

## **28. VISITATION AF GRAVIDE OG FØDENDE - OG SENERE OPFØLGNING .....5**

### **28.1 PRÆGRAVIDE RISIKOFAKTORER .....5**

#### **28.1.1 Tidligere obstetriske komplikationer ..... 5**

28.1.1.1 Tidligere peri-/ neonatalt dødsfald .....	5
28.1.1.2 Tidligere misdannet barn.....	6
28.1.1.3 Tidligere abnorme fostertilstande .....	7
28.1.1.4 Tidligere svær præeklamsi/ svær hypertension .....	7
28.1.1.5 Tidligere intrauterin væksthæmning (IUGR) .....	8
28.1.1.6 Tidligere præterm fødsel .....	9
28.1.1.7 Tidligere kompliceret fødsel .....	9
28.1.1.8 Tidligere traumatisk fødselsoplevelse .....	10
28.1.1.9 Tidligere sphincterruptur.....	11
28.1.1.10 Tidligere abruptio placentae.....	11
28.1.1.11 Tidligere fødsel med svær post partum blødning .....	12
28.1.1.12 Tidligere sectio.....	12
28.1.1.13 Tidligere fødsel af stort barn .....	13
28.1.1.14 Tidligere gestationel diabetes mellitus .....	13

#### **28.1.2 Gynækologiske lidelser ..... 15**

28.1.2.1 Abortus habitualis (AH).....	15
28.1.2.2 Tidligere ekstrauterin graviditet .....	15
28.1.2.3 Omskæring (Følger efter omskæring).....	16
28.1.2.4 Kondylomer .....	17
28.1.2.5 Spiral in situ .....	17
28.1.2.6 Uterusabnormiteter/ genitale abnormiteter.....	17
28.1.2.7 Fibromer.....	18
28.1.2.8 Opereret på uterus, tidligere .....	18

#### **28.1.3 Ældre førstegangsfødende > 38 år..... 20**

#### **28.1.4 Mangegangsfødende > 4 ..... 20**

#### **28.1.5 Statura parva < 150 cm. .... 21**

#### **28.1.6 Medicinske sygdomme..... 22**

28.1.6.1 Hæmatologiske sygdomme .....	22
28.1.6.1.1 Hæmoglobinopati .....	22
– Thalassemi .....	22
– Seglcelleanæmi .....	22
28.1.6.1.2 Jernmangel/ mikrocytær anæmi .....	23
28.1.6.1.3 Folinsyremangel .....	24
28.1.6.1.4 Megaloblastær anæmi .....	24
28.1.6.2 Endokrinologiske sygdomme.....	25
28.1.6.2.1 Hyperthyreose- (Thyreotoksikose).....	25
28.1.6.2.2 Hypothyreose- (Myksødem).....	26
28.1.6.2.3 Prægestationel diabetes mellitus med eller uden insulinbehandling.....	26
28.1.6.2.4 Morbus Addison .....	28
28.1.6.2.5 Conn's syndrom .....	28
28.1.6.2.6 Morbus Cushing .....	29
28.1.6.2.7 Glucose-6-fosfatdehydrogenasemangel (G6PD-mangel) .....	30
28.1.6.3 Neurologiske sygdomme.....	30
28.1.6.3.1 Epilepsi.....	30
28.1.6.3.2 Sclerosis disseminata.....	31

28.1.6.3.3 Myasthenia gravis .....	32
28.1.6.4 Psykiske sygdomme .....	32
28.1.6.5 Hjertesygdomme .....	32
28.1.6.6 Kredsløbssygdomme .....	33
28.1.6.6.1 Kronisk essentiel hypertension.....	33
28.1.6.7 Thromboemboliske lidelser.....	34
28.1.6.7.1 Tidligere emboli/ trombose .....	34
28.1.6.7.2 Dyb venetrombose (DTV), debuteret i graviditeten .....	35
28.1.6.7.3 Faktor 5 Leiden .....	35
28.1.6.8 Respiratoriske sygdomme .....	36
28.1.6.8.1 Astma .....	36
28.1.6.9 Mave- og tarmsygdomme .....	37
28.1.6.9.1 Colitis Ulcerosa.....	37
28.1.6.9.2 Morbus Crohn .....	37
28.1.6.9.3 Gravide med stomi .....	38
28.1.6.9.4 Gravide med pouch .....	39
28.1.6.9.5 Gastric bypass (GBy) og gastric banding (GBa).....	39
28.1.6.10 Reumatiske sygdomme .....	40
28.1.6.10.1 Bindevævssygdomme.....	40
– Reumatoid artrit.....	40
– Systemisk Lupus Erythematosus (SLE) .....	40
– Periarteritis nodosa (polyarteritis nodosa) .....	40
28.1.6.11 Nyresygdomme .....	43
28.1.6.12 D-vitaminmangel .....	43

## **28.2 INFEKTIONSSYGDOMME.....45**

28.2.1.1 HIV .....	45
28.2.1.2 Hepatitis .....	45
28.2.1.2.1 Hepatitis B.....	45
28.2.1.2.2 Hepatitis C.....	46
28.2.1.3 Herpes genitalis (simplex virus).....	47
28.2.1.4 Syfilis .....	47
28.2.1.5 Gonoré .....	48
28.2.1.6 Klamydia.....	48
28.2.1.7 Bakteriel vaginose.....	49
28.2.1.8 Candidiasis.....	49
28.2.1.9 Gruppe B Streptokokker (GBS).....	50
28.2.1.10 Cystitis (Blærebetændelse).....	51
28.2.1.11 Pyelonephritis i graviditeten .....	51
28.2.1.12 Rubella (Røde Hunde) .....	52
28.2.1.13 Varicellae (Skoldkopper) .....	53
28.2.1.14 Morbilli (Mæslinger).....	53
28.2.1.15 Parotitis (Fåresyge) .....	54
28.2.1.16 Parvovirus (Lussingesyge – Den 5. børnesygdom) B 19 .....	55
28.2.1.17 Cytomegalovirus (CMV) .....	55
28.2.1.18 Toxoplasmose (Haresyge).....	56
28.2.1.19 Listeriose.....	57
28.2.1.20 Tuberculosis in graviditate.....	57
28.2.1.21 Q-feber (Coxiella burnetii).....	58

## **28.3 GRAVIDE MED SÆRLIGE BEHOV.....60**

### **28.3.1 Rygere..... 60**

### **28.3.2 Gravide med prægravid BMI $\geq$ 27..... 61**

<b>28.3.3 Fødselsangst.....</b>	<b>63</b>
<b>28.3.4 Tidligere mislykket ammeforløb .....</b>	<b>63</b>
<b>28.3.5 Gravide med problemer med alkohol, stoffer og/ eller medicin .....</b>	<b>64</b>
28.3.5.1 Gravide misbrugere - alkohol, stoffer og/ eller medicin .....	64
28.3.5.2 Lejlighedsvis misbrugere - den gravide og/ eller partner .....	65
28.3.5.3 Tidligere misbrugere – den gravide og/ eller partner .....	67
<b>28.3.6 Gravide med psykiske sygdomme .....</b>	<b>68</b>
28.3.6.1 Gravide med psykiske sygdomme eller psykiske problemer .....	68
28.3.6.2 Spiseforstyrrelser .....	69
<b>28.3.7 Udviklingshæmmede forældre.....</b>	<b>70</b>
28.3.7.1 Udviklingshæmmede .....	70
<b>28.3.8 Sociale problemer .....</b>	<b>71</b>
28.3.8.1 Sociale problemstillinger .....	71
28.3.8.2 Mindre end 9 års skolegang og/ eller ingen tilknytning til arbejdsmarkedet.....	72
28.3.8.3 Unge gravide/ forældre (under 20 år).....	72
28.3.8.4 Gravide, som er uønsket enlige.....	73
28.3.8.5 Boligløse kvinder .....	74
28.3.8.6 Vold i familien .....	74
28.3.8.7 Forældre, som har været udsat for incest, voldtægt eller tortur.....	75
<b>28.3.9 Kvinder med anden etnisk baggrund end dansk .....</b>	<b>77</b>
28.3.9.1 Flygtninge og asylansøgere.....	78
28.3.9.2 Kvindelig omskæring (se under gynækologiske lidelser) .....	78
<b>28.4 OBSTETRISKE PROBLEMSTILLINGER I NUVÆRENDE GRAVIDITET .....</b>	<b>79</b>
<b>28.4.1 Graviditetsgener .....</b>	<b>79</b>
28.4.1.1 Pyrosis.....	79
28.4.1.2 Obstipation .....	79
28.4.1.3 Træthed .....	79
28.4.1.4 Varicer .....	80
28.4.1.5 Ødemer.....	81
28.4.1.6 Ryg – og bækkensmerter.....	81
28.4.1.7 Carpaltunnel syndrom .....	82
28.4.1.8 Molimina gravidarum .....	83
28.4.1.9 Plukkeveer.....	83
<b>28.4.2 Graviditetsbetingede organpåvirkninger .....</b>	<b>84</b>
28.4.2.1 Glucosuri.....	84
28.4.2.2 Gestationel diabetes mellitus (GDM)/ insulinbehandlet GDM .....	84
28.4.2.3 Proteinuri.....	85
28.4.2.4 Hypertension .....	86
28.4.2.5 Præeklamsi .....	87
28.4.2.6 HELLP .....	88
28.4.2.7 Graviditetskløe med/ uden leverpåvirkning .....	89
28.4.2.8 Hydronefrose i graviditeten.....	90
28.4.2.9 Emesis Gravidarum.....	90
28.4.2.10 Hyperemesis.....	91
<b>28.4.3 Blodtypeimmunisering .....</b>	<b>93</b>
<b>28.4.4 Flerfoldgraviditet – tvillinger og trillinger .....</b>	<b>94</b>

<b>28.4.5 Fosterstørrelse/ -tilvækst og fostervand .....</b>	<b>96</b>
28.4.5.1 Mindre liv.....	96
28.4.5.2 Intrauterin væksthæmning (IUGR) .....	96
28.4.5.3 Intrauterin fosterdød (Foetus Mortuus) .....	98
28.4.5.4 Stort foster (Foetus Magnus).....	99
28.4.5.5 Polyhydramnion (Hydramnion) .....	100
28.4.5.6 Oligohydramnion .....	101
<b>28.4.6 Gestationsalder .....</b>	<b>102</b>
28.4.6.1 Usikker termin .....	102
28.4.6.2 Præterm fødsel (partus præmaturus) .....	103
28.4.6.3 Graviditas prolongata .....	104
<b>28.4.7 Blødning.....</b>	<b>105</b>
28.4.7.1 Blødning i 1. trimester .....	105
28.4.7.2 Blødning i 2. - 3. trimester .....	106
28.4.7.3 Placenta praevia .....	106
28.4.7.4 Abruption placenta .....	106
<b>28.4.8 Fosterstilling – underkropsstillinger og/ eller ustabil fosterstilling .....</b>	<b>108</b>
<b>28.5 OPFØLGNING PÅ FORLØB EFTER FØDSLEN .....</b>	<b>109</b>
28.5.1 Thrombofiliudredning 3 måneder post partum .....	109
28.5.2 Sphincter ruptur .....	109
28.5.3 Opfølgning på forløb med døde børn.....	109

## 28. Visitation af gravide og fødende - og senere opfølgning

Udgangspunktet for visitation af gravide og fødende er beskrevet i nærværende afsnit. Herudover sættes rammerne for visitation af Sundhedsstyrelsens specialevejledning af marts 2010. Specialevejledningerne angiver de særlige forhold, der skal påses i de tilfælde, hvor patientgrundlaget er lille, eller når andre faglige hensyn taler for at samle specialefunktionerne på få matrikler, for eksempel alene på OUH. De obstetriske speciallæger i svangreambulatorierne bør være opmærksomme herpå.

Som konsekvens af Sundhedsstyrelsens udmelding af marts 2010 om placering af specialfunktioner vil der i de kommende år løbende ske tilpasninger og justeringer i dele af nærværende fødeplan primært den del af planen, der omfatter visitation, så tilbuddene lever op til Sundhedsstyrelsens krav til kvalitet og volumen.

Justeringen vil blive indarbejdet i den elektroniske udgave af Fødeplanen med tilhørende bilag i den takt de implementeres.

For en nærmere beskrivelse af de overordnede rammer og fødestedernes lægefaglige tilbud i forbindelse med valg af fødested henvises til afsnit 5 "Fødesteder, svangreambulatorier og jordemoderkonsultationer i Region Syddanmark".

For en nærmere beskrivelse af forhold vedrørende visitation, samarbejde og kommunikation henvises til afsnit 6 "Visitation, samarbejde og kommunikation".

### 28.1 Prægravide risikofaktorer

#### 28.1.1 Tidligere obstetriske komplikationer

##### 28.1.1.1 Tidligere peri-/ neonatal dødsfald

###### **Definition**

Flergangs fødende med tidligere intrauterint/ neonatal dødsfald – svarende til graviditetens uge 22+0 og indtil fire uger efter fødslen.

###### **Hyppighed**

Den perinatale mortalitet i Danmark er ca. 0,7 %.

###### **Risici**

Gentagelsesrisikoen ukendt – vil afhænge af årsagen til det tidligere perinatale dødsfald.

###### **Håndtering**

###### **Prækonceptionel rådgivning**

Den praktiserende læge

- Henviser kvinden/ parret til obstetrisk speciallæge med henblik på håndtering af ny graviditet, herunder eventuel genetisk vejledning

Obstetrisk speciallæge

- Vejleder parret i forhold til ovenstående
- Ved behov gennemgås det tidligere forløb

###### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Optager fyldestgørende journal vedrørende tidligere forløb
- Henviser den gravide til svangreambulatoriet

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide/ parret til samtale. Her planlægges og aftales et undersøgelsesprogram, der kan omfatte
  - Genetisk rådgivning
  - Prænatal screening ifølge retningslinjerne
  - Chorionvillusbiopsi/ amniocentese, hvis det døde barn led af kromosomal sygdom, eller hvor der ikke foreligger afklaring af dødsårsagen - ellers ifølge gældende retningslinjer
  - Ultralydsscanning for misdannelser, ifølge gældende retningslinjer
  - Aftale om forløsningsmåde ud fra hensyn til det tidligere forløb

### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling med neonatal afdeling.

### **Efter fødslen**

Tilbud om indlæggelse i barselperioden efter behov.

## **28.1.1.2 Tidligere misdannet barn**

### **Definition**

Flergangsfødende med tidligere fødsel af barn med medfødte misdannelser, med eller uden perinatalt dødsfald.

### **Hyppeghed**

- Centralnervesystemet: 1/1000 fødsler
- Hjertemisdannelser: 8/1000 fødsler
- Gastro-intestinalkanalen: 2/1000 fødsler
- Urinvejene (alvorligere misdannelser): < 1/1000 fødsler

### **Risici**

Gentagelsesrisikoen er som oftest ukendt, vil dog afhængig af typen af misdannelse.

### **Håndtering**

#### **Prækonceptionel rådgivning**

Den praktiserende læge

- Henviser kvinden/ parret til obstetrisk speciallæge med henblik på håndtering af ny graviditet, herunder eventuel genetisk vejledning

Obstetrisk speciallæge

- Vejleder parret i forhold til ovenstående
- Ved behov gennemgås det tidligere forløb

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Optager fyldestgørende journal vedrørende tidligere forløb
- Henviser den gravide svangreambulatoriet

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide/ parret til samtale. Her planlægges og aftales et undersøgelsesprogram, der kan omfatte
  - Genetisk rådgivning ifølge retningslinjer
  - Prænatal screening ifølge retningslinjerne
  - Chorionvillusbiopsi/ amniocentese hvor der ikke foreligger afklaring på tidligere misdannelse - ellers ifølge gældende retningslinjer
  - Ultralydsscanning for misdannelser ifølge gældende retningslinjer
  - Aftale om forløsningsmåde under hensyn til det tidligere forløb

### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af graviditetens forløb, samt undersøgelsesresultat.

#### **Efter fødslen**

Tilbud om indlæggelse i barselperioden efter behov, afhængig af mor og barns tilstand.

### **28.1.1.3 Tidligere abnorme fostertilstande**

#### **Definition**

Ved tidligere abnorme fostertilstande forstås

- Kromosomdefekter
- Syndromer med eller uden kendt genetisk årsag
- Påviste genmutationer
- Metaboliske og andre arvelige sygdomme

#### **Hyppighed**

Ukendt.

#### **Risici**

Ukendt/ afhængig af tidligere abnormitet.

#### **Håndtering**

##### **Prækonceptionel rådgivning**

Den praktiserende læge

- Henviser parret til prækonceptionel rådgivning ved Obstetrisk og/ eller Klinisk Genetisk Afdeling i Vejle eller på OUH, Odense Universitetshospital, hvis tilstanden ikke allerede er udredt

Obstetrisk speciallæge

- Vejleder parret i forhold til ovenstående
- Ved behov gennemgås det tidligere forløb

##### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Henviser den gravide/ parret så tidligt som muligt direkte til obstetrisk ambulatorium til tidlig rådgivning Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide/ parret til tidlig rådgivning, helst før graviditetsuge 9 ved obstetrisk speciallæge
- Chorionvillusbiopsi/ amniocentese, såfremt sygdommen kan afdækkes derved
- Post-testrådgivning ved obstetrisk ambulatorium/ Klinisk Genetisk Afdeling
- Aftale om forløsningsmåde, afhængig af det tidligere forløb og konklusioner i nuværende graviditet

##### **Fødslen**

- Fødested vil afhænge af udredningens resultat, samt eventuel sygdoms karakter
- Eventuelle særlige forhold for barnet afhænger af udredningens resultat, samt eventuel sygdoms karakter

#### **Efter fødslen**

Tilbud om indlæggelse i barselsperioden vil afhænge af udredningens resultat og eventuel sygdoms karakter.

### **28.1.1.4 Tidligere svær præeklamsi/ svær hypertension**

#### **Definition**

Flergangsgravide som har haft præeklamsi/ svær hypertension i forbindelse med tidligere forløb, og som kræver stillingtagen i forhold til kommende graviditets- og fødselsforløb.

### **Hyppighed**

Der er en gentagelsesrisiko på 10-15 %, størst hvis der er tale om tidligere svær præeklampsi.

### **Risici**

Som ovenfor nævnt er der gentagelsesrisiko.

Det kliniske billede varierer fra tilstand med let til moderat hypertension og proteinuri, til alvorlige livstruende tilstande med udtalt organpåvirkning, herunder HELLP. Præeklampsi kan debutere i alle sværhedsgrader.

For fosteret er der risiko for

- Præterm fødsel/ forløsning
- Utilstrækkelig placentafunktion med intrauterin væksthæmning/ intrauterin asfyksi
- Abruptio placentae
- Intrauterin fosterdød

### **Håndtering**

#### **Prækonceptionel rådgivning**

Kvinder i antihypertensiv behandling tilstræbes optimal behandling og omstilling til Aldomet/Trandate.

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Optager fyldestgørende anamnese vedrørende tidligere graviditets- og fødselsforløb, samt eventuel nuværende medicinsk behandling af hypertension, og oplyser den gravide om symptomerne
- Henviser den gravide til svangreambulatoriet til opfølgende samtale

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til samtale om tidligere forløb og planlægning af det aktuelle forløb

#### **Fødslen**

Fødsel på obstetrisk specialafdeling anbefales. Hvorvidt fødested med neonatal afdeling anbefales, vil afhænge af det nuværende graviditetsforløb.

#### **Efter fødslen**

Indlæggelse i barselperioden til observation anbefales.

## **28.1.1.5 Tidligere intrauterin væksthæmning (IUGR)**

### **Definition**

Flergangsfødende som tidligere har født et vækstretarderet barn. Ved væksthæmning forstås fostervægt minus 22 % eller under 2 SD.

### **Hyppighed**

4–5 % af fostrene er vækstretarderede.

### **Risici**

For kvinden er der en gentagelsesrisiko.

For barnet er der risiko for intrauterin væksthæmning med medfølgende risiko for asfyksi og hypoglycæmi.

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Optager fyldestgørende anamnese vedrørende tidligere graviditets- og fødselsforløb
- Henviser den gravide til svangreambulatoriet



Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til samtale og gennemgang af tidligere forløb, samt planlægning af nuværende forløb

#### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af de konklusioner, som lægen og den gravide træffer i fællesskab, samt den nuværende graviditets forløb.

#### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det nuværende forløb.

### **28.1.1.6 Tidligere præterm fødsel**

#### **Definition**

Flergangsfødende som tidligere har født et barn før fulde 37 graviditetsuger.

#### **Hyppighed**

6-7 %.

#### **Risici**

Der er en betydelig gentagelsesrisiko.

Se eventuelt afsnit 28.4.6.2 Præterm fødsel

#### **Håndtering**

På nær få tilfælde (cervix-insufficiens og tidligere præterm fødsel forårsaget af GBS), foreligger der ikke tilstrækkelige videnskabelig dokumentation for effekten af specifikke forebyggende aktiviteter. Ved tidligere fødsel har nyere studier vist, at vaginal progesteronbehandling fra graviditetsuge 16-18 og graviditeten ud nedsætter risikoen fra gentagelse af præterm fødsel.

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Optager fyldestgørende anamnese vedrørende tidligere graviditets- og fødselsforløb
- Henviser den gravide til samtale i svangreambulatoriet
- Kvinder med fødsel før 32 fulde graviditetsuger, og specielt før 28 fulde graviditetsuger bør have skærpet opmærksomhed i form af tidlig henvisning

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til samtale og gennemgang af tidligere fødselsforløb, samt planlægning af nuværende forløb
- Kvinder med fødsel før 32 fulde graviditetsuger og specielt før 28 fulde graviditetsuger bør følges på specialafdeling med neonatalafdeling

#### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af de konklusioner, som lægen og den gravide træffer i fællesskab, samt den nuværende graviditets forløb.

#### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det nuværende forløb.

### **28.1.1.7 Tidligere kompliceret fødsel**

#### **Definition**

Flergangsfødende med tidligere kompliceret/ patologisk fødselsforløb, eventuelt med påvirket/ asfyktisk barn til følge.

### **Hyppighed**

Ukendt.

### **Risici**

Eventuel gentagelsesrisiko ved forestående fødsel.

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Optager fyldestgørende anamnese vedrørende tidligere graviditets og fødselsforløb
- Henviser den gravide til tidlig samtale i svangreambulatoriet, eventuelt i fødselsaftaleteam'et Svangreambulatoriet eller fødselsaftaleteam
- Indkalder den gravide til samtale og gennemgang af tidligere fødselsforløb, information om risici, samt nøje planlægning af kommende fødsel/ indgåelse af fødselsaftale

#### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af de konklusioner, som lægen og den gravide træffer i fællesskab, samt den nuværende graviditets forløb.

#### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det nuværende forløb.

## **28.1.1.8 Tidligere traumatisk fødselsoplevelse**

### **Definition**

Flergangs fødende med traumatisk oplevelse af tidligere (eventuelt kompliceret/ patologisk) fødselsforløb - eventuelt med påvirket/ asfyktisk barn til følge.

### **Hyppighed**

Ukendt.

### **Risici**

Eventuel risiko for gentagelse ved forestående fødsel.

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Optager fyldestgørende anamnese vedrørende tidligere graviditets og fødselsforløb, samt kvindens oplevelse heraf
- Henviser den gravide tidligt i graviditeten til svangreambulatoriet/ fødselsaftaleteam'et, med henblik på lægesamtale Svangreambulatoriet eller fødselsaftaleteam
- Indkalder den gravide til samtale og gennemgang af tidligere fødselsforløb, afdækning af de problematikker den gravide oplever, samt planlægning af kommende fødsel/ indgåelse af fødselsaftale

#### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af de konklusioner, som lægen og den gravide træffer i fællesskab, samt den nuværende graviditets forløb.

#### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det nuværende forløb.

### 28.1.1.9 Tidligere sphincterruptur

#### **Definition**

Flergangsfødende med tidligere sphincterruptur grad 3 eller 4, i forbindelse med vaginalt fødselsforløb.

#### **Hyppighed**

2-6 % af fødepopulationen.

#### **Risici**

Let forøget risiko for ny sphincterruptur, med risiko for langtidssequelae, herunder inkontinens for flatus og fæces, samt smerte- og dyspareuniproblemer.

#### **Håndtering**

##### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Optager fyldestgørende anamnese vedrørende tidligere fødselsforløb
- Henviser den gravide til svangreambulatoriet

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til samtale og gennemgang af tidligere fødselsforløb
- Afhængigt af sequelae efter sphincterrupturen kan elektivt sectio tilbydes
- Alternativt nøje planlægning af forestående vaginale fødsel, samt information om risici i forbindelse hermed

##### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af de konklusioner, som lægen og den gravide træffer i fællesskab, samt den nuværende graviditets forløb.

##### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det nuværende forløb.

### 28.1.1.10 Tidligere abruptio placentae

#### **Hyppighed**

1 %.

#### **Risici**

Der er en øget gentagelsesrisiko.

Se eventuelt afsnit 28.4.7.4 Abruptio placenta.

#### **Håndtering**

##### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Optager fyldestgørende anamnese vedrørende tidligere fødselsforløb, samt nuværende livsstil, herunder eventuelt misbrug
- Henviser den gravide til svangreambulatoriet

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til samtale og gennemgang af tidligere fødselsforløb
- Informerer om risici, samt planlægning af forestående fødsel

##### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested og fødselsmåde vil afhænge af de konklusioner, som lægen og den gravide træffer i fællesskab.

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det nuværende forløb.

## **28.1.1.11 Tidligere fødsel med svær post partum blødning**

### **Definition**

≥ 1000 ml i op til 24 timer post partum.

### **Hyppighed**

1–3 %.

### **Risici**

Der er en gentagelsesrisiko.

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Optager fyldestgørende anamnese vedrørende tidligere fødselsforløb, blødningens årsag og størrelse
- Henviser den gravide til svangreambulatoriet

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til samtale og gennemgang af tidligere fødselsforløb
- Informerer om risici, samt planlægning af forestående fødsel

### **Fødslen**

Fødsel på obstetrisk specialafdeling anbefales.

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det nuværende forløb.

## **28.1.1.12 Tidligere sectio**

### **Definition**

Flergangs fødende med et eller flere tidligere kejsersnit.

### **Hyppighed**

Cirka 12 %.

### **Risici**

- Øget risiko for sectio ved forsøg på vaginal fødsel, samt afledte risici (infektion, blødning, trombose, re-operation)
- Risiko for uterusruptur (0,5-1 %), blandt andet afhængig af interval mellem tidligere og efterfølgende forsøg på vaginal fødsel
- Øget risiko for patologisk inseration af placenta, samt afledt risiko for blødning post partum

### **Håndtering**

Ved igangsættelse af fødsel efter tidligere kejsersnit bør kvinden oplyses om den øgede risiko for uterusruptur.

Ved mere end ét tidligere kejsersnit frarådes forsøg på vaginal fødsel. Såfremt kvinden ønsker at forsøge at føde vaginalt, informeres hun om den øgede risiko for livmoderuptur.

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Optager fyldestgørende anamnese vedrørende tidligere fødsel, herunder årsagen hertil

- Henviser den gravide til i svangreambulatoriet
- Svangreambulatoriet
- Indkalder den gravide omkring graviditetsuge 20 til samtale og gennemgang af tidligere fødselsforløb, herunder årsagen til sectioforløsningen
  - Udfærdiger plan for den forestående forløsning (elektivt sectio eller forsøg på vaginal fødsel, samt plan herfor - herunder information om fordele og ulemper, samt risici)

### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling.

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det nuværende forløb.

## **28.1.1.13 Tidligere fødsel af stort barn**

### **Definition**

Tidligere fødsel af barn med fødselsvægt  $\geq 4500$  g.

### **Hyppighed**

4 %.

### **Risici**

Der er en gentagelsesrisiko, samt risiko for gestationel diabetes mellitus (GDM).

Se eventuelt afsnit 28.4.2.2 Gestationel diabetes mellitus (GDM)/ insulinbehandlet GDM.

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Udfører oral glukosebelastning (OGTT) på den gravide, eller henviser til svangreambulatoriet med henblik på dette ”

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til OGTT, hvis ej udført af praktiserende læge

Den praktiserende læge/ svangreambulatoriet

- Planlægger ud fra resultatet af OGTT det videre forløb

Der henvises til afsnit 28.4.2.2 ”Gestationel diabetes mellitus (GDM)/ insulinbehandlet GDM.

## **28.1.1.14 Tidligere gestationel diabetes mellitus**

### **Hyppighed**

2 %.

### **Risici**

Der er en gentagelsesrisiko.

Se eventuelt afsnit 28.4.2.2 Gestationel diabetes mellitus (GDM)/ insulinbehandlet GDM”.

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Udfører oral glukosebelastning (OGTT) på den gravide, eller henviser til svangreambulatoriet med henblik på dette”

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til OGTT, hvis ej udført af praktiserende læge
- Den praktiserende læge/ svangreambulatoriet
- Planlægger ud fra resultatet af OGTT det videre forløb

Der henvises til afsnit 28.4.2.2 "Gestationel diabetes mellitus (GDM)/ insulinbehandlet GDM".

## 28.1.2 Gynækologiske lidelser

### 28.1.2.1 Abortus habituais (AH)

#### **Definition**

Gravide med tre eller flere tidligere på hinanden følgende spontane aborter af graviditeter før 20. graviditetsuge. Der kan skelnes mellem primær AH (graviditeter, som udelukkende er endt i aborter) og sekundær habituel abort hos kvinder, der tidligere har gennemført graviditet.

