



Føto-Sandbjerg 2015

Tema: Føtalmedicin up-to-date -
og i fremtiden

”UL simulation” - Martin Tolsgaard

- Læringskurverne for ultralyd er lange
- Vi er ikke så gode i Norden som vi kunne være
- Mindre behov for supervision først efter 24 måneder
- Først efter 24 måneder er de uddannelsesøgende trygge ved at scanne og betjene udstyret
- Simulationstræning kan af mange grunde være en god løsning til yngre læger og andre UL novicer
 - Både hvad angår kvalitet af undersøgelse, pt tilfredshed, mindre behov for supervision og tidsforbrug

NIPT(non-invasiv prænatal test) i DK – Olav Bjørn Petersen

- Ønske om indførelse af NIPT i DK i vores 1. trimester tilbud
- DSOG, DSMG og DFMS møde række med SST

| Test strategi | CVS | NIPT | Detektions rate (%) | | |
|---|------|------|---------------------|-----------------------------|--------------------------|
| | | | T21 N=125 | Atypisk abnormal N=66 | Alle abnorme N=269 |
| CVS v/T21 risiko >1:300 | 4.1% | 0% | 87.2% | 32.2% | 70.0% |
| NIPT til alle (n=48.410) | 0% | 100% | 100% | 0% | 75.7% |
| | | | | | |
| CVS >1:250+risiko faktor NIPT 1:250-1:500 | 4,3% | 2,1% | 91,2% | 37,4% | 75,4% |
| CVS >1:300+risiko faktor NIPT 1:300-1:1000 | 4,7% | 5,6% | 93,6% | 37,8% | 77,2% |

Risiko faktorer: Alder \geq 45år, NF \geq 3.5 mm, f β -hCG \geq 5 MoM,
f β -hCG eller PAPP-A < 0.2 MoM

Data er pr år for perioden 2008-2011

Økonomi Lab + rådgivning/år

| CVS c-o | NIPT c/o | Array andel | Pris total | N case | Pris/case |
|----------|----------|-------------|-------------|--------|-----------|
| 1:300gl | Ingen | 30% | 13.029.000 | 189 | 69.121 |
| Kun NIPT | Alle | 0% | 194.811.625 | 204 | 956.131 |
| 1:300ny | Ingen | 100% | 21.236.000 | >199 | 106.184 |
| 1:250ny | 1:500 | 100% | 23.485.425 | >203 | 115.692 |
| 1:300ny | 1:1.000 | 100% | 32.168.000 | >208 | 154.839 |

1:300gl = den algoritme vi bruger i dag, med T21 cut-off for CVS 1:300

1:250/300ny = Ny algoritme:

CVS tilbydes til: Alder ≥ 45 år og/eller NF $\geq 3,5$ mm, og/eller skæv biokemi og/eller T21 cut-off 1:250/300

DFMS, DSMG, DSOG Forslag:

- Bibeholde eksisterende kombineret test
- Tilbyde CVS ved risiko $>1:300$

- Tilbyde NIPT ved risiko $>1:1.000$
 - Mellefrisiko: $1:300-1:1.000$
 - $>1:300$ der ikke ønsker CVS

SST konklusion

- Det går godt med eksisterende screening
 - NIPT er dyrt
 - NIPT kan medføre utilsigtede etiske problemer
 - Afdelingerne er i forvejen ved at indføre NIPT
-
- SSTi finder det meget relevant, at selskaberne og det kliniske personale sørger for et fælles fagligt grundlag for metodeanvendelsen.

NIPT: Strategi i 2015

- DFMS, DSMG, DSOG udarbejde henvendelse til politikere og patientorganisationer om **en fælles national strategi**
- De enkelte afdelinger/regioner arbejder videre med forskellige løsninger



Brian Stausbøl-Grøn - MR i føtalmedicin

- MR som supplement til UL
- MR ufarligt for fostre
- MR
 - Overblik
 - Vævskontrast
 - Fordele ved adipositas, oligohydramnios og uhensigtsmæssige fosterlejring
- CNS
 - Ventriculomegali, cyster, misdannelse, iskæmiske læsioner, blødninger, corpus callosum agenesi, microcephali
 - Tolkning af fossa post anomalier er dog en vanskelig opgave
- Thorax
 - CDH, CCAM, hydrothorax

”Nyt nomenklatur og diagnosegruppen” – Richard Farlie

- Ny version af Fællesindhold
- En graviditet betragtes som én kontakt
- Når man føder afslutter man graviditetskontakten og man opretter en fødselskontakt
- En kontakt kan kun have én aktiondiagnose – alt andet er bidiagnoser. Den sidst registerede aktionsdiagnoser er den der går over til LPR
- Alle procedurer registreres – og er det, der giver penge i ambulante kontakter

Forskningsforedrag

- Geske Bak: *Maternel overvægt er en mulig fejlkilde ved fastsættelse af terminen ved hjælp af ultralyd GA 12 uger*
 - *Terminen udskydes oftere 7 + dage hos kvinder med højt BMI ved nakkefoldsscanning*
- Caroline Miltoft: *Børn født med Downs syndrom: Første trimester screening eller ej ?*
 - *106 fødte, 32%: Ingen risikoberegning, 21%: Høj risiko, – heraf fik 7 lavet CVS, men 17 fik ikke, 46 %: Lav risiko– heraf halvdelen med den risiko mindre end 1:1000*
- Mona Kristiansen: *Perinatal outcome after first trimester risk assessment in monochorionic and dichorionic twin pregnancies: A population-based study*
 - *DC: 3053, MCDA: 544, MCMA: 24*
 - *Tab af begge foster <uge 22 hyppigere af MC vs DC*
 - *Tab af begge fostre >uge 22 hyppigere af DC vs MC*
 - *Ab pro og fosterreduktion hyppigere hos MC end DC*
 - *Flere fødsler med mindst eet levendefødt barn hyppigere hos DC end MC*
 - *Senere fødsel og hyppigere vaginal fødsel hos DC end MC*

