

Hotande prematurbörd från graviditetsvecka 22 plus 0

Bakgrund

I Sverige föds ca 5 % av alla barn prematurt.¹ Prematur födsel är den viktigaste orsaken till perinatal morbiditet och mortalitet.²

Anamnes

- Hämta anamnes med riskfaktorer³
- Kontrollera att BPUL stämmer med journalen
- Buksmäta
- UVI symptom
- Blödning
- Vattenavgång
- Illaluktande flytning, bakteriell vaginos

Riskfaktorer³ för prematur förlossning

15 % av alla prematurförlossningar sker hos kvinnor som tidigare haft sena missfall eller tidigare fött prematurt. 85 % av prematurförlossningarna sker bland förstföderskor eller kvinnor som tidigare fött vid fullgången tid. Det finns ingen fungerande strategi att identifiera blivande prematurförlossningar genom att fokusera på specifika subgrupper av kvinnor med vissa riskfaktorer. Kända riskfaktorer:

- Tidigare prematur förlossning
- Rökare eller drogmissbruk
- Mycket ung blivande mamma alt >35 år
- Uterusmissbildning eller fostermissbildning
- Låg BMI (BMI<19)
- Flerbörd
- Polyhydramnios
- Cervixinsufficiens, t ex pga konisering
- Infektion: UVI, bakteriell vaginos eller korioamnionit
- Preeklampsi och hypertoni ofta pga. inducerad förlossning

¹ Goldenberg RL, Rouse DJ. Prevention of premature birth. N Engl J Med 1998;339(5):313-20

² Slattery MM, Morrison JJ. Preterm delivery. Lancet 2002;360(9344):1489-97

³ Svaitz DA, Blackmore CA, Thorp JM. Epidemiologic characteristics of preterm delivery: etiologic heterogeneity. Am J Obstet Gynecol 1991;164(2):467-71

Diagnoskriterier

1. Regelbundet **värkarbete** (minst två sammandragningar/ 10 min) under 30 min och
2. **Cervixpåverkan**, utplånad > 50 % (cervixlängd vid vaginalt ultraljud <15mm⁴) eller
3. Dilatation av cervix >1,5cm.

Vid multipel graviditet gäller gränsen 25 mm för cervixlängd. Valet av cut-off vid 15 mm respektive 25 mm är valt pga den exponentiella riskökningen vid dessa cervixmått.⁵

Undersökningar vid inskrivning

- Temp, puls, blodtryck urinsticka, ev urinodling. Blodstatus och CRP
- Bedöm CTG
- Bedöm antal uteruskontraktioner och regelbundenhet bedside
- Vid misstanke om vattenavgång görs steril spekulundersökning. Om tecken till PPROM gå till PM för detta.
- Ta odling från cervixsekret från bakre fornix. (Observera att allmänodling är dyrt! Om patienten uppfyller kriterierna för hotande prematurbörd skickas odlingen. Om patienten bedöms ha förvärrar utan cervixpåverkan ska odlingen inte skickas). Viktigt med specifik frågeställning om allmänodling. Ta PCR, odling och fråga efter mycoplasma hos de med stark misstanke.
- Genomför vaginal ultraljudsundersökning för bedömning av cervixlängd (Se teknik nedan).
- Genomför abdominellt ultraljud för undersökning av fosterbjudning, viabilitet, antal foster, fostervattenmängd, viktskattning och placentaläge.

