



Referat

Obstetrisk Guidelinemøde

Vejlefjord d. 15.1.2026



Torsdag d. 15.01.26



Polyhydramnios

- **Revision af guideline fra 2016**
 - **Referent: Iben Katinka Greiber**
-
- Definition: GA uafhængig AFI >25
 - 1-2% af alle grav.
 - Associeret med medfødte misdannelser, kromosomafvigelser, DM, immunisering, infektion, idiopatisk
 - NYT: mere restriktiv TORCH udredning, ændret tilgang til immunisering
 - **Udredning:** anbefales at bestå af tilvækst skanning + flow, udredning med OGTT med mindre der foreligger en indenfor 4 uger, kun udredning for immunisering ved tegn til føtal anæmi eller hydrops, ved svær polyhydramnios anbefales ny misdannelsesskanning, anbefaler ikke længere automatisk screening med TORCH/virus prøver ved idiopatisk polyhydramnios kun ved suspekte UL fund hos fosteret.
 - Kontrolprogram: Idiopatisk polyhydramnios: bør tilpasses individuelt. Mild: kontrol efter 4 uger og afsluttes hvis AFI er normal eller stationær. Hvis AFI er tiltaget til moderat/ svær følges de herefter.

Guideline godkendes



Polyhydramnios

- **Revision af guideline fra 2016**
- **Referent: Iben Katinka Greiber**

Moderat/svær polyhydramnios før 34 uger: tilbydes cervixskanning ved diagnose pga øget risiko for præterm fødsel.
Serielle efter individuel vurdering
Moderat/svær efter GA 34: ikke behov for cervixskanning.

Behandling og igangsættelse:

Indometacin behandling: kan benyttes ved moderat/svær. Anbefales ikke efter GA 32
Amniondrænage: benyttes ved svær polyhydramnios.

PP.med: individuel vurdering og afhængig af gradering af polyhydramnios og evt. komorbiditeter. Mild Polyhydramnios bør afvente spontan fødsel, moderat til svær anbefales pp.med omkring ved GA 37-39+0. Diskussion i salen. Enighed om at ændre ordlyd til at pt'er med moderat/svær polyhydramnios ikke bør gå over 40+0.

Fødsel: overvej kontrol af fosterpræsentation, kontinuerlig CTG, atoni profylakse

Diskussionspunkter:

- **Guideline godkendes**



Polyhydramnios

- **Revision af guideline fra 2016**
- **Referent: Iben Katinka Greiber**

- **Diskussionspunkter:**

Salen spørger hvorfor kontinuerlig CTG, gruppen vil se nærmere på dette.

- Indometacin: set om man kan blive ved indtil GA 32 mht NEC? Ikke set på om NEC komplikationer. Spørgsmål til om indometacin har en plads i behandling af PH, da der ikke er overbevisende effekt. Gruppen fastholder at det kan tilbydes svær PH. Opfordring til gruppen at tilføje bivirkninger ifa. nyre, og NEC bivirkninger.
- Spørgsmål til om der skal tilbydes udvidet genetisk udredning til trods for normale UL fund. Da det er mange kvinder som skal kontrolleres og nogle misdannelser ikke ses på UL vurderes det fra gruppen at man ikke vil finde yderligere
- Torch anbefaling godkendes
- Cervix anbefalinger godkendes.



Intrauterin Fosterdød (IUFD) – ætiologi, udredelsesprogram og igangsættelsesprocedurer

- **Revision af guideline fra 2014**
- **Referent:** Anna Klüver Jepsen

Baggrund

- Faldende forekomst – tilskrives forbedret intrauterin diagnostik, registrering og igangsættelse ved overbåren graviditet
- Prægravide risikofaktorer: Tidl. IUFD, overvægt med BMI>25, høj maternal alder >35 år (efterspørges tal for risiko ved alder >40 år, gruppen vil trække disse), rygning i graviditet og assisteret reproduktion
- Årsager: Maternelle, føtale, placentarelaterede, navlesnorsrelaterede og infektion
- Anbefales grundig maternal anamnese og fokus på eventuelle føtale anomalier, udseende af navlesnor mm.

Nye afsnit om UL, igangsættelsesregimer og kommunikation og sorg

Samarbejde med mikrobiologer, klinisk biokemi, genetikere, patologer og deltagelse fra jdm-foreningen

UL-afsnit (NYT):

- Verificering af ved anden kliniker hvis muligt
- Overveje supplerende scanning ved erfaring kliniker, især ved fravalg af obduktion
- Vurdering af fostervand og anomalier mhp. yderligere diagnostisk information



Intrauterin Fosterdød (IUFD) – ætiologi, udredelsesprogram og igangsættelsesprocedurer

- Revision af guideline fra 2014
- Referent: Anna Klüver Jepsen

Diagnostiske prøver: forslag til biokemisk grundpakke ved IUFD, skema over anbefalede supplerende biokemiske prøver opdelt på kategorier samt oversigt over alle mikrobiologiske agens med relation til IUFD