#### **Hyppighed**

Kendes ikke nøjagtigt, men skønnes at optræde hos 0,5–3 % af alle kvinder.

#### **Risici**

Skønsmæssig risiko for abort i efterfølgende graviditet hos kvinder med AH

Antal tidligere aborter	Abortrisiko
3	13-45 %
4	32-54 %
5	38-52 %
6	48-56 %

Risikoen for præterm fødsel er øget 2-3 gange, og risikoen for IUGR er ligeledes væsentligt forøget (5-10 gange).

#### **Håndtering**

##### **Prækonceptionel rådgivning**

Den praktiserende læge

- Henviser kvinden til prækonceptionel rådgivning ved gynækologisk afdeling

Gynækologisk ambulatorium

- Vejleder kvinden i forhold til ovenstående

##### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Henviser den gravide så tidligt som muligt direkte til obstetrisk ambulatorium til tidlig rådgivning Svangreambulatoriet
- Indkalder den gravide til rådgivning (eventuel genetisk rådgivning), samt prænatal screening
- Tilbyder tætte ambulante kontroller

##### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af det aktuelle forløb.

##### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

### 28.1.2.2 Tidligere ekstrauterin graviditet

#### **Hyppighed**

1,1 %.

#### **Risici**

Der er en betydelig gentagelsesrisiko.

#### **Håndtering**

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Henviser den gravide til gynækologisk afdeling med henblik på konstatering af intrauterin graviditet

Gynækologisk afdeling

- Indkalder den gravide til ultralydsscanning snarest efter henvisning

### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af det aktuelle forløb.

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

## **28.1.2.3 Omskæring (Følger efter omskæring)**

### **Definition**

Der findes 4 typer af kvindelige omskæringer

- **Sunna** – fjernelse af forhuden på klitoris, samt eventuelt en del af klitoris
- **Klitoridektomi** – fjernelse af klitoris
- **Excision** – fjernelse af klitoris og labia minora
- **Infibulation**- fjernelse af klitoris, labia minora, samt afskrabning af undersiden af labia majora, som herefter syes sammen

### **Hyppighed**

95 til 98 % af kvinder fra visse afrikanske lande er omskåret.

### **Risici**

Hyppige problemer er dysmenore, kronisk underlivsbetændelse, urinvejsinfektion, urinvejsretention, dyspareuni, nedsat sexlyst, kroniske smerter, psykiske traumer og obstetriske komplikationer. Kvinden kan også have svært ved at gennemføre coitus.

### **Håndtering**

#### **Prækonceptionel rådgivning**

Den praktiserende læge

- Rådgiver kvinden/ parret om åbning til vagina, afhængig af parrets ønsker og holdning
- Henviser kvinden til gynækolog

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Henviser den gravide til svangreambulatoriet

Svangreambulatoriet

- Informerer om muligheder for åbning før eller under fødslen (åbning anbefales i 1.-2. trimester), samt vejleder herom
- Aftaler sammen med den gravide en plan for fødslen

### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af den aftalte plan.

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

Der henvises endvidere til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreamsorg bilag 4. "Kvindelig omskæring".



### 28.1.2.4 Kondylomer

#### **Hyppighed**

2 %.

#### **Risici**

Ingen, med mindre størrelsens hindrer fødselsvejen.

#### **Håndtering**

##### **Prækonceptionel rådgivning**

Den praktiserende læge kan henvise kvinden til behandling i gynækologisk regi.

##### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Henviser den gravide til obstetrisk svangreambulatorium i de tilfælde, hvor kondylomernes omfang kan være fødselshindrende

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til videre opfølgning

##### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af det aktuelle forløb.

##### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

### 28.1.2.5 Spiral in situ

#### **Hyppighed**

Sjældent forekommende.

#### **Risici**

Blødning, spontan abort, præterm fødsel og amnionitis, hvis spiralen ikke fjernes. Fjernes den, reduceres risikoen for spontan abort/ præterm fødsel.

#### **Håndtering**

##### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Rådgiver den gravide om risici, og anbefaler fjernelse af spiralen, hvis snoren kan ses. Dette indikerer ikke henvisning til sygehusafsnit i første trimester.
- Efter 1. trimester henvises den gravide til obstetrisk svangreambulatorium, hvis spiralen ikke er fjernet.

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til videre opfølgning

##### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af det aktuelle forløb.

##### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

### 28.1.2.6 Uterusabnormiteter/ genitale abnormiteter

#### **Definition**

Bicorn uterus, septum i uterincaviteten/ hjerteformet uterus, samt septum i vagina.

#### **Hyppighed**

Sjældent forekommende.

#### **Risici**

Afhængig af abnormitetens art er der risiko for præterm fødsel og intrauterin væksthæmning.

#### **Håndtering**

##### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Henviser den gravide til svangreambulatoriet, hvis tilstanden er kendt

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til vejledning og videre plan

##### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af graviditetens forløb, samt undersøgelsesresultat.

##### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

### **28.1.2.7 Fibromer**

#### **Hyppighed**

Fibromer, som kan give anledning til specielle forholdsregler i forbindelse med fødslen, er forholdsvis sjældent forekommende.

#### **Risici**

Afhængig af fibromets størrelse og art kan der være øget risiko for præterm fødsel, fødselskomplikationer, samt post partum blødning.

#### **Håndtering**

##### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Henviser den gravide til svangreambulatoriet ved mistanke om fibromer, som skønnes at have betydning for graviditeten og fødslen

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til individuel planlægning og kontrol, afhængig af lokalisering og antal fibromer

##### **Fødslen**

Fødsel på obstetrisk specialafdeling anbefales, afhængig af graviditetens forløb og undersøgelsesresultat.

##### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

### **28.1.2.8 Opereret på uterus, tidligere**

#### **Hyppighed**

Sjældent forekommende.

#### **Risici**

Risici vil afhænge af operationens art. Komplikationer kan være

- Øget risiko for sectio ved forsøg på vaginal fødsel, samt afledte risici (infektion, blødning, trombose, re-operation)
- Risiko for uterusruptur
- Øget risiko for patologisk inseration af placenta, samt afledt risiko for blødning post partum

## **Håndtering**

### **Prækonceptionel rådgivning**

Den praktiserende læge

- Optager en fyldestgørende anamnese vedrørende indgrebet art
- Henviser kvinden til obstetrisk vejledning

Obstetrisk speciallæge

- Indkalder kvinden til samtale vedrørende ovenstående

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Optager fyldestgørende anamnese vedrørende indgrebets art og behandlingssted
- Henviser den gravide til svangreambulatoriet

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til vurdering og planlægning af graviditetens og fødselens forløb

### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af de konklusioner lægen og den gravide træffer i fællesskab, samt den aktuelle graviditet.

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

### 28.1.3 Ældre førstegangsfødende > 38 år

#### **Hyppighed**

Ældre førstegangsfødende er opgjort Sundhedsstyrelsens Fødselsregister i forhold til henholdsvis  $\geq 35$  år og  $\geq 45$  år. Hyppigheden af ældre førstegangsfødende  $\geq 35$  år er cirka 3 %.

#### **Risici**

Der er øget risiko for aldersbetingede komplikationer/ lidelser (for eksempel hypertension og diabetes mellitus type 2), og formentlig øget risiko for intrauterin død efter terminstidspunktet, hvor ekstra kontrol og eventuel igangsættelse af fødslen kan komme på tale.

#### **Håndtering**

##### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Varetager graviditetsundersøgelserne, og henviser ved abnorme fund Svangreambulatoriet
- Indkalder den gravide ved eventuel henvisning

##### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af det aktuelle forløb.

##### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

### 28.1.4 Mangegangsfødende > 4

#### **Hyppighed**

Hyppigheden af mangegangsfødende  $\geq 4$  er 1,5- 2 %

#### **Risici**

Patologisk blødning post partum. Ved tidligere sectio er der risiko for uterus ruptur.

#### **Håndtering**

##### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Optager fyldestgørende anamnese vedrørende tidligere graviditets- og fødselsforløb, samt out-come
- Hvis det af anamnesen fremgår, at der (udover antal fødsler) er indikation for kontrol i svangreambulatoriet såsom tidligere obstetriske komplikationer, henvises den gravide til svangreambulatoriet

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide ved eventuel henvisning

##### **Fødslen**

Fødsel på obstetrisk specialafdeling anbefales.

##### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

## **28.1.5 Statura parva < 150 cm.**

### ***Hyppighed***

Ukendt

### ***Risici***

Fødselskomplikationer, såsom dystoci og sectio.

### ***Håndtering***

#### ***I graviditeten***

Den praktiserende læge

- Henviser den gravide til svangreambulatoriet i de tilfælde, hvor det skønnes, at en samtale vedrørende fødselsmåde er indikeret

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til samtale vedrørende fødselsmåde

#### ***Fødslen***

Fødsel på obstetrisk specialafdeling anbefales.

#### ***Efter Fødslen***

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

## 28.1.6 Medicinske sygdomme

### 28.1.6.1 Hæmatologiske sygdomme

#### 28.1.6.1.1 Hæmoglobinopati

- **Thalassemi**
- **Seglcelleanæmi**

#### **Thalassemi**

##### **Hyppighed**

2-4 % af indvandrebeholdningen i Danmark er raske bærere af genet for beta-thalassemi. Thalassemi er hyppigst i Middelhavslandene, Sydøstasien og Afrika.

##### **Risici**

Thalassemi kan medføre svær anæmi hos barnet.

Ved alfa-thalassemi kan ses svær hydrops af fosteret, som enten dør før eller umiddelbart efter fødslen.

##### **Håndtering**

##### **Prækonceptionel rådgivning**

Den praktiserende læge

- Henviser kvinden til genetisk rådgivning såfremt både kvinden og manden er heterozygote
- Prænatal diagnostik er mulig

Obstetrisk speciallæge

- Vejleder kvinden med henblik på håndtering af ny graviditet, herunder eventuel genetisk rådgivning

##### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Bør tage følgende prøver på en gravid, som stammer fra ovennævnte lande, hvis der ikke foreligger en tidligere undersøgelse for Thalassemi
  - Hæmoglobin
  - MCV
  - Ved lav MCV tages fraktioneret hæmoglobin
- Henviser den gravide til undersøgelse i svangreambulatoriet

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide med henblik på nærmere udredning, opfølgning og kontrol i graviditeten

##### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling.

##### **Efter fødslen**

Mor og barn bør indlægges i barselperioden, da der er risiko for udvikling af hæmolytisk icterus og anæmi hos barnet.

#### **Seglcelleanæmi**

##### **Hyppighed**

Recessiv arvelig lidelse. Sjælden i Danmark men udbredt i lande syd for Sahara.

##### **Risici**

For kvinden: Anæmi samt smerter i de lange rørknogler. Under graviditet kan generne forværres.

For barnet: Udvikling af anæmi og ødemer 3-4 måneder efter fødslen.

## **Håndtering**

### **Prækonceptionel rådgivning**

Den praktiserende læge

- Henviser kvinden/ parret til genetisk rådgivning, såfremt både kvinden og manden er heterozygote
- Prænatal diagnostik er mulig

Obstetrisk speciallæge

- Vejleder kvinden med henblik på håndtering af ny graviditet, herunder eventuel genetisk rådgivning

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Bør tage følgende blodprøver på en gravid med risiko for anæmi
  - Hæmoglobin
  - MCV
  - S-ferritin
  - S-jern

Er der tegn til mikrocytær anæmi med normalt eller forhøjet S-jern, tages desuden

- Fraktioneret hæmoglobin
- Visiterer den gravide til undersøgelse i svangreambulatoriet

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide med henblik på nærmere udredning, opfølgning og kontrol i graviditeten

### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling.

### **Efter fødslen**

Mor og barn bør indlægges i barselperioden, da barnet er i risiko for at udvikle hæmolytisk ikterus og anæmi.

## **28.1.6.1.2 Jernmangel/ mikrocytær anæmi**

### **Hyppighed**

Jernmangelanæmi ses i sidste trimester hos cirka 20% af alle gravide, som ikke har fået jernprofylakse.

### **Risici**

Der er risiko for intrauterin væksthæmning og placentainsufficiens, samt mangelfuld opbygning af jerndepoter hos det nyfødte barn.

Kvinden kan frembyde generelle anæmisymptomer.

### **Håndtering**

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle gravide tager et jerntilskud.

Anbefalingen er 40-50 mg Ferrojern dagligt fra graviditetsuge 10 og resten af graviditeten.

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Kontrollerer hæmoglobin og s-ferritin, hvis kvinden ikke ønsker jernprofylakse. Ved værdier af s-ferritin
  - < 20 µg/l tilrådes behandling med Ferrojern 100-200 mg dagligt, eventuelt suppleret med C-vitamin 500 mg dagligt
  - < 50 µg/l er der grundlag for at tilråde jernprofylakse
  - 50 µg/l – 80 µg/l kan profylaktisk behandling overvejes, alternativt kontrolleres hæmoglobin og s-ferritin i sidste trimester
  - > 80 µg/l vil kvinden næppe kunne tømme sine jerndepoter under graviditet og fødsel, og profylakse kan derfor undlades uden risiko
- Bør kontrollere s-ferritin hos gravide med hæmoglobin < 6,8 mM/l trods jernprofylakse

- 20 µg/l tilrådes behandling med Ferrojern 100-200 mg dagligt, eventuelt suppleret med C-vitamin 500 mg dagligt
- Kontrol af hæmoglobin og retikulocytter efter 2 uger (forventelig stigning i hæmoglobin 0,5 mM/ uge)
- > 20 µg/l er suspekt for megaloblastær anæmi, hvorfor følgende undersøgelser er relevante
  - MCV, MCHC, MCH, retikulocytter, haptoglobin, erytrocytfolat, cobalamin, bilirubin og LDH
- Henviser gravide med anæmi, som ikke responderer på behandling, til svangreambulatoriet Svangreambulatoriet
- Indkalder den gravide med henblik på nærmere udredning, opfølgning og kontrol i graviditeten, i samarbejde med medicinsk afdeling

### **Fødslen**

Fødsel på obstetrisk specialafdeling anbefales.

### **Efter fødslen**

Indlæggelse i barselperioden anbefales afhængig af det aktuelle forløb, samt respons på medicinsk behandling.

## **28.1.6.1.3 Folinsyremangel**

### **Hyppighed**

Anæmi med baggrund i folinsyremangel optræder i 0,5-5% af alle graviditeter.

### **Risici**

Der er konstateret en sikker sammenhæng mellem forekomsten af neuralrørsdefekter hos fostret og folinsyremangel hos moderen.

Folinsyremangel giver øget risiko for præterm fødsel.

### **Håndtering**

Under graviditet er der et øget behov for folinsyre på ca. 0,1 mg pr dag. På vanlig kost uden vitamintilskud har cirka 25 % utilstrækkelig folinsyreindtagelse.

Sundhedsstyrelsen anbefaler følgende

- Folinsyre 0,4 mg dagligt fra graviditeten planlægges til og med 1. trimester
- Folinsyre 5,0 mg dagligt fra graviditeten planlægges til og med graviditetsuge 8 til kvinder, som tidligere har haft en graviditet med et foster med neuralrørsdefekt, eller hvor der hos kvinden eller dennes partner har været forekomst af neuralrørsdefekt
- Optagelse af folinsyre kræver C-vitamin og B12 vitamin

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Kontrollerer mængden af folinsyre i blodet ved mistanke om folinsyremangel
- Henviser ved konstatering af folinsyremangel den gravide til undersøgelse i svangreambulatoriet Svangreambulatoriet

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide med henblik på nærmere udredning, opfølgning og kontrol i graviditeten, eventuelt i samarbejde med medicinsk afdeling

### **Fødslen**

Fødsel på obstetrisk specialafdeling anbefales.

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

## **28.1.6.1.4 Megaloblastær anæmi**



### **Hyppighed**

Sjældent forekommende. Den hyppigste årsag er folinsyremangel.

### **Risici**

Udvikling af generelle anæmisymptomer.

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Tager relevante prøver ved hæmoglobin < 6,8 mM/l og s-ferritin > 20 µg/l, og henviser den gravide til svangreambulatoriet
- Henviser gravide med anæmi, som ikke responderer på behandling, til svangreambulatoriet

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide med henblik på nærmere udredning, opfølgning og kontrol i graviditeten

### **Fødslen**

Fødsel på obstetrisk specialafdeling anbefales.

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

## **28.1.6.2 Endokrinologiske sygdomme**

### **Vedrørende Hyper- og hypothyreose**

Graviditeten kan påvirke forløb og behandling af thyreoideasygdomme, ligesom graviditet vil kunne fremprovokere recidiv af tidligere thyreoideasygdomme. Gravide med thyreoideasygdomme skal derfor henvises og følges i Obstetrisk-Endokrinologisk ambulatorium.

### **28.1.6.2.1 Hyperthyreose- (Thyreotoksikose)**

#### **Hyppighed**

Hyperthyreose optræder med en hyppighed på 2-3 pr. 1.000 gravide

#### **Risici**

Sygdommen er oftest diagnosticeret før graviditetens indtræden, men kan undertiden debutere mellem 10. og 15. graviditetsuge. Svær hyperemesis kan være det første symptom.

Ubehandlet hyperthyreose medfører en betydelig øget risiko for spontan abort, præterm fødsel og intrauterin væksthæmning.

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Tager relevante blodprøver (TSH, TRAB, TPO, TT3, TT4, T3R), og henviser snarest til svangreambulatoriet og endokrinologisk afdeling
- Gravide med aktuel og tidligere hyperthyreose følges med thyreoideaparametre cirka hver 4. uge, og indsender svar til svangreambulatoriet og endokrinologisk afdeling

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til obstetrisk speciallæge, til nærmere undersøgelse i samarbejde med endokrinologisk afdeling. Derudover til ultralydsscanning for verificering af føtal struma omkring graviditetsuge 32-34
- Gravide behandles med monoterapi, det vil sige Thycapzol i mindste dosis

### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling.

### **Efter fødslen**

- Den ringe mængde Thycapzol, der udskilles med modermælken, kontraindicerer ikke amning.
- Børn født af mødre i behandling for hyperthyreose skal altid ses af pædiater inden udskrivelsen.

### **Senere opfølgning**

Opfølgning efter fødslen sker via den praktiserende læge.

## **28.1.6.2.2 Hypothyreose- (Myksødem)**

### **Hyppighed**

1-3 pr. 100 graviditeter

### **Risici**

Kvinder med svær og ubehandlet hypothyreose er oftest infertile.

Ved lette tilfælde er der øget risiko for spontan abort. Desuden er der risiko for lav IQ hos børn af insufficient regulerede mødre.

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Tager relevante blodprøver (TSH, TRAB, TPO, TT3, TT4, T3R), og henviser snarest til svangreambulatoriet og endokrinologisk afdeling
- Gravide følges med thyreoideaparametre cirka hver 4. uge

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til obstetrisk speciallæge til nærmere undersøgelse snarest efter modtagelse af henvisningen. (Eltroxinbehovet stiger i løbet af graviditeten)

### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling.

### **Efter fødslen**

- Hvis den gravide er TRAB-positiv, tages navlesnorsblodprøve på barnet. Der skal tages stilling til resultatet af denne inden udskrivelsen, hvorfor ambulante fødslen frarådes
- Såfremt den gravide har været velbehandlet under graviditeten, og barnet intet frembyder, er pædiatrisk tilsyn inden udskrivelsen ikke nødvendigt

### **Senere opfølgning**

Opfølgning efter fødslen sker via den praktiserende læge.

## **28.1.6.2.3 Prægestational diabetes mellitus med eller uden insulinbehandling**

### **Hyppighed**

Type 1 diabetes: Ifølge tal fra landspatientregisteret var der i perioden 2001–2004 årligt 50-60 type 1 diabetesfødsler i Region Syddanmark.

Type 2 diabetes: Forekomsten af overvægt og type 2 diabetes hos yngre personer i Danmark er stigende. Ifølge tal fra Landspatientregisteret var der i perioden 2001–2004 15-30 type 2 diabetesfødsler i Region Syddanmark. Antallet af gravide med type 2 diabetes må forventes at stige yderligere. Det årlige antal gravide med prægestational diabetes i Region Syddanmark må forventes at være omkring 80.

### **Risici**

Kvinder med prægestationel diabetes har øget risiko for forværring af sygdommen under graviditeten, samt øget risiko for udvikling af graviditets- og fødselskomplikationer.

Fosteret har øget risiko for intrauterin- og perinatal død, medfødte misdannelser, makrosomi og intrauterin væksthæmning. Det nyfødte barn har øget risiko for problemer i neonatalperioden.

### **Håndtering**

Der foreligger et patientforløbsprogram for Region Syddanmark. Forløbsprogrammet er udarbejdet for at sikre et behandlingstilbud for gravide diabetespatienter, der er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens rekommandationer, og er af høj faglig standard, samt forventet høj patientoplevet kvalitet.

Forløbsprogrammet skal sikre et praktisk og veltilrettelagt forløb for den enkelte patient. Desuden skal programmet sikre en klar opgavefordeling mellem regionens sygehuse og Universitetshospitalet på dette område.

Nedenstående er et kort resume heraf.

Formålet med behandlingen og tæt diabetologisk og obstetrisk kontrol forud for og under graviditet og fødsel, er at mindske risikoen for komplikationer for mor og barn.

### **Prækonceptionel rådgivning**

- Finder sted på det lokale sygehus, hvor kvinden går til kontrol
- Kvinder med svære diabeteskomplikationer, der ønsker at blive gravide, henvises til prækonceptionel rådgivning på Odense Universitetshospital (OUH)

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Henviser straks til Odense Universitetshospital eller Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg afhængig af geografi og sygdommens karakter
- Ser den gravide til de sædvanlige kontroller, og vejleder om generelle forhold i forbindelse med graviditet, herunder sociale forhold og arbejdsmiljø

Team for diabetes og graviditet

- Indkalder straks den gravide til undersøgelse, vurdering og planlægning af det videre forløb
  - Kontrollen af gravide kvinder med ukompliceret prægestationel diabetes med god regulation kan følges på Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg indtil graviditetsuge 34
  - Kontrollen af den øvrige gruppe gravide med prægestationel diabetes skal følges på OUH i hele graviditeten
- Vejleder om og udfører prænatal diagnostik

### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling, OUH

- Der stiles mod vaginal forløsning
- Partus provocatus tilbydes ved graviditetsuge 38-40
- Ved fosterskøn > 4000 g er der ofte indikation for sectio, som planlægges udført ved graviditetsuge 38

### **Efter fødslen**

Indlæggelse i barselperioden til observation anbefales, med henblik på opfølgning af mor og barn ved diabetes-team'et.

### **Senere opfølgning**

Prægestationel optimering af diabetes og behandling af eventuelle komplikationer, samt kontrol efter fødslen foretages på den henvisende afdeling

- Diabetessygeplejerske og diætist efter 2- 4 uger samt ved behov
- Diabetesambulatoriet efter 2-3 måneder

#### 28.1.6.2.4 Morbus Addison

##### **Definition**

Addisons sygdom eller kronisk binyrebarkinsufficiens (som også kaldes primær binyrebarkinsufficiens) er en lidelse med langsom udvikling, som fører til fysisk svaghed, træthed, væggtab, pigmentering af hud og slimhinder, kvalme, opkastninger og lavt blodtryk. Lidelsen skyldes nedsat dannelse af binyrebarkhormoner efter ødelæggelse af binyrebarken pga. autoimmunitet eller tuberkulose, og ses også efter langvarig behandling med binyrebarkhormon.

Diagnosen stilles ved at måle blodets indhold af kortisol og ACTH. Ved mistanke om sygdom i hypofysen kan henvises til MR-scanning. Behandling med binyrebarkhormoner er livsreddende og sikrer et næsten normalt liv.

##### **Hyppighed**

Sjældent forekommende. Addisons sygdom på baggrund af autoimmun sygdom er arveligt betinget i 50% af tilfældene.

##### **Risici**

For kvinden

- Diabetes
- Nedsat eller forhøjet stofskifte
- Infertilitet
- B12-mangel

For barnet: ingen risiko ved velreguleret mor.

##### **Prækonceptionel rådgivning**

Kvinder med velbehandlet Addisons sygdom kan uden problemer blive gravide, og gennemføre en normal fødsel.

##### **Håndtering**

###### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Henviser den gravide til svangreambulatoriet på obstetrisk specialafdeling, Odense Universitetshospital (OUH)

Svangreambulatoriet på OUH

- Indkalder den gravide til undersøgelse i det fælles obstetrisk/ endokrinologiske ambulatorium (Behov for substitution kan stige, især i tredje trimester af graviditeten).

###### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling, OUH.

###### **Efter fødslen**

Indlæggelse i barselperioden til observation anbefales.

###### **Senere opfølgning**

Kvinden reguleres i substitutionsbehandling i samråd med endokrinologisk afdeling på OUH.

#### 28.1.6.2.5 Conn's syndrom

##### **Definition**

Conn's syndrom skyldes øget dannelse af et binyrebarkhormon (aldosteron) fra en lille, godartet svulst i binyrerne (hypofysen). Symptomerne er blodtryksforhøjelse, lavt blodkalium og eventuel muskelsvaghed. Operation er helbredende.

##### **Hyppighed**

Sjældent forekommende.

### **Risici**

For moderen er der risiko for præeklamsi og patologiske væsketal

For fosteret er der risiko for

- Præterm fødsel/ forløsning
- Utilstrækkelig placentafunction med intrauterin væksthæmning/ intrauterin asfyksi
- Abruptio placentae
- Fosterdød

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Henviser den gravide til svangreambulatoriet på obstetrisk specialafdeling, Odense Universitetshospital (OUH)

Svangreambulatoriet på OUH

- Indkalder den gravide til undersøgelse i det fælles obstetrisk/ endokrinologiske ambulatorium

#### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling, OUH.

#### **Efter fødslen**

Ingen specielle anbefalinger.

## **28.1.6.2.6 Morbus Cushing**

### **Definition**

*Cushings syndrom* udvikler sig langsomt med overvægt, fuldmåneansigt, fysisk svaghed, hurtig udtrætning, øget kropsbehåring, hypertension, ophør af menstruation, blålige striber og blodudtrædninger i huden, osteoporose, diabetes mellitus og personlighedsforandring. Syndromet skyldes øget dannelse af binyrebarkhormon og eventuelt mandligt kønshormon på grund af overproduktion af ACTH i hypofysen (hos 70 %), eller en ACTH-producerende kræftsvulst uden for binyrerne (10 %). Hos resten er der en svulst i binyrerne, i halvdelen af tilfældene godartet, ellers ondartet (kræft).

Diagnosen stilles ved måling af binyrebarkhormoner (kortisol) i blod og urin, ultralydsundersøgelse og CT-scanning af binyrer og hypofyse. Ved vedvarende højt niveau henvises til specialafdeling med henblik på et større undersøgelsesprogram. Behandlingen er sædvanligvis kirurgisk, men medicinsk behandling, røntgenbestråling og kemoterapi kan komme på tale.

### **Hyppighed**

Sjældent forekommende.

### **Risici**

Der er risiko for præeklamsi, gestationel diabetes, hjerteproblemer, præterm fødsel. Forøget maternal og føtal mortalitet. Neonatal hypoglycæmi.

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Henviser den gravide til svangreambulatoriet på obstetrisk specialafdeling, Odense Universitetshospital (OUH)

Svangreambulatoriet på OUH

- Indkalder den gravide til undersøgelse i det fælles obstetrisk-/ endokrinologiske ambulatorium

### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling, OUH.

### **Efter fødslen**

Indlæggelse i barselperioden til observation anbefales.

### **Senere opfølgning**

Kvinden følges efterfølgende på medicinsk afdeling, OUH.

## **28.1.6.2.7 Glucose-6-fosfatdehydrogenasemangel (G6PD-mangel)**

### **Hyppighed**

0,5-3 % af den mandlige befolkning i Middelhavslandene har enzymmanglen. Prævalensen i Mellemøsten, Pakistan og Indien i visse områder er over 10 %.

Tilstanden er X-bundet, hvorfor sygdomsmanifestationerne er langt mere udtalte hos mænd end hos kvinder.

### **Risici**

Der kan ses udtalt neonatal icterus hos nyfødte med G6PD-mangel.

Hæmolyse kan opstå ved indtagelse af visse fødeemner, visse former for medicin, samt ved stress.

### **Håndtering**

#### **Prækonceptionel rådgivning**

Den praktiserende læge

- Henviser den gravide/ parret til genetisk rådgivning såfremt både kvinden og manden er heterozygote
- Prænatal diagnostik er mulig

Obstetrisk speciallæge

- Vejleder kvinden med henblik på håndtering af ny graviditet, herunder eventuel genetisk vejledning

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Hos risikogrupper med anæmi bør der tages følgende blodprøver :
  - Hæmoglobin
  - MCV
  - S-ferritin
  - S-jern

Er der tegn til mikrocytær anæmi med normalt eller forhøjet S-jern , tages desuden

- fraktioneret hæmoglobin

- Henviser den gravide til svangreambulatoriet

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide med henblik på nærmere udredning, opfølgning og kontrol i graviditeten

### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling.

### **Efter fødslen**

Tilbud om indlæggelse i barselsperioden, idet barnet bør observeres på neonatalafdeling i 1-2 døgn på grund af øget risiko for anæmi/ hæmolyse og icterus.

