

		Fagspesifikke prosedyrer		Kliniske fagprosedyrer
Vannavgang. Føde/Barsel SSHF				Side 1 av 4
Dokument ID: I.4.8.1.2-25	Godkjent dato: 31.01.2024	Gyldig til: 31.01.2028	Revisjon: 20.01	

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

OMFANG

Alle kvinner som får vannavgang uten påfølgende rier mer enn 1 time før fødselen starter.

pPROM= Preterm prelabour rupture of membranes. Vannavgang før uke 37+0 uker

PROM= Prelabour rupture of membranes. Vannavgang uten rier fra uke 37+0.

HENSIKT

Sikre adekvat transport og behandling – fange opp risikogravide og samtidig å unngå unødig intervensjon hos normalfødende.

ANSVAR

Jordmor/gynekolog.

FREM GANGSMÅTE

Kvinnen transporteres i ambulanse ved sikker vannavgang og kjent avvikende/ustabilt leie (sete/tverr/skråleie).

Ambulanse er ikke indisert ved svangerskapsuke >37 og hodet ikke er festet. Se prosedyre [Transport til Føden, SSHF](#).

Ved mistenkt chorioamnionitt, se [Feber i fødsel](#).

Vannavgang før svangerskapsuke 34.0 (23.0 – 34.0)

- **Før uke 20:** Pasienten informeres om dårlig prognose. Dersom det foreligger anhydramnion/oligohydramnion kan svangerskapsavbrudd vurderes.
- **Uke 20.0 – 22.6:** Individuell vurdering med hensyn til behandling og innleggelse på sykehus. Dersom det ikke er infeksjonstegn kan pasienten kontrolleres poliklinisk.
- **Ved truende fødsel mellom uke 23.0 og 28.0** transporteres kvinnen uforløst til OUS så fremt man mener å ha tilstrekkelig tid (vurderes individuelt i uke 22.5-23.0).
- Se for øvrig prosedyre [Prematur fødsel – behandling og profylakse. Føde/barsel SSHF](#).

Undersøkelse/behandling:

- Klinisk observasjon: kvinnens almenntilstand, abdominalsmerter, rier, urinveisplager.
- Unngå vaginal eksplorasjon
- Steril spekulumundersøkelse: se etter fostervann i bakre fornix. PROM-test kun ved usikker vannavgang
- Dyrkningsprøver: urin samt GBS fra vagina og rektum, gjentas ukentlig.
- Vaginal ultralyd (steril) for cervixmåling kun ved innkomst. Fostervannslomme nedenfor forliggende del kan tale mot vannavgang.
- Abdominal ultralyd: fostervannsmengde og leie. Væske i ventrikel og urinblære vurderes ukentlig.
- Ultralydundersøkelse med bedømmelse av fostervannsmengde ukentlig og med biometri hver 14. dag.
- Temp morgen og kveld. CRP og leukocytter (LPK) daglig første uken, deretter minimum 2 ganger i uken.
- CTG tas avhengig av svangerskapsvarighet.
- Steroider, Betametason ([Celeston Chrondose®](#)) 12 mg intramuskulært, vurderes fra uke 23.0 – 33.6. Individuell vurdering fra uke 22.5 - 23.0 etter diskusjon med obstetriker / neonatolog der mor skal forløses. Se prosedyre [Prematur fødsel – behandling og profylakse. Føde/barsel SSHF](#).
- Tokolyse, [Atociban \(Tractocile®\)](#), kan vurderes ved rier uten infeksjonstegn til full effekt av steroidbehandlingen og / eller transport til sykehus på rett nivå. Kontraindisert ved abruptio placentae og føtal distress.

