***REFERAT OBSTETRISK GUIDELINEMØDE***

***VEJLEFJORD 28.-29. APRIL 2023***

**Fredag 28. april 2023**

*Referenter: Hrefna Bóel Sigurdardóttir og Line Engelbrechtsen*

Idéer til nye multicenterstudier kan sendes til DSOG konsortium for multicenterstudier.

**Hot topics I   
Venøs tromboemboli og graviditet- rapport fra DSOG/DSTH** (Anita Sylvest Andersen og Jens)

Opdatering af tidligere rapport fra 2014. Få ændringer. Arbejdsgruppe med hæmatolog, kardiolog, og obstetrikere. Rapporten afspejler danske forhold og klinisk hverdag.

Rapporten er ikke helt klar, forventes klar ultimo maj og skal derefter til høring i de forskellige lægefaglige selskaber

Den nye rapport udvides med flere kliniske problemstillinger: Fokus på VTE som en mulitdisiplænr sygdom, mere detaljeredes anbefalinger og mere “bands on”, nye fast-track udregnes algoritmer. Et afsnit om superficiel tromboflebit, hæmolytiske tilstande samt aktiv cancer i graviditeten. Rapporten vil også have afsnit om nydiagnostiseret VTE omkring terminen og rådgivning post partum, herunder fremtidig prævention og graviditeter.

Anbefalinger fra rapporten:

* Negativ D-dimer og lav mistanke om DVT behøver ikke yderligere udredning for DVT.
* Ved udredning af LE overvejes CT i højere grad ift. scintigrafi.
* Indlagte gravide som er indlagte > 48 timer anbefales LMH og kompressionsstrømper.
* Ved komplicerede obstetriske tilstande anbefales kun udredning for antifosfolipid syndrom, og ikke øvrige tilstande.
* Profylakse doseret LMH: Nuværende er baseret på præ-gravide vægt. Kommende dosering formentlig også den præ-gravide vægt.
* Terapeutisk dosis: Nuværende præ-gravide vægt. Kommende anbefaling vil være baseret på aktuelle vægt.
* Gravide i permanent AK-behandling før graviditeten: Skal have terapeutisk dosis LMH under graviditeten.
* Kontrol ved behandling med LMH: Kontrollere nyretal og trombocytter før behandlingstart. Ellers ikke rutinemæssig kontrol af trombocytter eller nyrefunktion.
* Justering af LMH op mod termin: Tidl. halvering af dosis x 2 dgl, kan være på individ basis.

[**Skulderdystoci**](https://www.dsog.dk/s/230423-Guideline-Skulderdystoci.pdf) **(ny 2023)**

Tovholdere: Lise Brogaard [lbrj@clin.au.dk](mailto:lbrj@clin.au.dk) & Lone Hvidman [lonehvid@rm.dk](mailto:lonehvid@rm.dk).

Oplæg fra guidelinegruppen:

13% gentagelsesrisiko efter tidl. skulderdystoci. Fødselsmåde efter tidl. skulderdystoci bør besluttes i samråd med den gravide. Elektivt sectio (ES) bør anbefales ved tidl. neonatale skader ifm. skulderdystoci. ES kan anbefales ved tidl. alvorlig skulderdystoci eller ved fosterskøn større til termin i indeværende graviditet

Håndgreb: Ny algoritme og lommekort. Konceptet HELPERR udgår. 24-90% succesrate på McRoberts – kan suppleres med suprapubisk tryk. Manøvre med fremtrækning ad bagerste arm/axil ligeværdigt med rotationsmanøvre, da der ikke ligger evidens på hvilken burde udføres først, må komme an på den kliniske situation. Håndgreb er ligeværdige. Tilføjelse af axil slynge i tillæg til zavanelli ved tertiære procedurer.  
Regelmæssig simulationstræning af skulderdystoci anbefales og reducerer formentlig risikoen for plexus brachialis skade. Usikkert om hvor hyppigt fødegangspersonale skal træne for at bibeholde kompetence da kun det ene studie.