Handläggning

- Diagnoskriterier för hotande förtidsbörd ska vara uppfyllda för att behandling med kortison och tokolys ska inledas (kriterium 1 och 2 eller 3).
- Betapred 12 mg i.m. x 2 med 24 timmars mellanrum tom v 31+6 enligt PM *Steroidbehandling för lungmognad vid hotande förtidsbörd*. För diabetiker gäller annan behandlingsregim, se PM.
- Tractocileinfusion enligt PM *Hotande förtidsbörd – tokolytisk behandling* om infektionstecken inte föreligger. Det finns inget vetenskapligt stöd för iv tokolytisk behandling vid prematura värkar utan cervixpåverkan.
- Om cervix är mer än 4 cm öppen anses sannolikheten att kunna hejda förlossningen så låg att tokolytika inte ska ges.
- Profylaktisk antibiotikabehandling utan infektionssymtom har inte visat någon vinst vid behandling av prematura sammandragningar avseende neonatalt utfall.⁶
- Vid prematur vattenavgång finns evidens för antibiotikabehandling, se PM *Prematur vattenavgång, PPROM tom vecka 34 +6*
- Intrapartal antibiotika mot GBS ska ges vid prematurbörd enligt PM *Grupp B Streptokocker under graviditet och förlossning. Profylax*.
- Om förlossning och < 32 graviditetsveckor ges Magnesiumsulfat för neuroprotektion enligt PM
- Bakteriell vaginos och urinvägsinfektion ska behandlas.

⁴ Tsoi et al, Ultrasound Obst Gynecology 2005;25:353

⁵ Fuchs et al, Ultrasound Obst Gynecology 2004;23:42

⁶ King J, Flenady V. Prophylactic antibiotics for inhibiting preterm labour with intact membranes. Cochrane Database Syst Rev 2002(4):CD00246

- Informera neonatalavdelningen. Om patienten kommer från annat landsting är det remitterande sjukhus som ska ringa neobakjour och få godkännande.
- Patienten ska få information av neonatolog och sjuksköterska om omhändertagandet av det prematurfödda barnet.
- Diagnoskriterier ska vara uppfyllda för att det ska vara aktuellt med transport av kvinnan till annat sjukhus om det inte finns plats hos oss (neo). Hänvisning under natten görs inte, invänta ny bedömning på morgonen.
- Det finns ingen evidens för att sängläge minskar risken för prematurförlossning. Randomiserade studier av tvillinggraviditeter visar tvärtom en ökad risk för prematurbörd vid sängläge. Risken för djup ventrombos och muskelatrofi ökar vid sängläge. Vid stark misstanke om cervixinsufficiens kan sängläge övervägas.

Förlossningssätt vid prematur förlossning

Simplexgraviditet v 24+0 till v 33+0

- Huvudändläge: vaginalförlossning
- Sätessändläge: sectio

Duplexgraviditet v 24+0 till v 33+0

- Vid tv. 1 huvud och tv. 2 huvud: Vaginalförlossning
- Vid tv. 1 huvud och tv. 2 säte: Vaginalförlossning av tv. 1 och därefter försök till yttre vändning av tv. 2 till huvudändläge. Lyckas inte vändning av tv. 2 kan antingen beslut om sectio tas alternativt försök till sätessförlossning eller extraktion på fot. Om fostervikten på någon av tvillingarna är mindre än 1700 gram rekommenderas sectio.⁷
- Vid tv.1 säte och tv.2 säte: Sectio.

Simplexgraviditet > 33+0 veckor

- Huvudändläge: vaginalförlossning
- Sätessändläge: vaginal förlossning övervägs, se pm: Sätessbjudning- förlossning

Duplexgraviditet > 33+0 veckor

- Vid tv. 1 huvud och tv. 2 huvud: vaginalförlossning
- Vid tv. 1 huvud och tv. 2 säte: vaginalförlossning. Om fostervikten på tvilling 2 är mindre än 1700g rekommenderas sectio.⁸
- Vid tv.1 säte och tv.2 säte: sectio.