Utarbeidet av: Prosedyrevalg Obstetrikk SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/Barsel SSK, Janne Rossen	Godkjent av: Mikkel Høiberg, på vegne av fagdirektøren	
--	--	--	--

 SØRLANDET SYKEHU		Vannavgang. Føde/Barsel SSHF			Side: 2 Av: 4
Dokument-id: I.4.8.1.2-25	Utarbeidet av: Prosedyreutvalg Obstetrikk SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/Barsel SSK, Janne Rossen	Godkjent dato: 31.01.2024	Godkjent av: Mikkel Høiberg, på vegne av fagdirektøren	Revisjon: 20.01

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

- Informer barnelege. Nyfødtposten kontaktes og det gis tilbud om informasjon og omvisning.
- Magnesiumsulfat gis når fødsel forventes innen 24 timer ved svangerskapsvarighet 23+0 til 31+6 uker. Reduserer risiko for cerebral parese. Sengeleie anbefales ikke.
- Kvinnen kan vurderes å følges poliklinisk etter den første uken ved følgende kriterier: hodeleie, fostervannslomme >2 cm, cervixlengde \geq 25 mm, har bopel i nærheten av sykehus og ingen tegn til infeksjon. Poliklinisk kontroll planlegges 2 x per uke med CTG og lab (CRP, LPK). Ultralyd ukentlig (fostervann / leie, biometri hver annen uke). Kvinnen må måle temp hjemme x 2 per dag og registrere fosterbevegelser og skal ta kontakt ved: økt temperatur, endring i fostervann, magesmerter, blødning, mindre liv.
- Forløsningstidspunkt vurderes uke 34+0 - 37+0.
- Ved kjent kolonisering med GBS i urin, vurder forløsning rundt uke 34.
- Ved kjent kolonisering med GBS i vagina/rektum, vurder forløsning rundt uke 34.
- Forløsning også ved mistanke om chorioamnionitt, abruptio placentae eller intrauterin asfyksi.

Antibiotikabehandling

Evidensgrunnlaget for type medikament og behandlingens lengde er usikkert. Anbefalingene er i tråd med Veileder i obstetrikk 2020.

Smalspektret behandling (foreslås ved oppstart f.o.m uke 32+0 t.o.m uke 36+6) :

- Benzylpenicillin (Penicillin®) 1,2 g (2 mill. IE) x 6 intravenøst i 2-3 døgner.
- Deretter fenoksymetylpenicillin (Apocillin®) 660 mg x 4 per os i ytterligere 5-7 døgner.
- Ved penicillinallergi: erytromycin 250 mg x 4 per os i 10 døgner

Bredspekret behandling (foreslås ved oppstart f.o.m uke 22+5 t.o.m 31+6):

- Cefuroksim (Zinacef®, Cefuroxim®) 1,5 g x 3 intravenøst i 2-3 døgner, deretter overgang til peroral cefaleksim (Keflex® 500 mg x 3) i 4-5 døgner. Total behandlingstid (iv + po) foreslås til 7 døgner.
- Samtidig tillegg av makrolid, for eksempel klaritromycin (Klacid® 500 mg x 1) per os i 7 dager. Oppstart samtidig som cefuroksim.

Behandling etter dyrkningssvar:

- Positiv dyrkning: Juster alltid etter resistensbestemmelse
- Negativt dyrkningssvar ved bredspekret profylakse: Behold bredspekret (mulighet for falsk negativ)
- Negativt dyrkningssvar ved smalspektret profylakse: Seponer
- Fødsel etter avsluttet antibiotikabehandling: Gi profylakse. Før svangerskapsuke 32 foreslås cefuroksim (Zinacef®, Cefuroxim®) 1,5 g x 3 intravenøst. Etter uke 32 foreslås benzylpenicillin (Penicillin®) 1,2 g (2 mill. IE) x 6 intravenøst.
- Ved positiv dyrkningsprøve ved en av de ukentlige kontrollprøvene: Peroral antibiotikabehandling etter resistensbestemmelse i 1 uke. Seponering. Fortsett med ukentlige prøver til fødsel.

