

Handläggning av hotande förtidsbörd och nyfödda barn vid gränsen för viabilitet

Nationella riktlinjer, utarbetade av en arbetsgrupp "konsensusgruppen" utsedd av Svenska Neonatalföreningen och SFOG:s Perinatal-ARG.

Magnus Domellöf, Marie Blomberg, Eva Engström, Aijaz Farooqi, Ola Hafström, Andreas Herbst, Stellan Håkansson, Assar Isberg, Annika Jeppsson, Baldvin Jonsson, Maria Jonsson, Fredrik Lundberg, Erik Normann, Sissel Saltvedt, Katarina Strand Brodd och Karin Pettersson.



Jävsdeklaration

- ▶ Inget jäv att deklarerera
- 



Bakgrund

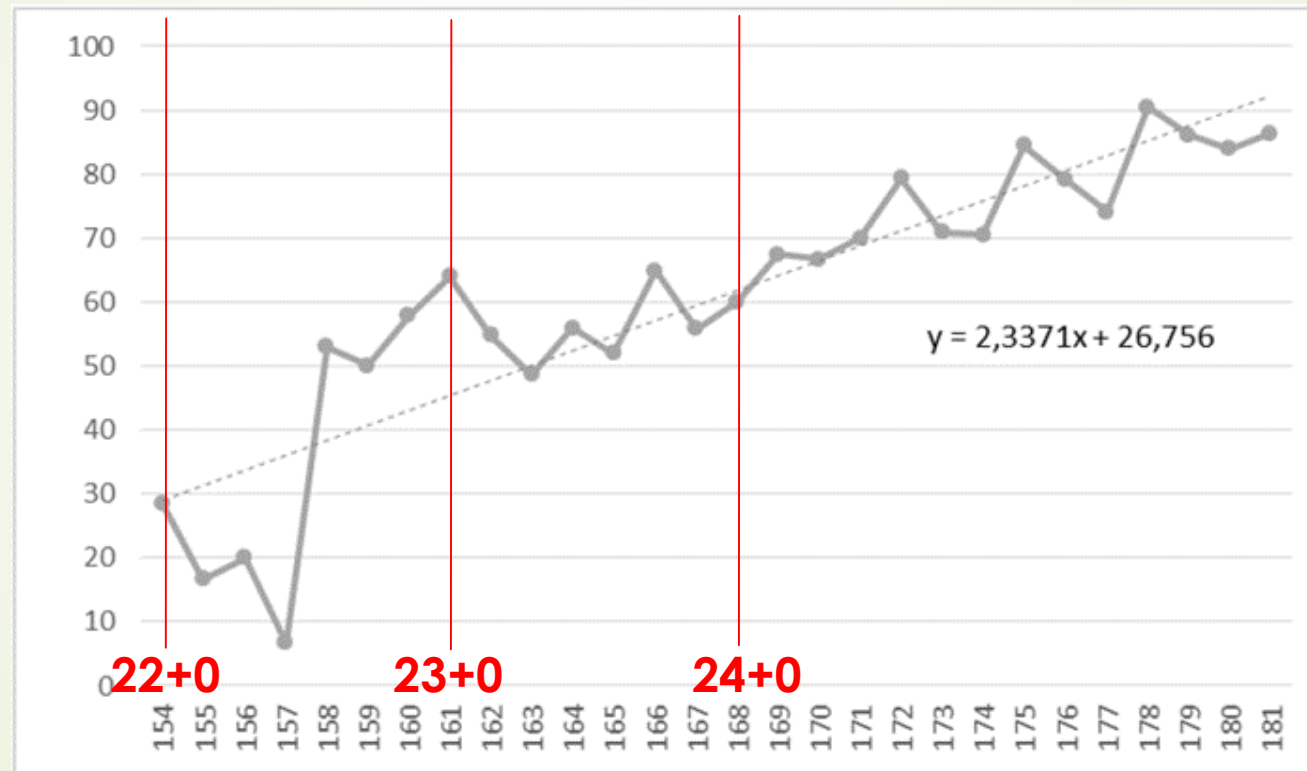
- Gränsen för viabilitet har sjunkit från 24-25 veckor på 1980-talet till cirka 22-23 veckor idag.
- Liten patientgrupp: 30-40 barn per år föds i vecka 22-23
- Stora utmaningar
- Konsensus har saknats, ojämlikhet i vården
- Konsensus april 2016 (Örebro..!)

Överlevnad 2007-2015

	Antal barn	Överlevande	%
21 v	6	1	17%
22 v	82	34	41%
23 v	262	150	57%
24 v	343	239	70%
25 v	454	380	84%
Totalt	1147	804	70%

➤ Data från SNQ. "Delivery room deaths" inte inräknade

Överlevnad vecka 22-25



► Data från SNQ, 2007-2015



Kan vi påverka överlevnaden?

- ▶ Aktivitetsnivån i den obstetriska och neonatala handläggningen påverkar överlevnad (EXPRESS-studien)
- ▶ Stöds av data från SNQ och MFR 2007-2014

Vilken är prognosen för barnen som föds i vecka 22-23?