## **28.1.6.3 Neurologiske sygdomme**

### **28.1.6.3.1 Epilepsi**

### **Hyppighed**

Epilepsi optræder med en hyppighed på 5 pr. 1.000 gravide.

### **Risici**

Såvel epilepsi som den nødvendige medicinske behandling øges risikoen for misdannelser hos fosteret, især neuralrørsdefekter.

Desuden ændres kvindens vægt og vandfase, således at en medicinøgning ofte vil være nødvendig.

Uden justering vil op mod 25 % af gravide epileptikere opleve øget hyppighed af anfald under graviditeten.

Epilepsi med hyppige anfald giver forøger misdannelsesrisikoen (læbe-/ ganespalte, hjertemisdannelse og skeletmisdannelser) cirka 3 gange. Misdannelserne ses hyppigst efter flerstofbehandling.

Deprakine (valproat) og Carbamazepin (tegretol) giver 1-2,5 % risiko for neuralrørsdefekter.

Fosteret har øget risiko for præmaturitet og lav fødselsvægt.

### **Håndtering**

#### **Prækonceptionel rådgivning**

Det er vigtigt, at kvinden får en relevant rådgivning, som bør starte inden konceptionen.

Den praktiserende læge eller kontrollerende neurolog

- Forestår justering af medicin til så få præparater som muligt, helst monoterapi
- Ordinerer Folsyretilskud 5 mg dagligt fra ophør med antikonception, til og med 1. trimester

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Henviser den gravide tidligst muligt til svangreambulatoriet, med henblik på genetisk rådgivning og vejledning
- Henviser ligeledes den gravide til neurologisk afdeling med henblik på justering og kontrol af den medicinske behandling

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide snarest efter modtagelse af henvisningen
- anbefaler prænatal screening ifølge retningslinjerne. Amniocentese er normalt ikke indiceret
- anbefaler misdannelsesskanning i uge 18-20, især med henblik på neuralrørsdefekter
- Kontrol i obstetrisk ambulatorium i uge 36, herunder ultralydsscanning
- Tablet Menadion 20 mg dagligt fra uge 36

#### **Fødslen**

- Fødslen bør foregå obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling
- Stile mod vaginal fødsel
- K-vitamin til barnet på vanlig vis

#### **Efter fødslen**

- Indlæggelse i barselperioden til observation anbefales
- Amning er ikke kontraindiceret
- Barnet har risiko for hypoglykæmi og følges med BS, samt ses af pædiater inden udskrivelsen, dog under indlæggelsen ved suspekt klinik

#### **Senere opfølgning**

Inden udskrivelsen planlægges der opfølgning hos neurolog 2-4 uger post partum, med henblik på medicinjustering

### **28.1.6.3.2 Sclerosis disseminata**

#### **Hyppighed**

1 pr. 100.000, hyppigst hos kvinder, og oftest debuterende i aldersgruppen 20-50 år.

#### **Risici**

Afhængig af sygdommens grad kan kvindens almentilstand forværres ved graviditet. Vaginal fødsel kan eventuelt være vanskelig. Der ses ofte attack post partum (40 %).

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Henviser den gravide til svangreambulatoriet og neurologisk afdeling, med henblik på det videre forløb Svangreambulatoriet
- Indkalder den gravide med henblik på nærmere udredning, opfølgning og kontrol i graviditeten i samarbejde med neurologisk afdeling

#### **Fødslen**

Fødsel på obstetrisk specialafdeling anbefales.

#### **Efter fødslen**

Indlæggelse i barselperioden anbefales.

### **28.1.6.3.3 Myasthenia gravis**

#### **Hyppighed**

Sygdommen optræder med en hyppighed på 0,4 pr. 100.000 indbyggere, 3 gange hyppigere hos kvinder.

#### **Risici**

Sygdommen forværres ofte under graviditet. Cirka 15 % af nyfødte rammes af forbigående symptomer på myasthenia på grund af maternel overførsel af IgG via placenta (antistoffer mod acetylcholinreceptorer). Symptomerne forsvinder på få uger.

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Henvises den gravide til svangreambulatoriet og neurologisk afdeling med henblik på det videre forløb Svangreambulatoriet
- Indkalder den gravide med henblik på nærmere udredning, opfølgning og kontrol i graviditeten i samarbejde med neurologisk afdeling

#### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling.

#### **Efter fødslen**

Barnet observeres på neonatalafdeling.

### **28.1.6.4 Psykiske sygdomme**

Der henvises til afsnit 28.3.6 "Gravide med psykiske sygdomme".

### **28.1.6.5 Hjertesygdomme**

#### **Hyppighed**

Hyppigheden af kongenitte og erhvervede hjertesygdomme blandt gravide er ukendt.



### **Risici**

Under graviditeten ses fysiologisk dilatation af hjertet og øget myokardiel kontraktilitet. Kvinder med hjertesygdom kan ikke altid tilpasse disse ændringer i tilstrækkelig grad, og graviditeten kan derfor indebære en øget risiko for kvinden.

### **Håndtering**

#### **Prækonceptionel rådgivning**

Den praktiserende læge

- Henviser kvinder med kendt kardiomyopati, klaplidelse eller iskæmiske hjertelidelser til obstetrisk specialafdeling med henblik på genetisk og prækonceptionel rådgivning, i samråd med kardiolog

Obstetrisk speciallæge

- Vejleder i forhold til ovenstående

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Henviser den gravide med hjertesygdom til obstetrisk ambulatorium, så snart graviditeten er konstateret

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til nærmere udredning, opfølgning og kontrol i graviditeten
- Tilbyder fosterhertescanning og eventuel fosterekkocardiografi. Dette tilbydes ligeledes, hvis der er alvorlig hjertesygdom hos barnefaderen eller søskende.

#### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling med adgang til kardiologisk- og anæstesiologisk service

#### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

## **28.1.6.6 Kredsløbssygdomme**

### **28.1.6.6.1 Kronisk essentiel hypertension**

#### **Definition**

Kronisk hypertension: forhøjet blodtryk, der er til stede allerede før graviditeten, eller som opstår før graviditetsuge 20.

#### **Hyppighed**

Kronisk essentiel hypertension optræder med en hyppighed på 7-8 pr. 1.000 gravide.

#### **Risici**

Medfører øget risiko for

- Præeklampsi
- Præterm fødsel
- Intrauterin væksthæmning
- Abruptio placentae

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Under graviditeten tilstræbes et BT systolisk < 140 og diastolisk < 90 målt i siddende position. Det er almindeligt, at blodtryk hos kvinder med essentiel hypertension falder til normale værdier i første del af graviditeten, således at der eventuelt kan holdes pause med medikamentel behandling.

Den praktiserende læge

- Seponerer ACE-hæmmere, når graviditeten er konstateret (teratogen effekt). Diuretikabehandling er kontraindiceret
- Kontrollerer s-kreatinin, elektrolytter og s-urat ved 1. lægeundersøgelse.
- Henviser så tidligt som muligt den gravide med kendt essentiel hypertension til svangreambulatoriet, med henblik på ændring af den antihypertensive behandling til **Dopamet**, samt planlægning af kontrolprogram
- Tilråder udredning af thyreoideasygdom eller nyrelidelse, hvis hypertensionen først konstateres ved 1. graviditetsundersøgelse, hvorfor den gravide henvises til svangreambulatoriet

#### Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til nærmere udredning, opfølgning og kontrol i graviditeten snarest efter modtagelse af henvisningen

#### **Fødslen**

Hvis tilstanden er stabil/ BT velreguleret, kan kvinden føde på specialafdeling uden neonatalafdeling. Hvorvidt fødslen skal foregå på specialafdeling med neonatalafdeling, vil afhænge af kvindens tilstand og graviditetens forløb.

#### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb. Svært behandlelige tilfælde kræver ofte indlæggelse.

#### **Senere opfølgning**

- Kvinder med kronisk hypertension er som regel i et medicinsk behandlingsforløb ved graviditetens indtræden. Den medicinske behandling fortsætter i vanlig dosis efter fødslen.
- Kontrol hos den praktiserende læge cirka 1 uge efter udskrivelsen med henblik på fortsat behandling, samt eventuel henvisning til medicinsk afdeling
- Såfremt der er hypertension på baggrund af kronisk nyresygdom/ -skade, eller hvis den hypertensive lidelse har medført organskade, bør behandlingen varetages i samarbejde med nefrologisk afdeling

## **28.1.6.7 Thromboemboliske lidelser**

#### **Hyppighed**

Tromboemboliske lidelser optræder med en hyppighed på 3-12 pr. 1.000 gravide.

### **28.1.6.7.1 Tidligere emboli/ trombose**

#### **Risici**

Gravide med tidligere dyb venetrombose og/ eller lungeemboli har en 10 gange øget risiko for recidiv i aktuelle graviditeten.

#### **Håndtering**

Hvorvidt der skal gives profylaktisk eller terapeutisk behandling i graviditeten, til kvinder med tidligere dyb venetrombose og/ eller lungeemboli, vurderes i hvert enkelte tilfælde af obstetriker med specialviden indenfor tromboemboliske lidelser.

#### **Prækonceptionel rådgivning**

Den praktiserende læge informerer om antikoagulationsbehandling ved graviditet.

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Anbefaler behandling med støttestrømper og venepumpeøvelser
- Henviser straks efter konstatering af graviditeten til svangreambulatoriet med henblik på opstart/ ændring af medicinsk behandling

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til nærmere udredning tidligt i graviditeten, med henblik på antikoagulationsbehandling

#### **Fødslen**

Fødsel på obstetrisk specialafdeling anbefales.

#### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb. Afhængig af årsager og behandling kan observation på barselsafsnit komme på tale, med henblik på omstilling til eventuel peroral behandling.

#### **Senere opfølgning**

Antikoagulationsbehandling fortsættes oftest 6 uger post partum, dog afhængig af årsag.

### **28.1.6.7.2 Dyb venetrombose (DTV), debuteret i graviditeten**

#### **Risici**

Lungeemboli, som komplikation til dyb venetrombose opstået i graviditeten. Diagnosen bekræftes ved ultralydsundersøgelse. Spinal CT scanning og eventuel lungeperfusionsscintigrafi.

#### **Håndtering**

##### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Henviser kvinden ved mistanke om dyb venetrombose i forbindelse med graviditet, fødsel eller barselsperiode akut til indlæggelse på obstetrisk specialafdeling

Obstetrisk specialafdeling/ svangreambulatoriet

- Varetager den nærmere udredning, opfølgning og behandling, herunder relevant medicinsk behandling

#### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling.

#### **Efter fødslen**

Tilbud om indlæggelse i barselperioden efter behov

- Hurtig mobilisation og fortsat brug af støttestrømper
- Amning er ved brug af LMWH ikke kontraindiceret

#### **Senere opfølgning**

Antikoagulationsbehandling fortsætter i 6-8 uger post partum.

Kvinder som udvikler tromboemboliske sygdomme under graviditeten, skal efterfølgende tilbydes udredning på Koagulationsambulatorium eller på Klinisk Immunologisk afdeling.

### **28.1.6.7.3 Faktor 5 Leiden**

#### **Definition**

Faktor V Leiden er en nedarvet variant af æggevidestoffet Faktor V.

#### **Hyppighed**

6,6 %.

#### **Risici**

Øget tendens til emboli, særligt i ben og lunger. En stor del af mennesker med Faktor V Leiden får dog aldrig emboli.

## **Håndtering**

### **Prækonceptionel rådgivning**

Ved behov, afhængig af anamnesen og heterozygositet.

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Foretager udredning på gravide med familiær disposition. (Oftest udredes den gravide på den afdeling, hun indlægges på)
- Henviser den gravide med kendt Faktor 5 Leiden til svangreambulatoriet

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide med henblik på opfølgende undersøgelse, samt eventuel medicinering
- Varetager den nærmere udredning, opfølgning og kontrol i graviditeten

### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling.

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barsel vil afhænge af det aktuelle forløb.

### **Senere opfølgning**

Opfølgning sker oftest via praktiserende læge.

## **28.1.6.8 Respiratoriske sygdomme**

### **28.1.6.8.1 Astma**

#### **Hyppighed**

Ca. 3 % af de gravide har behandlingskrævende astma.

#### **Risici**

En del kvinder med astma oplever en forværring af tilstanden i graviditeten. Under graviditeten stilles større krav til lungefunktionen med øget oxygenforbrug og stigning i minutventilationen.

## **Håndtering**

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Fastholder så vidt muligt vanlig medicinsk behandling
- Henviser den gravide til svangreambulatoriet

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til undersøgelse og regulering af medicinindtag, således at hun er symptomfri
- Behandling med beta-2-agonister og inhalationssteroider kan fortsætte under hele graviditeten

### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling.

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

## 28.1.6.9 Mave- og tarmsygdomme

### **Hyppighed**

Colitis ulcerosa optræder med en hyppighed på 120 pr. 100.000 indbyggere

Morbus Crohn optræder med en hyppighed på 30-60 pr. 100.000 indbyggere og debuterer oftest i aldersgruppen 15-30 år.

### **Risici**

Graviditet influerer ikke negativt på forløbet af inflammatorisk tarmsygdom, og recidivraten er ikke øget. Kvinder med inaktiv sygdom ved konceptionen har samme risiko for opblussen i sygdommen som ikke gravide.

Aktiv sygdom ved konception og recidiv under graviditeten udgør risici for abnormt forløb af graviditeten, specielt ved Morbus Crohn.

Øget frekvens af

- Præterm fødsel
- Lav fødselsvægt (small for gestational age)
- Intrauterin væksthæmning
- Sectio

Forsigtighed ved brug af NSAID præparater, som kan give opblussen i sygdomme.

### 28.1.6.9.1 Colitis Ulcerosa

#### **Håndtering**

Fastholdelse af remission før og under graviditet er essentiel. Dette opnås bedst i et samarbejde imellem medicinsk gastroenterolog og obstetrikere.

#### **Prækonceptionel rådgivning**

Den praktiserende læge

- Fraråder graviditet, hvis tarmsygdommen er udbredt og ikke er i ro

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- anbefaler folinsyre 0,4 mg dagligt under graviditeten, hvis kvinden er i behandling med Salazopyrin eller Pentase
- henviser den gravide til svangreambulatoriet med henblik på undersøgelse ved obstetrisk speciallæge og gastro-enterolog

Svangreambulatoriet

- indkalder den gravide til undersøgelse og regulering af medicinindtag
- varetager den nærmere udredning, opfølgning og kontrol i graviditeten, herunder tilvækstskanning eksempelvis i graviditetsuge 30 og 34 grundet øget risiko for intrauterin væksthæmning
- hyppigere kontrol ved opblussen i sygdommen

#### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling med adgang til peroperativ vurdering ved speciallæge i gastro-enterologi

- vaginal fødsel anbefales
- elektivt sectio anbefales, hvis der er stor risiko for total kolektomi, samt ved ønske om fremtidig pouch-operation

#### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

### 28.1.6.9.2 Morbus Crohn

### **Håndtering**

Fastholdelse af remission under graviditet er særdeles vigtig. Dette opnås bedst i et samarbejde mellem medicinsk gastroenterolog og obstetriker.

### **Prækonceptionel rådgivning**

Den praktiserende læge

- Fraråder graviditet, hvis tarmsygdommen er udbredt og ikke er i ro

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- anbefaler folinsyre 0,4 mg dagligt under graviditeten, hvis kvinden er i behandling med Salazopyrin eller Pentase,
- henviser til svangreambulatoriet, med henblik på undersøgelse ved obstetrisk speciallæge og gastroenterolog

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til undersøgelse og regulering af medicinindtag
- Varetager den nærmere udredning, opfølgning og kontrol i graviditeten, herunder tilvækstskanning eksempelvis i graviditetsuge 30 og 34, grundet øget risiko for intrauterin væksthæmning. Aktiv sygdom medfører en øget risiko for præterm fødsel og intrauterin væksthæmning

### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling med adgang til peroperativ vurdering ved speciallæge i gastro-enterologi

- Vaginal fødsel anbefales, hvis der ikke er aktivitet i sygdommen
- Elektivt sectio anbefales, hvis der er aktive perianale fistler eller abscesser
- Elektivt sectio anbefales også ved væsentlige cicatricielle forandringer i vagina/ perineum, samt ved øget obstetrisk risiko for akut sectio

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

## **28.1.6.9.3 Gravide med stomi**

### **Hyppighed**

Sjældent forekommende.

### **Risici**

Bristning/ sphincterruptur ved vaginal fødsel, med efterfølgende sequelae.

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- henviser den gravide til obstetrisk svangreambulatorium på sygehus med adgang til gastroenterologisk ekspertise

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til nærmere udredning, opfølgning og kontrol i graviditeten, i samarbejde med gastroenterologisk afdeling

#### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling med adgang til peroperativ vurdering ved speciallæge i gastro-enterologi

- Vaginal fødsel anbefales almindeligvis
- Elektivt sectio ved ueftergiveligt perineum, samt ved øget obstetrisk risiko for akut sectio

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

## **28.1.6.9.4 Gravide med pouch**

### **Hyppighed**

Sjældent forekommende.

### **Risici**

Bristning/ sphincterruptur ved vaginal fødsel, med efterfølgende sequelae.

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Henviser den gravide til obstetrisk svangreambulatorium på sygehus med adgang til gastro-enterologisk ekspertise)

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til opfølgning i graviditeten, i samarbejde med gastro-enterologisk afdeling

#### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling med adgang til peroperativ vurdering ved speciallæge i gastro-enterologi.

- Vaginal fødsel anbefales almindeligvis
- Elektivt sectio ved ueftergiveligt perineum, samt ved øget obstetrisk risiko for akut sectio

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

## **28.1.6.9.5 Gastric bypass (GBy) og gastric banding (GBa)**

### **Hyppighed**

I Region Syddanmark er der foretaget cirka 1000 fedmeoperationer på kvinder i den fertile alder de seneste 5 år (2009) og i de kommende år ventes antallet at stige til 300-500 årligt. En del af disse kvinder har et uhonoreret graviditetsønske og vil blive spontant gravide efter passende væggtab.

Skønsmæssigt vil der de kommende år være cirka 30 gravide fedmeopererede kvinder årligt.

### **Risici**

Der foreligger kun få, mindre studier på området. Disse tyder på, at fedmekirurgi medfører forbedret fertilitet og reduktion i risikoen for komplikationer (herunder gestationel diabetes, hypertensive tilstande i graviditeten og for høj fødselsvægt) i sammenligning med svært overvægtige kvinder. Der synes dog at være en øget risiko for intrauterin væksthæmning.

For begge typer operation gælder

- Ved risikofaktorer for gestationel diabetes (GDM) kan der ikke udføres en almindelig diagnostisk glukosebelastning på grund af ændret ventrikelvolumen og -tømming. Dels fordi undersøgelsen er meget ubehagelig ("dumping", i form af kvalme, svedtendens, almen utilpashed), dels fordi resultatet ikke kan fortolkes. I den situation er man henvist til at oplære den gravide i blodsukkermålinger og følge hende med profiler 1-2 gange om ugen.
- Ved manglende effekt af operationen er der øget risiko for komplikationer, som for andre overvægtige (herunder GDM, store børn, hypertension, præeklamsi, sectio, anæstesi- og operationskomplikationer). Se håndtering af Overvægtige gravide afsnit XX "Gravide med BMI  $\geq 27$ "

For den enkelte operationstype gælder

- GBa: der kan optræde problemer med den begrænsede kapacitet i mavesækken, således at båndet skal løsnes
- GBy: risiko for malabsorption af næringsstoffer og vitaminer. Kan i teorien føre til misdannelser eller påvirke udviklingen af fosteret. Moderen kan udvikle mangelsymptomer som for eksempel anæmi. Optagelsen af velindicerede lægemidler (eksempelvis antibiotika) kan være kompromitteret. Der kan være komplicerende operative faktorer, så som hernier og overskydende væv efter væggtabet (abdomen pendens)

## **Håndtering**

### **Prækonceptionel rådgivning**

Der foreligger en national protokol vedrørende kirurgisk behandling af svær fedme. (Fællesprotokol for behandling af svær fedme i Danmark. Dansk selskab for adipositasforskning. Link til [www.dsaf.dk](http://www.dsaf.dk))

I denne anbefales, at en eventuel graviditet først planlægges to år efter indgrebet, da patienten i den mellemliggende periode typisk er i en tilstand med hurtigt væggtab – det vil sige en ustabil tilstand hvad angår energiomsætning. Der er ikke andre centrale udmeldinger på området vedrørende graviditet og fødsel, og da behandlingen er forholdsvis ny i Danmark, er erfaringsgrundlaget ringe.

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Henviser den gravide til kontrol på Odense Universitetshospital (OUH)

Jordemoderen

- Tilbyder ved behov ekstra undersøgelser

Svangreambulatoriet på OUH

- Indkalder den gravide til undersøgelse i fælles endokrinologisk/ obstetrisk regi
- Håndteringen sker i et tværfagligt team bestående af diætist, diabetes-sygeplejerske (oplæring i blodsukkermåling), obstetriker, neonatolog og endokrinolog, der kan vurdere behovet for eventuel båndløsning
- Ved fedme – se håndtering af overvægtige gravide afsnit 28.3.2 Gravide med prægravid BMI  $\geq$  27

### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på OUH, med det formål at samle erfaringer på området GBa og GBy

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb. Indlæggelse i barselperioden beror på en individuel vurdering.

### **Senere opfølgning**

Opfølgning post partum i form af ambulant kontrol på OUH, med henblik på evaluering.

## **28.1.6.10 Reumatiske sygdomme**

### **28.1.6.10.1 Bindevævssygdomme**

- **Reumatoid artrit**
- **Systemisk Lupus Erythematosus (SLE)**
- **Periarteritis nodosa (polyarteritis nodosa)**

#### **Generelt**

Bindevævs sygdomme optræder med en hyppighed på 1 pr. 2.000 gravide, og debuterer hyppigst hos kvinder i den fertile alder, dog sjældent under graviditeten.

De sygdomsrelaterede autoantistoffer er oftest af IgG typen, som passerer placentabarrieren, hvorfor der er potentiel risiko for påvirkning af barnet.

## **Rheumatoid artrit**



### **Hyppighed**

Sjældent forekommende.

### **Risici**

For moderen

- Øget forekomst af intrauterin væksthæmning
- Nogen risiko for exacerbation i puerperiet

For barnet

- Øget risiko for medfødt hjerteblok.
- NSAID- og acetylsalicylsyre præparater bør undgås i 3 trimester på grund af risiko for præmatur lukning af ductus arteriosus og neonatal blødning.

Er sygdommen i ro, er risikoen ikke større end ved raske gravide. En stor del oplever bedring af grundsygdommen under graviditeten

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Fastholder behandling med steroider og/ eller Salazopyrin under graviditeten, såfremt den gravide er i behandling med dette før graviditetens indtræden
- Henviser den gravide til svangreambulatoriet

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til nærmere udredning, opfølgning og kontrol i graviditeten.
  - Er behandling under graviditeten nødvendig, anvendes primært Paracetamol
  - NSAID- og acetylsalicylsyre præparater bør undgås i 3 trimester på grund af risiko for præmatur lukning af ductus arteriosus og neonatal blødning

#### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på specialafdeling med neonatalafdeling.

#### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb

- Behandling med steroider og/ eller Salazopyrin fastholdes post partum, såfremt den gravide er i behandling med dette før og under graviditeten
- Anbefaling vedrørende amning vil afhænge af den medicinske behandling

## **Systemisk lupus erythematosus (SLE)**

### **Hyppighed**

Sjældent forekommende.

Antifosfolipid-syndrom kan optræde sammen med SLE, men også alene.

### **Risici**

Cirka 25 % af gravide med SLE oplever forværring af sygdommen i løbet af graviditeten, og i barselsperioden.

Forekomsten af cirkulerende lupus antikoagulans eller cardiolipin-antistoffer forværrer prognosen for både den gravide og fostret.

Øget risiko for

- Spontan abort
- Intrauterin væksthæmning

- Intrauterin fosterdød
- Abruptio placentae
- Præeklamsi
- Tromboemboliske komplikationer
- Trombocytopeni

Størst risiko hos patienter med vaskulitis, trombocytopeni og påvirket nyrefunktion.

## **Håndtering**

### **Prækonceptionel rådgivning**

Den praktiserende læge

- Tilråder prækonceptionel rådgivning og henviser kvinden til obstetrisk speciallæge på Odense Universitetshospital (OUH)

Obstetrisk speciallæge, OUH

- Indkalder kvinden til samtale og prækonceptionel vejledning

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Henviser den gravide til svangreambulatoriet på OUH snarest efter konstatering af graviditeten

Svangreambulatoriet på OUH

- Indkalder den gravide umiddelbart efter modtagelse af henvisningen, og vurderer i samråd med immunologisk afdeling sygdomsaktiviteten (lupus antikoagulans, cardiolipin antistoffer og Sjögren specifikke antistoffer), samt varetager den nærmere udredning, opfølgning og kontrol i graviditeten

### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling, Odense Universitetshospital (OUH).

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

## **Periarteritis nodosa (polyarteritis nodosa)**

### **Hyppighed**

Sjældent forekommende.

### **Risici**

Prognosen er yderst alvorlig for både mor og barn. Der er betydelig øget risiko for forværring af sygdommen under graviditeten og i barselperioden, undertiden med fulminant forløb.

Cirka 10 % af graviditeter, som når 3. trimester, kompliceres af intrauterin fosterdød.

## **Håndtering**

### **Prækonceptionel rådgivning**

Den praktiserende læge

- Fraråder kvinder med periarteritis nodosa graviditet
- Henviser kvinden til obstetrisk speciallæge på OUH

Obstetrisk speciallæge

- Indkalder kvinden til prækonceptionel vejledning. Kvinder med beskeden eller ingen renal involvering, og hvor sygdommen har været i remission i mere end 6 måneder, har den bedste prognose for succesfuld graviditet

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Henviser den gravide til obstetrisk specialafdeling Odense Universitetshospital (OUH) snarest efter konstatering af graviditeten

Svangreambulatoriet på OUH

- Indkalder den gravide snarest efter modtagelse af henvisningen, til nærmere udredning, opfølgning og kontrol i graviditeten

### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling, OUH.

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

## **28.1.6.11 Nyresygdomme**

### **Hyppighed**

Ukendt.

### **Risici**

Ved nedsat nyrefunktion: øget risiko for yderligere nedsættelse af nyrefunktionen under graviditet, hvilket kan resultere i

- Stigende proteinuri
- Hypertension
- Udvikling af præeklamsi

For barnet: øget risiko for

- Intrauterin væksthæmning
- Præterm fødsel
- Intrauterin fosterdød/
- Perinatal død

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Henviser den gravide med kronisk nyresygdom tidligt til obstetrisk specialafdeling, med henblik på vurdering og eventuel behandling i samråd med nefrolog

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til nærmere udredning, opfølgning og kontrol i graviditeten

### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling.

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

## **28.1.6.12 D-vitaminmangel**

### **Hyppighed**

Ukendt.

Indvandrerkvinder fra Mellemøsten, Asien og afrikanske lande har stor risiko for at udvikle D-vitaminmangel.

### **Risici**

Mangel på D-vitamin kan medføre osteomalaci og rickets hos børn

En publiceret undersøgelse har vist en cirka 4 gange større sandsynlighed for forløsning ved akut sectio hos kvinder med lavt D-vitamin (< 37nmol/l).

Høje doser af D-vitamin under graviditet og i ammeperioden vil kunne reducere risikoen for udvikling af type 1 diabetes hos barnet.

Særligt udsatte risikogrupper

- Tilslørede kvinder, samt indvandrerkvinder, som har bevaret oprindelseslandets levemåde
- Kvinder med øget hudpigmentering
- Kvinder med Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, ventrikel- eller tarmresektion, og cøliaki
- Kvinder med lever- eller nyreinsufficiens
- Overvægtige kvinder, især med BMI > 30kg/ m<sup>2</sup>
- Epileptikere i behandling med Fenytoin eller Carbamazepin
- Multiparae

### **Håndtering**

Sundhedsstyrelsen anbefaler alle gravide et D-vitamin tilskud på 10 µg dagligt gennem hele graviditeten. Et indtag på 10 µg dagligt er dog langt fra tilstrækkeligt til at sikre et optimalt niveau af 25-OH-D3.

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Screener på vid indikation tilslørede kvinder og andre udsatte grupper
- Stiller diagnosen "D-vitaminmangel" alene ved måling af 25-OHD3 (< 50 nmol/l).
- Måler i svære tilfælde (med 25-OHD3 < 25 nmol/l) PTH og fri Ca<sup>-</sup>ion
- Henviser den gravide til svangreambulatoriet ved behov for behandling

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til nærmere undersøgelse og behandling

### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af graviditetens forløb, samt undersøgelsesresultat.

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

### **Senere opfølgning**

Opfølgning sker via den praktiserende læge.

## 28.2 Infektionssygdomme

### 28.2.1.1 HIV

#### **Hyppighed**

I Danmark er ca. 0,1 % af befolkningen smittet med HIV, mens op til 30 % af befolkningen i det centrale og sydlige Afrika er smittede.

