

Referat, Sandbjerg 2011.

Vi startede med en sang: Hist hvor vejen slår en bugt.

Hanne W kom med praktiske oplysninger.

Vi blev præsenteret for nye Sandbjerg-deltagere og blev introduceret stangen, der vibrerer, når man rører ved den!

Hernæst fik vi referat fra Føto-Sandbjerg ved Eva Hoseth.

1.møde efter dannelse af Dansk Føtalmedicinsk Selskab, der består af folk bred profil af forskellige faggrupper.

Astraia udvalg: Ny udgave, leverer data til føtodatabasen: Unikke muligheder. 145.000 patienter i i databasen.

Nye kurser planlagt til 2011; 1: data-udtræk, : Peripartum ultralyd, 3: 20 uger scanning.

Nomenklatur udvelget, der er lavet kodemanual. Nye DRG-takster, Gemelli som diagnosekode ændrer DRG-taksten. Nye samme dags pakker.

Arbejdsforhold: Tryk og god atmosfære når misdannelser ikke er opdaget ("ikke overset").
Nakkefoldsgruppen: Mulighed for doubletest for dichoriske gemelli.

Bløde markører for Down syndrom. Ingen eller 1 markører i første trimester: Ingen retest.
2 eller flere markører: Tilbud om amniocentese.

2012: Føto Sandbjerg: flytter med.

1: guideline: Intrapartum Ultralyd:

Nini: Godt eller skidt? Skal vi have endnu apparat?
Eller er der vores mulighed for igen at komme ind på fødestuerne?

Puk: Caputs rotation: Vanskelig at vurdere, mere sikker ved større dilatation., 30% korrekt i starten af fødslen, 70% i slutningen. Måske en fordel ved instrumentel forløsning, valg af forløsningsmetode.

82 undersøgelser før man kan eksplorere
32 undersøgelser før man kan scannne.

Standen: På samme måde stor usikkerhed ved eksplorationen: Står caput over eller under spinae.
Translabiale scanning.

Tre målinger:

1: Head direction

2: Angle of progression

3: Progression distance

Stor sikkerhed, men kun på billeder, der er taget!!
Metoderne er under udvikling. Mere præcis placering af cuppen ved UL.

Doppler under fødslen: Arteria Umbilicalis: Næppe anvendeligt.

Vena umbilicalis: Muligvis medindrage oplysninger ved patologisk hvis der ikke er pulsålt flow i umbilicalis?

Cerebri media: Kortvarige forandringer.
Ductus venosus: endnu ikke klart brug på fødestuen.
Uterina: Teknisk vanskelig!

Blødning under fødslen:
Vasa prævia: 60% dødelighed udiagnosticeret.
Abruptio: 1% af fødsler, dødelighed 10-30%. Lav sensibilitet, høj specificitet.

Uterus ruptur: nedre segment mindre end 3 mm øget risiko for ruptur.
Evidensen er således stadig mangelfuld, men der er stort potentiale.

2: guideline: Visitation af gravide med hjertesygdom:

1: Medfødte hjertesygge bør henvises før graviditet, til Skejby eller RH
2: Erhvervet hjertesygdom: Henvises til Skejby, Ålborg, Odense, RH.

Vigtig gruppe af gravide: Hyppig årsag til død under graviditet: 7 ud af 36 døde i 2002-6.
MTV fra Rigshospitalet: Gevinst ved et integreret tilbud.

Tidsgrænser:
Uerkendt hjertesygdom, f.eks. iskæmisk hjertesygdom: bør ses akut.
Peripartum kardiomyopati og lungeemboli: bør ses indenfor første døgn.
Arrytmier: indlægges eller ambulat afhængighed af sværhed.

Mulighed for "Ring til en ven": RH og/eller SKS.
Diskussion: Skal alle henvises, selv folk, der er opererede og nu raske? Nej.

3: guideline: Dystoci:

Nini indledte om gruppens arbejde med flere forklaringer på det sene tidspunkt for guidelinens udgivelse: vejret med videre.

Stigende anvendelse af stimulation.
Disponerende faktorer: Alder, paritet og BMI disponerer.
Aktiv fødsel ved mindst 4 cm, dystoci kan ikke stilles før 4 cm.

Udvidelse:

Nullipara: Mindre end ½ cm per time over 4 timer.