Opmærksomhed på PPH efter skulderdystoci

Navlesnors prøver er ikke pålidelige til at prædikaterne neonatale outcome

Special henvisning ved brachialis skader på børnene til OUH fysioterapi (centralisering), ved fortsat nedsat bevægelse af arm én måned efter fødsel.

Diskussion:

Gennemgang af algoritme: Skal der stå erfaren obstetriker under kald mere hjælp. Hvilken hjælp der skal kaldes, vil afhænge af lokalitet. Godkendelse af algoritme, samt sekundære og tertiære håndgreb.

Håndtering af gravide efter tidligere skulderdystoci:

*Fødselsmåder efter tidligere skulderdystoci bør besluttes i samråd med den gravide*

*Elektivt sectio bør anbefales ved*

*Tidl. Neonatale skader i forbindelse med skulderdystoci*

*Elektivt sectio kan anmeldes ved*

*Tidl. alvorlig skulderdystoci*

*Større fosterskanning til termin i indeværende graviditet*

Kommentarer: Skal der stå ”bør” anbefales ES? Dette ligger op af andre guidelines. Bekymring omkring man kan afvige fra anbefalingen i særlige tilfælde. Enighed om at slette bør.  
Kommentarer omkring fosterstørrelse i forhold til tidl. graviditet med skulderdystoci. Kan vi komme med anbefaling om afvigelse af størrelse? Heterogene studier, hvorfor der ikke kan komme med en klar anbefaling om størrelse.

Patientinformation om skulderdystoci. Enighed om at den skal ligge i guideline. Skal ikke gives til alle, men til udvalgte kvinder.   
Træning af skulderdystoci anbefales, men der kommes ikke med anbefaling omkring hvordan og hvor ofte.

Vedr. praksis at sætte benene ned hos den fødende inden McRoberts (praktiseres mange steder).

Ingen evidens for at det virker, men baseret på klinisk erfaring for 40 år siden, populært i de sidste 15 år. Er blot nævnt i diskussionen, fremgår ikke af guideline.

Hvad med manglede rekommendationer ift. igangsættelse for at “undgå” skulderdystoci. Dårlig evidens på området, derfor er det ikke med i denne guideline. Henviser her til anden guideline omkring Foetus Magnus.

OBS. Der er planer om at udarbejde flere patientinformationer i DSOG-regi, i den nærmeste fremtid.

**Hot topics II**  
**Etablering af Danish Advisory Board on Cancer in Pregnancy (DABCIP) (Lone Storgaard):**

DABCIP – en webbaseret rådgivning. Pendant til ABCIP i Holland som blev etableret i 2012. Derudover etableret et internationalt ABCIP i 2021 med rådgivning for patienter fra 22 forskellige lande (INCIP). Nu etableret DACIP (AUH, OUH, Herlev og RH), 25 medlemmer som eksperter i MDT-gruppen. Forespørgsel kan sendes til DACIP online med svar på 4-7 dage. Hjemmeside: <Https://ab-chip.ord/board> og så vælge DACIP.   
Endnu ingen henvendelser, man kan sende forespørgsel ved gravide med cancer, samt tidligere cancer.

**Nyt fra DSOGs kodeudvalg (Lene Eskildsen og Lone Krebs):**  
NY Fane på DSOGs hjemmeside – Kodning & data – obstetriker koder. Der ligger også en obstetrisk kodevejledning under obstetriske koder som er blevet revideret i 2022.   
Diagnose som er lukket: DO266E og beholdt 266G og nu nyt navn (graviditetskløe med kolestase)  
Fødselsregistret (MFR) og abortregistrer (ABR) har 50-års fødselsdag  
Opdaterede nationale data for 2022 offentliggøres på eSUNDHED i dag – fra 1997 til 2022. Kan søge meget der, ved brug af avanceret søgning.