Graviditet < 24 veckor

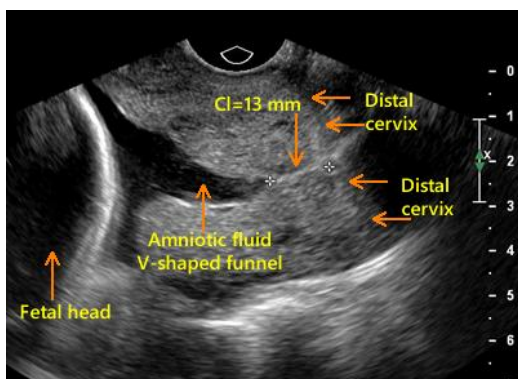
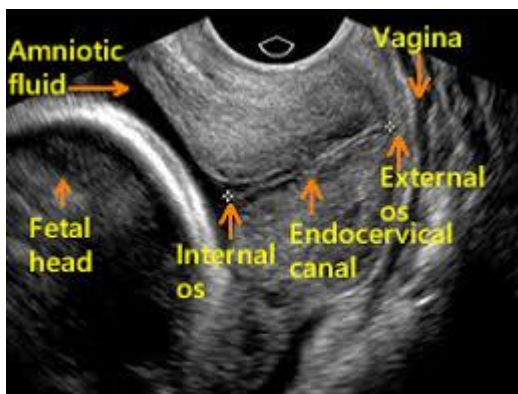
Vaginalförlossning. I graviditetsvecka 23 och sätessbjudning eller fosterpåverkan övervägs kejsarsnitt, samråd med överläkare obstetrik.

⁷ Wolf H et al. Vaginal delivery compared with caesarean section in early preterm breech delivery: a comparison of long term outcome. BJOG 1999; 106: 486-91

⁸ Wolf H et al. Vaginal delivery compared with caesarean section in early preterm breech delivery: a comparison of long term outcome. BJOG 1999; 106: 486-91

Teknik för mätning av cervixlängd med vaginal prob

1. Pat ska tömma urinblåsan innan undersökningen
2. Undersökning i gynstol
3. Använd 5 MHz.
4. Inför proben och orientera anatomiska strukturer – blåsa och fostervatten. Placera toppen av proben i främre fornix.
5. Hitta medellinje och sagittalplan av cervix
6. Identifiera inre modernmunnens öppning
7. Justera proben så att bästa bild av cervix i längsläge uppnås med både inre och yttre modernmunnen synliga
8. Förstora bilden så att 75 % av bilden är cervix.
9. Dra tillbaka proben så att minimalt tryck mot cervikalkanalen uppstår
10. Frys och mät längden mellan inre och yttre modernmunnen som en rak linje (OBS funnel-längd ska ej inräknas)
11. Tänk på att sammandragningar påverkar cervixlängd – undersök i vila!
12. Gör tre mätningar och välj det minsta måttet. Skriv ut bilden och dokumentera!



⁸ H, Honest et al, Accuracy of cervicovaginal fetal fibronectin test in predicting risk of spontaneous preterm birth, systematic review, BMJ 325 : 301

⁹ Celic E et al, Cervical length and obstetric history predict spontaneous preterm birth: development and validation of a model to provide individualized risk assessment, Ultrasound Obstet Gynecol 2008;31:549-54

Checklista vid hotande prematurbörd

Vid inskrivning

- ✓ Blodtryck, puls, temp
- ✓ Odling urin och cx /vagina samt blodprover
- ✓ Bedöm cx-längd, SU och VU ger ofta tilläggsinformation om konsistens, öppningsgrad, flytning
- ✓ Tractocileinfusion om kriterier är uppfyllda
- ✓ Steroidbehandling för lungmognad (Betapred) tom graviditetsvecka 31+6
- ✓ CTG enl läkarordination
- ✓ Neojour informeras
- ✓ Dokumentera och förmedla ordinationer inklusive typ av och övervakningsintervall
- ✓ Ta ställning till och dokumentera förlossningssätt

Inför och vid förlossning

- ✓ Om infektionstecken ges antibiotikabehandling och tokolys avbryts
- ✓ Ta ställning till förlossningssätt
- ✓ Magnesiumsulfat för neurprotektion om < 32 graviditetsveckor
- ✓ Antibiotikaproylax
- ✓ Varsko och tillkalla neoteamet i tid
- ✓ Barnet ska inte avnavlas tidigt, avvakta att pulsationer avtar. Gäller både vaginal förlossning och kejsarsnitt och förutsätter att situationen så tillåter.

Dokumenthistorik

Granskare

Maria Jonsson

Revisionsdatum

2020-08-11