Multipara: Mindre end 1 cm per time over 4 timer.

Nedtrængning: Manglende nedtrængning, når der ikke er progression over 1 time (2 timer ved epidural)

Pressefasen: Der bør være fremgang hele tiden, dystoci ved pressefasen over 1 time.

Partogrammer:

Ikke evidens for rutinemæssig anvendelse.

Amniotomi alene kan ikke anvendes som behandling af dystoci, men sammen med syntocinon kan det! (hurtigere fødsel).

Dosis?? Oxytocin: "High Alert Medication".

Skal vi have en guideline? Ikke bare spørgsmål om brug af dystoci.

Skal der være en grænse på 4 cm for hvornår der er dystoci?

Hvordan er sammenhængen mellem langvarigt fødselsforløb og sectio på mors ønske blandt andengangs fødende.

Kvindernes ønske skal der lyttes til.

Der er brug for guidelinen, men det skal hedde "dokument" og ikke en guideline, godt til inspiration i store enheder.

Opsamling på tidligere guidelines: Ultrakort..

4. guideline: Sphincter rupturer:

Hanne Brix.

Fokus på oplæring og træning. Rectal eksploration er vigtig:

Endoanal UL er ikke nødvendig i den akutte diagnostik!

Primær suturering:

Ingen evidens for at der er forskel i valg af teknik (end to end eller overlap).

Sy med en monofil eller en polyfil, ingen forskel. Sy rectovaginal fascien.

Sy i rectum med samme materiale.

Ikke sy i huden.

Antibiotika: Ikke evidens endnu, om end man måske kunne nedsætte til 1/3!

Skal der følges op på ruptur patienterne? Ja, det er ellers kun ½ der følger op.

Kvinderne bør tilbydes genoptræning ved fysioterapeut.

Tidlig sekundær rekonstruktion kan overvejes indenfor 3 uger.

Håndtering ved næste fødsel: Hvis ingen sequelae efter første fødsel: kan overveje at føde igen.

Gentagelsesrisiko: 4-7%, højere ved grad IV, afhængig af instrumentel forløsning og store børn.

God guideline

Antibiotika: Ja, i alt fald til grad IV. Fysioterapi: Bør tilbydes. Guidelinen blev vedtaget med tilvalg af antibiotika.

Hvor skal vi være fremover?

Sandbjerg koncept styret af lysten til samarbejde. 2011: 179 ønskede en plads, 135 har fået plads. Måske 200 potentielle deltagere. Efter justering for afbud med videre var der nok 20, der ikke fik plads.

En række fordele og en række ulemper, huset kontra mennesker...
Vi venter spændt på hvor vi skal være i 2012...

Torsdagens foredrag:

Åsa Kadowaki: Er vi blevet tryghedsnarkomaner? Læger med grænser!!

Psykiater, KBT: kognitiv betende Terapi: adfærdsterapi.

Det er ingen kunst at være modig når man ikke er bange!

Dødemands reglen: En død man gør det bedre!!!

Hvorfor havner vi i flugt, kamp, undvigelser i stedet for at arbejde i en værdifuld retning.

Huminært kejsersnit!! Curling sundhedssystem. Empowerment

5: guideline: UK:

Ida: fortalte om Term Breech Trial.

Julie: Under 5% vaginale fødsler, 23000 fødsler over ca. 12 år,.

Stigende sectio efter Term Breech Trial. Mortalitet faldende, bedre APGAR

Mette: præterm UK. Højere risiko ved vaginal fødsel.

Lone: Nedsætter risiko ved sectio;

Ved 1000 fødsler: Hvis vaginal fødsel: 1-2 vil miste barnet. 20 vil opleve asfyksi.

For vaginal fødsel kan tale: oplevelsen og efterfølgende risiko.

Hanne W: argumenterede for at fostre i UK fødes vaginalt med mindre der er indikation for sectio.

Ole: Antallet af fødsler i UK: maksimalt omkring 15 fødsler per afdeling.

6% vaginale blandt førstegangsfødende, 11% blandt flergangsfødende.

Ole: 14 UK fødsler på et år i Svendborg, 13 født vaginalt,

Jette Led: Undersøgelse blandt os selv: Flertallet var åbne overfor at føde UK vaginalt.

Selvurderet høje færdigheder er vigtige i relation til godt udkomme.

