hinder) reducerer risikoen for fødsel før ga 34. Evidensen baseret på kohortestudier, kun få RCT.
- **Anamneseindiceret** cerklage (senabort/preterm fødsel) reducerer ikke med sikkerhed risikoen for præterm fødsel.
- **Undersøgelsesindiceret** cerklage (på blottede hinder eller dilateret orificium) med cervix >1 cm op til ga 26. Gennemsnitlig graviditetsforlængelse knap 7 uger. Risiko for iatrogen vandafgang; uenighed i litteraturen, men op til 8%.
- Arabinpessar på gemelli hjælper ikke; anbefales derfor ikke.

Guideline godkendt



[Cerklage/arabinpessar]

- Revision af guideline fra **[2018]**
- Referent: **[Naja Due Kolster & Camilla Mirian Hartvigsen]**

[Seponering]

- Spontan PPRM ved cerklage 9-38%.
- Ikke nogen sikker neonatal gevinst ved at bevare cerklagen, men øget risiko for infektion. Formentlig mister man 2-3 dages graviditet ved at fjerne den.
- Ppmed kan overvejes udskudt for at opnå lungemodning.
- Tokolytika kan gives, men cerklagen fjernes hvis fortsatte kontraktioner.
- Elektiv fjernelse; sikkert. Anbefaler 36+0-37+6, hos gemelli 34+0-35+6. Fra fjernelse går typisk 6-14 dage inden kvinden føder. Ved elektivt sectio kan fjernelse afvente sectiodato.
- Både øget risiko for chorionamnioit og endometrit post partum, men ikke signifikant.

Guideline godkendt



[Cerklage/arabinpessar]

- Revision af guideline fra **[2018]**
- Referent: **[Naja Due Kolster & Camilla Mirian Hartvigsen]**

[Diskussion]

- Nogle ønsker at bevare muligheden for arabinpessar, forbi vinduet for cerklage (efter ga 26), hvis der er ventetid på cerklageanlæggelse, eller hvis kvinden ikke ønsker cerklage. Relativt kontraindiceret hvis cervix<10mm. Rikke Bek Helmig foreslår 10-25mm.
- Arabinpessar er medicinsk udstyr. Hanna Jangö foreslår protokolleret forsøg; jf. Sundhedsstyrelsens retningslinjer. At det er CE godkendt, gør ikke det bare kan bruges, der skal være evidens for det. Ingen plan for protokolleret forsøg.
- Kan abdominal cerklage tilbydes hos kvinder med ekstensiv cervikal kirurgi? Opbakning fra salen. Ikke behov for udpensling af ekstensiv kirurgi. Opfordring til praktiserende gyn om at **henvise korte cervix til prægravid rådgivning**.
- Forslag fra Hanne Brix Westergaard at det skal stå i gynækologisk cervix dysplasi guideline.
- NB: Se meget kliniske anvendelige **flowcharts i guideline**.
- NB: **Kodevejledning side 51** i guideline.

Guideline godkendt



[Obstetrisk forskningssession]

- Referent: [Naja Due Kolster & Camilla Mirian Hartvigsen]

[DO-it]

- Dansk konsortium for multicenterstudier indenfor gynækologi og obstetrik
Formål: faciliterende gruppe, der kan hjælpe med sparring, vurdering af projekt, juridiske problemstillinger, synliggørelse, rådgivning ifht. forskning.
- NOR-DACT: nordisk analogi til Do-It.
- DOCEPT: Danish OB/GYN Care Platform Trials.
Kliniske forsøg, der fokuserer på bestemte patientgrupper/klinisk afgrænsede områder fx fødsler. Parallelt forløbende, adaptation, forløb kan løbende tilføjes og justeres. Kontinuerlige: tester løbende flere behandlinger.
Første platform skal være en fødselsplatform: igangsættelse, kejsersnit, sphincterruptur, den normale fødsel.
Mangler klinikere til at definere outcome i core outcome set og første platformsforsøg. Se hjemmeside.



[Obstetrisk forskningssession]

- Referent: [Naja Due Kolster & Camilla Mirian Hartvigsen]

[VOMIT]

- Validating the Effect of Ondansetron and Mirtazapine in Treating Hyperemesis Gravidarum
- HG er associeret til adverse outcomes for mor og barn,
- PUQE score falder signifikant for Mirtazapin; falder kun lidt for Ondansetron, ikke signifikant.
Flere adverse events i mirtazapingruppen.