Outreach

- Ann Tabor: ISUOGs outreach program
 - Start: 2010, Maternal mortalitet faldet siden 1990, Spædbarnsdødelighed ligeledes faldet, men fortsat langt højere i 3. verdens lande end i vestlige lande. Ultralyd, opkvalificere færdigheder. Blødning, perinatal mortalitet, Identificere høj risiko graviditet. Frivillige, industipartner, NGO'er. ISUOG Outreach træningsprogram.
- Karen Wøjdemann: Ghana
- Gitte Størup: Haiti

”Der er vel nogen, der griber mig” Antropolog Stina Lou

- Kommunikation ved forhøjet risiko
- Betydning af ventetid
- Bekymring
- De gravide glæder sig i undersøgelsen og har stor forventning
- De ved hvad det er
- De vil gerne have information og de vil gerne kunne vælge
- De har stor tillid at der bliver taget hånd om dem hvis de får brug for det
- De gravide vil gerne vide om deres foster er sundt og raskt.
- Vi skal snakke om det
- De gravide kvinder ved hvad de vil
- De gravide der kommer i forhøjet risiko bliver bekymret, men vil gøre det igen
- Parrenes udsagn – f.ex: ”jeg var ikke bekymret for 1:300 – det var 1, der bekymrede mig”

Logistik, organisation og arbejdsforhold – Hanne Rye og Benedicte Staunstrup

- Antal scanninger pr sonograf pr dag
- Scanner fra egne liste eller fra bunke
- Antal min til NF
- Antal min til MS
- Antal min til gemelli
- Tilfredshed med den afsatte tid til den enkelte undersøgelser
- Flest er tilfreds med den afsatte tid, men det vides ikke hvem der er tilfreds og hvem der ikke er (i forhold til tiden) – og om der er en "løspå-gulvet"/ supervisor funktion
- +/- føtalmediciner
- +/- konf tid
- Andre opgaver

Føto-databasen – Olav Bjørn Petersen

- Ny formand: Olav Bjørn Petersen. Ann blev takket for sin meget store indsats for databasen
- Udarbejdet vedtægter for databasens styregruppe
- 3-årig driftsaftale med RKKP
- 2-årig driftsaftale med DCCR
- Årsrapport
 - Audit af indikatorer
- Føto-databasen ver 2.0
 - Astraia misdannelsesregistrering
 - Biometrier og flow
 - Cervix
 - Opdatering af hele datasættet fra 2008
 - Samarbejde med DKF – kvalitetsindikator 10

Invasiv behandling – Olav Bjørn Petersen

Kommissium:

- Invasiv behandling er et meget vigtigt behandlingstilbud til en lille gruppe højrisikogravide.
- Den intrauterine behandling omfatter aktuelt følgende indgreb:

Centraliseret til RH

Behandling af meget komplicerede tvillingegraviditeter, herunder TTTS, i form af laserdeling og clamping

Intrauterine transfusioner

Anden intrauterin behandling (dræn, punkturer)

Centraliseret til aktuelt 3 afdelinger (RH, Hvidovre, AUH Skejby):

Fosterreduktioner/selektivt føtociidum.

- For at sikre at disse gravide fortsat kan tilbydes ensartet behandling i høj kvalitet i Danmark, er det arbejdsgruppens opgave at arbejde for:

Sikring af tilstrækkelige ressourcer til at varetage de mest avancerede behandlinger på RH

Uddannelse

Nordisk møde i Göteborg 14.-16.04.2015

Kursus udvalget – Lone Nørgaard

- 02.06.2015: Fosterhjerter – Lene Sperling
- 09.11.2015: Update Fetal malformations – Ann Tabor og Lone Nørgaard

Guidelines

Føtal arytmi – Lone Nørgaard

- Orienterer selv

SUA – Geske Bak

- Hyppighed: 0,2-11% afhængig af undersøgelsespopulationen – 0,5 % har SUA i en 1.trimester risikovurderet population
- Drejer det sig om isoleret SUA eller non-isoleret SUA
- iSUA hos 95%
- 4% af SUA har en CHM
- Ved sufficient 2. trimester scanning –incl hjertescreening med vedtagne snit- er der ikke indikation for fosterhjertescreening
- Det diskuteres om der bør være extra focus på placenta og navlesnorsinsertion
- Ved isoleret SUA er risikoen for kromosomanomali ikke øget i en 1. trimester screenet population – og der anbefales ikke invasiv prøve
- Der er en klar overvægt af studier, der finder øget forekomst af væksthæmning – og derfor anbefales vækstscanning i uge 28-30 og uge 32-34
- Ingen forskel i langtids-outcome hos børnene

Kønsscanninger – Gitte Størup

- 75 % af de gravide ønsker at kende kønnet
- Det er muligt fra uge 13
- Vi har i DFMS regi en politik om at vi ikke ser efter kønnet i 1. trimester (inden uge 14+0)
- Der har ikke været nogen guidelines, om hvordan man gør det
- Kønsbestemmelse anbefales som en integreret del af fosterdiagnostikken ved 2. trimester misdannelsesscanningen for
 - At udelukke genitale misdannelser
 - At oplyse parret om det ventede barns køn
- Metode til kønsbestemmelse ved ultralyd beskrives
- I de fleste studier er sikkerheden meget høj (>95%) – og sikrest omkring uge 18-20
- Patientperspektiv