 SØRLANDET SYKEHU		Vannavgang. Føde/Barsel SSHF			Side: 3 Av: 4
Dokument-id: I.4.8.1.2-25	Utarbeidet av: Prosedyreutvalg Obstetrikk SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/Barsel SSK, Janne Rossen	Godkjent dato: 31.01.2024	Godkjent av: Mikkel Høiberg, på vegne av fagdirektøren	Revisjon: 20.01

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

Vannavgang svangerskapsuke 34.0 til 36.6

Undersøkelse:

- Klinisk observasjon: allmenntilstand, illeluktende fostervann, rier, smerter.
- Vaginaleksplorasjon øker risiko for infeksjon og bør ikke utføres med mindre det foreligger indikasjon som for eksempel, rier, CTG forandringer eller fødselen skal induseres. Bruk alltid sterile hansker. PROM-test kun ved usikker vannavgang. Vurder kontakt med lege.
- Temperatur, puls og CRP daglig.
- CTG eller UL Doppler.
- Dyrkningsprøver: urin samt GBS fra vagina og rektum.
- Leie verifiseres.
- For øvrig oppfølging som ved pPROM før uke 34.
- Om fødselen ikke starter spontant, vurder induksjon rundt uke 37+0.

Vannavgang fra svangerskapsuke 37.0 uten rier

Undersøkelse/behandling:

- Hvis vannavgang etter kl 23 og ellers ingen risikofaktorer (feber, misfarget fostervann eller blødning), kommer kvinnen inn neste morgen til kontroll.
- CTG, temp og puls tas ved innkomst. CRP tas på klinisk indikasjon.
- Vaginaleksplorasjon øker risiko for infeksjon og bør ikke utføres med mindre det foreligger indikasjon som for eksempel, rier, CTG forandringer eller fødselen skal induseres. Bruk alltid sterile hansker. PROM-test kun ved usikker vannavgang. Innleggelse vurderes utfra totalsituasjon (vaginaleksplorasjon alene krever ikke innleggelse).
- Kvinnen kan reise hjem i påvente av spontane rier hvis: Normalt svangerskap, hodet festet, normal farge på fostervann, normal CTG. Ny kontroll ved sykehuset etter ca 24 timer.
- Spontan fødsel forventes i rundt ett døgn, forutsatt at alt er normalt. Ved misfarget fostervann induseres fødsel snarlig.
- Ved kjent kolonisering med GBS i urin startes antibiotikabehandling og fødselsinduksjon så snart det er praktisk gjennomførbart.
- Ved kjent kolonisering med GBS i vagina/rektum, tas ny test med egen bestilling i DIPS: «**GBS DNA Hurtigtest» (kun tilgjengelig på dagtid)**. Dersom positiv GBS, startes antibiotikabehandling og fødselsinduksjon så snart det er praktisk gjennomførbart. Dersom negativ GBS test, forventes antibiotika og induksjon etter prosedyre.
- Kvinnen skal være i aktiv fødsel med god fremgang og ingen infeksjonstegn for å kunne bruke badekar under fødselen.
- Ved vannavgang \geq 18 timer, vurder å gi antibiotika under aktiv fødsel.
- Gi kvinnen skriftlig pas.info: [Vannavgang uten rier](#).
- Dersom induksjon, se [Induksjon av fødsel](#).

Kryssreferanser

[I.4..1-16](#)

[I.4..1-28](#)

[I.4..1.1-7](#)

[I.4..1.2-7](#)

[I.4..1.2-17](#)

[Gruppe B streptokokker hos gravide og fødende. Føde/Barsel SSHF](#)

[Nyfødte - observasjon i føde/barselavdeling SSHF](#)

[Induksjon av fødsel. Føde/Barsel SSHF](#)

[Feber i fødsel. Føde/Barsel SSHF](#)

[Prematur fødsel - behandling og profylakse. Føde/Barsel SSHF](#)

 SØRLANDET SYKEHU	Vannavgang. Føde/Barsel SSHF				Side: 4 Av: 4
Dokument-id: I.4.8.1.2-25	Utarbeidet av: Prosedyreutvalg Obstetrikk SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/Barsel SSK, Janne Rossen	Godkjent dato: 31.01.2024	Godkjent av: Mikkel Høiberg, på vegne av fagdirektøren	Revisjon: 20.01

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

[I.4..1.2-25](#)

[Transport til fødeavdelingen SSHF](#)

[I.4..3-27](#)

[Vannavgang uten rier. Pasientinformasjon SSHF](#)

Eksterne referanser

Norsk gynekologisk forening: Veileder i fødselshjelp (2020): [Preterm vannavgang \(pPROM\) og primær vannavgang ved/nær termin \(PROM\)](#). Rev. april 2023.