Blødningsmængde i ml. ifm. fødsel. obligatorisk ift. indberetning, det er blødning indenfor de første 24 timer.   
Implementeret nye grænseværdier for mors højde, hovedomfang osv. for at undgå fejl i data.   
Kodning af perimortem sectio er gennemgået.  
Kodning af misdannelse af både levende og dødfødte. Der har været stor forskel i indberetning, er derfor nu gjort obligatorisk.   
Ny registrering af hjemmebehandling på vej. Fx hjemmeophold ved truende for tidlig fødsel. Endnu ikke fuldt afklaret hvordan flere scenarier skal kodes.

Opmærksomhed på at huske: Hjemmefødsler hermed det intenderede fødested. Anæstesi ved sectio. Blodtransfusion. Behandling med binyrebarkhormon, Magnesium Sulfat og tokolyse. Meldegrad ved akut sectio (den man ender med hvis konvertering inden sectio start).

**Nye DKF-indikatorer (Charlotte Brix Andersson):**

Dansk kvalitetsdatabase for fødsler, årsrapport på vej. Antallet af fødsler er faldet med 5000 fødsler. [www.rkkp.dk](http://www.rkkp.dk)   
Indikator: Blødning > 1500 ml er fortsat stigende   
Indikator: Sphinkterruptur er meget varierende for fødesteder. Været stigende incidens. Her skal vi måske skal sætte fokus igen.   
Indikator: Ukomplicerede førstegangsfødsler. Andelen er faldende.   
Indikator: Intenderet hjemmefødsler. 1/3 overflyttes til hospital   
Nye indikatorer på vej: Mors vægt ved fødsel, behandling med steroid osv. ved præterme fødsler

**Hæmoglobinopatier – Ny guideline**

Tovholder: Charlotte Holm [charlotte.holm.04@regionh.dk](mailto:charlotte.holm.04@regionh.dk)

Hæmoglobinopatier i DK, heraf meget få kvinder i den fertile alder med de svært syge.

Screening ved første kontrol hos e.l. med hæmoglobintype for kvinder med etnicitet udenfor Nordeuropa.   
Konsekvenser for foster/nyfødt: Der er sandsynligvis ikke øget forekomst af lav fødselsvægt eller væksthæmning ved alfa-thalassæmia minor, der er usikkert om der er øget forekomst af lav fødselsvægt ved thalassæmia minor beta. For seglcellebærere ses ingen øget forekomst af lav fødselsvægt. Derfor anbefales ikke rutine screening/skanning for væksthæmning. OBS. hvis de bliver anæmiske, kan skanning være indiceret jf. anæmi guideline.

Der er ingen øget risiko for fosterdød, prætern fødsel eller andre perinatale outcome for hverken alfa, beta eller seglcelle anæmi.   
Maternelle konsekvenser: Primært undersøgt risiko for anæmi eller trombose. Generelt findes lavere hgb hos thalassæmia minor alfa og beta. Usikker om det var transfusionskrævende anæmi. Der er ikke øget risiko for præeklampsi og formentlig ikke øget risiko for blødning.   
Man bør screene for anæmi i 1. og 3. trimester for thalassæmia minor alfa, beta og seglcelle. Seglcellebærere har sandsynligvis en let øget risiko for VTE. Det er usikkert om der er en øget risiko for anæmi hos seglcellebærerer. Der er ikke evidens for at anbefale tromboseprofylakse hos seglcellebærere, men skærpet opmærksomhed ved andre risikofaktorer.

Substitutionsbehandling:

Jern: Risiko hos heterozygote for jernophobning er lille. Det anbefales at give jerntilskud ved ferritin < 30 hos heterozygote bærere. Hvor ferritin bruges som mål for effekt af behandling og ikke kun hgb.   
Folinsyre: Der anbefales 5 mg folinsyre dgl fra før konception og igennem hele graviditeten hos thalassæmi bærere samt segelcellebærere.

