

Videnskabelig Leder

»Prøv igen!«

Henriette Svarre Nielsen^{1, 2}

1) Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, Københavns Universitetshospital – Hvidovre Hospital, 2) Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet

Ugeskr Læger 2025;187:V11240759. doi: 10.61409/V11240759

Det er den dybt frustrerende standardbesked til patienter med graviditetstab. Frustrationen er en konsekvens af manglende viden om, hvorfor det skete, og hvad der kan gøres for, at det ikke sker igen. Hvorfor ved vi så lidt om en medicinsk tilstand, der forekommer mere end 30 millioner gange om året? En del af forklaringen er, at tab er teknisk svært. Fosteret er kun nogle millimeter stort, der er risiko for maternel kontaminering, og så er der ved graviditeter genetisk bidrag fra tre individer: kvinden, manden og fosteret. Nogle argumenterer for, at det er meningsløst at undersøge tab, da det er naturens gang. Når denne argumentation bruges, er det vigtigt at huske på, at kernen i sundhedsvæsenet er at forhindre eller ændre naturens gang, som når kræft, hjertesygdom eller diabetes behandles. Andre har fremhævet, at kvinderne nærmest skal være glade for, at deres krop virker; at der er tale om en kvalitetskontrol, der sikrer, at ikkelevedygtige fostre hurtigst muligt afstødes. Men kan vi tillade os at konkludere, at årsagen er føtal, uden at undersøge det? Ca. halvdelen af alle tab skyldes en kromosomal aneuploidi, som er uforenelig med liv. Vi ved, at nogle af disse stiger med maternel alder, men vi ved ikke, om der er eksponeringer, der øger risikoen, og dermed om der kunne være behandlingsmuligheder, der kan nedsætte forekomsten af aneuploidi. Men det mest oplagte præventive potentiale ligger hos dem, der mister euploide fostre. En af de bedst undersøgte årsager er mangel på progesteron, hvilket er emnet for statusartiklen af *Kastner et al* [1]. Artiklen gennemgår evidensen for behandling af truende graviditetstab (abortus imminens) med progesterontilskud. Statusartiklen er skrevet af gruppen bag Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetriks nye guideline om abortus imminens. Datagrundlaget er 5.682 randomiserede kvinder fra seks placebokontrollerede studier, hvoraf det største inkluderede 4.153 kvinder (PRISM trial) [2]. Number needed to treat (NNT) er 20 for at opnå et levendefødt barn efter progesteronbehandling hos kvinder med truende graviditetstab og ét tidligere tab, men kun otte for kvinder med truende tab og tre tidligere tab [3].

Det er meget imponerende tal. Der er tale om en veltolereret, billig behandling i få uger, og resultatet er et levende barn, eller omkring 80 ekstra leveår – hvilke andre behandlinger kan det?

Vi lever i en verden med massive demografiske udfordringer. De fleste lande, og især mellem- og

højindkomstlande, er langt fra reproduktionsgrænsen, og samtidig stiger den aldrende befolkning hastigt. Der er formentlig mange årsager til faldende fødselstal, og jeg har ingen faglig indsigt i, hvorfor tilsyneladende flere unge ikke ønsker sig børn. Derimod forekommer det som et absurd spild, at hver fjerde ønskede graviditet mistes. Den eneste standardbehandling er kirurgisk eller medicinsk tømning af uterus. Udredning af årsager tilbydes først efter tre konsekutive tab hos par med maksimalt ét levende barn. Hvilke andre behandlinger, som patienterne kraftigt efterspørger [4], og som er dybt samfundskritiske, har vi antalsrestriktioner på? Jeg kan kun komme i tanke om fertilitetsbehandling.

Faldet i NNT for progesteron kan bruges som argument for at fastholde at tælle til tre, før der gøres noget. Jeg mener, det er håbløst gammeldags, forlænger tiden til barn, er ude af trit med både patienternes og samfundets interesse og meget langt fra personlig medicin. Derfor startede vi Copenhagen Pregnancy Loss-studiet, som har til formål at opnå en dybdegående forståelse af graviditetstab. Aktuelt er 2.700 ud af 3.000 inkluderet, og patientinteressen er åbenlys med 75% deltagerrate. Baseret på de første 1.000 inkluderede viste vi, at frit føtalt DNA i morens blod kan bruges til at bestemme fosterets ploidistatus – et alternativ til at tælle antal tab [5]. Vi forventer, at studiet både vil identificere diagnostiske biomarkører og mulige behandlingstargets. Samtidig har National Institutes of Health givet to store bevillinger til Yale og Stanford universiteterne for at undersøge, hvad der karakteriserer euploide tab. Derfor tør jeg optimistisk afslutte denne leder med et direkte citat fra lederen i The Lancets »Miscarriage Matters Series 2021«: »The era of telling women just to try again is over«.

Korrespondance *Henriette Svarre Nielsen*. E-mail: henriette.svarre.nielsen@regionh.dk

Interessekonflikter Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på ugeskriftet.dk

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

REFERENCER

1. Kastner AM, Lindnér C, Behrendt-Møller I et al. Behandling af truende graviditetstab. *Ugeskr Læger* 2024;186:V07240474. <https://doi.org/10.61409/V07240474>
2. Coomarasamy A, Devall AJ, Cheed V et al. A randomized trial of progesterone in women with bleeding in early pregnancy. *N Engl J Med*. 2019;380(19):1815-1824. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1813730>
3. Coomarasamy A, Devall AJ, Brosens JJ et al. Micronized vaginal progesterone to prevent miscarriage: a critical evaluation of randomized evidence. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;223(2):167-176. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.12.006>
4. Trobeck M. Matilde Trobeck om sine spontane aborter: jeg får et træk på skuldrene og et »op på hesten igen«. *Berlingske*. 12. okt 2024. <https://www.berlingske.dk/kronikker/matilde-trobeck-om-sine-spontane-aborter-jeg-faar-et-traek-paa-skuldrene> (12. okt 2024)
5. Hartwig TS, Ambye L, Gruhn JR et al. Cell-free fetal DNA for genetic evaluation in Copenhagen Pregnancy

Loss Study (COPL): a prospective cohort study. Lancet. 2023;401(10378):762-771.

[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)02610-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)02610-1)