

**Prematur fødsel <GA 34+0 - behandling og profylakse.
Føde/Barsel SSHF**

Side 1 av 4

Dokument ID:
I.4.8.1.2-16Godkjent dato:
31.10.2023Gyldig til:
31.10.2026Revisjon:
14.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetikk/Fødsel SSHF

HENSIKT

Identifisere kvinner med økt risiko for prematur fødsel og starte adekvat behandling.
Vurdere overflytting av mor eller andre forberedelser slik at barnet blir mottatt av riktig kompetanse.

MÅLGRUPPE

Kvinner med truende for tidlig fødsel med svangerskapsvarighet mellom 23+0 og 33+6

ANSVAR

Gynekolog, jordmor og barnelege

FREM GANGSMÅTE**Forløsningssted:**

- **Forventet fødsel i uke 22.0 – 22.6:** Individuell vurdering. Diskuter med barnelege og OUS.
- **Forventet fødsel i uke 23.0 – 27.6:** Den gravide overflyttes OUS etter avtale.
- **Fødsel planlegges ved SSK**, så fremt det er kapasitet på NFI og avklart med barnelege. Ved tilleggs komplikasjoner i svangerskapet diskuteres forløsningssted også med OUS.
 - **Single svangerskap fra uke 28+0**
 - **Tvillingsvangerskap fra uke 30+0**
 - **Trillingsvangerskap fra uke 32+0**

Definisjon av truende prematur fødsel:

Svangerskapsvarighet mellom 23+0 og 33+6 uker + regelmessige rier (>2 rier per 10 min) i tillegg til

- a. Cervix forkortet ved transvaginal ultralyd <25mm eller cervix påvirket ved palpasjon
- b. Vannavgang

Diagnostikk:

- Vaginal inspeksjon med bakterieprøve (GBS tas vaginorektalt (med samme pinne), gjentas tidligst etter 4 uker dersom negativ prøve og fremdeles truende prematur fødsel)
- Ultralyd:
 - transvaginal cervix måling
 - abdominal us av fosteret
- CTG-registrering og klinisk bedømming av rieaktivitet
- Urin stix og evt dyrknig på GBS
- Vurder CRP, LPK og temp måling

Forslag til håndtering:

- Cx < 15mm uten symptomer: Innlegges og behandling igangsettes
- Cx < 25mm og symptomer/ tidligere prematur fødsel
- Cx < 25mm ved flerlinger uten symptomer

Innlegges. Behandling kan avventes avhengig av Partosure*. Ktr cx

Utarbeidet av:


Prosedyrevalg Obstetikk SSHF

Fagansvarlig:

**Seksjonsoverlege Føde/barsel
SSK, Janne Rossen**

Godkjent av:

**Mikkel Høyberg, på vegne av
fagdirektøren**

 SØRLANDET SYKEHU		Prematur fødsel <GA 34+0 - behandling og profylakse. Føde/Barsel SSHF			Side: 2 Av: 4
Dokument-id: I.4.8.1.2-16	Utarbeidet av: Prosedyreutvalg Obstetrikk SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/barsel SSK, Janne Rossen	Godkjent dato: 31.10.2023	Godkjent av: Mikkel Høiberg, på vegne av fagdirektøren	Revisjon: 14.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrikk/Fødsel SSHF

* PartoSure test erstatter tidligere Fibronektintest. Kan tas etter vaginal us eller coitus (tas ikke ved vannavgang eller blødning).

Analyseres ved $cx > 15\text{mm}$ og $< 25\text{mm}$. Resultatet avleses innen 5 min (max 10min).

Negativ test: Svært liten sannsynlighet for fødsel i løpet av de neste 7-10 dagene (4 %).

Positiv test: Sannsynlighet for fødsel innen 7 dager ca 76%

BEHANDLING

NB! Det er viktig å gi Betametason til riktig tidspunkt i forhold til forventet forløsning.

Betametason ([Celeston Chrondose®](#)) 12 mg (6mg/ml) i.m. Dosen gjentas etter 24 timer, men ikke dersom situasjonen ikke lenger er truende. Det er ikke vist effekt av å fremskynde andre dose før 24 timer. Etter 7 dager er det minimal effekt igjen av steroidbehandlingen.