HIV infektion er særlig udbredt blandt kvinder

- Som er født eller opvokset i det centrale og sydlige Afrika, Sydøstasien, Sydamerika eller Indien
- Med nuværende eller tidligere intravenøst stofmisbrug
- Som har haft seksuel kontakt med intravenøs stofmisbruger
- Som har været prostituerede

#### **Risici**

HIV kan overføres fra en gravid kvinde til hendes barn gennem graviditeten, under fødslen og ved amning. Smitterisikoen er op til 40 %, men med medicinsk behandling kan den reduceres til under 1 %.

#### **Håndtering**

##### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Undersøger alle gravide for HIV infektion (med mindre at undersøgelsen aktivt fravælges)
- Henviser HIV-positive gravide til kontrol, behandling og fødsel på obstetrisk specialafdeling, Odense Universitetshospital (OUH) og infektionsmedicinsk afdeling på OUH
- Varetager fortsat graviditetsundersøgelser af den gravide

Jordemoderen

- Tilbyder graviditetsundersøgelser lokalt

Svangreambulatoriet på OUH

- Indkalder den gravide til undersøgelse, rådgivning, behandling og opfølgning i samarbejde med infektionsmedicinsk afdeling

##### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling OUH, Odense Universitetshospital..

##### **Efter fødslen**

Indlæggelse i barselperioden anbefales

- Amning frarådes, der tilbydes hjælp til hæmning af mælkedannelse

##### **Senere opfølgning**

Mor og barn følges på infektionsmedicinsk specialafdeling og børneafdeling.

### 28.2.1.2 Hepatitis

#### 28.2.1.2.1 Hepatitis B

##### **Hyppighed**

350 mio. mennesker i verden er kronisk smittede med Hepatitis B. Sygdommen er udbredt i Asien, Afrika og Sydamerika. Forekomsten er lav i Skandinavien (0,1 %).

##### **Risici**

Er den gravide HBV-bærer, er der er mere end 90 % risiko for at barnet smittes ved fødslen. 20 % af disse børn vil efter 20-30 år udvikle kronisk leversygdom, og 5 % vil få leverkræft.

## **Håndtering**

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Undersøger alle gravide for hepatitis B-surface antigen ( HBsAg) (med mindre at undersøgelsen aktivt fravælges)
- Henviser gravide med påvist HBsAg til obstetrisk specialafdeling, med henblik på kontrol i graviditeten og behandling af barnet efter fødslen

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til nærmere undersøgelse og udredning

### **Fødslen**

Fødslen tilrådes at finde sted på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling.

- Barnet behandles umiddelbart efter fødslen (immunisering og vaccinerings)

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

- Amning er ikke kontraindiceret

### **Senere opfølgning**

Opfølgning sker via den praktiserende læge, som foretager re-vaccination af barnet 1, 2 og 12 måneder post partum.

## **28.2.1.2.2 Hepatitis C**

### **Hyppighed**

0,2 % af befolkningen i Danmark er smittede - fortrinsvis intravenøse misbrugere.

### **Risici**

Risikoen for smitte fra mor til barn ved fødslen er mindre end 5 %.

Vaccine er endnu ikke tilgængelig.

## **Håndtering**

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Gravide stofmisbrugere bør undersøges for hepatitis C med anti-HCV.
- Gravide, der er HbsAg-positiv, bør ligeledes undersøges for hepatitis C
- Henviser gravide, som er testet positive til obstetrisk specialafdeling

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til nærmere udredning, opfølgning og kontrol i graviditeten

### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling.

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

- Amning er ikke kontraindiceret.

### **Senere opfølgning**

Via infektionsmedicinsk afdeling

### 28.2.1.3 Herpes genitalis (simplex virus)

#### **Hyppighed**

30 % af den danske befolkning har antistoffer mod Herpes simplex virus type 2 (HSV-2).

#### **Risici**

Infektionen kan smitte den nyfødte og kan give alvorlig infektion. Ubehandlet kan infektionen give alvorlige skader eller være dødelig.

Risikoen er størst for barnet, hvis den gravide får det primære udbrud så sent i graviditeten, at hun ikke er serokonverteret før fødslen

#### **Håndtering**

##### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Foretager podning fra ny læsionen og/ eller bestemmelse af herpes titer, hvis den gravide angiver at have haft herpes, og immunstatus ikke er kendt
- Henviser den gravide til svangreambulatoriet, såfremt hun ikke har antistoffer. Dette anføres på svangrejournalen
- Henviser endvidere den gravide ved recidiverende udbrud

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til nærmere udredning og plan for fødslen
- Ved recidiverende herpes udbrud kan der profylaktisk gives Aciclovir 400 mg x 2 de seneste 4 uger før forventet fødsel

##### **Fødslen**

- Fødslen bør finde sted på specialafdeling med neonatalafdeling ved kendt primær infektion
- Ved primært udbrud, eller endnu ikke ophelede elementer efter primært udbrud på fødselstidspunktet, udføres sectio.

##### **Efter fødslen**

Anbefalingen vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

- Amning er ikke kontraindiceret

### 28.2.1.4 Syfilis

#### **Hyppighed**

Sjældent, men stigende i Danmark. I 2003 diagnosticeredes 63 tilfælde af syfilis hos kvinder.

Der er anmeldt to tilfælde af medfødt syfilis siden den generelle screening ophørte i 1998.

Syfilisinfektion er særlig udbredt blandt kvinder, som selv – eller hvis seksualpartner - er født eller opvokset i, eller har haft længerevarende ophold i Afrika, Asien, Sydamerika, Baltikum, Rusland og Østeuropa.

#### **Risici**

Transplacentær smitte kan medføre

- Abort
- Intrauterin fosterdød
- Medfødt syfilis, som kan resultere i en række forskellige kroniske tilstande, eksempelvis misdannelser og mental retardering. Milde tilfælde opdages måske først senere i livet.

#### **Håndtering**

##### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Undersøger alle gravide for syfilis (med mindre at undersøgelsen aktivt fravælges)

- Henviser gravide til svangreambulatoriet ved positiv serologi for syfilis, for endelig diagnostik og behandling

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til videre udredning og behandling (antibiotisk behandling)

### **Fødslen**

Fødslen bør finde sted på specialafdeling med neonatalafdeling.

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb

- Amning er ikke kontraindiceret

## **28.2.1.5 Gonoré**

### **Hyppighed**

I Danmark diagnosticeredes 84 tilfælde af gonoré hos kvinder i 2008.

Der er dog kun anmeldt et tilfælde af erhvervet gonoré ved fødslen i perioden 1997-2006.

I resten af Europa, især Østeuropa, samt i store dele af Asien og Afrika er hyppigheden meget kraftigt stigende.

### **Risici**

10 % af smittede kvinder udvikler salpingitis med risiko for senere infertilitet.

Hvis barnet smittes med gonokokker i øjet under fødslen og ikke behandles, kan det medføre en svær øjeninfektion med risiko for blindhed.

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Poder gravide, der mener at have været udsat for smitte, for gonokokker fra uretra, cervix, rectum og svælg
- Henviser gravide, der er testet positive til svangreambulatoriet

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til videre udredning og behandling
- Behandler ved positivt mikroskopireultat ukomplicerede tilfælde med Ceftriaxon (cum lidocain) 250 mg i.m. som engangsdosis
- Behandler komplicerede tilfælde som ved ukompliceret gonoré, men i 3-5 dage.

### **Fødslen**

Ingen specielle anbefalinger.

### **Efter fødslen**

Ingen specielle anbefalinger.

Nyfødte med mistanke om gonokokbetændelse i øjet podes fra øjenpusset.

### **Senere opfølgning**

Gonoroisk konjunktivit hos nyfødte kan optræde inden for de første fire leveuger.

## **28.2.1.6 Klamydia**

### **Hyppighed**

For unge kvinder er infektionen meget udbredt. I Danmark blev der i 2007 diagnosticeret 26.000 tilfælde, men det antages, at der er dobbelt så mange udiagnosticerede tilfælde. Kvinder udgør 2/3 af tilfældene.



### **Risici**

For kvinden: salpingit med efterfølgende infertilitet og risiko for ekstrauterin graviditet  
For barnet: konjunktivit og pneumoni efter smitte påført under fødslen

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- anbefaler klamydiatest især til kvinder < 26 år, samt efter følgende kriterier
  - Overvejes ved hyppige partnerskift og "usikker sex" adfærd
  - Foretages ved kendt klamydiaeksposition
  - Foretages ved symptomer, som giver anledning til mistanke om infektion
  - Foretages ved anden påvist seksuelt overført infektion, uanset alder
- Behandling:
  - Azithromycin (Zitromax 1 gr. som engangsdosis)
- Varetager vanlige graviditetskontroller af den gravide

#### **Fødslen**

Ingen specielle anbefalinger.

#### **Efter fødslen**

Ingen specielle anbefalinger.

#### **Senere opfølgning**

Opfølgning sker via den praktiserende læge

- Der tages klamydiatest på barnet ved conjunctivit med rødme og pusdannelse (inkubationstid 2-3 uger)
- Klamydiatest overvejes ved pneumoni hos spædbørn (inkubationstid 1-6 måneder)

## **28.2.1.7 Bakteriel vaginose**

### **Hyppeghed**

6-32 % af alle gravide. I halvdelen af tilfældene er tilstanden symptomfri.

### **Risici**

Sandsynligvis risiko for præterm fødsel.

### **Håndtering**

Undersøges ved symptomer og eventuelt ved tidligere præterm fødsel.

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Stiller diagnosen ved hjælp af fasekontrast mikroskopi og behandler med Metronidazol ved behov
- Henviser gravide med bakteriel vaginose og/ eller tidligere præterm fødsel til svangreambulatoriet Svangreambulatoriet
- Indkalder den gravide til nærmere udredning

#### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af det aktuelle forløb.

#### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

## **28.2.1.8 Candidiasis**

### **Hyppighed**

Gærsvampen er hyppigt forekommende i graviditeten, og optræder ofte asymptomatisk. Graviditet, Diabetes Mellitus og overvægt disponerer til candidas-infektion.

### **Risici**

Kløe og irritation omkring vulva og vagina kan være til stor gene for den gravide.

Ingen risiko for fosteret.

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Stiller diagnosen på baggrund af de kliniske fund og mikroskopi af vaginalsekret
- Behandling:
  - Clotrimazol (Canesten® vaginalcreme og vaginaltabletter )
  - Ved graviditet med recidiv af candida bør behandling Miconazol (Brentan®) med vagitorier eller vaginalcreme i 2 uger foretrækkes
- Varetager vanlige graviditetskontroller af den gravide

#### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af det aktuelle forløb.

#### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

## **28.2.1.9 Gruppe B Streptokokker (GBS)**

### **Hyppighed**

20-30 % af alle kvinder har asymptomatisk GBS i vagina, mavetarmkanal eller i urinen.

Ved terminen er cirka 10 % koloniserede med GBS, mens 1-3 % har GBS i urinen.

Der forekommer 30 tilfælde af neonatale GBS-infektioner årligt.

### **Risici**

Perinatal transmission af GBS til barnet sker hos cirka 50 % af de koloniserede fødende, mens kun 1 % af de eksponerede børn får sepsis, meningitis, pneumoni.

GBS er den hyppigste årsag til "early-onset" neonatal infektion svarende til 1 % af de eksponerede.

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Screener alle gravide for asymptomatisk bakteriuri
- Supplerer med en urindyrkning ved positiv urinmikroskopi eller ved urinstiks positiv for nitrit eller leucocytter
- Behandler ved fund af GBS i urindyrkning (uanset mængde) med antibiotika, og svangreambulatoriet orienteres om fundet
- Henviser ved positiv dyrkning følgende **risikogrupper** til svangreambulatoriet
  - Gravide, som tidligere har født barn med neonatal GBS-sepsis/meningitis/ pneumoni
  - Gravide, som har aborteret i 2. trimester og hvor GBS mistænkes som årsag
  - Gravide med tidligere præterm vandafgang eller veer, hvor GBS blev isoleret fra vagina

Svangreambulatoriet

- Svangreambulatoriet indkalder den gravide til nærmere udredning

#### **Fødslen**

Fødsel på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling anbefales

- Under fødslen gives intravenøs antibiotika til moderen for at forebygge GBS-sygdom hos barnet

#### **Efter fødslen**

Indlæggelse i barselsperioden anbefales

- Ved positiv GBS-dyrkning eller risikofaktorer hos moderen, observeres barnet og behandles ved tegn på infektion

### **28.2.1.10 Cystitis (Blærebetændelse)**

#### **Hyppighed**

Asymptomatisk bakteriuri findes hos 2-10 % af alle gravide

- Bakteriuri defineres som mere end  $10^5$  bakterier/ ml urin
- Asymptomatisk bakteriuri defineres som signifikant bakterievækst ved urindyrkning uden kliniske symptomer

#### **Risici**

Asymptomatisk bakteriuri medfører øget risiko for symptomgivende cystitis (30 %), cirka 50 % af disse vil udvikle pyelonephritis med deraf følgende risiko for intrauterin væksthæmning og/ eller præterm fødsel ved manglende antibiotisk behandling.

#### **Håndtering**

##### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Foretager urindyrkning ved klinisk tegn på cystitis, positiv nitrit- og leukocyttest eller positivt fund ved mikroskopi
- Behandling af asymptomatisk bakteriuri og cystitis
  - Pivmecillinam ( Selexid) 400 mg x 3 i 6 dage
  - Behandling efter eventuel resistensbestemmelse
- Henviser gravide med recidiverende urinvejsinfektioner til svangreambulatoriet

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til nærmere udredning og behandling

##### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af det aktuelle forløb.

##### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

### **28.2.1.11 Pyelonephritis i graviditeten**

#### **Hyppighed**

Asymptomatisk bakteriuri forekommer 2-10 % af alle gravide, og op mod halvdelen af gravide med ubehandlet bakteriuri udvikler pyelonephritis.

#### **Risici**

For mor: præterm fødsel, kronisk nyresygdom

For barnet: lav fødselsvægt

#### **Håndtering**

##### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Foretager urindyrkning og resistensbestemmelse

- Ved symptomer på pyelonephritis indlægges den gravide på obstetrisk afdeling  
Obstetrisk afdeling
- Den videre behandling vil afhænge af det aktuelle forløb

### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af det videre forløb/ gestationsalder.  
Der henvises til afsnit 28.4.6.2 Præterm fødsel

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende indlæggelse vil afhænge af det aktuelle forløb/ gestationsalder.

## **28.2.1.12 Rubella (Røde Hunde)**

### **Hyppighed**

Sjældent forekommende på grund af MFR vaccinationsprogrammet.  
I 2007 og 2008 blev der anmeldt i alt 4 tilfælde af rubella i graviditeten.

### **Risiko ved verificeret rubella under graviditet**

Frem til graviditets uge 12

- 50-85 % risiko for alvorlig fostermisdannelse (katerakt, hjertemisdannelse, hørenedsættelse, mental retardering). Abortus provokatus anbefales (ca. to tilfælde om året i Danmark).

Fra graviditetsuge 13-16

- Få – 15 % risiko for hørenedsættelse og/ eller mental retardering. Abortus provokatus bør overvejes. I intervallet graviditetsuge 17-18 hørenedsættelse hos få %.

Efter graviditetsuge 18

- Ingen misdannelser beskrevet, men barnet kan udskille virus i flere år efter fødslen.

Reinfektion kan forekomme, men er uden risici.

### **Håndtering**

Inkubationstiden er 14-21 dage. Smitter 14 dage før til 5 dage efter exanthem. Smitter ved dråbeinfektion.

### **Prækonceptionel rådgivning**

Den praktiserende læge anbefaler

- Anbefaler rubellavaccination til alle voksne, seronegative kvinder
- Fraråder graviditet før 3 måneder efter vaccination, men skader er aldrig beskrevet, ej heller ved accidentiel vaccination i 1. trimester

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Vurderer indikation for serumprøver ved
  - Exponerede gravide før 18. svangerskabsuge
  - Exanthem hos seronegative gravide
- Alle verificerede tilfælde henvises til svangreambulatoriet

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til rådgivning vedrørende det videre forløb

### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling.

### **Efter fødslen**

Tilbud om indlæggelse i barselperioden efter behov, afhængig af mor og barns tilstand.  
Amning er ikke kontraindiceret.

### **Senere opfølgning**

Seronegative kvinder tilbydes vaccination efter afsluttet graviditet.

### 28.2.1.13 Varicellae (Skoldkopper)

#### **Hyppighed**

Kun 1-2 % af gravide har ikke haft skoldkopper, men blandt indvandrere er der flere sero-negative.

#### **Risici**

For moderen

- Abortrisiko
  - Før graviditetsuge 12: under 2 % risiko. Let øget abortrisiko
  - fra graviditetsuge 12 til graviditetsuge 20: < 0,5 % risiko
- Sygdommen kan forløbe fatalt (pneumoni) især hos gravide

For barnet

- Lav fødselsvægt
- Microcephali
- Mental retardering
- Chorioretinit
- Hudforandringer
- Katarakt
- Ekstremitets misdannelser

#### **Håndtering**

Inkubationstiden er 10-23 dage. Yderst smittefarlig ved kontakt med og dråbeinfektion fra bristede vesikler på hud og i luftvejene. Smitter fra 3 dage før til 7 dage efter eksantem.

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Tager blodprøve på den gravide, som ikke har haft sygdommen og exponeres massivt for varicellae. Er hun seronegativ, tilrådes hun beskyttes med varicellazosterimmunoglobulin (VZIG), der helst skal gives indenfor 4 døgn efter eksposition
- Henviser den gravide, som udviser klinisk tegn på varicellae til svangreambulatoriet, med henblik på immunstatus, antiviral behandling, samt eventuel immunoglobulin.

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til udredning og behandling

#### **Fødslen**

Fødsel på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling anbefales

- Perinatalt er der risiko for svær infektion, hvis mater får variceller 7 dage før til 4 dage efter partus. Smitte er dog set helt op til 1 måned post partum (20 % letalitet)

#### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

- Barnet bør inden 72 timer efter partus gives varicella-zoster-immunglobulin. Fosteret er passivt immuniseret til det er 1 måned gammelt, såfremt mater har haft varicella. Ved tvivl tages der IgG-titer på mater.
- Amning er ikke kontraindiceret, forudsat at barnet har fået gammaglobulin

#### **Senere opfølgning**

Opfølgning sker via den praktiserende læge. Kvinden kan tilbydes vaccination.

### 28.2.1.14 Morbilli (Mæslinger)

#### **Hyppighed**

Sjældent forekommende på grund af MFR-vaccinationsprogrammet.

#### **Risici**

For barnet

- Præterm fødsel
- Intrauterin fosterdød ved infektion op til fødslen

### **Håndtering**

Smitter 4 dage før eksantem til 3 dage efter eksantem-debut.

### **Prækonceptionel**

Den praktiserende læge

- anbefaler morbillivaccination til alle voksne, seronegative kvinder
- Fraråder graviditet før 3 måneder efter vaccination, men skader er aldrig beskrevet, ej heller ved accidentiel vaccination i 1. trimester

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Tager antistoftiter ved sygdomstegn
- Henviser den gravide til svangreambulatoriet ved positivt svar
- Eksponerede ikke immuniserede gravide i sidste måned før termin behandles med gammaglobulin og henvises til svangreambulatoriet

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til udredning og opfølgning

### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling.

- Eksponerede, ikke immuniserede fødende:
  - Barnet bør få gammaglobulin straks efter fødslen
- Fødende med mæslinger i forbindelse med fødslen:
  - Barnet skal have gammaglobulin straks efter fødslen, hvis det ikke har symptomer på kongenit morbilli (eksantem, respirationsbesvær/ pneumoni).

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb

- Nyfødte er passivt immuniserede de første fire levemåned
- Amning er ikke kontraindiceret, forudsat at barnet har fået gammaglobulin

### **Senere opfølgning**

Seronegative kvinder tilbydes vaccination efter afsluttet graviditet.

## **28.2.1.15 Parotitis (Fåresyge)**

### **Hyppighed**

Sjældent forekommende på grund af MFR vaccinationsprogrammet..

### **Risici**

Øget risiko for spontan abort i 1. trimester.

### **Håndtering**

### **Præconceptionel rådgivning**

Den praktiserende læge

- anbefaler Parotitisvaccination til alle voksne, seronegative kvinder
- Fraråder graviditet før 3 måneder efter vaccination, men skader er aldrig beskrevet, ej heller ved accidentiel vaccination i 1. trimester.

### **I graviditeten**

- Varetager vanlige graviditetskontroller af den gravide

#### **Fødslen**

Anbefalinger vedrørende fødslen vil afhænge af det aktuelle forløb.

#### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

- Amning er ikke kontraindiceret, da tidlig infektion af barnet er uskadelig

#### **Senere opfølgning**

Seronegative kvinder tilbydes vaccination efter afsluttet graviditet.

### **28.2.1.16 Parvovirus (Lussingesyge – Den 5. børnesygdom) B 19**

#### **Hyppighed**

50-70 % af alle voksne har tidligere haft infektion med parvovirus B19.

#### **Risici**

Anæmi, især hos voksne med blodsygdomme, samt hos fostre.

Føtal anæmi kan vise sig ved ascites og/ eller hydrops foetalis. Sygdommen kan i 2. trimester medføre øget risiko for abort.

#### **Håndtering**

Inkubationstid 4-20 dage. Smitter især ugen før udslæt.

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Informerer om den lave risiko for fosteret, og om at infektionen ikke giver misdannelser
- Tilbyder undersøgelse for antistoffer ved mistanke om parvovirusinfektion eller -exposition
- Henviser den gravide til svangreambulatoriet ved påvisning af parvovirus infektion
  - I henhold til At-vejledning nr A. 1. 8 skal gravide i særlig risiko fraværmeldes – personale i vuggestue, dagpleje, børnehaver og børnehaveklasser

**Det bemærkes**, at vejledningen vedrørende parvovirus ikke stemmer overens i Sundhedsstyrelsen anbefalinger for Svangreomsorg og At-vejledning nr. A.1. Det er AT-vejledningen, der følges.

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til nærmere rådgivning og undersøgelse (ultralydsscanning)

#### **Fødslen**

Fødsel på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling anbefales.

#### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

Amning er ikke kontraindiceret.

### **28.2.1.17 Cytomegalovirus (CMV)**

#### **Hyppighed**

I Danmark fødes cirka 300 CMV inficerede børn årligt (0,4 %). Er den hyppigste årsag til kongenit infektion.

#### **Risici**

Der er øget abort risiko.

80 % af børnene med kongenit CMV er raske ved fødslen og forbliver raske.

En mindre del af børnene, 10 %, har symptomer ved fødslen (forstørret lever og milt og/ eller hjerneskade).

Andre 10 % udvikler høreskader og lettere retardering.

### **Håndtering**

Sundhedsstyrelsen anbefaler at der normalt ikke undersøges for CMV i graviditeten, da der ikke er mulighed for forebyggelse af mor - barn smitte

Ved smitte er risikoen størst i 1. trimester, hvor abortus provokatus kan overvejes. .

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Henviser den gravide til svangreambulatoriet ved mistanke om CMV smitte, med henblik på videre udredning

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til nærmere undersøgelse og vejledning
- Fosteret kan eventuelt scannes med henblik på hydrops, intrauterin væksthæmning, ascites, samt hydrocephalus

### **Fødslen**

Fødsel på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling anbefales.

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

Amning er ikke kontraindiceret.

## **28.2.1.18 Toxoplasmose (Haresyge)**

### **Hyppighed**

Kun 1/3 af fertile kvinder er seropositive. I Danmark smittes 1 ud af 350 gravide, svarende til cirka 180 tilfælde årligt, og det forventes, at omkring 40 fostre årligt aborteres eller fødes med kongenit toxoplasmose.

### **Risici**

1. trimester: 5-15 % af fostre inficeres (40 % aborteres, dør, eller fødes med svære skader som nedsat syn, hydrocephalus og mental retardering)

2. trimester: 30 % inficeres, og i 10 % af tilfældene optræder svære skader.

3. trimester: 65 % inficeres, men kun få procent af disse vil fødes med synlige skader.

### **Håndtering**

Den gravide vejledes om, at smitte kan undgås ved

- At vaske hænder efter berøring af kød og grøntsager, samt efter havearbejde og kontakt med sandkasse
- At vaske frugt og grønt grundigt
- At undgå at spise kød, der ikke er gennemstegt eller kogt, og undlade at smage på rå fars
- At undgå råmælk (upasteuriseret)
- At lade andre tømme kattebakken, hvis der er kat i hjemmet. Hvis det ikke er muligt, bør den gravide benytte engangshandsker og skolde kattebakken hver dag
- At undgå at flå og håndtere andre dyr

Der bør ikke udføres testning for toxoplasmose, med mindre den gravide har kliniske symptomer på akut infektion, og den gravide hennvises da til svangreambulatoriet med henblik på eventuel testning

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Vejleder den gravide om forholdsregler for at undgå smitte
- Henviser den gravide til svangreambulatoriet ved kliniske symptomer på akut infektion med henblik på eventuel testning



Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til samtale, behandling og blodprøvetagning.
  - Opretholdes diagnosen, planlægges UL-scanning hver 3-4 uge (ascites, organomegali, hydrocephalus, forkalkninger), amniocentese og fortsat behandling

### **Fødslen**

Fødsel på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling anbefales.

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb, samt barnets tilstand. Amning er ikke kontraindiceret.

### **Senere opfølgning**

Det anbefales, at barnet følges af en børnelæge.

## **28.2.1.19 Listeriose**

### **Hyppighed**

Der diagnosticeres 30 – 40 tilfælde om året i Danmark.

### **Risici**

For moderen: akut blodforgiftning, akut hjernehindebetændelse.

For barnet: svær infektion opstået før fødslen eller lige efter fødslen, kan medføre livstruende infektion.

### **Håndtering**

Den gravide vejledes om, at smitte kan undgås ved

- At skylle, koge eller gennemstege madvarer
- At vaske frugt og grønt grundigt
- At overholde holdbarhedsdatoer og opbevaringstemperaturer
- At spise maden indenfor få dage, efter emballagen er åbnet
- At undgå rå mælk og oste, fremstillet af rå mælk (upasteuriseret)

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Vejleder om forholdsregler for at undgå smitte
- Henviser den gravide til akut indlæggelse på obstetrisk specialafdeling, ved mistanke om listeriose

Obstetrisk specialafdeling

- Den videre behandling vil afhænge af det aktuelle forløb.

### **Fødslen**

Fødsel på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling anbefales.

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb, samt barnets tilstand.

### **Senere opfølgning**

Vil afhænge af barnets tilstand.

## **28.2.1.20 Tuberculosis in graviditate**

### **Hyppighed**

Er udbredt over hele verden, men den samlede forekomst kendes ikke. Antallet af nydiagnosticerede tuberkulosetilfælde har været faldende de seneste år: I 2007 blev der anmeldt 391 tilfælde, hvoraf 38 % var hos etniske danskere, og 62 % hos indvandrere.

### **Risici**

HIV-infektion er en høj risikofaktor for reaktivering af tuberculose. (Alle tuberculosepatienter bør tilbydes HIV-test).

### **Håndtering**

Af hensyn til såvel den gravide som fosteret, er tuberkulose en absolut behandlingsindikation.

### **Prækonceptionel rådgivning**

Graviditet frarådes hos kvinder, som er under behandling for tuberculose, idet bivirkninger kan være vanskelige at håndtere sammen med graviditetsudløst kvalme.

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Iværksætter behandling ved konstatering af tuberkulose hos den gravide
- Tilbyder den gravide undersøgelse af HIV-status
- Henviser den gravide til svangreambulatoriet på Odense Universitetshospital (OUH), med henblik på videre opfølgning

Svangreambulatoriet, OUH

- Indkalder den gravide med henblik på iværksættelse af samarbejde med Lungemedicinsk Afdeling og planlægning af kontroller og fødested. De fleste følges på infektionsmedicinsk afdeling, hvorfor det vil være nærliggende med obstetrisk opfølgning samme sted

### **Fødslen**

I tilfælde med optimal behandlet tuberkulose er der ingen specielle anbefalinger. Afhængig af det aktuelle forløb, infektionsmedicinsk vurdering og behandlingsgrad bør fødslen i nogle tilfælde foregå på obstetrisk specialafdeling.

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb. Amning frarådes ikke, idet børn generelt tåler tuberkulosebehandling godt.

### **Senere opfølgning**

Afhængig af det aktuelle forløb kan opfølgning varetages af den praktiserende læge/ lokal infektionsmedicinsk afdeling eller infektionsmedicinsk afdeling på OUH.

## **28.2.1.21 Q-feber (Coxiella burnetii)**

### **Hyppighed**

Er udbredt over hele verden, men dens samlede forekomst kendes ikke.

Findes naturligt hos får, kvæg og geder.

Smitte kan forekomme via upasteuriserede mælkeprodukter og arbejde med/ håndtering af dyr.

Menneske-til-menneske-smitte er beskrevet, men er stort set ikke forekommende.

### **Risici**

Gravide er i øget risiko for at udvikle kronisk infektion under graviditet.

Øget risiko for abort og præterm fødsel hos gravide, inficerede med Coxiella burnetii.

### **Håndtering**

Risikogrupper

- Landmænd
- Dyrlægepersonale

- Arbejdere på slagterkæden
- Slagterkontrollører

### ***I graviditeten***

Den praktiserende læge

- Bør tilbyde gravide i risikogruppe undersøgelse for antistoffer mod burnetii i serum
- Henviser den gravide til svangreambulatoriet ved forhøjet antistoftiter, med henblik på videre udredning

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til videre udredning og behandling, eventuelt langvarig antibiotisk behandling

### ***Fødslen***

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling.

