



UPPSALA
UNIVERSITET

Extrem prematuritet



AKADEMISKA
SJUKHUSET

Obstetrisk handläggning

- en balansgång mellan fetal indikation och maternell risk

SFOG Örebro 2016

Maria Jonsson Docent Förlossningsöverläkare

Akademiska sjukhuset Uppsala



UPPSALA
UNIVERSITET



AKADEMISKA
SJUKHUSET

Handläggning av hotande förtidsbörd och nyfödda barn vid gränsen för viabilitet

- Nationella riktlinjer (mars 2016), utarbetade av en arbetsgrupp utsedd av Svenska Neonatalföreningen och Perinatal-ARG inom SFOG



Obstetrisk handläggning



Hotande förtidsbörd vid gränsen för viabilitet

- Vårdnivå
- Steroider
- Förlossningsätt



Vid hotande förtidsbörd:

- Rekommenderas transport av den gravida kvinnan så hon befinner sig vid **högspecialiserat centrum från vecka 22+0**
- Hur gör vi med kvinnor i v 21+5, 21+6
 - ultraljudsdateringen +/- 1 vecka! Kan vara 1 vecka längre eller kortare!
- Brist på vårdplatser och personal



Vid hotande förtidsbörd:

- Föreslås att antenatal **steroidbehandling** övervägs från vecka 22+0 och rekommenderas att behandlingen ges senast från vecka 23+0
- Evidens?



Randomiserade studier < 24 v saknas

Metaanalys, 17 studier 1991-2010, 3 626 födslar

- Steroider jmf med inga **reducerade mortaliteten med 52 %**
Justerad OR 0.48, 95% KI 0.38–0.61
- Inga skillnader RDS, IVH (gradII-III), NEC, neurol sequele vid 18-22 månader.
- Subgruppsanalys för 22 veckor visade 34% riskreduktion för mortalitet men ingen sign skillnad: OR 0.66, 95% KI 0.40–1.07

Park et al, Obstet Gyn 2016, system review & metaanalys



Vid hotande förtidsbörd:

- Föreslås att kejsarsnitt på fetal indikation övervägs från vecka 23+0 och att kejsarsnitt på fetal indikation utförs från vecka 24+0

Balanseras mot risker med kejsarsnitt för kvinnan

Större risk ?



Maternella komplikationer vid kejsarsnitt



Kejsarsnitt jämfört med vaginal förlossning (<34v) var associerat med högre frekvens av allvarliga komplikationer (blödning >1500 ml, blodtransfusion, hysterektomi, infektion, IVA-vård, död)

- Framförallt gestationsveckorna v 23-27
RR 2,86 (95% KI 2,86-6,05)
- Ingen skillnad mellan klassiskt snitt och låg tvär eller låg vertikal incision



Maternella komplikationer vid kejsarsnitt v 22-27



Material från Uppsala och Umeå 2001-2012

Gestationslängd 22-27 veckor, *n* 647

406 (63%) kejsarsnitt

- 22-24v (n 105)
- 25-27v (n 301)

Ingen skillnad avseende komplikationer (blödning, blodtransfusion, hematom, reoperation, infektion, komposit av allvarlig komplikation)

Fler corpussnitt 22-24 veckor



Maternella komplikationer vid kejsarsnitt v 22-27



	Maternell indikation n=145 (%)	Fetal indikation n=261 (%)	P value
Blodtransfusion	20 (13.8)	16 (6.1)	< 0.01
Hematom	11 (7.6)	8 (3.1)	0.04
Infektion	28 (19.3)	47 (18.0)	0.75
Reoperation	6 (4,1)	3 (1,1)	0,05
Allvarlig komplikation*	14 (9.9)	12 (4.7)	0.05

*blödning ≥ 2000 ml, sepsis, djupt hematom, reop, tromboembolism



UPPSALA
UNIVERSITET

Maternella komplikationer vid kejsarsnitt v 22-27



AKADEMISKA
SJUKHUSET

Den ökad risken för komplikationer var kopplad till den **maternella indikationen** för kejsarsnittsförlossning och inte till gestationslängden

I samma studie ökad risk för komplikationer jämfört med en referensgrupp av elektivt snittade kvinnor i fullgången tid



Maternella komplikationer



Ökad risk för komplikationer vid **kejsarsnitt** < 28 v

- jämfört med vaginal förlossning < 28 v
- jämfört med kejsarsnitt i fullgången tid
- om indikationen är maternell jämfört med fetal < 28 v

Ghi JMNFM 2010, Reddy AJOG 2015, Hesselman 2016 revision aug 2016- Journal of Perinatal Medicine



UPPSALA
UNIVERSITET

Långtidseffekter för kvinnan efter prematurt kejsarsnitt



AKADEMISKA
SJUKHUSET

Vaginal förlossning i efterföljande graviditet jämfört med snitt v 34/37:

- Ej ökad risk för komplikationer som infektion, blödning, hysterektomi, död el komposit av variabler
- Prematurt snitt ökar risken för uterusruptur jämfört med snitt i fullgången tid
- Fertilitet? Adherenser?

Chauhan Obstet Gyn 2002; Sciscicone Obstet Gyn 2008; Lannon Obstet Gyn 2015



UPPSALA
UNIVERSITET

Extrem prematuritet



AKADEMISKA
SJUKHUSET

obstetrisk handläggning

-balansgång mellan fetal indikation och maternell risk

Få födselar vid gränsen för viabilitet men stora utmaningar

Dialog mellan obstetriker och neonatolog

Individualiserad handlägningsplan

i samråd med blivande föräldrar

Forskning, kvalitetsregister