[Obstetrisk forskningssession]

- Referent: [Naja Due Kolster & Camilla Mirian Hartvigsen]

[REPAIR]

- Dobbelt blindet, randomiseret studie på Herlev med 442 kvinder med grad 2 eller epis, der har fået 1 døgn profylaktisk Bioclavid tablet.
- Signifikant bedre selv vurderet helbred, signifikant mindre antibiotika forbrug, signifikant færre lægekontakter.
- Konklusion: sårkomplikationer betyder noget på både kort og langt sigt. NNT 12.
- NB: ANODE UK studie: 3500 cup forløste, reduceret infektioner ved 1 dosis i.v. Anbefaler til alle instrumentelle forløsninger



[Obstetrisk forskningssession]

- Referent: [Naja Due Kolster & Camilla Mirian Hartvigsen]

[BEWISE]

- PTB (preterm birth) prævalens i DK ca. 6% svt. 4000 fødsler.
- Aflastningsregime ved kort cervix og præterm fødsel giver muskelsvækkelse, knogleudtynding, kredsløbspåvirkning, risiko for depression.
- Planlagt multicenter studie. Regionerne skal i step wedge design afskaffe aflastningsregime med start i 2026.
- Regner med data på 6000 kvinder i ga 20-34, med cervix < 25mm ved singleton og <30mm ved flerfold.



[Abortus habitualis opdatering]

- Revision af guideline fra **[Gynækologisk guideline]**
- Referent: **[Naja Due Kolster & Camilla Mirian Hartvigsen]**

[Hindsgavl 2025]

- Øget risiko for GDM, PE, FGR, SGA, IUGR/FGR, SGA, PPH ved sectio, ppmed, placentamedieret komplikation; abruptio, placenta prævia, perinatal død (nogle risici er fordoblede).
- **Bør betragtes som højrisiko gravide.** Fødested hjemme/afd, individuel vurdering. Ikke nødvendigvis ppmed til termin, men kan overvejes.
- Bør der være et øget obstetrisk tilbud? Ikke undersøgt. Kan muligvis reducere angst.
- Ikke nødvendigvis konsensus om 2 tilvækstscanninger, bør besluttet lokalt. Igangsættelse og øget overvågning er ikke undersøgt.
- Ved efterfølgende normal graviditet; uklart om følgende graviditet skal følges som højrisiko, men risikoen er formentlig mindre.



[Instrumentel forløsning]

- Revision af guideline fra **[2015]**
- Referent: **[Naja Due Kolster & Camilla Mirian Hartvigsen]**

[Generelt]

- 3800 børn forløses årligt ved vaginal ekstraktion (VE), sv.t. 7% af alle fødsler; men 12 % af de førstegangsfødende, og 2% af de 2. gangsfødende.
- Ny artikel definerer kompliceret VE: >6 træk, 15 min og/eller >1 pop off
- Flere vesynkrone træk øger sandsynligheden for neonatal morbiditet, særligt mere end 5 træk.
- RCOG anbefaler: max 3 træk til bækkenbund, max 3 træk til fødsel.
- VE bør sandsynligvis afbrydes hvis ikke fremgang på de første træk.
- Omplacering tæller ikke som pop off.
- Det diskuteres og man når enighed om, at cuppen kan genplaceres x 2, under omtanke.
- NYT: Sverige og RCOG: der kan under særlig omstændigheder lægges (præterm) cup under ga 34 uger ned til ga 32.

Guideline godkendt



[Instrumentel forløsning]

- Revision af guideline fra **[2015]**
- Referent: **[Naja Due Kolster & Camilla Mirian Hartvigsen]**

[Profylaktisk antibiotika]

- Det drøftes om kopforløsning i sig selv øger risikoen for infektion uafhængigt af bristningsgraden.
- ANODE studiet UK; profylaktisk Amoxicilin i.v., anbefales til alle instrumentelle forløsninger. MEN gruppen er anderledes, da tangforløsning er hyppig (63 og 67%), hvor epis anbefales (derfor får 90% af kohorten epis). Infektion 19% i placebo, 11% i antibiotikagruppen.
- Gruppen argumenterer for, at ANODE blot viser, at antibiotika virker; men ikke at infektionerne optræder som direkte konsekvens af den instrumentelle forløsning.
- Der diskuteres om REPAIR studiet gør at der skal gives ab samt at der ofte forløses instrumentelt uden bristning. Der er enighed om at cuppen i sig selv ikke er årsagen til infektion. Gruppen tilføjer per se/alene/i sig selv.

Guideline godkendt



[PPH og Tranexamsyre]

- Revision af guideline fra **[2017]**
- Referent: **[Naja Due Kolster & Camilla Mirian Hartvigsen]**

[Profylaktisk tranexamsyre]

- Hos kvinder med høj risiko for blødning ved sectio bør profylaktisk Tranexamsyre 1 g overvejes.
- NB der er forskel på moderat og højrisko. Mere end 1 moderat risiko, er man højrisko.
- Ved brug af profylaktisk Tranexamsyre til sectio kan det anvendes **i.v. og gerne før incisionen 10 min til 3 timer før.**
Tablet til elektive gives evt. 1-5 timer før (bedre bivirkningsprofil).