Dersom det er >7 dager siden 2. dose ble gitt OG stor sannsynlighet for prematur fødsel <svangerskapsuke 34+0 kan behandlingen vurderes gjentatt (dose 1 og 2).

- Kvinner med [insulinkrevende diabetes](#) skal vurderes for å ha konsentrert Glukose/insulindrypp ved Celestonbehandling eller monitorers nøye.
- Det er ikke vist økt risiko for infeksjoner hos mor ved bruk av antenatale steroider
- CTG forandringer (nedsatt variabilitet og reaktivitet), samt nedsatt biofysisk profil kan sees opptil 2-3 dager etter behandling

Tokolyse


Hensikten med tokolyse er å utsette fødsel til fosteret kan få effekt av lungemodning med steroider og/eller bli transportert til sykehus på rett nivå.

Kontraindikasjoner:

- Placentaløsning
- Chorioamnionitt
- Truende asfyksi
- Alvorlig preeklampsi eller eklampsi

Behandlingsalternativer (effekt av Atosiban (Tractocile®) og Nifedipin (Adalat®) anses som likeverdige):

- Atosiban (Tractocile®). [Atosiban \(Tractocile®\). Blandekort voksne. Føde/barsel SSHF.](#)
Trinn 1: Initial i.v. bolusinjeksjon 0,9 ml. injeksjon (6,75 mg/0,9 ml) settes over 1 min.
Bland så 2 hetteglass Atosiban 7,5mg/ml (=10ml) med 90 ml NaCl 0,9% (trekk ut 10ml fra 100ml infusjonsposen)
Trinn 2: Høydose infusjon i 3 timer: $18\text{mg}/\text{time} = \underline{24\text{ml}/\text{time}}$
Trinn 3: Lavdose infusjon i vanligvis 21 timer: samme blanding: $6\text{mg}/\text{timen} = \underline{8\text{ml}/\text{time}}$
Maksimal varighet av total behandling = 48 timer.
- **Nifedipin (Adalat®)**
Dosering: 20mg tbl initialt. Deretter 10-20 mg tbl 3-4 ganger dgl.
Deretter Adalat depottablett opptil maks 60 mg x 1.
Bivirkninger: hypotensjon, hodepine, kvalme, oppkast
- **Indometacin (Indocid®)**
Individuell vurdering som singelterapi fra uke 23.0-31.6 i maks 2 døgn. Kan brukes i tillegg til Tractocile.
Bivirkninger: prematur lukning av ductus arteriosus, oligohydramnion.
Dosering: 100mg supp som engangsdose, deretter 50 mg x 3 pr. døgn i inntil 48 timer.
Kontraindikasjoner: Ulcussykdom, astma, alvorlig nyresykdom

 SØRLANDET SYKEHU		Prematur fødsel <GA 34+0 - behandling og profylakse. Føde/Barsel SSHF			Side: 3 Av: 4
Dokument-id: I.4.8.1.2-16	Utarbeidet av: Prosedyreutvalg Obstetrikk SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/barsel SSK, Janne Rossen	Godkjent dato: 31.10.2023	Godkjent av: Mikkel Høiberg, på vegne av fagdirektøren	Revisjon: 14.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrikk/Fødsel SSHF

Antibiotika

Benzylpenicillin (Penicillin®) 1,2 g (2 mill. IE) x 6 intravenøst vurderes til alle kvinner i etablert fødsel < uke 35+0 for å forebygge GBS infeksjon. Se prosedyrene [Vannavgang. Føde/barsel SSHF](#) og [GBS/Streptokokk – hos gravide og fødende SSHF](#).

Antenatal Magnesiumsulfat (MgSO₄) for nevroprotektiv effekt

Antenatal MgSO₄ reduserer risikoen for cerebral parese hos fosteret. Optimalt regime er fortsatt uavklart, inkludert ved hvilke gestasjonsalder denne behandlingen bør tilbys.

Indikasjon:

- Gestasjonsalder ≥23 til < 32 uker
- Forventet fødsel innen 2 – 12 timer. Ved planlagt prematurt keisersnitt, foreslås ca. 4 timer før keisersnittstart.