### ***Efter fødslen***

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb, samt mor og barns tilstand.

## 28.3 Gravide med særlige behov

### 28.3.1 Rygere

#### **Definition**

I denne sammenhæng er der tale om gravide rygere, en partner der ryger, og risiko for passiv rygning.

#### **Hyppighed**

Antallet af gravide rygere anslås at være 13 % i 2006 jævnfør Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg 2009.

#### **Risici**

Rygere har højere risiko for

- Placenta prævia
- Abruptio placentae
- 30-40 % højere risiko for præterm fødsel sammenlignet med ikke-rygere
- Uforklarlig fosterdød er fordoblet sammenlignet med ikke-rygere
- Børn af rygere har gennemsnitligt en lavere fødselsvægt
- Det er vanskeligere at få etableret amningen
- Børn af mødre der ryger eller har røget under graviditeten, og børn der udsættes for passiv rygning efter fødslen, har større risiko for at få:
  - Luftvejsinfektioner
  - Astma og allergi
- Børn af rygere og børn udsat for passiv rygning har flere hospitalsindlæggelser end andre børn
- Risikoen for vuggedød/ spædbarnsdød er tre gange så stor for børn af rygere og børn udsat for passiv rygning

#### **Håndtering**

Kvinder bør informeres om den forøgede risiko ved at ryge i graviditeten, og om fordelene ved at stoppe med rygning. Sundhedspersonalet bør søge at motivere til rygestop gennem hele graviditeten, og specielt i 1. trimester. Tilbud om hjælp til rygestop er en obligatorisk og rutinemæssig del af svangreomsorgen.

#### **Vejledning**

- Gravide bør ikke udsætte sig for passiv rygning – hverken hjemme eller på arbejdspladsen
- Gravide, der ikke ønsker eller ikke kan holde op med at ryge, opfordres til at nedsætte forbruget
- Gravide bør ikke anvende nikotinpræparater uden at have drøftet dette med en læge eller en jordemoder
- Vejledes om forholdsregler og anbefalinger efter fødslen
  - Rygning frarådes i ammeperioden, men amning anbefales, selvom moderen ryger
  - Efter fødslen bør kvinden/ familien undgå at udsætte barnet for passiv rygning

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge og jordemoder

- Visiterer den gravide til rygestopkurser i kommunalt regi
- Henviser til svangreambulatoriet ved mistanke om obstetriske komplikationer

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til videre opfølgning graviditeten

Jordemoderen

- Henviser ved behov til sundhedsplejerske, med henblik på hjemmebesøg

Sundhedsplejersken

- Aflægger ved behov hjemmebesøg i graviditeten

#### **Fødslen**

Fødsel på obstetrisk specialafdeling anbefales. Hvorvidt der anbefales fødsel på obstetrisk afdeling med neonatalafdeling, vil afhænge af det aktuelle forløb.

#### **Efter fødslen**

Tilbud om indlæggelse i barselsperioden med henblik på ammeetablering.

#### **Senere opfølgning**

Sundhedsplejersken

- Aflægger behovsbesøg, med henblik på ammevejledning

### **28.3.2 Gravide med prægravid BMI $\geq 27$**

Opmærksomheden henledes på, at indsatsen i forhold til overvægtige gravide vil variere i forhold til størrelsen af BMI, hvilket vil fremgå af nedenstående beskrivelse.

#### **Definition og afgrænsning**

Body mass index (BMI) er et mål for sammenhængen mellem højde og vægt.

BMI beregnes efter følgende formel: vægt i kg/ højde i  $m^2$ .

Definitionen af vægt fremgår af nedennævnte tabel:

	BMI ( $kg/m^2$ )
Undervægt	< 18,5
Normalvægt	18,5-24,9
Overvægt	$\geq 25,0$
• Moderat overvægt	25-29,9
• Svær overvægt/fedme	$\geq 30$
• Fedme klasse 1	30-34,9
• Svær fedme klasse 2	35-39,9
• Ekstrem fedme klasse 3	$\geq 40$

#### **Hyppighed**

Vægten stiger hos kvinder, når de bliver gravide, men en stadig større del er overvægtige, før de bliver gravide. I 2008 var en tredjedel af alle gravide overvægtige (BMI > 25), og hver ottende var svært overvægtig (BMI > 30)

Der er stor variation fra landsdel til landsdel og indenfor de enkelte regioner, men det nøjagtige tal for fordeling i Region Syddanmark kendes ikke.

#### **Risici**

Overvægtige kvinder og deres børn har markant øget risiko for obstetriske og neonatale komplikationer. For moderen er der, i forhold til normalvægtige øget risiko for

- Gestationel diabetes (GDM), graviditetsbetinget hypertension og præeklamsi

#### *I graviditeten*

- Den kliniske undersøgelse med henblik på at bedømme fosterets leje og vægt er behæftet med betydelig usikkerhed.

#### *I forbindelse med fødslen*

- Er der en markant højere risiko for forløsning ved sectio
- Alle overvægtige udgør en anæstesiologisk risikogruppe med besværet anlæggelse af regional analgesi/ anæstesi, samt høj risiko ved generel anæstesi
- Øget post partum blødning og øget infektionsrisiko

- Der er en længere indlæggelsesperiode uanset fødselsmåde

#### **Barnet**

- Der er en øget risiko for at føde børn med fødselsvægt  $\geq 4500$  g
- Der er tendens til at overvægtige mødre får børn med lavere APGAR-score ( $<7$ )
- Risiko for skulderdystoci (fastsiddende skuldre) og deraf neonatale og materielle læsioner
- Børn født af svært overvægtige mødre har længere indlæggelsesvarighed.

#### **Håndtering**

Kvinder informeres om den forøgede risiko ved overvægt. Tilbud om kost- og motionsvejledning er en obligatorisk og rutinemæssig del af svangreomsorgen.

#### **Vejledning**

- Rådgives med henblik på at begrænse vægtøgningen under graviditeten
- Anbefales kostomlægning i henhold til de anbefalede kostråd, men ubalancerede og/ eller lavkalorie-slankekure frarådes under graviditet
- Opfordres til fysisk aktivitet udover de almindelige 30 minutter om dagen, idet fysisk aktivitet har positiv effekt for både fosteret og den gravide

Nylige danske studier tyder på at svært overvægtige (BMI  $\geq 30$ ) med en begrænset gestationel vægtøgning (5-6 kg) har en forbedret metabolisk profil og bedre obstetriske udfald end overvægtige med større vægtøgning i graviditeten (Susanne Wolff 2008, Dorte Møller Jensen 2005). De gældende amerikanske retningslinjer på dette område er netop revideret og anbefalingerne er her vægtøgning på 5-9 kg. for denne vægtklasse. (*Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines. Institute of Medicine. Maj 2009*).

#### **Prækonceptionel rådgivning**

Den praktiserende læge

- Tilskynder overvægtige kvinder til vægttab før de bliver gravide
- Henviser til kommunalt forebyggelsestilbud
- Kan overveje henvisning til fedmekirurgi ved ekstrem overvægt
- Fraråder graviditet i to år efter en fedmeoperation

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Tilbyder alle gravide rutinemæssig vejning som baggrund for rådgivning
- Henviser den gravide til kommunalt forebyggelsestilbud
- Henviser gravide med BMI  $\geq 27$  til svangreambulatoriet til screening for GDM, hvis ej dette kan foretages i lægepraksis
- Henviser den gravide med BMI  $\geq 27$  henvises til specialkonsultation i jordemoderregi, se afsnit 15.2 "Konsultation for overvægtige med BMI  $\geq 27$ "
- Henviser gravide med BMI  $\geq 27$  til fødsels- og forældreforbereelses tilbud til særlige grupper, se afsnit 19.6.2 "Overvægtige gravide med BMI  $\geq 27$ "
- Henviser gravide med BMI  $\geq 35$  svangreambulatoriet med henblik på fødselssamtale og vejledning om anæstesi
- Henviser den gravide til svangreambulatoriet ved obstetriske problemer

Jordemoderen

- Tilbyder alle gravide rutinemæssig vejning som baggrund for rådgivning
- Henviser den gravide til svangreambulatoriet ved obstetriske komplikationer
- Henviser til sundhedsplejersken med henblik på hjemmebesøg i graviditeten

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide med BMI  $\geq 27$  med henblik på screening for GDM, hvis ej dette er foretaget i lægepraksis
- Tilbyder gravide med BMI  $\geq 35$  ultralydsscanning i graviditetsuge 35, med henblik på fosterstilling og fosterstørrelse, samt samtale med obstetriske speciallæge vedrørende fødsel og risici, samt mulighed for forebyggende epiduralkateter (fødekaterer).

Sundhedsplejersken

- Aflægger ved behov besøg i graviditeten

### **Fødslen**

- Overvægtige gravide med BMI > 30 bør føde på afdelinger med obstetrisk, neonatologisk samt anæstesiologisk døgnberedskab
- Ved ekstrem fedme BMI ≥ 40 skal man være opmærksom på, om afdelingen har føde- og operationslejer samt andet udstyr (lifte, specialmøbler m.m.) til håndtering af svært overvægtige patienter
  - Er fødestedet ikke i stand til dette, henvises den gravide til kliniske kontroller og fødsel på et fødested med den nødvendige teknologi og beredskab så tidligt som muligt i forløbet
- Man bør have mulighed for optimeret fosterovervågning, blandt andet ved hjælp af intrauterin trykmåling som hjælp til monitorering af veer, da overvågning af veerarbejdet med ekstern transducer ofte ikke er sufficient ved de svært overvægtige. Ve-registreringen er essentiel i forbindelse med vurdering af fosterets tilstand under fødslen.

### **Efter fødslen**

Tilbud om indlæggelse i barselperioden efter behov, afhængig af mor og barns tilstand, og behov for ammevejledning.

### **Senere opfølgning**

Opfølgning i barselsperioden foregår via den praktiserende læge i samarbejde med sundhedsplejerske. Som alle andre forhold har det betydning, at kvinden er indstillet på at gøre noget ved sin overvægt. Målet med en indsats vil blandt andet være forebyggelse i forhold til næste graviditet og fødsel.

## **28.3.3 Fødselsangst**

### **Definition**

Der kan være forskellige grunde til angst for fødsel, for eksempel angst for smerte, komplikationer eller tab af kontrol. Den psykologiske baggrund herfor kan være sammensat og kompliceret.

### **Hyppighed**

17 % af alle kvinder har fødselsangst, og heraf har 6 % svær fødselsangst

60 % af de førstegangsfødende, der primært ønsker elektivt sectio, gør dette på grund af angst.

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge/ jordmoderen/ svangreambulatoriet

- Henviser den gravide til svangreambulatoriets Fødselsaftale team, med henblik på at give kvinden/ parret mulighed for at bearbejde de tanker og følelser, der er i relation til forestående fødsel

Fødselsteam'et

- Indkalder den gravide til samtale og planlægning af den kommende fødsel. Der udarbejdes eventuelt en fødeaftale, indeholdende aftaler om den forestående fødsel fremgår

### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af det aktuelle forløb, samt fødeaftalens indhold.

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

## **28.3.4 Tidligere mislykket ammeforløb**

### **Definition**

Ved tidligere mislykket ammeforløb forstås ammeforløb, som ikke er blevet etableret.

### **Hyppighed**

Ukendt.

### **Risici**

Har kvinden tidligere oplevet et mislykket ammeforløb, er der en øget gentagelsesrisiko, ligesom der er risiko for, at amningen opgives på forhånd.

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge/ jordmoderen/ svangreambulatoriet

- Henviser den gravide til ekstra behovsundersøgelser/ samtaler i svangreambulatoriets amme team, såfremt den gravide udtrykker ønske om at amme

Jordmoderen

- Henviser endvidere til sundhedsplejersken, med henblik på behovsbesøg i graviditeten

Amme team

- Indkalder den gravide til samtale og vejledning, herunder bearbejdning af tidligere ammeforløb og forberedelse til ny amning

Sundhedsplejersken

- Tilbyder hjemmebesøg i graviditeten

### **Fødslen**

Ingen specielle anbefalinger.

### **Efter fødslen**

Tilbud om indlæggelse i barselsperioden ved behov, med henblik på ammeetablering.

### **Senere opfølgning**

Der anbefales hjemmebesøg af sundhedsplejersken umiddelbart efter udskrivelse fra sygehuset.

## **28.3.5 Gravide med problemer med alkohol, stoffer og/ eller medicin**

Samarbejdet omkring gravide stofmisbrugere er en specialopgave, der kræver en ekstraordinær tværfaglig og tværsektoriel indsats, både i primær- og sekundærsektor. Denne gruppe gravide følges i Familieambulatorierne. Der henvises til Sundhedsstyrelsens Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier 2009.

### **Generel vejledning vedrørende alkohol**

- Gravide frarådes at drikke alkohol. Sundhedspersonale bør være særlig opmærksom på samvariation blandt unge gravide med stort forbrug af alkohol/ tobak
- Ammende kvinder tilrådes at være tilbageholdende med at drikke alkohol

### **Generel vejledning vedrørende euforiserende stoffer/ narkotika**

- Euforiserende stoffer er skadelige under hele graviditeten. Den gravide frarådes brug af disse stoffer
- Kvinder, der fortsat har et misbrug af euforiserende stoffer efter fødslen, frarådes amning

### **28.3.5.1 Gravide misbrugere - alkohol, stoffer og/ eller medicin**

#### **Hyppighed**



Der er ingen præcis viden om, hvor mange børn der fødes af gravide med rusmiddel afhængighed, men skønnet er, at der årligt fødes 2200 børn af kvinder med misbrug. I Danmark ses 75-100 børn om året med fuldt udviklet føtal alkoholsyndrom.

### **Risici**

Den gravide rusmiddelbruger er i en obstetrisk højrisikogruppe med fare for udvikling af placenta prævia, abruptio placentae, præeklampsi, samt intrauterin fosterdød.

Børn skades af alkohol og rusmidler. Mange skader kan opstå allerede i løbet af fosterudviklingen, så som hjerneskader, væksthæmning, hjertefejl og misdannelser.

### **Håndtering**

#### **Prækonceptionel rådgivning**

Forebyggende prækonceptionel indsats er vanskelig, da graviditeten ofte opspores sent. En hurtig visitering, ofte via rusmiddelcenter eller egen læge til lokalt familieambulatorium, er derfor essentiel.

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Optager omhyggelig anamnese, specielt vedrørende misbrug, sociale og psykiske problemstillinger
- Informerer om abort, såfremt graviditeten er indenfor 1. trimester
- Henviser straks den gravide til Familieambulatoriet

Familieambulatoriet

- Indkalder den gravide umiddelbart efter modtagelse af henvisningen
  - Indsatsen rettes mod at stoppe misbruget
  - Alternativt søges at reducere skaderne som følge af misbruget
  - Det tilstræbes at igangsætte og fastholde kvinden i rusmiddelbehandling (ofte i samarbejde med det lokale rusmiddelcenter)
  - Der arbejdes med de psykologiske aspekter omkring graviditet, fødsel og familiedannelse. Det kan være nødvendigt at igangsætte psykiatrisk/ psykologisk behandling
  - Sundhedsplejersken, den praktiserende læge og de kommunale myndigheder inddrages i samarbejdet og indsatsen
  - Socialforvaltningen bør eventuel foretage en forældreegnethedstest samt besøg af sundhedsplejerske, og det videre forløb efter fødslen gøres afhængig af resultatet
  - Der udarbejdes i fællesskab en plan for graviditeten, fødslen og barselsperioden, herunder også indsats i forhold til barnet. Behandlingsplanen justeres løbende

#### **Fødslen**

- Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling
- Hvis den gravide fortsat er afhængig af rusmidler eller i substitutionsbehandling, indlægges barnet på neonatalafdeling til observation og behandling af abstinenser

#### **Efter fødslen**

- Indlæggelse af mor og barn i barselsperioden til observation
- Plan vedrørende indsat overfor barnet, herunder plan vedrørende amning, følges

#### **Senere opfølgning**

Barnet følger de normale børneundersøgelser hos den praktiserende læge og sundhedsplejerske.

Familieambulatoriet

- Følger barnet i Familieambulatoriet, til det er 7 år
- Udarbejder en plan for barnet. I samarbejde med kommunen justeres planen løbende

## **28.3.5.2 Lejlighedsvis misbrugere - den gravide og/ eller partner**

### **Definition**

Gravide/ partnere, som har en afhængighed, der medfører lejlighedsvis indtagelse af alkohol, rusmidler og/ eller medicin.

### **Hyppighed**

Ukendt.

### **Risici**

Der er risiko for intensivering af misbruget.

Derudover er der obstetriske problemstillinger, eksempelvis

- Væksthæmning
- Præterm fødsel
- Abruptio placentae

Efter fødslen er der øget risiko for

- Udviklingsmæssige problemer hos barnet
- Forstyrrelser i mor/ barn relationen
- Trivselsproblemer hos barnet
- Omsorgssvigt
- Motorisk uro og irritabilitet

### **Håndtering**

Behovsprægede kontroller, der tager hensyn til den enkelte families ressourcer og behov for yderligere støtte.

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge/ jordmoderen/ svangreambulatoriet

- Tilbyder yderligere rådgivning til gravide, som har et forbrug på 1 genstand eller flere om dagen, eller har et lejlighedsvis misbrug
- Tilbyder særlig hjælp og støtte til gravide, som fortsætter det lejlighedsvis misbrug (euforiserende stoffer/ narkotika)
- Henviser den gravide til Familieambulatoriet

Familieambulatoriet

- Indkalder den gravide, og følger hende i graviditeten. Der lægges en plan for forløbet
- Udreder socialt netværk
- Udreder forhold, som har relevans i forhold til familiedannelse (eksempelvis job/ bolig/ økonomiske forhold), i samarbejde med kommunen
- Inddrager kommunen og sundhedsplejersken, med henblik på indsats i graviditeten og efter fødslen

### **Fødslen**

- Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling.
- Hvis den gravide fortsat er afhængig af rusmidler eller i substitutionsbehandling, indlægges barnet på neonatalafdeling til observation og behandling af abstinenser.

### **Efter fødslen**

- Indlæggelse af mor og barn i barselsperioden til observation
- Plan vedrørende indsat overfor barnet, herunder plan vedrørende amning, følges

### **Senere opfølgning**

Barnet følger de normale børneundersøgelser hos den praktiserende læge og sundhedsplejerske.

Familieambulatoriet

- Følger barnet i Familieambulatoriet, til det er 7 år
- Udarbejder en plan for barnet. I samarbejde med kommunen justeres planen løbende

### 28.3.5.3 Tidligere misbrugere – den gravide og/ eller partner

#### **Definition**

Gravide/ partnere der har haft et afhængighedsforhold til alkohol, rusmidler og/ eller medicin.

#### **Hyppighed**

Ukendt. Undersøgelser viser, at cirka 40 % af de misbrugere, der er i døgnbehandling, holder sig stoffri og er stoffri efter 2 år.

#### **Risici**

- Øget risiko for tilbagefald
- Udviklingsmæssige problemer hos barnet
- Forstyrrelser i mor/ barn relationen
- Trivselsproblemer hos barnet
- Risiko for omsorgssvigt

#### **Håndtering**

Behovsprægede kontroller, der tager hensyn til den enkelte families ressourcer og behov for yderligere støtte.

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge/ jordemoder/ svangreambulatorium

- Retter fokus mod at få afklaret, om den gravide og/ eller partner er helt stoffri
- Henviser den gravide/ parret til familieambulatoriet, såfremt misbruget er ophørt indenfor de sidste 2 år

Familieambulatoriet

- Indkalder den gravide, og følger hende i graviditeten. Der lægges en plan for forløbet
- Inddrager rusmiddelscenteret i et tæt samarbejde, såfremt den/ de tidligere misbrugere er tilknyttet et misbrugscenter, når graviditeten opstår
- Udreder socialt netværk
- Udreder forhold, som har relevans i forhold til familiedannelse (eksempelvis job/ bolig/ økonomiske forhold), i samarbejde med kommunen
- Inddrager kommunen og sundhedsplejersken, med henblik på indsats i graviditeten og efter fødslen

#### **Fødslen**

Fødsel på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling anbefales.

- Børn af kvinder, der har haft et tilbagefald, indlægges på børneafdelingen til observation og behandling af abstinenser

#### **Efter fødslen**

- Der anbefales indlæggelse i barselperioden
- Kvinder, der har haft et tilbagefald vejledes om amning ud fra misbrugets art
- Eventuel plan vedrørende indsat overfor barnet følges

#### **Senere opfølgning**

Sundhedsplejersken

- Der anbefales tæt opfølgning i familien

Familieambulatoriet

- I de tilfælde af, at moderen har haft et tilbagefald i graviditeten følges barnet Familieambulatoriet, til det er 7 år
- I de tilfælde af, at moderen har haft et tilbagefald i graviditeten udarbejdes der en plan for barnet. I samarbejde med kommunen justeres planen løbende

## 28.3.6 Gravide med psykiske sygdomme

### 28.3.6.1 Gravide med psykiske sygdomme eller psykiske problemer

Gravide/ familier med psykiske sygdomme er en sammensat gruppe, hvor problemstillingerne kan være meget forskellige. Indsatsen vil derfor variere i form af

- Specialkonsultation i jordemoderregi "Konsultation for gravide med særlige behov", og hvor inddragelse af sundhedsplejersken er nødvendig.
- Henvielse til og undersøgelser i svangreambulatoriet.
- Henvielse til Familieambulatoriet. Såfremt der er behov for at inddrage de kommunale myndigheder ud over sundhedsplejersken, henvises den gravide til Familieambulatoriet.

Nogle gravide med psykiatriske lidelser kan have rusmiddelproblemer, idet nogle psykisk syge har et overforbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol eller andre rusmidler. Disse gravide henvises altid til familieambulatoriet.

Tværfaglig og tværsektoriel indsats er meget afgørende for en vellykket graviditets-, fødsels- og barselsperiode for kvinden/ familien og barnet.

#### **Definition**

- Skizofreni
- Maniodepressiv psykose
- Psykose/ paranoia
- Personlighedsforstyrrelser
- Efterfødselsreaktioner/ depression
- Angst
- Tidligere traumer/ tab

#### **Hyppighed**

Der er ingen entydig opgørelse af denne gruppe, men skønsmæssigt anslås det, at cirka 5 % af de gravide skønnes at have en psykiatrisk sygdom eller psykiske problemer.

#### **Risici**

For moderen

- For de fleste kvinder med tidligere eller nuværende psykiske lidelser medfører graviditet og fødsel en øget risiko for forværring eller recidiv af sygdommen

For barnet

- Svær psykisk sygdom under graviditet er associeret til intrauterin væksthæmning af fosteret, samt øget forekomst af præeklampsi og misdannelser

Efter fødslen er den tidlige mor-barn-relation oftest påvirket af moderens psykiske lidelse, risiko for forstyrrelse i relation og tilknytning til barnet, med følger for barnets udvikling.

#### **Håndtering**

##### **Prækonceptionel rådgivning**

Den praktiserende læge

- Rådgiver kvinden ud fra hendes sociale og sygdomsmæssige situation
- Rådgiver om medikamentel behandling, herunder risici
- Henvielse ved behov til obstetrisk speciallæge i svangreambulatoriet

Svangreambulatoriet

- Indkalder kvinden til vejledning og rådgivning ved obstetrisk speciallæge

##### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Optager en omhyggelig anamnese vedrørende tidligere og nuværende psykisk lidelse
- Sikrer at den gravide ved, hvilken medicin hun må tage

- Henviser eventuelt til psykiater, med henblik på at screene for depression og eventuel behandling
- Henviser til Familieambulatoriet

#### Familieambulatoriet

- Indkalder den gravide, og følger hende i graviditeten. Der udarbejdes en plan for forløbet, ved behov i samarbejde med en psykiater
- Udfærdiger en plan for fødsel og barselsophold. Hvis den gravide er i medicinsk behandling, skal der inden fødslen laves en plan for ammeperioden i samarbejde med en neonatolog
- Observerer og vurderer tilknytningen mellem mor og barn under graviditeten
- Inddrager kommunen og sundhedsplejersken, med henblik på indsats i graviditeten og efter fødslen
- Planlægger og koordinerer udskrivelse og støtte i hjemmet, med henblik på at sikre kontinuitet i indsatsen

#### **Fødslen**

Fødsel bør foregå på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling

- Hvis den gravide er i behandling med psykofarmaka, indlægges barnet til observation og behandling af abstinenser
- Plan for ernæring af barnet følges

#### **Efter fødslen**

Indlæggelse i barselperioden til observation

- Tilknytningen mellem mor og barn i barselperioden observeres
- Plan for udskrivelse og støtte i hjemmet, med henblik på at sikre kontinuitet i indsatsen

#### **Senere opfølgning**

Sundhedsplejersken

- Skærper opmærksomheden på indsats og opfølgning efter fødslen, med henblik på familiens og barnets trivsel

## 28.3.6.2 Spiseforstyrrelser

### **Definition**

Ved **anoreksi** indtager personen meget lidt føde, og undgår især fede spiser. Somme tider fortæller personen, at lidelsen startede som et mere normalt forsøg på at slanke sig, hvorefter dette tog magten fra den pågældende. Den ringe fødeindtagelse er ofte ledsaget af overdreven fysisk aktivitet.

Ved **bulimi** er der ligeledes frygt for overvægt, men der er som regel ikke særlig udtalt afmagring. Der er anfald af spisetrang, som personen tilfredsstiller ved at indtage enorme mængder af føde, ofte af den usunde karakter, som hun til daglig forsøger at undgå for at holde sig slank. Efter indtagelsen oplever personen stor skamfuldhed over at have givet efter for sin impuls, og fremkalder en opkastning.

### **Hyppeghed**

Anorexia: 0,4-1 % blandt kvinder i alderen 14-24 år.

Bulimia: 1,7-4 % blandt kvinder i alderen 14-24 år .

### **Risici**

I graviditeten er der risiko for

- Abort
- Præterm fødsel
- Intrauterin væksthæmning

Efter fødslen er der risiko for

- Udvikling af fødselsdepression
- Forstyrrelse i mor/ barn relationen
- Trivselsproblemer hos barnet

### **Håndtering**

Tværfaglig og tværsektoriel indsats er meget afgørende for en vellykket graviditets-, fødsels- og barselsperiode for kvinden/ familien og barnet.

Der tales om vægtøgning under graviditeten, samt forholdet til mad og vejning af den gravide ved alle graviditetskonsultationer.

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Optager omhyggelig anamnese vedrørende tidligere og nuværende psykiske lidelse
- Henviser den gravide til Familieambulatoriet
- Henviser eventuelt til psykiater, med henblik på at screene for depression og eventuel behandling

Familieambulatoriet

- Indkalder den gravide, og følger hende i graviditeten
- Udarbejder plan for fødsel og barselsophold, i samarbejde med kommunen
- Inddrager sundhedsplejersken, med henblik på tilbud om hjemmebesøg i graviditeten
- Henviser til psykiatrisk ekspertise ved behov

### **Fødslen**

Fødsel på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling.

### **Efter fødslen**

Indlæggelse i barselperioden anbefales

- Ved behov tilbydes hjælp til hæmning af mælkedannelse
- Plan for udskrivelse og støtte i hjemmet med henblik på at sikre kontinuitet i indsatsen

### **Senere opfølgning**

Sundhedsplejersken

- Skærper opmærksomheden på indsats og opfølgning efter fødslen
  - Udviser særlig opmærksomhed omkring barnets trivsel
  - Udviser særlig opmærksomhed omkring vægttab hos moderen efter fødslen
  - Udviser særlig opmærksomhed omkring forstyrrelse i mor/barn relationen

## **28.3.7 Udviklingshæmmede forældre**

### **28.3.7.1 Udviklingshæmmede**

#### **Definition**

En tilstand af forsinket eller mangelfuld udvikling af evner og funktionsniveau, der normalt viser sig i løbet af barndommen, og som bidrager til det samlede intelligensniveau. Hermed menes de kognitive, sproglige, motoriske og sociale evner og færdigheder.

#### **Hyppighed**

Undersøgelse fra Formidlingscenter Øst lavet for Socialministeriet i år 2002 angiver, at ud af en population på 1,3 millioner vil der være knap 5000 voksne udviklingshæmmede heraf 150 forældrepar og 130 enlige forældre.

#### **Risici**

Udviklingshæmmede kan have svært ved at følge og profitere af profylaktiske tilbud. Udviklingshæmmede gravide kan være psykosocialt belastet, og således særlig udsat i graviditeten. Som udviklingshæmmede forældre kan det være svært at mestre forældreevnen. Denne manglende kompetence kan få følger for barnet, eksempelvis

- Omsorgssvigt
- Manglende trivsel
- Nedsat tilknytning
- Ikke alderssvarende fysisk og psykisk udvikling hos barnet

## **Håndtering**

Hos udviklingshæmmede gravide tilstræbes det at arbejde tværfagligt, så snart graviditeten konstateres, således at der kan sikres en plan post partum samt kontinuitet i indsatsen. Den udviklingshæmmede har et øget behov for en eller flere faste støttepersoner.