Diskussion:   
Substitution ud fra ferritin niveau og generelt enighed om dette. Hvornår skal de screenes, formentlig i 1. og 3. trimester. Opmærksomhed på om de får for meget eller lidt jern justeres ud fra ferritin niveau.   
Udmelding til PLO i forhold til screening for hæmoglobinopatier. Evt. sende besked til e.l. når visitationen modtager mangelfuldt udfyldte papirer. Enighed om at ansvaret bør ligge hos egen læge. I den kommende elektroniske svangrejournal vil dette felt være obligatorisk at udfylde.  
Diskussion omkring folinsyre anbefaling. Enighed om at godkende dosis på 5 mg.

**Gestationel diabetes mellitus (GDM) – screening og diagnose (Revision) samt gestationel diabetes mellitus (GDM) – behandling, obstetrisk kontrol og post partum opfølgning**.

Tovholder: Tine Dalsgaard [tine.dalsgaard.clausen@dadlnet.dk](mailto:tine.dalsgaard.clausen@dadlnet.dk)

Screening og diagnose:

Forekomst steget til 5,9 % i 2021 fra 1,7 i 2004. Forekomst af BMI >30 og GDM følges ad.

Cut-off værdier for faste og 2 timers glukose har stor betydning for antallet af GDM i DK. DK har traditionelt en høj cut-off værdi og dermed lavere incidens.

Håber i dag at kunne få mandat til at gå videre til andre selskaber samt Sundhedsstyrelsen ift. Indførelse af ny screening. Ikke baseret på litteratursøgning men på baggrund af HAPO-studiet fra 2008, anbefalinger fra IADPSG samt WHO og RCTer.

Nyt screeningsprogram og nyt flowchart:   
Hba1c måles før uge 20 i primær sektor hos kvinder med risikofaktorer, hvis > 41-47 da henvisning til OGTT, hvis > 48 da manifest diabetes.   
Måling af faste glukose i uge 24-28 i primærsektor hos alle. Hvis faste glukose ml 4,7-5,2 da henvisning til OGTT. Hvis faste glukose over 5,3 da manifest GDM.   
Postpartum: GDM-patienter skal have taget faste-glukose og HbA1c 3 måneder pp og efter 1 år og herefter hvert 1.-3. år.  
Den nye screening med blodprøve måling for faste glukose vil medføre færre OGTT undersøgelser.

*Diskussion:*

Ændret screening tidligt i graviditeten: hvorfor tager man ikke bare HbA1c i første graviditets blodprøver. Bekymring om at dette vil evt. sygeliggøre nogen. Her bruges de mest prædiktive værdier for GDM, selvfølgelig vil nogen blive tabt, men mange blive fundet. Hermed vil vi finde de sygeste og med nyopdaget manifest DM. Fordelen er at den gravide ikke skal faste og det er blot en blodprøve.

Universel screening 24-28 uger med fasteglukose. Godt for patientens perspektiv. Der er ikke problem ift. analyse af blodprøven, så længe den er på laboratoriet og analyseret indenfor 7 timer.

Der er faglig opbakning til at give gruppen mandat til at gå videre til de andre faglige selskaber samt Sundhedsstyrelsen.

Behandling obstetrisk kontrol og post partum opfølgning:

Nye blodsukker grænser ved GDM-behandling. Behandling mest bestående af diæt og motion. Nuværende grænser i DK høje ift. faste BS i de lande vi samlinger os med. Kvinder med prægestationel DM har andre værdier. I de nye anbefalinger er grænseværdierne før måltid 4-5,5 og efter måltid 4-7. Dette vil medføre flere som skal have insulin.

Nyt skema til kontrol af GDM: Inddelt efter 3 grupper. Gruppe 1 (mild GDM, diæt beh), gruppe 2(diæt beh GDM med skærpet observation), gruppe 3 (insulin beh GDM).