Bivirkninger:

- Samtidig bruk av Kalsiumantagonist (Adalat) kan medføre hypotensjon
- Maternell kontraindikasjon for MgSO₄ (alvorlig lungesykdom, redusert nyrefunksjon med Kreatinin > 100 eller oligouri, myasthenia gravis, AV-blokk, iskemisk hjertesykdom eller hypotensjon)

Dosering:

Følg prosedyre for Magnesiumsulfat (MgSO₄) i prosedyre [Eklampsi. Føde/barsel SSHF](#). Behandling gis inntil fødsel, men maksimalt 24 timer og gjentas ikke.

Kan Benzylpenicillin gis samtidig med pågående Tractocile eller Magnesium, eller må det legges en tredje veneflon?

Svar fra Sykehusfarmasøyt (26.04.21):

- Benzylpenicillin gis enten alene, eller samtidig i Y-sett med Magnesiumsulfat. Benzylpenicillin gis i høyere konsentrasjon enn det som er testet i klinisk praksis sammen med magnesiumsulfat, men det er god indikasjon på at det er forsvarlig å gi benzylpenicillin i samme veneflon som pågående magnesiuminfusjon. Benzylpenicillin kan gis raskt, dvs som iv injeksjon over 3-5 minutter (se under, antiinfektivatABELL) hvis nødvendig.
- Benzylpenicillin gitt samtidig med Tractocile (atosiban) **er ikke testet.**
- Magnesiumsulfat og Tractocile **kan gis samtidig i Y-sett.**

PROFYLAKSE

Progesteron

- Anbefalt fra ca. uke 16 – 34
 - Gravide med singleton eller flerlinger og cervix <25mm
 - Gravide med tidligere preterm fødsel
- Dosering: Utrogestan® 200mg vaginalkapsel (godkjent på Blå resept) evt Lutinus® vaginaltablett 100mg eller Crinone® 90mg gel om kvelden

Sengeleie:

Ikke dokumentert som effektiv behandling og anbefales ikke.

		Prematur fødsel <GA 34+0 - behandling og profylakse. Føde/Barsel SSHF			Side: 4 Av: 4
Dokument-id: I.4.8.1.2-16	Utarbeidet av: Prosedyreutvalg Obstetrikk SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/barsel SSK, Janne Rossen	Godkjent dato: 31.10.2023	Godkjent av: Mikkel Høiberg, på vegne av fagdirektøren	Revisjon: 14.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrikk/Fødsel SSHF

Cervicalt cerclage og Arabin pessar se: [Veileder i fødselshjelp \(2020\): Preterm fødsel](#)

Forslag til oppfølging av kvinner med høy risiko for prematur fødsel:

- Kvinner med tidligere senabort eller fødsel < 34 uker:
 - UL av cervix i uke 12 for vurdering av oppfølging. Ktr i uke 24, 28 og 32 foreslås
- Koniserte kvinner trenger ikke spesiell oppfølging i første svangerskap etter konisering med mindre de har senabort eller prematur fødsel i sykehistorien.

[I.3.3-39](#)

[Blandekort voksne - ATOSIBAN \(Tractocile®\) Føde/Barsel - SSHF](#)

[I.4.3.26.1-16](#)

[Kengurumottak, HOVEDDOKUMENT, BUA, Nyfødtintensiv](#)

[I.4.3.26.1-20](#)

[Kengurumottak fra GA 28 til 34+6, Foreldreinformasjon, BUA, Nyfødtintensiv](#)

[Kengurumottak fra GA 32 til 34+6, Foreldreinformasjon, BUA, Nyfødtintensiv](#)

[I.4.8.1.1-4](#)

[Diabetes i svangerskapet. Føde/Barsel SSHF](#)

[I.4.8.1.5-17](#)

[Eklampsi. Føde/Barsel SSHF](#)

Eksterne referanser

Norsk gynekologisk forening: [Veileder i fødselshjelp \(2020\): Preterm fødsel](#). Hentet fra:

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/preterm-fodselsjelp/> (28.10.20)