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Optager omhyggelig anamnese med særlig fokus på sociale og psykiske forhold
- Henviser til Familieambulatoriet

Familieambulatoriet

- Indkalder den gravide og følger hende i graviditeten
- Vurderer kvindens/ parrets forældreevne i god tid før fødslen
- Inddrager kommunen og sundhedsplejersken, med henblik på indsats i graviditeten og efter fødslen

### **Fødslen**

Fødsel bør foregå på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling.

### **Efter fødslen**

Indlæggelse i barselsperioden, med henblik på vejledning og observation

- Plan for udskrivelse og støtte i hjemmet, med henblik på at sikre kontinuitet i indsatsen følges

### **Senere opfølgning**

Sundhedsplejersken

- Skærper opmærksomheden på indsatsen og opfølgningen

Jordemoderen

- Tilbyder hjemmebesøg efter fødslen

## **28.3.8 Sociale problemer**

### **28.3.8.1 Sociale problemstillinger**

Gravide/ familier med sociale problemstillinger er en sammensat gruppe, hvor problemstillingerne kan være meget forskellige. Indsatsen vil derfor variere fra et helt normalt tilbud svarende til niveau 1 over niveau 3, hvor en særlig indsats i form af behovsundersøgelser hos jordemoder/ specialkonsultationer samt inddragelse af sundhedsplejersken og kommunen er nødvendig, til et niveau 4 tilbud med henvisning til Familieambulatoriet.

Det er vigtigt

- At støtte kvinden i at træffe informerede valg
- At identificere ressourcer hos den gravide, i familien og i kvindens øvrige netværk

Såfremt der er behov for at inddrage de kommunale myndigheder (udover sundhedsplejersken), henvises den gravide til Familieambulatoriet. Familieambulatoriet følger den gravide og vurderer kvindens/ parrets forældreevne i god tid før fødslen, og udarbejder i samarbejde med kommunen en plan for fødslen, barselsopholdet, samt støtte og bistand efter fødslen (herunder eventuelt behov for støttefamilie eller plejefamilie til barnet).

For nærmere beskrivelse af Familieambulatoriet organisering, opgaver og arbejdsmetoder med mere henvises til afsnit 18 "Familieambulatoriet"

Generelt har børn, som er født i socialbelastede familier en hyppigere forekomst af

- Præterm fødsel
- Intrauterin væksthæmning
- Intrauterin fosterdød

- Spædbarnsdød

### **28.3.8.2 Mindre end 9 års skolegang og/ eller ingen tilknytning til arbejdsmarkedet**

#### ***Risici***

Danske og udenlandske studier har fundet en vis negativ sammenhæng mellem gravide med lav skoleuddannelse og/ eller manglende tilknytning til arbejdsmarkedet og

- Intrauterint væksthæmmede barn
- Intrauterin fosterdød

Gravide med kort skolegang og ringe viden om fødsel og familiedannelse kan være mindre tilbøjelige til at deltage i de almindelige offentlige tilbud om undersøgelser og undervisning i graviditeten.

#### ***Håndtering***

Der kan være behov for at etablere kontakt til socialforvaltningen, med henblik på støtte til udarbejdelse af uddannelsesplan eller anden plan for fremtiden.

#### ***I graviditeten***

Den praktiserende læge

- Optager grundig anamnese med særlig vægt på de sociale forhold og visiterer til kontrol i svangreambulatoriet/ Familieambulatoriet ved behov
- Henviser den gravide til specialkonsultation i jordemoderregi ved behov, hvis der ikke er visiteret til familieambulatoriet. Se afsnit 15.1 "Konsultation for gravide med særlige behov"

Jordemoderen

- Henviser ved behov den gravide til Familieambulatoriet
- Henviser ved behov den gravide til sundhedsplejersken, med henblik på hjemmebesøg

Svangreambulatoriet eller Familieambulatoriet

- Indkalder den gravide til videre opfølgning efter modtagelse af henvisningen, og der lægges en plan for forløbet

Sundhedsplejersken

- Tilbyder ved behov hjemmebesøg før fødslen

#### ***Fødslen***

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af individuel vurdering og det aktuelle forløb.

#### ***Efter fødslen***

Anbefaling vedrørende indlæggelse i barselsperioden vil afhænge af individuel vurdering, samt det aktuelle forløb.

#### ***Senere opfølgning***

Sundhedsplejersken

- Er opmærksom på særlige behov efter fødslen.

### **28.3.8.3 Unge gravide/ forældre (under 20 år)**

#### ***Risici***

Unge mødre har i nogle undersøgelser højere frekvens af præterm fødsel og intrauterint væksthæmmede børn, men dette er nok i højere grad et udtryk for øget hyppighed af dårlig social status og rygning i denne gruppe.

At være unge forældre indebærer problemstillinger af social og psykologisk art.

#### ***Håndtering***



Der kan være behov for at etablere kontakt til socialforvaltningen med henblik på støtte til udarbejdelse af uddannelsesplan eller anden plan for fremtiden. Der kan eventuelt også være behov for hjælp til etablering af egen bolig.

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Optager en grundig anamnese med særlig vægt på den gravides modenhed og tilknytning til egen mor, samt henviser til kontrol på svangreambulatoriet/ Familieambulatoriet ved behov
- Henviser den gravide til specialkonsultation i jordemoderregi ved behov, hvis der ikke er visiteret til Familieambulatoriet. Se afsnit 15.1 "Konsultation for gravide med særlige behov",
- Henviser den gravide til et særligt fødsels- og forældreforberedelsestilbud til særlige grupper, se afsnit 19.6.1 "Unge gravide"

Jordemoderen

- Henviser ved behov den gravide til Familieambulatoriet
- Henviser den gravide til sundhedsplejersken, med henblik på hjemmebesøg i graviditeten

Svangreambulatoriet eller Familieambulatoriet

- Indkalder den gravide til videre opfølgning, og der lægges en plan for forløbet

Sundhedsplejersken

- Tilbyder ved behov hjemmebesøg før fødslen

### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af graviditetens forløb. Hvorvidt obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling anbefales vil afhænge af individuel vurdering, samt det aktuelle forløb.

### **Efter fødslen**

Tilbud om indlæggelse i barselsperioden anbefales

- Eventuel plan for udskrivelse og støtte i hjemmet, med henblik på at sikre kontinuitet i indsatsen, følges

### **Senere opfølgning**

Sundhedsplejersken

- Udviser skærpet opmærksomhed efter fødslen

## **28.3.8.4 Gravide, som er uønsket enlige**

### **Håndtering**

Ved behov for økonomisk støtte henvises kvinden til kommunen.

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Optager en grundig anamnese, med særlig vægt på den gravides følelsesmæssige og økonomiske problemstillinger, og henviser til kontrol på svangreambulatoriet/ Familieambulatoriet ved behov
- Henviser den gravide til kommunen ved behov for økonomisk støtte
- Henviser til specialkonsultation hos jordemoder ved behov, hvis der ikke er visiteret til Familieambulatoriet. Se afsnit 15.1 "Konsultation for gravide med særlige behov"

Jordemoderen

- Henviser ved behov den gravide til Familieambulatoriet
- Henviser den gravide til sundhedsplejersken, med henblik på hjemmebesøg

Svangreambulatoriet eller familieambulatoriet

- Indkalder den gravide til videre opfølgning, og der lægges en plan for forløbet

Sundhedsplejersken

- Tilbyder ved behov hjemmebesøg i graviditeten

### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af individuel vurdering og det aktuelle forløb.

### **Efter fødslen**

Tilbud om indlæggelse i barselperioden efter behov.

### **Senere opfølgning**

Sundhedsplejersken

- Er opmærksom på særligt behov efter fødslen

## **28.3.8.5 Boligløse kvinder**

### **Håndtering**

Da det alt overskyggende problem oftest vil være bolig manglen, er det vigtigt, at der hurtigt etableres kontakt med kommunen.

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Optager en grundig anamnese med særlig vægt på den gravides boligsituation og økonomiske problemstillinger, samt henviser til kontrol i svangreambulatoriet/ Familieambulatoriet ved behov
- Henviser til socialforvaltningen med henblik på akut boligsøgning og anden social bistand
- Henviser den gravide til specialkonsultation i jordemoderregi ved behov, hvis der ikke er visiteret til Familieambulatoriet. Se afsnit 15.1 "Konsultation for gravide med særlige behov"

Jordemoderen

- Henviser ved behov den gravide til Familieambulatoriet
- Henviser til sundhedsplejersken med henblik på hjemmebesøg

Svangreambulatoriet eller familieambulatoriet

- Indkalder den gravide til videre opfølgning, og der lægges en plan for forløbet

Sundhedsplejersken

- Tilbyder ved behov hjemmebesøg i graviditeten

### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af individuel vurdering og det aktuelle forløb.

### **Efter fødslen**

Tilbud om indlæggelse i barselperioden efter behov.

### **Senere opfølgning**

Sundhedsplejersken

- Er opmærksom på særligt behov efter fødslen

## **28.3.8.6 Vold i familien**

### **Hyppighed**

Vold mod gravide har en procentdel på 4-8 % på verdensplan jævnfør Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorg 2009. Da vold i familien er forbundet med tabu, kan det være vanskeligt at identificere.

### **Risici**

Symptomer som angst og depression hos kvinden kan forekomme.

Barnet vil være i risiko for at blive ramt af volden. Dødeligheden hos nyfødte som følge af præterm fødsel, lav fødselsvægt og "small for gestational age" er hyppigere forekommende blandt børn født af voldsramte kvinder end blandt børn født af kvinder, der ikke er udsatte for vold.

Dødeligheden blandt mødre, der er udsatte for vold, er tre gange højere end blandt kvinder, der ikke er udsatte for vold.

### **Håndtering**

Der er en lang række forhold, som alle i svangreomsorgen bør være opmærksomme på i forbindelse med vold i hjemmet, og som oftest er tabubelagt. Ved kontakt med den gravide bør alle fagpersoner være opmærksomme på

- At opsporing af angst og/ eller depression under graviditeten
- At støtte kvinden i at komme ud af det voldelige forhold og anmelde volden
- At henvise kvinden til et krisecenter eller lignende foranstaltning
- Såfremt kvinden ikke ønsker at forlade det voldelige forhold, kan parret henvises til terapi, kurser i konflikthåndtering
- Opmærksomheden skal også rettes mod ældre børn i familien
- Der kan være behov for særlig støtte under fødslen, da smerterne vil kunne udløse flash backs om volden

Det er vigtigt, at kommunen og sundhedsplejersken inddrages i forløbet så tidligt som muligt.

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Optager en grundig anamnese med øget fokus på ovennævnte forhold, samt visiterer til kontrol i Familieambulatoriet

Familieambulatoriet

- Indkalder den gravide og følger hende i graviditeten. Der lægges en plan for forløbet
- Henviser eventuelt til krisecentre eller lignende, ved visiterende møder
- Inddrager kommunen og sundhedsplejerske med henblik på indsats i graviditeten og efter fødslen

### **Fødslen**

- Fødsel på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling
- Særlig opmærksomhed på kvindens reaktion under fødslen, og at der sikres effektiv smertelindring

### **Efter fødslen**

Tilbud om indlæggelse i barselsperioden efter behov.

- Eventuel plan for udskrivelse og støtte i hjemmet, med henblik på at sikre kontinuitet i indsatsen, følges

### **Senere opfølgning**

Jordemoderen

- Aflægger hjemmebesøg efter fødslen

Sundhedsplejersken

- Skærpet opmærksomhed på indsats og opfølgning

## **28.3.8.7 Forældre, som har været udsat for incest, voldtægt eller tortur**

### **Definition**

Incest - "Når en voksen person, som barnet er afhængigt af gennem et tillids- og/ eller magtforhold, krænker barnets integritet for at tilfredsstille sine egne seksuelle behov".

### **Hyppighed**

Incest - Forekomsten kendes ikke i eksakte tal, muligvis 2,6 % af en årgang svarende til 800 piger.

For voldtægt ukendt.

For torturofre ukendt.

### **Risici**

Kvinder, der har været udsat for incest, voldtægt eller totur vil være særligt sårbare for både de fysiske og psykiske forandringer i graviditeten.

Især ved fødslen vil smerterne kunne påvirke, at kvinden genoplever overgreb og tidligere traumer, og derfor kan reagere uhensigtsmæssigt. Visse former for totur kan have medført skader på bækken eller reproduktive organer, herunder skader der kan føre til graviditets- eller fødselskomplikationer.

Incest og torturofre kan på grund af deres traumer, have svært ved at knytte sig til deres børn, og mange har problemer i forbindelse med pusling af børnene

- Reaktivering af tidligere traumatiske oplevelser
- Borderline eller andre personlighedsproblemer
- Udvikling af Post Traumatisk Stress Syndrom, herunder selvbeskadigende adfærd
- Fødselsangst
- Fødselsdepressioner
- Tilknytningsforstyrrelser

### **Håndtering**

Det er vigtigt at opspore incest, voldtægt eller torturofre så tidligt som muligt i graviditeten. Kvinden/ familien kan ofte have svært ved at tale om det. Ved kontakt med den gravide bør alle fagpersoner være opmærksomme på

- At opspore angst, depression og andre psykosomatiske symptomer
- At tage særlige hensyn til kvindens ubehag ved fysiske undersøgelser, som kan fremkalde angst og ubehag
- At opmærksomheden også skal rettes mod andre børn i familien

Særligt vedrørende totur

- Såfremt faderen også har været udsat for totur, kan han også opleve, at traumerne reaktiveres i forbindelse med graviditet og fødsel, og tilbuddene skal derfor også rette sig mod ham.

Det er vigtigt at kommunen og sundhedsplejersken inddrages i forløbet så tidlig som muligt.

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Optager grundig anamnese med øget fokus på kvindens/ familiens specielle situation, og henviser til familieambulatoriet

Familieambulatoriet

- Indkalder den gravide og følger hende i graviditeten. Der lægges en plan for forløbet
- Inddrager kommunen og sundhedsplejersken, med henblik på indsats i graviditeten og efter fødslen
- Henviser ved behov den gravide til svangreambulatoriets Fødselsaftale team, med henblik på at give kvinden/ parret mulighed for at bearbejde de tanker og følelser, der er i relation til forestående fødsel

Fødselsaftaleteam'et

- Indkalder den gravide til samtale og planlægning af den kommende fødsel, herunder eventuelt udarbejdelse af en fødselsaftale

### **Fødslen**

- Fødsel på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling
- Særlig opmærksomhed på kvindens reaktion under fødslen, og at der sikres effektiv smertelindring

### **Efter fødslen**

Tilbud om indlæggelse i barselperioden efter behov

- Eventuel plan for udskrivelse og støtte i hjemmet, med henblik på at sikre kontinuitet i indsatsen, følges

### **Senere opfølgning**

Jordmoderen

- Aflægger hjemmebesøg efter fødslen

Sundhedsplejersken

- Skærpet opmærksomhed på indsat og opfølgning efter fødslen

### 28.3.9 Kvinder med anden etnisk baggrund end dansk

Gruppen af kvinder med anden etnisk baggrund end dansk er heterogen.

Mange er ressourcestærke og velintegrerede, og følger derfor svangreomsorgens almindelige tilbud.

Mens andre er udsatte af forskellige årsager og har behov for et udvidet tilbud, og der bør tages hensyn til individuelle risikofaktorer.

#### **Kommunikationsvanskeligheder**

Kvinder, der ikke taler eller forstår dansk eller engelsk, vil have særlige vanskeligheder med at få den optimale omsorg under forløbet graviditet, fødsel og barsel. Der bør altid anvendes tolk. I de tilfælde, hvor der er en sprogbarriere, kan den sundhedsfremmende indsat, undersøgelser og behandling besværliggøres.

#### **Andre forudsætninger**

Da de fleste etniske familier med anden baggrund end dansk kommer fra andre kulturer, vil de have andre forestillinger om sundhed, og der vil være andre erfaringer og forventninger til graviditet, fødsel, og barsel end hos danske kvinder. Deres forudsætninger og familiestruktur er ofte anderledes. Der tages højde for dette ved samtlige kontakter såvel hvad angår undersøgelser som vejledning.

#### **Risici**

Kvinder, der går tildækkede, er i stor risiko for D-vitamin mangel

Der er flere kvinder i denne gruppe som lider af

- D-vitamin mangel (specielt kvinder der går tildækket)
- Anæmi (20 %) sammenlignet med danske kvinder (4 %)
- Hæmoglobinopati, eksempelvis seglcelleanæmi
- Visse infektionssygdomme

Hertil kommer

- At der er en øget prævalens af gestationel diabetes i visse grupper
- At der i nogle grupper er en udpræget tradition for nært slægtskab mellem ægtefæller, hvilket øger risikoen for misdannelser og dødfødsler
- At børn af indvandrerkvinder født i lavindkomst lande har øget forekomst af preterm fødsel, samt øget risiko for peri- og neonatal mortalitet, sammenlignet med etniske danske børn.

#### **Håndtering**

Indsatsen i forhold til denne gruppe varierer meget, blandt andet i forhold til hvilket land den gravide/ familien kommer fra og i forhold til graden af integration. Ved bedømmelse af den enkelte indvandrerkvindes risiko bør man derfor tage hensyn til individuelle risikofaktorer.

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Optager en grundig anamnese med øget vægt/ opmærksomhed på de forskellige ovennævnte forhold, og henviser til kontrol på svangreambulatoriet
- Foretager relevante undersøgelser i forhold til den enkelte kvinde og hendes baggrund
- Henviser til specialkonsultation i jordemoderregi ved behov, hvis der ikke er henvist til Familieambulatoriet. Se afsnit 15.1 "Konsultation for gravide med særlige behov"
- Henviser til fødsels- og forældreforberedelse hvor kvinden kan deltage i dette, se afsnit 19 "Fødsel- og forældreforberedelse"
- Sikre sig, at kvinden kender de tegn og symptomer, som kræver henvendelse til læge eller jordemoder

Jordemoderen

- Tilbyder individuel fødsels- og forældreforberedelse ved behov
- Henviser den gravide til sundhedsplejerske med henblik på eventuelt hjemmebesøg
- Sikrer sig, at kvinden kender de tegn og symptomer, som kræver henvendelse til læge eller jordemoder

Svangreambulatoriet eller familieambulatoriet

- Indkalder den gravide til undersøgelse, vurdering og planlægning af det videre forløb

Sundhedsplejersken

- Aflægger hjemmebesøg i graviditeten

#### ***Fødslen***

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af det aktuelle forløb.

#### ***Efter fødslen***

- Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb
- Der kan være behov for ekstra omsorg i barselsperioden.

#### ***Senere opfølgning***

Sundhedsplejersken

- Skærpet opmærksomhed på indsat og opfølgning efter fødslen.

### **28.3.9.1 Flygtninge og asylansøgere**

#### ***Særligt vedrørende flygtninge og asylansøgere***

Kvinder og familier, der er flygtet fra krig eller andre trusler, er ofte ressourcestærke, men kan være belastede af traumer og måske mangeårigt ophold i flygtningecentre. Gravide flygtninge og asylansøgere bør behandles individuelt med udgangspunkt deres særlige behov. Nogle gravide kan være meget sårbare og er præget af de oplevelser, de har været udsat for. De kan blandt andet have været udsat for voldtægt og tortur.

Der henvises til afsnit 28.3.8.7 "Forældre som har været udsat for incest, voldtægt eller tortur".

### **28.3.9.2 Kvindelig omskæring (se under gynækologiske lidelser)**

## 28.4 Obstetriske problemstillinger i nuværende graviditet

### 28.4.1 Graviditetsgener

#### 28.4.1.1 Pyrosis

Halsbrand og sure opstød.

Hormonelt betinget nedsat tonus i sphinter cardia, nedsat mobilitet i ventriklen, samt mindre tarmvolumen på grund af uterusvækst.

##### **Hyppighed**

Hyppigt forekommende, oftest i 3. trimester.

##### **Håndtering**

###### **I graviditeten**

Den praktiserende læge og jordemoder rådgiver om forebyggelse og afhjælpning af pyrosis

- Undgå sure, fede og røgede madvarer
- Begrænse indtaget af kaffe, te, agurk, krydderier, pebermynte og chokolade
- Undgå alkohol og rygning
- Spise små og hyppige måltider
- Sove med eleveret hovedgærde
- Indtage mælkeprodukter
- Eventuel brug af antacida

#### 28.4.1.2 Obstipation

Forstoppelse i form af nedsat peristaltik og forlængelse af transittiden i tarmen, med øget reabsorption af vand til følge.

Forårsages oftest af hormonelt betinget nedsat tonus i colon, nedsat fysisk aktivitet, eller mekanisk tryk på tarmen fra voksende uterus. Endvidere kan det forårsages af indtagelse af jerntilskud og visse former for antacida.

Kan debutere allerede tidligt i graviditeten.

##### **Håndtering**

###### **I graviditeten**

Den praktiserende læge og jordemoder

- Rådgiver om forebyggelse og afhjælpning af obstipation
  - Ernæringskorrektio n i form af fiberrig kost (grøntsager, fisk, groft brød, müsli etc.)
  - Indtagelse af rigelige mængder vand (2-3 liter dagligt)
  - Indtagelse af svesker eller sveskejuice
  - Regelmæssig motion
  - Skift til andet jernpræparat
  - Laksantia
- Henviser eventuelt til akupunktur, der henvises til 17.2.3 Akupunktur team

#### 28.4.1.3 Træthed

De fleste kvinder oplever en naturlig træthed i større eller mindre grad i løbet af graviditeten. Der kan være forskellige årsager til dette, blandt andet

- Energikrævende vækstprocesser i graviditeten
- Søvnforstyrrelser på grund af spekulationer, diverse fysiske gener, nocturi eller mange fosterbevægelser
- Anæmi
- Fejl- eller underernæring

## **Håndtering**

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge og jordemoder rådgiver om forebyggelse og afhjælpning af træthed

- Jerntilskud
- Opmærksomhed vedrørende hvile/ mere søvn, samt motionsvaner
- Beroligelse af den gravide
- Samtale om den gravides situation (specielt vedrørende sociale og psykiske aspekter)

## **28.4.1.4 Varicer**

Varicer er oftest lokaliseret til ben, analkanalen (hæmoroider), vulva og bækken.

Tilstanden kan allerede debutere i 1. trimester, og generelt ses der forværring i løbet af graviditeten.

Varicerne forsvinder ofte post partum, men recidiverer med stor sandsynlighed i følgende graviditeter.

Årsager:

- Familær disposition, adipositas, stående arbejde
- Hormonel påvirkning
- Nedsat venøst tilbageløb grundet tryk fra voksende uterus

### **Risici**

I forbindelse med fødslen kan der – om end sjældent – opstå større blødninger fra bristninger.

## **Håndtering**

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge og jordemoder

- Rådgiver om forebyggelse og afhjælpning af varicer
  - Anbefaler venepumpeøvelser/ generel motion
  - Hvile med benene oppe flere gange om dagen
  - Sove med let eleveret fodende
  - Støttestrømper/ kompressionsstrømper
  - Afhjælpning af hæmorroider (forebyggelse af obstipation, se afsnit om Obstipation)
- Henviser den gravide til svangreambulatoriet, hvis det skønnes, at der skal tages forholdsregler i forbindelse med forestående fødsel (eksempelvis varicer i vulva)

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til nærmere vurdering og eventuel planlægning af fødested

### **Fødslen**

Vaginal forløsning som hovedregel. Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af det aktuelle forløb.

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.



### 28.4.1.5 Ødemer

Ødemer er en hyppigt forekommende graviditetsgene. Som oftest er ødemerne ufarlige, om end generende. Årsag: Hormonpåvirkninger og nedsat venøst tilbageløb på grund af voksende uterus.

#### **Håndtering**

##### **I graviditeten**

Den praktiserende læge og jordemoder

- Rådgiver om forebyggelse og afhjælpning af ødemer
  - Anbefaler venepumpeøvelser og motion
  - Sove med eleveret fodende
  - Hvile med bene oppe flere gange dagligt
  - Væskeindtagelse (minimum 2-3 liter dagligt)
  - Diuretika bør ikke anvendes
- Henviser eventuelt til akupunktur, se afsnit 17.2.3 Akupunkturteam
- Henviser den gravide akut til obstetrisk specialafdeling, hvis der er tegn på eventuel udvikling af præeklamsi (hypertension)

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til nærmere udredning, den videre kontrol vil afhænge af undersøgelsesresultat

Der henvises til afsnit 28.4.2.5 Præeklamsi

### 28.4.1.6 Ryg – og bækkensmerter

Smerter i **ryggen** kan skyldes forskydning af kroppens tyngdepunkt, med øget belastning af columna, bug- og rygmuskulaturen til følge.

Smerter i **bækkenet** i forbindelse med graviditet er en hyppig, men oftest godartet gene, som bl.a. kan skyldes øget belastning af bløddelene (muskler, sener og ledbånd). Stort set alle gravide oplever gener fra bækkenet i større eller mindre grad.

#### **Graviditetsrelaterede bækkensmerter**

##### **Definition**

Smerter, som opstår under graviditeten eller inden for de 3 første uger efter fødslen.

##### **Hyppighed**

Ryg – og bækkensmerter i graviditeten opleves af ca. 50 % af alle gravide.

10 % af alle gravide kvinder oplever at have behov for behandling.

Hos kvinder med svære bækkensmerter angiver 50 % at have smerter et halvt år efter fødslen, 20 % angiver fortsat smerter efter 2 år.

En meget lille del af kvinderne udvikler blivende gener.

##### **Risici**

Undersøgelser viser, at tidligere lændesmerter såvel som overvægt giver øget risiko for bækkensmerter under graviditet. Endvidere er der en betydelig gentagelsesrisiko.

#### **Håndtering**

##### **I graviditeten**

Den praktiserende læge og jordemoderen

- Rådgiver og vejleder den gravide med henblik på håndtering af hverdagen ud fra smerternes lokalisation og kvindens opfattelse af problematikken
- Henviser til kommunalt tilbud om motion og holdningskorrektion – hvis dette findes, se VisInfoSyd
- Kan henvise til akupunkturbehandling - se afsnit 17.2.3 "Akupunktur team".
- Henviser ved mistanke om svære bækkensmerter den gravide til svangreambulatoriet med henblik på udredning. Ligeledes henvises gravide med tidligere svære bækkensmerter til svangreambulatoriet

Link: [www.gynobsgruppen.dk](http://www.gynobsgruppen.dk) (pjeccerne "Gravide med ryg- og bækkensmerter", inklusiv øvelser)

#### Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til nærmere udredning
- Kan henvise den gravide til fysioterapeutisk undersøgelse, behandling og specifik rådgivning
- I svære tilfælde suppleres behandlingen efter behov med
  - Smertestillende behandling
  - Aflastning eller sygemelding afhængig af arbejdssituationen
  - Eventuel indlæggelse

#### Fysioterapeut

- Instruerer i aflastning og almindelige daglige funktioner
- Foranlediger eventuelt hjælpemidler til aflastning

#### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af det aktuelle forløb.

#### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

#### **Senere opfølgning**

Opfølgning, herunder henvisning til fysioterapeut efter fødslen, sker via praktiserende læge.

## 28.4.1.7 Carpal tunnel syndrom

### **Definition**

Nerveafklemning i håndleddet (carpal tunnelen), som medfører smerter, sovende fornemmelse eller prikken i fingrene, snurren og nedsat følesans i tommelfinger, pegefinger, langfinger og dele af ringfingeren. Kan fremkaldes af overbelastning af arm og håndled, men vedrørende gravide skyldes tilstanden sandsynligvis, at der ophobes væske i vævene på grund af de hormonale forandringer. Her skyldes hævelsen altså blot væske, og problemet forsvinder næsten altid igen efter fødslen.

### **Risici**

Ofte har man færre kræfter i fingrene end normalt, og det kan være svært at styre finmotorikken. Det kan for eksempel give problemer med at samle småting op eller at bruge værktøj.

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge og jordemoder

- Henviser den gravide til svangreambulatoriet ved mistanke om carpal tunnelgener

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide med henblik på nærmere udredning, og henviser eventuel til akupunkturbehandling, se afsnit 17.2.3 "Akupunktur team"

#### **Fødslen**

Ingen specielle anbefalinger.

#### **Efter fødslen**

Ingen specielle anbefalinger.

### **Senere opfølgning**

Opfølgning sker via praktiserende læge. Hvis symptomerne ikke som forventet forsvinder igen efter fødslen, kan kvinden henvises til specialist.

## **28.4.1.8 Molimina gravidarum**

### **Definition**

Ubehag/ små-gener uden fokus eller nærmere karakteristika.

### **Risici**

Der er risiko for at overse symptomer på en sygelig tilstand, som kræver behandling (for eksempel psykoser/ neuroser)

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge og jordemoder

- Opsporer og prioriterer psykosomatiske og sociale problemstillinger via samtale, med henblik på afhjælpning/støtte og eventuel behandling
- Henviser ved behov for yderligere udredning til obstetrisk afdeling/svangreambulatoriet

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide med henblik på udredning og afhjælpning af den afdækkede problemstilling, og agerer i relation til denne

### **Fødslen**

Ingen specielle anbefalinger, kan dog afhænge af det aktuelle forløb.

### **Efter fødslen**

Tilbud om indlæggelse i barselperioden efter behov.

### **Senere opfølgning**

Anbefaling vedrørende senere opfølgning vil afhænge af den aktuelle situation.

## **28.4.1.9 Plukkeveer**

### **Definition**

Plukkeveer/ kontraktioner karakteriseres ved, at uterus bliver hård enten spontant eller ved fysisk aktivitet. Derudover er der disponerende faktorer såsom fysisk og psykisk stress, cystitis, obstipation og seksuel aktivitet.