17 ud af 28 afdelinger laver fantom-træning af UK. Kursisters fortrolighed med UK er langt ringere end tidligere.

For få vaginale fødsler til at fortrolighed kan opretholdes, kursisterne skal forventningsjusteres!!
Scenariebaseret træning.

Diskussion: Forløsning af præmature!!

6: guideline: Nyresygdomme:

Jacob: nyrefysiologi.

Marie: Graduering af nyresygdom.

Milde, moderat: 0.1 til 0.2 %.

Disponerer til præterm fødsel, præeclampsi, IUGR, polyhydramnios og intrauterin fosterdød.

Transplanterede: Høj risiko, specialafdeling. Vaginal fødsel er ikke et problem!

Tine: Behandling af urinvejsinfektioner: ampicillin resistens.

Første valg: Mecillinam eller Nitrofurantoin.

Screening i 1. trimester samt i uge 25.

Opfølgning postpartum: hvis flere øvre urinvejsinfektioner.

Sex, tranebær, uldent undertøj.

Billeddiagnostik: MR-kontrast kun på vital indikation.

CT-kontrast: strålerne er farlige, ikke kontrasten. IV-urografi er obsolet.

Frank: Urologien. Progesteron nedsætter peristaltikken i Ureter, disse dilateres.

Hydronefrose ses hyppigst på højre side og blandt førstegangsfødende.

Aflastning: Morfika i mere end 2 døgn. Urosepsis.

Metode: Nefrostomi før uge 22, derefter JJ. Infektion: nefrostomi.

JJ kateter fjernes 2 uger post partum. Stensygdom: sjældent. Graviditet ikke disponerende. 80 % passerer spontant.

Valg af antibiotika: sulfa. Behandlingsmål for blodtryk ved nyresygdom. Guidelinen godkendes, ja.
Hot topics:

Per Ovesen: Gestationel diabetes.

Glidende overgang afhængig af blodsukkeret (faste eller belastning), større risiko for en række komplikationer, lineært uden tærskel. Hvor skal vi så sætte stregen? Behandling virker, 2 RCT

Faste, 1 og 2 timers værdi. 5.1, 10.0, 8.5.

STAN: Isis og Per. Studiet: 1997-2000. Sendes ind som en per protocol analyse, men accepteres som en intention to treat analyse. 12 tilfælde med metabolisk acidose efter STAN.

Ulf Hanson: 14 tilfælde, kontakt til Lunds Universitet.

Terramo: 8 tilfælde til universitetet.

Magnesium Guidelinen.

DAGS og DRG: Jens. Mere nuanceret end tidligere.
Jordemoderbesøgene takstbelagt.
Margrethe og Merete om de nye familieambulatorier:
Finansieret de tre første år, efter model fra Hvidovre.
Det nye: Børnene følges op til skolealderen. Alkohol, rusmidler eller afhængigheds skabene
medicin. Tidlig opsporing og indsats.

Katrine Birch: NOSS projektet.
Sjældne obstetriske komplikationer. Danmark har NOSS-potentiale.
Fejl-diagnoser med hensyn til rupturer og accreta.

6: guideline:Epidural til fødende: fælles udvalg mellem Dansk Anæstesiologisk Selskab og DSOG.
26% af fødsler i 2009. Fødespinal, epidural.
Informeret samtykke, gerne allerede under graviditeten:
Flere indgreb, feber under fødslen, forlænge varighed. Øger ikke risiko for sectio.
Monitorering: i.v. adgang, loading ikke nødvendig. Blodtryk kontrol.
Opfordre til blæretømning. Normalt: krav til 100 trc eller derover.
Durapunktur, må patienten presse? Jo, men med øget risiko for hovedpine.
CTG-overvågning under epidural analgesi? Det gøres nok de fleste steder, i alt fald ved bolus.

7: guideline:De overvægtige gravide: Christina Vinter: BMI blandt fødende: overvægt > 25, fedme
> 30, grad 1,2 og 3.
Overvægt: > 30: 3% i 1986 til 11% nu.
33% er overvægtige. Alle komplikationer er hyppigere ved fedme.
Anbefalet stigning i graviditeten mindre for overvægtige.
Gravide over 35 bør henvises og behandles med specielle tilbud under graviditeten.
Håndtering af fødslen: Huske at overveje forløsning ved sectio ved EFW > 4800.
Overveje at lave sectio ved BMI over 40, men ingen firkantede grænser.