Gruppe 1: UL hver 6. uge fra GA 26. Obstetriker ved diagnose og ved GA 37-38 mhp. fødeplan.   
Gruppe 2: UL hver 4. uge fra GA 26. Obstetriker hver 4. uge, evt. henvisning til endokrinolog. Daglig døgnprofil.  
Gruppe 3: UL hver 2.-4. uge, obstetriker hver 2.-4. uge, henvisning endokrinolog

Igangsættelse anbefalinger uændret ift. eksisterende guideline. Gruppe 1 og 2: PPMed GA 41+0 – i ambulant regi. Gruppe 3 (insulin) ved GA 40+0 under indlæggelse.

Uanset diæt eller insulin er der anden anbefaling ved større fostervægt.

Fødsel: Insulin behandlet GDM patienter skal føde på hospital, under kontinuerlig CTG og ikke planlagt UK. Diæt behandlet GDM patienter skal ligeledes føde på hospital. Fødslen kan foregå i vand og kontinuerlig overvågning ikke nødvendigvis nødvendig. Der frarådes udvidelsesfase i vand pga. risiko for skulderdystoci.

Postpartum: Anbefales tidlig udmalkning. Insulin behandlede med barsel i afd. Diætbehandlede kan evt gå hjem ambulant.

Nye tiltag:

National laboratorieinstruks:   
Anbefaler at 2 timer blodprøve skal være venøs plasma.   
Forud for OGTT. Faste i 8 timer, spise som vanligt dagen før og kvinderne kan tilbydes 0,5 glas vand efter indtag af sukkervand.   
Screening af bariatrisk opererede: GDM-screening foregår som hos ikke-opererede. Tidlig screening før uge 20 ved 3 dages profil og hba1c. Sen screening fra uge (24-28 uger) med 3 dages profil. Diagnosen stilles ved præprandialt blodsukker over eller lige 5,5, eller ved postprandialt blodsukker over eller lige 7 (postprandial måling efter 1½ time)

Information til den gravide skal så opdateres

Sprogbrug i relation til GDM og overvægt mhp. At ensrette og mindre stigmatisering i udarbejdelse.

Diskussion:

Sænkede BS-værdier for behandling: Godkendes

Skema til obstetrisk håndtering: Diskussion omkring skannings hyppighed i gruppe 3. Samt hyppigheden af døgnprofiler i gruppe 2. Angiver at nogle skanninger vil blive skåret fra i gruppe 1. Men gruppen mener at der stadig ikke vil være mange skanninger. De cirka tal skulle hjælpe med elastik ift. uger

Ændret post partum opfølgning: Nu hos e.l. 3 mdr. post partum. Vil dette kunne gøres ved 8 ugers undersøgelsen? Dette er jf. eksisterende viden, ikke optimalt da HbA1c ikke være komme i niveau. Det vil faste BS dog være fint 6-8 uger post partum. Undersøgelse viser at praktiserende læger synes at der allerede er mange ting at tage hånd om til 8 ugers undersøgelsen. Dette skal til høring hos DSAM, som må have det sidste ord ift. Hvad giver bedst mening i praksis, men evidensen taler for tre måneder pp.

Pædiatrisk ekspertise – risiko for skulderdystoci er reel i denne gruppe derfor anbefales at der er børneafdeling der hvor kvinder med GDM skal føde. Der er stemning for at den sætning skal omformuleres til at tilgodese de afdelinger uden pædiatrisk ekspertise.

Bariatriske opererede gravide guideline er der tekst som ikke passer til den nye anbefaling, denne guideline skal så rettes til.

**Lørdag d. 29. april 2023***Referenter: Gitte Hedermann Christensen & Kristiane Roed Jensen*

## Vanskelig forløsning ved sectio (ny 2023)

Tovholdere: Lene Grønbæk lene.groenbeck@regionh.dk & Mona Karlsen

Baggrund: Vanskelig forløsning ved kejsersnit ses i 11-25%. Fire steder i landet er man kun én operatør.