### **Hyppighed**

Helt normalt forekommende, specielt i 3. trimester, hvor plukkeveer langsomt tiltager i hyppighed, varighed og styrke, og ikke påvirker de cervikale forhold. 3 til 4 plukkeveer pr. time fra starten af 3. trimester er normalt. Optræder lige hyppigt hos første- og flergangsgravide. Hos flergangsgravide kan plukkeveer debutere tidligere end hos førstegangsgravide.

### **Risici**

Der er sammenhænge mellem udtalt uterinaktivitet og præterm fødsel.

### **Håndtering**

Til afhjælpning af plukkeveer anbefales hvile.

Smertefulde kontraktioner, som ikke aftager ved hvile, bør før graviditetsuge 34 give anledning til, at den gravide henvises til obstetrisk afdeling, med henblik på vaginal ultralydsundersøgelse af cervix.

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge og jordemoder

- Afdækker i samarbejde med den gravide eventuelle disponerende faktorer og vejleder i relation til disse
- Henviser ved mistanke om partus præmaturus imminens til svangreambulatoriet eller fødegangen

Svangreambulatoriet/ fødegangen

- Indkalder den gravide i henhold til ovenstående, med henblik på eventuel behandling

Der henvises til afsnit 28.4.6.2 "Præterm fødsel".

## **28.4.2 Graviditetsbetingede organpåvirkninger**

### **28.4.2.1 Glucosuri**

#### **Hyppighed**

Ukendt, men hyppigt forekommende. Overvægtige gravide og gravide med familiær disposition til diabetes har en øget risiko for at udvikle graviditetsbetinget diabetes (GDM). Endvidere ses en øget prævalens af gestationel diabetes hos visse grupper af gravide med anden etnisk baggrund end dansk.

#### **Risici**

Glucosuri er tegn på en potentiel diabetes/ gestationel diabetes.

#### **Håndtering**

Det anbefales, at urinen undersøges for glucose én gang i henholdsvis 1. og 2. trimester, og ved hver svangerskabsundersøgelse i 3. trimester.

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge og jordemoder

- Henviser direkte til svangreambulatoriet straks efter konstatering af glucosuri, med henblik på glucosebelastning (OGTT), hvis ej dette kan foretages i lægepraksis

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til oral glucosebelastning (OGTT), hvis ej dette er foretaget i lægepraksis
- Den videre kontrol vil afhænge af resultatet af OGTT

Der henvises til afsnit 28.4.2.2 "Gestationel diabetes melleitus (GDM)/ insulinbehandlet GDM".

### **28.4.2.2 Gestationel diabetes mellitus (GDM)/ insulinbehandlet GDM**

#### **Definition**

Gestationel diabetes mellitus (GDM) defineres som glukoseintolerance, opstået eller diagnosticeret første gang i forbindelse med graviditeten.

#### **Hyppighed**

GDM findes hos cirka 2 % af danske gravide ved systematisk screening på baggrund af risikofaktorer i henhold til nationale anbefalinger. Dette svarer til skønsmæssigt 240 tilfælde årligt i Region Syddanmark, hvis screeningsproceduren følges konsekvent. Af disse vil 20-30 % have behov for insulinbehandling.

#### **Risici**

For moderen

- Tilstanden er ubehandlet forbundet med øget risiko for sygelighed
  - Hypertension, præeklamsi, samt indgreb i forbindelse med fødslen

- Cirka halvdelen af mødre udvikler regelret diabetes (primært type 2) indenfor en kortere årrække

For barnet

- Tilstanden er ubehandlet forbundet med øget risiko for sygelighed
  - Hypoglykæmi, høj fødselsvægt, præterm fødsel, gulsot, respirationsproblemer og øget mortalitet
  - Øget risiko for at udvikle diabetes mellitus og adipositas som voksne

### **Håndtering**

Håndtering af GDM sker i et tværfagligt team bestående af diætister, sygeplejersker, jordemødre, obstetrikere, endokrinologer, neonatologer og praktiserende læger.

### **I graviditeten**

Det lægelige ansvar for behandling af moderen i graviditeten ligger hos endokrinologer og obstetrikere i samarbejde med praktiserende læge.

Den praktiserende læge

- Henviser til Odense Universitetshospital (OUH), Sygehus Lillebælt/ Kolding eller Sydvestjysk Sygehus/ Esbjerg

Diabetesteam på ovennævnte sygehuse varetager graviditetskontrollerne

- Behandlingen har til formål at stabilisere moderens blodsukker og består først og fremmest i vejledning om kost og motion samt oplæring i hjemmeblodsuktermåling
- Fosterets vækst følges med ultralydsscanninger

Der kan være tale om to forløb - diætbehandling eller insulinbehandling

- Er den gravide i **diætbehandling**, foregår kontrollerne som ovenfor beskrevet
- Er den gravide i **insulinbehandling**, foregår kontrollerne på OUH

### **Fødslen**

Er den gravide i **diætbehandling**, kan fødslen finde sted på OUH, Sygehus Lillebælt/ Kolding, eller Sydvestjysk Sygehus/ Esbjerg

- Fødslen sættes i gang til terminen

Er den gravide i **insulinbehandling**, bør fødslen foregå på OUH

- Fødslen sættes i gang 1-2 uger før terminen

Det lægelige ansvar for behandlingen af den nyfødte ligger hos neonatologen.

### **Efter fødslen**

Mor og barn bør forblive indlagt i barselsperioden, med henblik på observation.

### **Senere opfølgning**

Opfølgning på moderens diabetesstatus efter fødslen varetages af endokrinolog (eventuelt intern mediciner) eller praktiserende læge.

Efter fødslen er der behov for opfølgning efter 2-3 måneder med henblik på

- Diabetesstatus udenfor graviditeten
  - Rådgivning om livsstil og fremtidige graviditeter
  - Plan for jævnlige kontroller fremover, med henblik på screening for diabetes

## **28.4.2.3 Proteinuri**

### **Hyppighed**

Ukendt, men hyppigt forekommende.

### **Risici**

Der kan være tale om en bagvedliggende nyresygdom, enkelte asymptomatiske.

## **Håndtering**

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge og jordemoder

- Henviser direkte til svangreambulatoriet straks efter konstatering. Er der tegn på eventuel udvikling af præeklamsi (hypertension), henvises den gravide dog akut til obstetrisk specialafdeling

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til nærmere udredning
- Den videre kontrol vil afhænge af undersøgelsesresultat

Der henvises til afsnit 28.4.2.5 "Præeklamsi".

## **28.4.2.4 Hypertension**

### **Definition**

Systolisk blodtryk  $\geq 140$  mmHg, eller diastolisk blodtryk  $\geq 90$  mmHg, konstateret ved mindst 2 målinger i ro, med 4 timers interval.

Graviditetsbetinget hypertension: forhøjet blodtryk, der opstår i graviditeten efter uge 20, og som forsvinder efter fødslen.

### **Hyppighed**

5-10 % af de gravide.

### **Risikogrupper/ disponerende faktorer**

Følgende gravide er i øget risiko for udvikling af hypertension:

- Førstegangsgravide
- Flergangsgravide med ny partner eller med præeklamsi i tidligere graviditet
- Gravide med flerfoldsgraviditet
- Gravide med nyresygdomme
- Gravide med diabetes mellitus
- Gravide med svær overvægt (BMI  $\geq 30$ )
- Gravide med autoimmune sygdomme, eksempelvis SLE
- Gravide, hvis mødre har haft præeklamsi
- Rygere

### **Risici for mor ved uopdaget/ ubehandlet graviditetsbetinget hypertension**

Udvikling af kronisk hypertension/ præeklamsi/ HELLP

Abruptio placentae

Hjerneblødning

### **Risici for barn ved uopdaget/ ubehandlet graviditetsbetinget hypertension**

Intrauterin væksthæmning

Præterm fødsel/ forløsning

Intrauterin fosterdød

## **Håndtering**

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Optager anamnese vedrørende eventuelle disponerende faktorer
- Kontrollerer BT x 3 i graviditeten
- Hvis hypertensionen konstateres ved 1. graviditetsundersøgelse tilrådes udredning (thyroideasygdom, nyrelidelse), hvorfor den gravide henvises til svangreambulatoriet
- Iværksætter eventuel hjemmemåling ved stigende blodtryk
- Henviser den gravide til svangreambulatoriet efter konstatering af hypertension

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide snarest efter henvisning, med henblik på udredning og videre undersøgelsesforløb, samt eventuel medicinering

### **Fødslen**

Fødsel på obstetrisk specialafdeling anbefales. Hvorvidt fødested med neonatal afdeling anbefales, vil afhænge af gestationsalder.

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

### **Senere opfølgning**

Kontrol af let til moderat hypertension (BT med eller uden behandling < 160/110) varetages i samarbejde med praktiserende læge.

Der henvises til afsnit 28.1.6.6.1 "Kronisk essentiel hypertension"

Der henvises til afsnit 28.4.2.5 "Præeklamsi".

Der henvises til afsnit 28.4.2.6 "HELLP".

## **28.4.2.5 Præeklamsi**

### **Definition**

Præeklamsi defineres som tilstedeværelse af hypertension og proteinuri.

Hypertension:  $\geq 140/90$  (mindst 3 målinger) i ro.

Proteinuri: 0,3 g/ liter eller mere, svarende til  $\geq$  et + ved urinstiks.

Ved forværring af præeklamsi ses endvidere subjektive symptomer som

- Smerter i epigastriet med eller uden udstråling til ryggen
- Smerter under højere kurvatur
- Kvalme og opkastninger
- Almen sygdomsfølelse

### **Hyppighed**

Graviditetsrelateret hypertension optræder med en hyppighed på 5-7 %.

Præeklamsi optræder med en hyppighed på 2-8 %, og eklamsi med en hyppighed på 0,05 %.

Gentagelsesrisikoen ved præeklamsi i næste graviditet er 10-40 %. Jo sværere præeklamsi og jo tidligere debut, jo højere er risikoen.

### **Risikogrupper**

Øget risiko for udvikling af præeklamsi hos

- Førstegangsgravide
- Gravide efter ægdonation
- Flergangsgravide med ny partner eller med præeklamsi i tidligere graviditet
- Gravide med flerfoldsgraviditet
- Gravide med nyresygdomme
- Gravide med hypertension
- Gravide med diabetes mellitus
- Gravide med svær overvægt (BMI  $\geq 30$ )
- Gravide med autoimmune sygdomme, eksempelvis Systemisk Lupus Erythematosus.
- Gravide, hvis mødre har haft præeklamsi

### **Risici**

Det kliniske billede varierer fra tilstand med let til moderat hypertension og proteinuri, til alvorlige livstruende tilstand med udtalt organpåvirkning, herunder HELLP. Præeklamsi kan debutere i alle sværhedsgrader.

For fosteret

- Præterm fødsel/ forløsning
- Utilstrækkelig placentafunktion med intrauterin væksthæmning/ intrauterin asfyksi
- Abruptio placentae
- Intrauterin fosterdød

### **Håndtering**

Gravide med præeklamsi/ hypertension og/ eller med ovennævnte sygdomsbilleder bør straks henvises til obstetrisk specialafdeling.

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge/ lægevagten/ jordemoderen

- Henviser den gravide til obstetrisk specialafdeling med henblik på yderligere udredning og eventuel behandling. Behandlingen af ødemer med diuretika bør ikke forekomme.

### **Fødslen**

Fødsel på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling anbefales.

### **Efter fødslen**

Indlæggelse i barselperioden til observation, indtil tilstanden er stabiliseret, anbefales.

### **Senere opfølgning**

Præeklampsipatienter, der udskrives fra barselsafdeling uden antihypertensiva, får blodtrykket kontrolleret hos den praktiserende læge i forbindelse med 8-ugers undersøgelsen med henblik på eventuel hypertensiv grundlidelse.

Ved tidlig og/ eller svær præeklamsi tilbydes kvinden opfølgende samtale hos den praktiserende læge 2-3 måneder post partum. Ved abnorme fund henvises kvinden til obstetriker og hæmatolog, med henblik på udredning for tilgrundliggende trombofili eller anden koagulopati.

Der henvises til afsnit 28.4.2.6 "HELLP".

## **28.4.2.6 HELLP**

### **Definition**

HELLP - et syndrom med hæmolyse, forhøjede lever enzyntal og trombocytopeni (**H**aemolysis, **E**levated **L**iver **E**nzymes and **L**ow **P**latelet count) er en sjælden komplikation til - eller en variant af - svær præeklamsi

Følgende tegn kan, men behøver ikke, være til stede

- Smerter og/ eller ømhed i epigastriet eller under højre kurvatur (65 %)
- Kvalme og/ eller opkastning (35 %)
- Almen sygdomsfølelse/influenzalignende symptomer
- Hovedpine
- Hypertension
- Proteinuri

### **Hyppighed**

Cirka 10 % af tilfælde med svær præeklamsi (det vil sige omkring 1/1000 fødsler i DK). Debuterer hos 1/3 ante partum, 1/3 intra partum og 1/3 post partum.

### **Risici**

Forløbet er akut, og ofte hurtigt progredierende.



Prognose:

Den materielle mortalitet er 2-25 %, den perinatale mortalitet er 10-60 %. Hysterektomi på grund af blødning er ikke usædvanlig. Der ses oftest symptombedring 24-48 timer post partum. I sjældne tilfælde kan tilstanden progrediere post partum.

## **Håndtering**

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge/ vagtlægen/ jordmoderen

- Henviser ved mistanke om HELLP-syndrom akut til obstetrisk specialafdeling, til videre monitorering, behandling og eventuel forløsning

### **Fødslen**

Bør foregå på nærmeste obstetriske specialafdeling med intensiv- og neonatalafdeling.

### **Efter fødslen**

Indlæggelse af mor og barn i barselperioden til observation, med henblik på tæt overvågning af moderen.

Indlæggelse af barn på neonatalafsnit ved præmatur forløsning.

### **Senere opfølgning**

Ved HELLP tilbydes kvinden opfølgende samtale hos den praktiserende læge 2-3 måneder post partum.

Ved abnorme fund henvises kvinden til obstetriker og hæmatolog, med henblik på udredning for tilgrundliggende trombofili eller anden koagulopati.

## **28.4.2.7 Graviditetskløe med/ uden leverpåvirkning**

### **Definition**

Leverbetinget graviditetskløe er karakteriseret ved hudkløe og kolestase opstået i sidste del af graviditeten og persisterende indtil fødslen, hvorefter tilstanden spontant forsvinder. Levertallene (ALAT) kan være 2-3 gange, og op til 10 gange, højere end det normale niveau. Basiske fosfater er altid forhøjede i graviditeten.

Differentialdiagnosen er galdesten, hepatitis, præeklamsi/ HELLP, akut fedtlever og hyperemesis gravidarum.

### **Hyppighed**

Graviditetskløe med leverpåvirkning angives at være op mod 5 %, dog findes der også graviditetsbetinget kløe uden samtidig leverpåvirkning, oftest med et papuløst udslæt med urticariaelementer med udgangspunkt på abdomen

### **Risici**

- Præterm fødsel.
- Pludselig intrauterin fosterdød i 3. trimester. Ubehandlet kan sygdommen føre til perinatal mortalitet på op til 30 %. Ved elektiv forløsning i graviditetsuge 37 til 38, er den perinatale mortalitet faldet til omkring 1 %.
- Der er op til 70 % risiko for recidiv i ny graviditet

## **Håndtering**

Diagnosen stilles ved karakteristisk hudkløe, som opstår i 2. halvdel af graviditeten, oftest i 3. trimester, samt ved forhøjede levertal.

### **I graviditeten**

Jordmoderen

- Henviser den gravide til praktiserende læge ved konstatering af graviditetskløe

Den praktiserende læge

- Kontrollerer levertal

- Henviser ved hudkløe og forhøjede levertal den gravide til svangreambulatoriet, med henblik på udredning og endelig diagnose

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide i henhold til ovenstående, med henblik på planlægning af behandling, samt eventuel afslutning af graviditeten

#### **Fødslen**

Hvorvidt fødested med neonatalafdeling anbefales vil afhænge af det aktuelle graviditetsforløb.

#### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende indlæggelse i barselperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

### **28.4.2.8 Hydronefrose i graviditeten**

#### **Definition**

Udvidet nyrebækken forårsaget af urinretension som følge af progesteronpåvirkning af ureter, med nedsat peristaltik/ ureterdilatation. 90 % af gravide får ubetydelig fysiologisk højresidig hydronefrose, forårsaget af graviditeten.

#### **Hyppighed**

Symptomgivende hydronefrose ses i 2 % af alle graviditeter.

#### **Risici**

- Infektion i form af cystitis og pyelonefritis (grundet øget modtagelighed for E-coli)
- Dannelse af sten

#### **Håndtering**

##### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Undersøger via urinundersøgelse for infektion i urinvejene
- Henviser den gravide til svangreambulatoriet ved vedvarende symptomer

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide med henblik på udredning og opfølgning, eventuelt i samarbejde med urologisk afdeling

#### **Fødslen**

anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af graviditetens forløb, samt af undersøgelsesresultat.

#### **Efter fødslen**

Tilbud om indlæggelse i barselsperioden ved behandlingskrævende hydronefrose, med henblik på observation af moderens tilstand.

#### **Senere opfølgning**

Ved behandlingskrævende hydronefrose (JJ-kateter eller nefrostomi) planlægges opfølgning via urologisk afdeling.

### **28.4.2.9 Emesis Gravidarum**

#### **Definition**

Utilpashed i form af kvalme og opkastninger. Dette skal som udgangspunkt betragtes som et normalt fænomen. Tilstanden debuterer omkring 2-3 uger efter udebleven menstruation og aftager som regel i slutningen af 1. trimester.

### **Hyppighed**

Forekommer hos cirka 1/3 af alle gravide.

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge og jordemoder

- Rådgiver om forebyggelse og afhjælpning af kvalme og opkastninger
  - Små hyppige måltider
  - Væskeindtag på minimum 2-3 liter dagligt
  - Undgå fed og krydret mad, og koffein
  - Indtagelse tørre kiks, tørt ristet brød, tvebakker, mandler
  - Indtagelse af ingefær (som te, tabletter eller i madlavningen – virker kvalmestillende)
  - Indtagelse af jern og vitaminer i forbindelse med måltid
  - Indtagelse af kiks eller lignende ved sengetid, samt inden man står ud af sengen for at afhjælpe morgenkvalme og morgenopkastning
  - Hvile
  - Frisk luft og motion
- Varetager samtale om den gravides situation
- Henviser eventuelt til akupunktur

Der henvises til afsnit 28.4-2.10 "Hyperemesis"

## **28.4.2.10 Hyperemesis**

### **Definition**

Vedvarende kvalme og opkastning, som medfører vægttab, eventuelle elektrolytforstyrrelser og dehydrering i graviditeten før graviditetsuge 20.

### **Hyppighed**

Cirka 5 % af gravide oplever en grad af hyperemesis, der lever op til definitionen. 2 promille oplever livstruende hyperemesis. Hyppigere ved flerefoldgraviditeter og mola. Differentialdiagnosen er gastrit/ ulcussygdom, hiatus hernie, samt hyperthyreose.

### **Risici**

Ved svær hyperemesis ses tiltagende dehydrering, acidose og ketose. Leverskade kan forekomme.

### **Håndtering**

Det er vigtigt at fokusere på, at hyperemesis er en graviditetsgene, og at manglende overskud i hverdagen kan forværre dette.

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge og jordemoderen

- Kan tilbyde behovsundersøgelser
- Kan henvise til akupunktur, se afsnit 17.2.3 "Akupunktur team".
- Henviser til svangreambulatoriet ved behov for yderligere undersøgelse
- I svære tilfælde kan akut indlæggelse være nødvendig

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til yderligere undersøgelse ved behov
- Henviser eventuelt til akupunktur
- Tilbyder i svære tilfælde væsketerapi efter kontrol af væsketal

### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af graviditetens videre forløb.

**Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

## 28.4.3 Blodtypeimmunisering

### **Risici**

For barnet: Alloimmunisering med hydrops og eventuel intrauterin fosterdød

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Tager ved første lægeundersøgelse/ oprettelse af svangre- og vandrejournal, AB0 og RhD-blodtype på alle gravide, samt screening for antistoffer mod øvrige blodtypeantigener
- Henviser direkte til ultralydslæge i svangreambulatoriet ved oplysning om tidligere immunisering og samme barnefar som sidst
- Foranlediger ved ny barnefar, at dennes blodtype bestemmes, og svar sendes til ultralydslaboratoriet
  - Bemærk: det skal anføres på barnefaderens blodprøveseddel, at den gravide er immuniseret, samt hvilket antistof, det drejer sig om

Svangreambulatoriet

- Kontrollerer barnefaders blodtype (se ovenstående)
- Vedrørende den gravides blodtype
  - Antistoffer med følgende specificiteter er aldrig årsag til klinisk HDN (gruppe 1):  
N, P1 Le<sup>a</sup>, Le<sup>b</sup>, Do<sup>a</sup>, Do<sup>b</sup>:
    - Yderligere kontrol er ikke indiceret
  - Antistoffer med følgende specificiteter kan være årsag til mild HDN (gruppe 2):  
Jk<sup>b</sup>, Fy<sup>b</sup>, Fy<sup>3</sup>, M, Lu<sup>a</sup>, Lu<sup>b</sup>, Co<sup>b</sup>:
    - Titerkontrol x 1 i graviditeten, eksempelvis i graviditetsuge 35 ved praktiserende læge
  - Antistoffer med følgende specificiteter kan være årsag til moderat til svær HDN (**gruppe 3**):  
D, C, E, c, e, C<sup>w</sup>, Jk<sup>a</sup>, Fy<sup>a</sup>, Kp<sup>a</sup>, Kp<sup>b</sup>, S, s, U, Di<sup>a</sup>, Wr<sup>al</sup>, Co<sup>a</sup>:
    - Henvises til Ultralydsambulatoriet på Odense Universitetshospital (OUH)
  - Antistoffer med følgende specificiteter kan være årsag til HDN uanset titer (**gruppe 4**):  
K og k (ringe sammenhæng mellem titer og føtal anæmi)
    - Skal følges med PSV fra graviditetsuge 18-20 uanset titer
    - Henvises til UL-ambulatoriet på OUH
  - **Vedrørende gruppe 3 og 4:**
    - Kontrol af blodtypeantistoffer hver 4. uge fra graviditetsuge 20

#### **Vedrørende antistoftitre < 64**

#### **Fødslen**

- Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af det aktuelle forløb/ afventer spontan forløb.

#### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb

#### **Vedrørende antistoftitre ≥ 64**

#### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling, OUH.

#### **Efter fødslen**

- Indlæggelse af mor og barn i barselperioden
- Behandling af barnet afhænger af eventuel immuniseringsgrad
  - Lysbehandling
  - Udskiftningstransfusion

## 28.4.4 Flerfoldgraviditet – tvillinger og trillinger

### **Hyppighed**

Forekomsten af flerfoldsgraviditeter har været stigende i den vestlige verden i de seneste årtier som følge af assisteret reproduktionsteknologi. Den væsentligste følge af stigningen i antal af flerfoldsgraviditeter er øget forekomst af præterm fødsel, med heraf følgende øget perinatal morbiditet og mobilitet, samt senere øget forekomst af cerebral parese.

I 2008 var 2,2 % af alle graviditeter tvillingegraviditeter og 0,03 % trillingegraviditeter. Flerfoldsgraviditeter kan være monochoriske eller dichoriske, og fordeler sig henholdsvis 1/ 6 monochoriske og 5/ 6 dichoriske. Ved tvillingegraviditeter føder over halvdelen før fulde 37 uger, 10 % før fulde 32 uger, og 2 % før 28 fulde uger.

### **Risici**

I den *tidlige graviditet* er der øget risiko for

- Spontan abort
- Længevarende hyperemesis
- Svære graviditetsgener (eksempelvis bækkenløsning og ødemer)

I den *sene graviditet* er der øget risiko for

- Placenta prævia
- Præeklampsi
- Polyhydramnion
- Abruptio placentae
- Præterm fødsel
- Intrauterin væksthæmning/ fødsel af undervægtige børn

Monochoriske tvillinger udgør en særlig udsat gruppe, med risiko for tvillinge-til-tvillinge transfusionssyndrom (TTTS).

For børnene er der en øget risiko for

- Intrauterin fosterdød
- Øget perinatal morbiditet og mortalitet
- Cerebral parese, især for tvilling B ved vaginal forløsning

Ved fødslen er der øget risiko for

- Tvillingetransfusionssyndrom ved monochoriske tvillinger
- Forløsning ved sectio
- Post partum blødning - både ved vaginal forløsning og ved sectioforløsning

I barselperioden er der øget risiko for

- Kortere ammeforløb
- Trivselsproblemer hos børnene
- Post partum depression

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge og jordemoder

- Henviser den gravide til svangreambulatoriet ved mistanke om flerfoldsgraviditet

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til undersøgelse og videre planlægning
  - Den efterfølgende kontrol og hyppigheden af kontroller vil afhænge af, om der er tale om dichoriotiske, diamniotiske tvillinger/ trillinger, monochoriotiske/ diamniotiske tvillinger/ trillinger eller monoamniotiske tvillinger/ trillinger

- Henviser til specialkonsultation hos jordemoder, se afsnit 15.3 "Gravide, der venter mere end et barn"
- Henviser til fødsels- og forældreforberedelsestilbud til særlige grupper, se afsnit 19.6.3 #Gravide, der venter mere end et barn"

#### Jordemoderen

- Henviser til sundhedsplejersken, med henblik på hjemmebesøg i graviditeten.

#### Sundhedsplejersken

- Tilbyder hjemmebesøg i graviditeten

#### **Fødslen**

Fødslen bør finde sted på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling.

#### **Efter fødslen**

Indlæggelse i barselperioden anbefales.

#### **Senere opfølgning**

Hurtigt hjemmebesøg af sundhedsplejerske efter udskrivelse fra sygehuset anbefales.

## 28.4.5 Fosterstørrelse/ -tilvækst og fostervand

### 28.4.5.1 Mindre liv

#### **Definition**

En markant ændring af fosterets individuelle rytme i 2. og 3. trimester.

#### **Hyppighed**

Ukendt.

Der findes ingen klare internationale definitioner på, hvad der er normalt antal fosterbevægelser. En metode angiver, at 10 fosterbevægelser inden for 2 timer anses for normalt. Ved måling af biofysisk profil skal man kunne erkende mindst 3 diskrete fosterbevægelser over 30 minutter, bedømt ved ultralyd.

#### **Risici**

En almindelig årsag til henvendelse i 3. trimester er kvindens subjektive fornemmelse af færre fosterbevægelser. Som oftest er observationen uspecifik og uden sammenhæng med dårligt out-come. Nedsat mængde fosterbevægelser kan dog være et af flere tegn på et intrauterint truet foster (intrauterin væksthæmning og/ eller asfyksi, eller i værste fald intrauterin fosterdød). Den kliniske observation af færre fosterbevægelser skal altid tages særligt alvorligt ved kombination med anden observeret patologi.

#### **Håndtering**

##### **I graviditeten**

Den praktiserende læge og jordemoder

- Henviser gravide, som angiver markante ændringer i fosterets individuelle rytme i 2. og 3. trimester, til nærmeste obstetriske afdeling til videre udredning

Obstetrisk afdeling

- Varetager udredning (CTG og/ eller ultralydsscanning). Den videre opfølgning vil afhænge af undersøgelsens resultat
  - Ved normale fund og uden anden patologisk/ obstetrisk anamnese fortsætter den gravide vanlige kontroller
  - Ved gentagelse foretages samme udredning

##### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af det aktuelle forløb, samt undersøgelsens resultat.

##### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

### 28.4.5.2 Intrauterin væksthæmning (IUGR)

#### **Definition**

Intrauterin væksthæmning (IUGR) er utilstrækkelig vækst i forhold til gestationsalderen. Fosteret følger ikke en forventet, normal vækstkurve. Børn med fostervægt under 10 % percentilen rubriceres som væksthæmmede.

Gradering af IUGR:

- 15-22 % - let grad af IUGR
- 22-33 % - middelsvær IUGR
- > 33 % - svær IUGR

#### **Hyppighed**

Cirka 5 % af alle graviditeter opfylder ovenstående definition.



### **Risikofaktorer**

Hovedårsagen til IUGR er oftest placentainsufficiens af ukendt årsag, men kan også skyldes sygdom hos mor/ barn eller følgende forhold

- Tidligere fødsel af væksthæmmede børn
- Rygere
- Dårlige sociale forhold
- Diverse misbrug
- Hypertension
- Præeklampsi
- Kronisk nyrelidelse
- Diabetes mellitus
- Flerfoldsgraviditet
- Patologi ved placenta og navlesnor (eksempelvis "single-umbilical-artery")
- Antifosfolipid-antistofsyndrom

De kvantitativt mest betydende risikofaktorer er rygning med relativ risiko på 2,3 og tidligere fødsel af væksthæmmede børn med relativ risiko på 3,4.

### **Risici**

Væksthæmning er den væsentligste årsag til intrauterin fosterdød, og er forbundet med risiko for fødselsasfyksi, meconiumaspiration og øget perinatal morbiditet og mortalitet.

Tilvæksthæmmede børn har øget risiko for udvikling af sygdomme, som eksempelvis hjertekarsygdomme i voksenalderen.