- Ökad risk för måttlig/svår funktionsnedsättning med minskande gestationsålder i intervallet 22-25 v
- Vid 6-års uppföljningen av EXPRESS:
 - 23-veckorsbarnen
 - 22% ingen funktionsnedsättning
 - 22% lindrig (IQ -1 till -2 SD eller CP GMF 1 eller lindrig synnedsättning)
 - 35% måttlig
 - 22% allvarlig
 - 22-veckorsbarnen
 - 2/5 lindrig, 2/5 måttlig, 1/5 allvarlig



Vilken är prognosen för barnen som föds i vecka 22-23?

- Enligt SNQ (2011-2015), andel barn helt utan svår morbiditet* vid utskrivningen
 - 45% hos 23 v barnen
 - 53% hos 22 v barnen

*ROP \geq 3, IVH \geq 3 eller cystisk PVL



Orsakar mer aktiv handläggning en ökad andel handikappade barn?

- Mer aktiv obstetrisk och neonatal handläggning (1985-1999) ger ingen ökad risk för svår morbiditet under första levnadsåret
- Stöds av data från SNQ 2007-2015

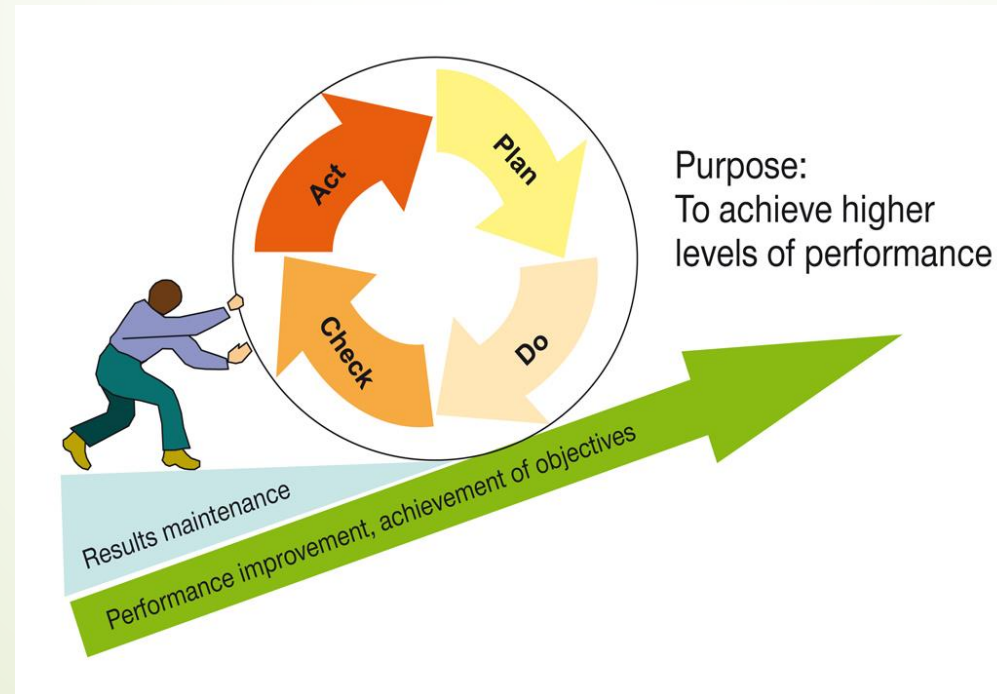
Sammanfattning av rekommendationerna

	21+0 - 21+6	22+0 - 22+6	23+0 - 23+6	24+0 - 24+6
Transport till högspecialiserat centrum	Nej	Ja	Ja	Ja
Antenatal steroidbehandling	Nej	Överväg	Ja	Ja
Kejsarsnitt på fetal indikation	Nej	Nej	Överväg	Ja
Neonatolog närvarande vid förlossning	Nej	Ja	Ja	Ja
Initiering av neonatal HLR	Nej	Överväg	Ja	Ja

- Ja = Rekommenderas
- Nej = Rekommenderas ej
- Begreppet "livstecken" är dåligt definierat och används inte i konsensusdokumentet

Varför bra med konsensus?

- Jämlik vård
- Fokus på att förbättra outcomes för våra nya överlevare



Abort vs. Överlevnad

- Abort får ej utföras "om det finns anledning antaga att fostret är livsdugligt"
- Överlappning underminerar trovärdigheten både för abortverksamhet och för neonatal intensivvård
- Överlevnad för barn födda i vecka 22:
 - 10% i EXPRESS-studien (2004-2007)
 - 41% enligt SNQ (2007-2015)
- Konsensusdokumentet rekommenderar att överväga HLR till barn som föds från 22+0
- Dödfödd från 22+0 räknas som barn

Abortlagen SFS 1974: 595

Folkbokföringslagen SFS 2008: 207, §24

Tack till alla kloka medarbetare!



Karin Petterson



Marie Blomberg



Eva Engström



Aijaz Farooqi



Ola Hafström



Andreas Herbst



Stellan Håkansson



Assar Isberg



Annika Jeppsson



Baldvin Jonsson



Maria Jonsson



Fredrik Lundberg



Erik Normann



Sissel Saltvedt



Katarina Strand Brodd