Diskussion:

* Definition: ”når vanlige håndgreb til forløsning af caput i hovedstilling ikke er sufficiente”. (Denne guideline handler ikke om UK, floating head eller tværleje).

Kommentarer:

* + Der er bekymring for om definitionen kunne give anledning til overdiagnosticering af tilstanden.
  + Det foreslås at der kan tilsættes et tidsperspektiv. Særligt ift. hvis der skal laves en diagnosekode.
  + Foreslag til definition: ”Når vanlige håndgreb til fremhjælpning af barnet ikke er sufficiente” (Denne definition godtages).
  + Diskussionen går på hvorvidt floating head og tværleje skal være en del af definitionen.
* Flowchart
  + Tænkt at skulle hænge på fx OP stue/ved vaskene.

Kommentarer:

* + Huskereglen skal rykkes op.
  + Der kommenteres på at der ikke er tale om et egentligt flowchart. Der efterspørges en mere logisk måde at læse skemaet. Gruppen argumenterer med at man ikke kan prioritere en rækkefølge, da det fx kommer an på hvem der står med forløsningen først fx YL. Hensigten er at skabe overblik over handlemuligheder.
  + Foreslag om at fjerne pilene da det blot forvirrer.
  + Mangler ”Kald kollega”, kan sættes i kassen ”skift kirurg”.
  + Mangler ”Kald pædiater”. Foreslag: vanskelig forløsning/kald pæd flyttes ned i midten af flowchartet.
  + Skal muligheden ”Generel anæstesi” flyttes et andet sted hen, da det er sidste udvej?
  + Man skal i formuleringerne have for øje at ikke alle steder har pædiater på fødestedet?

Der er enighed om at flowchartet kan rettes til og accepteres.

* Anæstesiform:
  + Akut sectio i top-up epidural vs. spinal anæstesi
  + Ved håndsoprækning melder mange ind at de har oplevet vanskelig forløsning ved opsprøjtet epidural.
  + Data fra dansk studie fandt signifikant øget risiko for vanskelig forløsning ved opsprøjtet epidural (aOR 1,37).
  + Kvinder med BMI over 40 skal stadig tilbydes forebyggende epidural.
  + Diskuteret med DASAIM forud for præsentationen, man har forsøgt at få dem med på guideline. DASAIM er bekymret for, at obstetrikerne vil kræve en spinal anæstesi, hvilket er anæstesilægens beslutning. Ønske fra flere i salen om at få DASAIM med, hvis man skal lave anbefalinger som overlapper anæstesiens område. Omformulering, rekommendation om oplæg til anæstesien fra obstetrikeren om evt. mulig vanskelig forløsning.
  + Rekommendation:
    - Ved for ventet vanskelig forløsning kan spinal analgesi overvejes i stedet for at sprøjte epidural op. Skal ske i samråd med anæstesi og besluttes før man står på OP stuen.
    - Ved fastkilet caput under sectio i neuroaxial anæstesi bør konvertering til GA i med sevofluran overvejes i samråd med anæstesilæge.

Kommentarer:

* Omformulering: ”Ved fastkilet caput under sectio i neuriaxial anæstesi bør OVERVEJES konvertering til GA i med sevofluran ~~overvejes~~ i samråd med anæstesilæge.”
* Der gøres opmærksom på at man må have DASAIM ind over rekommendationen. Kim Lindelof nævnes som evt. repræsentant.
* Inden man går i gang med at bedøve til sectio, er det vigtigt at man husker samarbejdet med anæstesien og informerer dem, hvis man forventer at der kan være vanskelig forløsning.
* Når vanskelig forløsning indtræder, skal det siges højt på stuen!
* Hvis der skal stå noget i rekommendationer omkring anæstesi i guideline, skal det være gennemlæst og accepteret af DASAIM.
* Fetal pillow
  + Ca. Halvdelen i salen melder ind ved håndoprekning at de anvender fetal pillow.
  + Manglende evidens for brugen deraf – men heller ikke evidens imod brugen. Gruppen har ikke været enige i hvad de skulle rekommendere ift. brugen af fetal pillow. Ønske fra salen om et studie, der undersøger det. Emnet er også berørt i guideline om ”Sectio til terminen – operationsteknik og praktisk håndtering”, skal være samme anbefaling.
  + Studierne som understøtter brugen af fetal pillow er vurderet af dårlig kvalitet. Andre studier finder ikke signifikant effekt på bl.a. tid til forløsning samt forekomst af udrifter.
  + Man ønsker at læne sig op af NICE guideline.
  + Rekommendation: fetal pillow kan overvejes ved øget risiko for fastkilet caput under akut sectio.
  + Pris: 1500 kr. Skal man anbefale brug af et produkt, som der er så dårlig evidens for virker?

Kommentarer:

* Det kommenteres, at ligesom der ikke er god evidens for brugen af fetal pillow, så er der heller ikke evidens for at det ikke virker.
* Nogle kommenterer at de oplever god effekt af det efter frustran cup.
* Det kommenteres at det er vigtig at få afklaret effekt af fetal pillow, da den er dyr.
* Foreslag til formulering: ”Evidensen for brug af fetal pillow er usikker”. Evidensgrad D.
* Ved rundspørgen i salen lader det ikke til at folk har oplevet negativ effekt ved brugen af fetal pillow.
* Foreslag: ”arbejdsgruppen kan ikke give rekommendationer for eller imod brugen af fetal pillow da der ikke foreligger evidens på området”.

De nye formuleringer accepteres.

* Håndgreb instrumental forløsning
  + Ved håndsoprækning ses at nogle bruger skub nedefra som første håndgreb, men flest bruger fremtrækning på fod. Man skal anvende det håndgreb man føler sig tryk ved, men det ser ud til at der er mindre risiko for mor/barn og hurtigere forløsningstid ved fremtrækning på fod.
  + Ikke mange har brugt Patwardhans teknik. Man kan bruge den, hvis man er tryg ved metoden.
  + Instrumentel forløsning: Der er risiko for intrakranielle blødninger samt subgalealt hæmatom. Man ønsker dog ikke at udelukke denne metode og instrumental forløsning kan således anvendes.
* Tjekliste: Tænkt som en hjælp for registrering på OP stuen. Skal der være en kode for vanskelig forløsning?
  + Undervisningen kan anvendes og gennemgås i forbindelse med elektive sectio, hvor man også gennemgår tjeklisten/flowchartet med den uddannelsessøgende læge.
  + Vigtigt at håndgrebet til at skubbe caput op er tydeligt defineret og beskrevet i guideline.
  + Det diskuteres om skemaet er anvendeligt. Nogle mener det er for omfattende til brug som akutskema. Gruppen kommenterer at det er tænk til at overskueliggøre den efterfølgende registrering.
  + Andre kan godt lide skemaet og ønsker at bibeholde muligheden for at anvende det.
* Simulationstræning
  + Sparsom evidens specifikt for vanskelig forløsning.
  + Øger klinikers selvsikkerhed
  + Kortere tid til forløsning af caput.
  + Bør man ikke også træne dette på fx U-kursus, hvor man fx træner skulderdystoci.