### **Håndtering**

Det er veldokumenteret, at prænatalt kendskab til fosterets størrelse kan forbedre dets prognose, idet optimale betingelser for fødested og fødselstidspunkt kan planlægges.

Tidlig udtalt væksthæmning kan skyldes sygdom hos barnet, eksempelvis kromosomfejl. Forebyggelse er kun i beskeden grad mulig begrundet i livsstilsbetingede årsager, herunder rygning.

IUGR søges opsporet ved omhyggelig fostervurdering i 3. trimester. Hertil anvendes fostervægtkurve eller symfyse-fundusmål (SF-mål).

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge og jordemoder

- Henviser den gravide ved mistanke om stagnerende eller reduceret fostertilvækst til svangreambulatoriet

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til nærmere udredning straks efter henvisningen
- Ved fund af betydende tilvæksthæmning bør den gravide efterfølgende kontrolleres og rettidigt forløses.

### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling.

### **Efter fødslen**

Indlæggelse i barselsperioden anbefales.

### **Senere opfølgning**

Tidligt besøg af sundhedsplejersken anbefales.

### 28.4.5.3 Intrauterin fosterdød (Foetus Mortuus)

#### **Definition**

Et foster, som dør før eller under fødslen efter 22 fulde graviditetsuger.

#### **Hyppighed**

Den perinatale mortalitet er cirka 7 af 1000. De perinatalt døde børn fordeler sig omtrent ligeligt blandt intrauterint døde, og døde indenfor de første 7 levedøgn.

Føtale årsager (25-40 %)

- Kromosomabnormiteter
- Andre misdannelser
- Infektioner
- Anæmi (hydrops fetalis)

Placentære årsager (25-30 %)

- Abruptio placentae
- Placenta prævia
- Føto-maternel blødning
- Navlesnorskomplicationer (eksempelvis ægte knude, afrivning)
- Intrauterin væksthæmning
- Asfyksi
- Tvilling-til-tvilling-transfusionssyndrom (TTTS)
- Chorioamnionitis

Maternelle årsager (5-10 %)

- Antifosfolipid-antistofsyndrom
- Diabetes mellitus
- Præeklampsi og graviditetsbetinget hypertension (PIH)
- Traumer
- Sepsis
- Hypoksi og acidose
- Patologisk fødsel
- Graviditas prolongata
- Uterusruptur
- Alder > 40 år
- Misbrug (eksempelvis kokain)

Uforklarlige årsager (10-15 %)

#### **Risici**

Risikofaktorer for moderen udgør blandt andet koagulationsforstyrrelser og infektion.

#### **Håndtering**

Ved konstatering af intrauterin fosterdød, planlægges fødsel på obstetrisk specialafdeling. Fødslen vil typisk iværksættes indenfor 12-24 timer ved igangsættelse, idet der tilstræbes vaginal fødsel.

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge og jordemoder

- Henviser akut den gravide til obstetrisk specialafdeling ved mistanke om intrauterin fosterdød

Obstetrisk specialafdeling

- Varetager undersøgelse (ultralydsscanning)
- Den videre opfølgning vil afhænge af undersøgelsens resultat
- Bekræftes mistanken om foetus mortuus, iværksættes opfølgning i form af igangsættelse af fødslen

#### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling.

#### **Efter fødslen**

Indlæggelse i barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb og parrets ønsker.

- Der tilbydes hjælp til hæmning af mælkedannelse
- Parret bør tilbydes kontakt til professionelt ledet sorgbearbejdning

#### **Senere opfølgning**

- Enkelte kan have behov for henvisning til psykolog, dette foregår via praktiserende læge
- Ved udskrivelsen tilbydes parret samtale på obstetrisk afdeling cirka 8 uger efter fødslen
- Ved intrauterin fosterdød tilbydes kvinden opfølgende samtale hos den praktiserende læge 2-3 måneder post partum, med henblik på henvisning til obstetriker og hæmatolog for udredning af tilgrundliggende trombofili eller anden koagulopati.

Der henvises til afsnit XX28.5.2 "Opfølgning på forløb med døde børn"

### **28.4.5.4 Stort foster (Foetus Magnus)**

#### **Definition**

Synonymer: Makrosomi, stort fosterskøn, Large for Gestational Age (LGA)

Emnet er dårligt afgrænset, og definitionen ikke konsistent hverken i dansk eller international litteratur.

Det amerikanske selskab for gynækologi og obstetrik (ACOG) og DSOG (Sandbjerg guidelines) har valgt at anvende **4500 g** som grænsen for makrosomi. Dette er i overensstemmelse med den praktiske håndtering på de fleste danske fødesteder.

#### **Hyppighed**

Sundhedsstyrelsens fødselsregistrering 2004 (enkeltfødte)

Fødselsvægt  $\geq$  4000 g: 19 %

Fødselsvægt  $\geq$  4500 g: 4 %

Fødselsvægt  $>$  5000 g: 0,5 %

Tallene var i stigning frem til år 2000, men er faldende på grund af tidligere intervention.

#### **Risici**

Vaginal fødsel af store børn er associeret med øget risiko for moder og barn. Specielt ved fødselsvægt  $>$  4500 g.

For moderen

- Øget risiko for akut sectio (cirka 25 %)
- Dystoci
- Sphincterruptur (17 %)
- Post partum blødning (7 %)
- Puerperale infektioner
- Senfølger i form af inkontinens og decensus

For barnet

- Skulderdystoci (15 %)
- Duchenne Erbs Parese (3 %)
- Asfyksi (6 %)
- Cerebral parese (0,1-0,4 %)
- Perinatal død (1 %)

#### **Håndtering**

Håndtering af den enkelte graviditet ved stort fosterskøn er en obstetrisk specialopgave. Rådgivning og valg af forløsningsmåde i form af spontan vaginal fødsel eller planlagt kejsersnit afgøres individuelt i det enkelte tilfælde, efter nøje information af den gravide.

I de fleste tilfælde afventes spontan fødselsstart, alternativt vælges elektivt sectio. Der er **ikke for nuværende** valid indikation for, at igangsættelse forbedrer fødsels-outcome.

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge og jordemoder

- Henviser den gravide til svangreambulatoriet ved mistanke om stort barn, enten ved stort klinisk fosterskøn eller serielle øgede symfyse-fundus-mål

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til videre udredning i form af ultralydsscanning (usikkerheden på ultralydsestimater er minimum 10 % og større ved store fostre)
- Sikrer, at der er foretaget glukosebelastning (OGTT)
- Det videre forløb vil afhænge af undersøgelsesresultat

### **Fødslen**

Fødslen bør finde sted på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling.

- Der foretages neonatal kontrol af blodsukker på barnet, idet der er hyppigere forekomst af hypoglukæmi hos makrosome børn.

### **Efter fødslen**

Indlæggelse i barselperioden til observation anbefales.

## **28.4.5.5 Polyhydramnion (Hydramnion)**

### **Definition**

Mere end 2 liter fostervand, verificeret ved ultralydsscanning (AFI > 24 cm/ dybeste sø ≥ 16 cm)

Graden af polyhydramnion såvel som prognosen er relateret til den udløsende årsag. Hydramnion er ofte associeret med føtale anomalier, specielt misdannelser i centralnervesystemet og øvre gastro-intestinale misdannelser. Dog findes ingen kendt årsag i 1/2- 2/3 af tilfældene.

### **Hyppighed**

Forekommer ved 1 % af alle graviditeter og cirka 10 % af alle flerfoldsgraviditeter.

Den akutte form er sjælden og optræder oftest fra graviditetsuge 20-28. Den kroniske form, som er hyppigere, erkendes sjældent eller giver ikke symptomer før omkring graviditetsuge 32.

### **Tilstande forbundet med polyhydramnion**

Føtale

- Anomalier
- Anencephali
- Oesophagusatresi
- Andre gastro-intestinale misdannelser

Maternelle

- Diabetes mellitus
- Blodtypeimmunisering
- Infektioner

### **Risici**

- Præterm fødsel
- Abruptio placentae
- Navlesnorsfremfald
- Tværløje/ uregelmæssige fosterstillinger
- Sectio
- Uterusatoni
- Øget perinatal morbiditet og mortalitet

## **Håndtering**

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge og jordemoder

- Henviser den gravide til obstetrisk specialafdeling ved mistanke om polyhydramnios, med henblik på yderlige udredning

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til nærmere udredning, opfølgning og kontrol i graviditeten
  - Behandlingen kan være aflastning, medikamentel behandling, eventuelt amniocentese

### **Fødslen**

Fødslen bør foregå på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling.

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

## **28.4.5.6 Oligohydramnion**

### **Definition**

Oligohydramnion er (afhængig af graviditetens længde) mindre end 100-200 ml amnionvæske.

Ultralydsbedømt ved AFI  $\leq$  5 cm.

### **Hyppighed**

Oligohydramnion konstateret tidligt i graviditeten er sjældent og ofte forbundet med meget dårlig prognose. Omvendt ses det i stigende grad ved overbæren graviditet.

### **Tilstande forbundet med oligohydramnion**

Føtale

- Kromosomabnormiteter
- Nyresygdomme
- Intrauterin væksthæmning
- Graviditas prolongata
- Vandafgang
- Intrauterin fosterdød

Placentare

- Abruptio placentae
- TTTS

Maternelle

- Placentainsufficiens
- Hypertension
- Præeklampsi
- Diabetes mellitus

Medikamenter

- NSAID
- ACE-hæmmere

Idiopatiske

### **Risici**

For barnet

- Lungehypoplasi

- Ekstremitetskontrakturer

Ved tidligt indsættende oligohydramnion er prognosen alvorlig, idet kun halvdelen af fostrene overlever. Præterm fødsel og neonatal død er almindeligt. Oligohydramnion er associeret med amnion-båndsyndromet, som kan medføre alvorlige deformiteter og kan medføre amputation. Herudover ses deformiteter af ekstremiteterne. Oligohydramnion konstateret i de første 2 trimestre medfører 15 % risiko for pulmonal hypoplasia.

Sent indsættende oligohydramnion kan være forbundet med navlesnorskompikationer, patologisk CTG, asfyksi og akut sectio.

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge og jordemoder

- Henviser den gravide til obstetrisk specialafdeling ved mistanke om oligohydramnios, med henblik på yderligere udredning

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til nærmere udredning, opfølgning og kontrol.
  - Oligohydramnion konstateret ved 2 på hinanden følgende ultralydsscanninger nær terminen medfører igangsættelse/ forløsning

#### **Fødslen**

Fødslen bør finde sted på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling.

#### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

## **28.4.6 Gestationsalder**

### **28.4.6.1 Usikker termin**

#### **Definition**

Usikker termin på grund af usikkerhed om tidspunkt for sidste menstruation (SM), uregelmæssig menstruation, eller under 3 cykli efter p-pille ophør/ graviditet.

#### **Hyppighed**

Ukendt. Med tiltagende høj deltagelse i tilbuddet om prænatal screening (98 %) er problemet efterhånden lille.

#### **Risici**

Terminsberegningen er vigtig for fødselsplanlægningen. Usikker terminsberegning medfører risiko for fejlvurdering af graviditetslængde og fosterets størrelse, risiko for at overse patologiske tilstande (eksempelvis intrauterin væksthæmning og graviditas prolongata), samt risiko for at påføre den gravide unødige indgreb (igangsættelse af fødslen)

#### **Håndtering**

Det anbefales, at der fastsættes en terminsdato på basis af ultralydsscanning før graviditetsuge 20. I de tilfælde, hvor den gravide ønsker risikovurdering for Downs Syndrom, verificeret blandt andet ved nakkefoldsscanning før uge 13+6, fastsættes terminstidspunktet ved denne scanning.

Hvis der ved graviditetskonstatering/ 1. lægeundersøgelse findes mistanke om, at graviditeten ud fra SM og objektive fund er fremskreden i et omfang, der umuliggør beregning ud fra nakkefoldsscanning, henvises den gravide til scanning på et givent tidspunkt inden graviditetsuge 20, med henblik på terminsfastsættelse.

Der henvises til Anbefalinger for Svangreomsorg afsnit 7.1 "Terminsberegning".

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Optager ved usikkerhed om terminstidspunkt en fyldestgørende anamnese (beskrivelse af eventuel vaginalblødning, objektive og subjektive tegn på graviditet, herunder tidlige graviditetssymptomer samt eventuel gynækologisk undersøgelse af uterus' størrelse/ Hegars tegn)
- Henviser ved mangel på ovenstående parametre til eventuel ultralydsdiagnosticeret terminsbestemmelse

Svangreambulatoriet

- Indkalder ved tvivl den gravide til ultralydsfastsættelse af terminen

## **28.4.6.2 Præterm fødsel (partus præmaturus)**

### **Definition**

Fødsel < 37 fulde graviditetsuger (37 plus 0) rubriceres som for tidlig fødsel.

Børn født < fulde 32 uger rubriceres som meget tidlig fødsel.

Barn født < 28 fulde graviditetsuger (28 plus 0) betegnes som født ekstremt tidligt.

### **Hyppighed**

Gennem en årrække har hyppigheden ligget på cirka 6 %.

< 32 uger - 1 %

< 28 uger - 0,1 %

### **Risikofaktorer**

De fleste præterme fødsler forekommer uden kendt risikofaktor

Faktorer, som disponerer til præterm fødsel

- Tidligere præterm fødsel
- Maternal alder såvel < 18 som > 40
- Uterine malformationer
- Tidligere operation på uterus
- Uterine tumorer (eksempelvis fibromer)
- Lav social status
- Rygning
- Stress
- Belastende arbejdsforhold i stående stilling
- Blødning tidligt i graviditeten
- Flerfoldsgraviditet
- Medicinske lidelser i graviditeten, såsom præeklampsi, hypertension (PIH), diabetes mellitus, anæmi
- Infektioner, herunder urinvejsinfektion, GBS-infektion og bakteriel vaginose
- Cervix-insufficiens

Ved en kombination af flere faktorer øges risikoen for præterm fødsel betydeligt.

### **Risici**

Øget perinatal mortalitet og morbiditet.

### **Håndtering**

På nær få tilfælde (cervix-insufficiens og tidligere præterm fødsel forårsaget af GBS), foreligger der ikke tilstrækkelige videnskabelig dokumentation for effekten af specifikke forebyggende aktiviteter. Ved tidligere fødsel har nyere studier vist, at vaginal progesteronbehandling fra graviditetsuge 16-18 og graviditeten ud nedsætter risikoen fra gentagelse af præterm fødsel.

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge

- Henviser den gravide tidligt til svangreambulatoriet ved forekomst af prægraviditets risikofaktorer

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til nærmere udredning, vejledning og opfølgning i graviditeten

Den praktiserende læge og jordemoder

- Henviser den gravide til obstetrisk specialafdeling ved akut mistanke om præterm fødsel

Obstetrisk specialafdeling

- Varetager den videre observation og behandling
- Vurderer fødested i forhold til gestationsalder og eventuelle andre forhold

### **Fødslen**

- Det tilstræbes, at gravide med truende præterm fødsel før uge 28 transporteres med foster in utero, til videre behandling på Odense Universitetshospital (OUH)
- Fødsel før fulde 28 graviditetsuger bør forgå på obstetrisk specialafdeling, OUH.
- Fødsel mellem graviditetsuge 28 og 37 kan i de fleste tilfælde foregå på anden regional fødeafdeling med neonatalafdeling.

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

- Ekstremt præterm fødsel - Odense Universitetshospital (OUH)
- Indlæggelse i barselsperioden på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling

### **Senere opfølgning**

Tidligt besøg af sundhedsplejersken anbefales.

## **28.4.6.3 Graviditas prolongata**

### **Definition**

Graviditetslængde på  $\geq$  uge 42+0 (svarende til 293 dage eller 14 dage over fastsat terminsdato).

### **Hyppeghed**

4 % af gravide med ultralydsbestemt termin.

### **Disponerende faktorer**

- Førstegangsfødende
- Tidligere postterm fødsel
- Maternel overvægt
- Arvelig komponent

### **Risici**

For moderen

- Dystoci/ langvarigt fødselsforløb
- Foetus magnus
- Obstetriske traumer
- Sectio
- Intrauterin fosterdød
- Post partum blødning
- Puerperal infektion

For barnet

- Intrauterin væksthæmning/ Placentainsufficiens (i 20-30 % af overbårne graviditeter)
- Meconiumafgang
- Aspiration
- Pneumoni/ Sepsis
- Skulderdystoci
- Humerus- og clavicalfraktur
- Perifere pareser (Duchenne-Erb's og Klumkes paralyse)



- Fetal distress/ nedsat Apgars Score
- Intrauterin fosterdød

## **Håndtering**

### **I graviditeten**

Jordemoderen/ den praktiserende læge

- Henviser ved en graviditetslængde på 41+ 0 den gravide til obstetrisk afdeling med henblik på samtale og vurdering. Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefaling for Svangreomsorg bør det overvejes at påbegynde den intensive overvågning i intervallet 41+ 0 til 42+ 0 på grund af den registrerede stigning i den perinatale mortalitet efter terminen.

Obstetrisk afdeling

- Indkalder den gravide til undersøgelse og planlægning af videre forløb/ eventuel igangsættelse ud fra individuel vurdering, samt i henhold til internt gældende procedurer/ retningslinjer
- Ved meget umodne cervikale forhold overvejes afventende behandling under observation
- Gravide der ikke ønsker igangsættelse ved uge 42 + 0, tilbydes overvågning i form af kontrol 2-3 gange ugentligt

### **Fødslen**

Fødsel på obstetrisk specialafdeling anbefales. Hvorvidt fødested med neonatal afdeling anbefales, vil afhænge af det aktuelle graviditetsforløb.

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

## **28.4.7 Blødning**

### **28.4.7.1 Blødning i 1. trimester**

Blødning under graviditet er hyppigt forekommende. I den tidlige graviditet kan det være tegn på ekstrauterin graviditet eller cervixinsufficiens/ igangværende spontan abort. Endvidere kan blødningen skyldes polyp på cervix, kontaktblødning, og i sjældne tilfælde cervixcancer.

### **Hyppighed**

Blødning i første halvdel af graviditeten optræder hos cirka 25 % af gravide, hvoraf 50 % af disse ender med at abortere eller får diagnostiseret ekstrauterin graviditet.

Det anslås, at 20-25 % af alle graviditeter afsluttes som abort, hvoraf mindst halvdelen skyldes kromosomfejl.

### **Risici**

- Spontan abort
- Anæmi

## **Håndtering**

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge/ vagtlægen/ jordemoderen

- Optager ved blødning i 1. trimester fyldestgørende anamnese vedrørende styrke, varighed, eventuel smertelokalisation/, samt disponerende faktorer
- Tilråder den gravide at se an/ hvile ved vurdering af svag til moderat blødning uden smerter
- Henviser gravide med moderat/ svær blødning eventuelt ledsaget af smerter, til nærmeste gynækologiske afdeling til vurdering

Gynækologisk afdeling

- Indkalder ud fra vurdering af sværhedsgraden den gravide til afklaring af blødningsproblematikken

### 28.4.7.2 Blødning i 2. - 3. trimester

Blødning i 2.- 3. trimester kan skyldes såvel cervixopblødning (tegnblødning)/ partus præmaturus imminens, såvel som placenta prævia eller abruptio placentae. Endvidere kan blødningen skyldes polyp på cervix, kontaktblødning, og i sjældne tilfælde cervixcancer.

#### **Hyppighed**

3-10 %.

#### **Risici**

- Præterm fødsel
- Placenta prævia
- Abruptio placentae/ intrauterin fosterdød
- Anæmi

#### **Håndtering**

##### **I graviditeten**

Den praktiserende læge/ vagtlægen/ jordemoderen

- Optager ved blødning i 2.- 3. trimester fyldestgørende anamnese vedrørende styrke, varighed, eventuel smertelokalisation, samt disponerende faktorer
- Henviser den gravide akut til obstetrisk specialafdeling

Obstetrisk specialafdeling

- Foretager vurdering vedrørende videre observation, forløsning eller overflytning til obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling

Blødning kan give anledning til akut forløsning før tiden. Generelt er den perinatale mortalitet ti-doblet i forbindelse med blødning efter 22 fulde graviditetsuger.

### 28.4.7.3 Placenta praevia

#### **Definition**

Forliggende moderkage, som er til hindring i fødselsvejen.

#### **Hyppighed**

Placenta praevia optræder hos 0,2-0,8 % af alle gravide og forekommer dobbelt så hyppigt hos kvinder med tidlige sectio. Hos rygere er hyppigheden 2 %.

#### **Risici**

Placenta praevia medfører akut eller elektivt sectio, og der er let øget perinatal mortalitet.

#### **Håndtering**

##### **I graviditeten**

Den praktiserende læge og jordemoder

- Henviser straks gravide med blødning og/ eller smerter fra underlivet efter 22 fulde graviditetsuger akut til nærmeste fødeafdeling

Blødningen kan give anledning til akut forløsning før tiden. Generelt er den perinatale mortalitet ti-doblet i forbindelse med blødning efter 22 fulde graviditetsuger.

### 28.4.7.4 Abruptio placentae

#### **Definition**

For tidlig løsning af moderkagen.

### **Hyppighed**

Abruptio placentae optræder hos 0,5-1,5 % af gravide. Øget risiko for abruptio placentae findes ved rygere, abdominale traumer, hypertension og intravenøst medicinmisbrug (heroin og kokain)

Ved tidligere abruptio placenta er gentagelsesrisikoen på op til 15 %.

### **Risici**

Abruptio placentae er forbundet med perinatal mortalitet på 20-35 %.

### **Håndtering**

#### **I graviditeten**

Den praktiserende læge og jordemoder

- Henviser straks gravide med blødning og/ eller smerter fra underlivet efter 22 fulde graviditetsuger akut til nærmeste fødeafdeling

Blødningen kan give anledning til akut forløsning før tiden. Generelt er den perinatale mortalitet tidoblet i forbindelse med blødning efter 22 fulde graviditetsuger.

#### **Senere opfølgning**

Ved abruptio placentae tilbydes kvinden opfølgende samtale hos den praktiserende læge 2-3 måneder post partum, med henblik på henvisning til obstetiker og hæmatolog for udredning af tilgrundliggende trombofili eller anden koagulopati.

## 28.4.8 Fosterstilling – underkropsstillinger og/ eller ustabil fosterstilling

### **Hyppighed**

Hyppigheden af underkropspræsentation aftager med stigende gestationsalder, og er cirka 25 % ved graviditetsuge 28, og ved fødselstidspunktet cirka 3 %.

### **Risici**

Underkropsstilling ved terminen medfører risiko for komplikationer ved vaginal fødsel. Hyppigheden af navlesnorskompikationer er større end ved fødsel af barn i hovedstilling, ligesom der ses øget forekomst af dystoci og akutsectio. Såvel retrospektive data samt nyligt publicerede randomiserede studier finder højere risici for børn født vaginalt ved UK. Dette har foranlediget de fleste obstetriske afdelinger til at rekommandere elektivt sectio, hvis ikke ekstern vending til hovedstilling er mulig.

### **Håndtering**

De fleste obstetriske specialafdelinger tilbyder vending fra 36 fulde graviditetsuger.

### **I graviditeten**

Den praktiserende læge og jordemoder

- Henviser den gravide til svangreambulatoriet, ved mistanke om foster i underkropspræsentation fra graviditetsuge 36

Svangreambulatoriet

- Indkalder den gravide til videre undersøgelse og eventuelt vendingsforsøg
- Drøfter ved mislykket vending det videre kontrolforløb og fødselsmåde
  - Hvis kvinden efter rådgivning ønsker det, kan forløsningen finde sted ved elektivt sectio

### **Fødslen**

Anbefaling vedrørende fødested vil afhænge af de konklusioner, som lægen og den gravide træffer i fællesskab

- Vaginal fødslen bør finde sted på obstetrisk specialafdeling med neonatalafdeling
- Elektivt sectio kan forgå på obstetrisk specialafdeling

### **Efter fødslen**

Anbefaling vedrørende barselsperioden vil afhænge af det aktuelle forløb.

## 28.5 Opfølgning på forløb efter fødslen

### 28.5.1 Thrombofiliudredning 3 måneder post partum

Trombofiliudredning hos patienter med tidlig og/eller svær præeclampsi, hellp, abruptio placentae, intrauterin fosterdød.

#### **Formål**

Det er formålet at identificere patienter med trombofili eller en anden koagulopati. Der er kun ganske få blandt ovenstående patientgrupper, der har en af thrombofiliene eller en anden koagulopati. De kan til gengæld have gavn af antikoagulation ved ny graviditet.

#### **Efter fødslen**

Denne patientgruppe tilbydes udredning ca. 12 uger efter fødslen hos den praktiserende læge. Ved abnorme fund henvises kvinden til videre udredning hos obstetriker og hæmatolog. ]

### 28.5.2 Sphincter ruptur

#### **Hyppighed**

Rapporteres varierende, 3-10 %.

#### **Definition**

Anal sphincter ruptur

- Grad 3: ruptur af den anale sphincter
  - grad 3a: < 50 % af den eksterne sphincter involveret
  - grad 3b: > 50 % af den eksterne sphincter involveret
  - grad 3c: også ruptur af den interne anale sphincter
- Grad 4: grad 3 ruptur med ruptur af det anale epitel 18

Anal inkontinens

- Ufrivillig afgang af flatus, tynd eller formet afføring, der udgør et socialt eller hygiejnisk problem

#### **Behandling**

- Barselgymnastik og genoptræning foregår på fødestedet. Komliceret fødselslæsioner – se snitfladekatalog.
- Kontrol på obstetrisk afdeling 5 – 6 måneder efter fødslen

### 28.5.3 Opfølgning på forløb med døde børn

Årsag- og årsagssammenhænge til intrauterin, antepartum fosterdød og perinatal død er en kompleks. Mange tilfælde opfattes som uforklarlig og eller som et vilkår, man må acceptere.

#### **Definition**

Intrauterin, antepartum fosterdød efter graviditetsuge 22 + 0 og eller fostre > 500 g samt intrapartum dødsfald og dødsfald i neonatal perioden.

Ved intrauterin, antepartum fosterdød før graviditetsuge 22+0 er der tale om abort. Der bør være vide grænser i forhold til tilbud til forældrene i denne situation, da manges reaktioner og behov er helt parallelle med intrauterin, antepartum fosterdød senere i graviditeten.

#### **Årsager**

Sammenfattende må ætiologien til intrauterin fosterdød efter GA22+ nok anskues som multifaktoriel. Umiddelbart kan tilstande bag intrauterin, antepartum fosterdød efter GA22+ inddeles i 5 hovedkategorier:

- Malformationer

- Maternelle tilstande og sygdomme
- Kredsløb – placenta funktion
- Navlesnorskomplikationer
- Infektioner

### **Tilbud om undersøgelser**

- Ultralydsundersøgelse af det døde foster intrauterint
- Eventuelt foretages amniocentese med udtagning fostervand til evt. kromosomanalyse, bakteriedyrkning, virusundersøgelse, PCR og evt. DNA-analyse
- Obduktion, fosterobduktion bør omfatte fostre fra 16 graviditetsuger og på særlig indikation (f. eks. eugenisk abort)
- Karyotype, der kan udtages væv til karyotype (bedst fostervand, placentabiopsi)
- Undersøgelse for bakterielle infektioner, fostervand, navlesnorsblod og urin til dyrkning
- Undersøgelse for virale og parasitære infektioner hos moderen, serum prøver undersøges for CMV-, rubella-, herpes-, parvo- samt toxoplasmose antistoffer. Kan suppleres med specifik DNA bestemmelse med PCR teknik såfremt man har haft primær mistanke om infektøs årsag, eller obduktionen afgiver indikation for dette
- Undersøgelse for føtal anæmi. Kleihauer test. Udføres i øjeblikket kun få steder (Blodbanken, Skejby Sygehus)
- Særlige undersøgelser. Serumprøver med henblik på medicinske sygdomme hos moderen
- Trombocytantistoffer, hvis tegn på indre blødning hos fosteret

Obduktionen bør udføres af fosterpatolog. Med baggrund i den betydning obduktionsfund har for rådgivning af kvinden ved eventuelt senere ønske om graviditet anbefales den fosterpatologiske ekspertise centraliseret, således at obduktionsfund hviler på et stort erfaringsgrundlag.

### **Opfølgning efter udskrivelsen fra fødestedet.**

Fødejordmoderen aftaler en efterfødselssamtale med forældrene. Der henvises til afsnit 22.6 "Efterfødselssamtale ved jordemoder"

### **Samtale med obstetrisk specillæge**

Læge/jordemoder/sygeplejerske laver aftale om opfølgende ambulant samtale med obstetriker efter fødslen inklusiv samtale om eventuel obduktionsfund og andre undersøgelsesresultater. På basis heraf udformes en konklusion. Forhold vedrørende næste graviditet diskuteres og formuleres. Der sendes kopi af dette (journalnotat) til den praktiserende læge. Der henvises til afsnit 22.7 "Samtale efter patologisk eller traumatisk forløb".

### **Psykologbistand**

Familien er berettiget til psykologbistand med tilskud efter følgende bestemmelse "Pårørende ved dødsfald – ved dødsfald forstås tidlige ufrivillige aborter/fødsel af dødt barn efter udgangen af 19. graviditetsuge". For at få psykologbehandling skal patienten have en henvisning fra den praktiserende læge.