- NYT: ikke længere fostervand til D+R, Ingen NS-blod til IgM, ingen podning fra placenta
- TORCH fortsat ikke del af standardudredning
- Udredes ikke for arvelig trombofili
- Diskussion: Tilføjelse af FMH i udredningspakke

Patologi: Obduktion og undersøgelse af placenta er vigtigste undersøgelser (også ved fravalg af obduktion)

- Udfærdiget forslag til personaleinformation om obduktion til brug inden samtale samt forældrepeje, der kan udleveres
- Gruppen bløder formulering op omkring, hvem der skal anbefales obduktion

Genetik: Kromosomal mikroarray bør tilbydes ved IUFD

- Ved tidl. array ifm. CVS/AC i aktuelle graviditet behøves ikke prøver til genetisk undersøgelse
- Placentabiopsi fungerer som backup, hvis ikke muligt med array på hud/achilles (tilføjes i guideline)



Intrauterin Fosterdød (IUFD) – ætiologi, udredelsesprogram og igangsættelsesprocedurer

- Revision af guideline fra 2014
- Referent: Anna Klüver Jepsen

Igangsættelsesregimer (NYT)

- Ved IUFD anbefales igangsættelse inden for få dage grundet øget risiko for komplikationer og psykisk belastning
- Mifepriston – ingen RCT'er omkring optimal dosis
 - 24 timer før misopristol (B), nedsætter tid fra igangsættelse til fødsel markant (B),
 - International konsensus om dosis på 200 mg (B)
- Misopristol – generelt lavere doser ved 3. trimester (25-100 µg) IUFD end i 2. trimester. Optimal dosis ikke tilstrækkeligt undersøgt
 - Oxytocin kan anvendes, men ikke ligeså godt belyst som Misopristol
 - Hvis fødsel ikke er opnået inden for 24 timer, kan overvejes S-drop
- Sectio antea – ingen entydig evidens, især ikke ved >2 tidl sectio. Henvises til sectio antea guideline
 - Mifepriston kan anvendes som forbehandling (D), overvej under indlæggelse grundet risiko for ruptur
 - Let øget risiko for ruptur ved igangsættelse med Misopristol (B)
 - Overvej oxytocin i stedet for HSP eller ballon mhp ”stående vand så længe som muligt”
- Ingen evidens for primær HSP, men klinisk erfaring bakkes op af salen



Intrauterin Fosterdød (IUFD) – ætiologi, udredelsesprogram og igangsættelsesprocedurer

- **Revision af guideline fra 2014**
- **Referent:** Anna Klüver Jepsen

Kommunikation og sorg (NYT)

- Vigtighed af anerkendende og respektfuld kommunikation, samle minder, se barnet, validering af forældreskab
- Obs på risikofaktorer for forlænget sorglidelse: skyldfølelse, ufølsom kommunikation, første barn, kvinde, lav socioøkonomisk status
- Forslag til standardfrase til brug i epikrise

Guideline godkendes



FØTO-Highlights

- **Referent:** Anna Klüver Jepsen

To nye guidelines og 3 revisioner – alle godkendte med enkelte rettelser

- NYE: Ductus venesus agenese og SSA/SSB-autoantistoffer

Den nye abortlov

- Efterhånden reduktion i svartid – større og mere tidskrævende ansøgning, men forventes færre ansøgninger
- Fokus på uhensigtsmæssigheder i, at fosterreduktioner ikke er nævnt i loven

cFTS

- Fremlægges tal fra 1. trimester screening
- 98,6 % af kvinder til 1. trimesterscanning ønsker risikoberegning
- Stabil screen-positiv rate på 4,9 % - heraf vælger 2/3 invasiv diagnostik og 1/4 NIPT

Fokus på sonografers ergonomi – igangværende forsøg med robotarm. Tilfredshed hos både sonografer og gravide.

Nationale føtalkardiologiske nøgletal – virtuel konference hver 14. dag siden 2016.

- 82,6 % af major CHD findes ved 2. trimesterscanning
- Al data samles i redcap og er tilgængelige for alle – flere igangværende projekter



FØTO-Highlights

- **Referent:** Anna Klüver Jepsen

Implementering af PREPRED:

- Øget fokus på at kvinder også dør af hjertekarsygdomme – window of opportunity hos kvinder i 1. trimester
- Blodtryk, vigtigt at gøre sig umage med måling af dette
- Afledt forskning – pipeline til ny viden er enorm

Generalforsamling:

- Ny bestyrelse med Marianne Christiansen (AUH) som formand og Annemette Wind Olesen (OUH) som næstformand
- Helle Zingenberg udnævnt til æresmedlem
- Ann Tabor's Rejselegat til Marie Helmbæk, RH