## Progesteron (revision)

Tovholdere: Jeannet Lauenborg jeannet@lauenb.org & Caroline Madsen

**Diskussion:**

Singleton:

PICO1

* Diskussion omkring formulering da inkluderede studier baserer sig på at præterm fødsel er før uge 37. Den kliniske rekommandation anbefaler progesteron for af reducere risikoen for præterm fødsel for uge 33-35.
* Spørgsmål fra salen vedr. PICO1:Obstetrisk anamnese om præterm fødsel og om dette skal defineres som før GA 34+0 eller 37+0 ift. om der er indikation for profylaktisk progesteron. De inkluderede studier baserer sig på risikoen for præterm fødsel før uge 37.
* Enighed om at dette skal omformuleres, så det kun er kvinder, der tidligere har født før GA 34+0. Gruppen kigger på evidensen og vender tilbage til styregruppen.
* Der foreslås pragmatisk tilgang, således at der tilføjes disclaimer, hvor man skriver at man som selskab har besluttet i DSOG regi at dette gælder for tidligere præterm fødsel før uge 34. Der bliver sagt flere forskellige ting i salen.

PICO 2 progesteron til singleton gravide med kort cervix

Rekommendation: Profylatisk behandling med progesteron for uge 24.

* Blev ikke yderligere diskuteret.

Gemelli:

PICO 3: progesteron til gemelligravide uden risikofatorer.

* + - PICO 3: spørgsmål af brug om der skal bruges ”bør”/”kan”. ”Bør” accepteres.
    - PICO 3 accepteret formulering: ”Progesteron profylatisk til gemelligravide uden andre risikofaktorer skal ikke anvendes”.

PICO 4 progeteronbehandling til gemelligravide med tidligere præterm fødsel eller spontan senabort.

* + Profylaktisk progesteron til gemelli-gravide med tidl. præterm fødsel, manglende evidens – skal vi ekstrapolere fra singletongraviditeter?
    - Ikke enighed i salen om, hvor vidt man kan anbefale noget som der ikke er evidens for. Men det pointeres at det ville være mærkeligt at udelade progesteron ved patienter som tidligere har haft cervixinsifficiens eller mistanke herom. Særligt med tanke på at der ikke er vist negative langtidseffekter.
    - Salen accepterer den formulering som er præsenteret i kliniske rekommandationer (revideret udgave fra workshop).
    - Gruppen kan formulere resume af evidens sådan som de oprindeligt havde tænkt. ”Der er MANGLENDE evidens…”

PICO 5 Progesteron mod præterm fødsel hos gemelligravide med kort cervix

* + Grænsen for afkortet cervix hos gemelli under 25 mm eller under 30 mm.
    - Under 25mm accepteres som grænse, da det er det der er evidens for.
  + Sprogbrug i evidensgradering PICO 4,5, langtidseffekter
    - I PICO 5 foresalg: ”vaginal progesteron til (…) reducerer sandsynligvis risikoen for præterm fødsel”.
    - Der gøres opmærksom på at man også kan bruge ordet ”usikker” i formuleringen?

Rektal progesteron:

* + Fra salen fortælles om to tilfælde af corioamnionit med e-coli efter rektal administrering af progesteron, hvorfor der argumenteres for decideret at advare mod brugen ad rektal administrering.
  + Rektal progesteron i tilfælde af mange bivirkninger hos den gravide. Gruppen har forhørt sig hos klinisk farmakolog, ingen studier på gravide.
  + Der er ikke evidens for at der børn anvendes anden administrationsvej end vaginalt. Heller ikke ved mange gener ved vaginal progesteron.
  + I overskriften specificere at der er tale om PROFYLAKTISK progesteron.
  + I.m. administration er i en proces for, om det skal trækkes tilbage til brug ved gravide.

Dosis 100 og 200 mg

* + Der er ikke lavet systematisk søgning specifikt på doseringen af progesteron, men der er læst studier som ikke finder nævneværdig forskel mellem 90-100mg og 200mg. Da der ikke er lavet systematisk søgning på området skal der ikke være rekommandationer i guideline vedr. dette.

**Evaluering**

Fremtiden. Evt. ny mødestruktur fra 2025 med debatforum mm. Vælg klogt.