Alle overvægtige bør have LMWH i relation til sectio, incl antibiotika.
Søren Lund. Skal der gøres vægtjustering af dosis af antibiotika.
BMI over 30 bør man nok give 3 gram.

Janne Berlac: Bariatrisk opererede.
Hastigt stigende. Kun en afdeling har en instruks, der er brug for en guideline.
Lise Lotte: BMI over 50 eller BMI over 35 og relaterede sygdomme, over 25 år.
By pass virker bedst, men også flest bivirkninger. Effekt på graviditet?

Bør ses af team med bl.a. kirurg. Skal ikke have lavet OGTT.
Spørgsmål: Centralisering: ja/nej.
Emnet kommer vist på igen næste år.

8: guideline:Graviditas prolongata.
Alle tilrådes igangsættelse efter 42+0.
Særlige grupper efter 41+0.

6% er grav prolong, er forbundet med flere problemer for både mor og barn.
Ikke stor forskel i udkommet, måske igangsætte 500-1000 for at redde et barn.
Måske fokusere på > 40 år, BMI > 35, IVF-graviditet.
Førstegangsfødende (næppe)
Point-system?

41+0:40 år og BMI over 35.
Tidligere sectio: måske overveje sectio ved uge 42 hvis mindre end 18 måneder.

Anja: Måske effekt af overvågning fra uge 41.
Kvinderne ønsker igangsættelse efter 41+0.
Måske vælge at sætte i gang efter 41+4 eller 41+6.

Fredag aften: Fest; referenten ikke i stand til at give et overblik her!

8: guideline:
Tocolyse: Jens Svarre
Atosiban som første valg
Andet valg: Ca++ blokkere NSAID
Betablokkere

Sekvensbehandling: flere stoffer efter hinanden
Kombinationsbehandling: Flere stoffer samtidig.

Ved manglende effekt:
evt. skifte efter 28 uger
Evt. tillæg af et andet stof.

Anders: Vedligeholdelse efter 48 timer: Kan ikke anbefales udover 28 uger, atosiban eller Ca++ blokkere. Eller er det recidiv behandling.

Tocolyse ved ekstern vending: Betamimetika:

Nyt udtryk: Hyperakut tocolyse, måske vælge betamimatika frem for NO. Bør nok gives langsomt.

Ikke mange protester, var det mon fordi guidelinen blev fremlagt lørdag morgen??

9: guideline: D-vitamin:
Tine Schnack.
Et udbredt problem blandt gravide og ammende, der kan have konsekvenser for barnet senere.
Vi får for lidt i DK, dels på grund af manglende lys, dels på grund af manglende indhold i kosten.
Et vigtigt vitamin i bl.a. forebyggelse af cancer.
3. trimester: Deponering af 30 gram calcium i fosterets knogler, moderens ca-optag øges, der sker ikke afkalkning af moders knogler.
100 my-mol til moderen er tilstrækkeligt.
Manglende D.-vitamin medfører måske knogletab, myopati, sectio (mor). Hos barnet: SGA, astma, diabetes I.

Serum-niveau:

< 12.5 nmol/l

Svær

> 75 nmol/l

Normal.

Hvem skal screenes med blodprøve:

Kvinder med mangelsymptomer

Tilslørede.

Kvinder med øget pigmentering.

Kvinder med BMI over 35 og manglende eksponering.

Anbefaling:

10 mikrogram uden risikofaktorer.

25 mikrogram til gravide med risikofaktorer, er måske for lidt.

Forslag (der dog konflikter med SST).

25 mikrogram til alle + calcium

50 mikrogram til patienter med risikofaktorer. + calcium

Behandling ved lavt D-vitamin:

75 nmol per L er behandlingsmål. Hvis patienten f.eks. har en værdi på 25 nmol skal der gives (75-25) = 50 mikrogram tablet.

Ved manifest mangel: 100 mikrogram som tablet, alternativt dråber.

Udvalgte grupper skal også henvises til endokrinolog.

Sikkerhed: stor . Guidelinen blev godkendt!

Anne Wikkelsø: Fibrinogen og post partum blødning.

Lone Hvidman: Sectio database.

Charlotte Andersson og Sten Rasmussen: NIP.

Lene Huusom: Magnesium.