		Fagspesifikke prosedyrer		Kliniske fagprosedyrer	
Placenta previa. Føde/Barsel SSHF					
Dokument ID: I.4.8.1.1-11		Godkjent dato: 06.09.2024		Gyldig til: 06.09.2027	
Revisjon: 7.02					

Fagspesifikke prosedyrer\Fødselshjelp og kvinnesykdommer\Gynekologi\Fellesprosedyrer Obstetrikk\Svangerskap SSHF

MÅLGRUPPE

Gravide med placenta previa totalis etter graviditetsuke 32+0.

HENSIKT

Sikre optimal oppfølging og behandling av gravide med placenta previa totalis i svangerskapet og ved forløsningen.

ANSVAR

Gynekolog og jordmor.

FREMGANGSMÅTE

Bakgrunn:

Forekomst ved fødselstidspunktet er 0,3 – 0, 5 %.

- Kun ca. 10 % av placenta previa ved screeningtidspunkt persisterer ved fødselstidspunktet.
- 50 % av placenta previa persisterer hvis placenta overlapper ostium internum med ≥ 23 - 25 mm i uke 20 – 23.
- Hvis placenta previa påvises ved ultralyd i uke 32, persisterer den hos 90 % ved fødselstidspunktet.
- Kan føde vaginalt om placentakanten er 10 (-20 mm, individuell vurdering) fra ostium internum

Risikofaktorer:

- Stigende maternell alder.
 - Risiko økes med en faktor på 1,6 for hver 5 års stigning av maternell alder over 20 år.
- Multiparitet.
 - Risiko økes med en faktor på 2 ved multipara.
- Røyking.
- Tidligere sectio.
 - RR 1,5 – 2,0.
 - Tendens til stigende risiko ved antall tidligere sectio.
 - Stigende risiko ved fallende tidsintervall fra siste sectio.

Risikoen for placenta accreta ved placenta previa er ca. 10 %.

Tidligere sectio er den største risikofaktoren for placenta accreta ved placenta previa.

Håndtering under graviditeten:


- Det finnes ingen data som viser en profylaktisk effekt av å unngå samleie, mosjon og løfting.
- Ut fra sunn fornuft anbefales forsiktighet i slutten av graviditeten.
- Spesielt anbefales at gravide med blødning er forsiktige.
- Det finnes ingen evidens for å anbefale sengeleie.
- Er kvinnen Rh neg skal hun ha Humant anti-D immunoglobulin: Rhophylac 1500 IE / IU/ AE / 2 ml im innen 48 timer etter første blødning, jmf prosedyre [Immunisering. Føde/barsel SSHF](#).

Gravide som får påvist en placenta praevia totalis ved ultralyd undersøkelse etter passerte 32 uker skal informeres av gynekolog om tilstanden og tildeles informasjonsskriv.

Den gravide skal settes opp til elektivt sectio i uke 37. Hvis det ikke tilkommer symptomer og diagnosen er sikker, er det ikke nødvendig med ytterligere kontroller.

Oppstår en frisk vaginal blødning skal den gravide innlegges.

Utarbeidet av: Prosedyreutvalg Obstetrikk SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/Barsel	Godkjent av: Per Engstrand	
--	--	--------------------------------------	--

		Placenta previa. Føde/Barsel SSHF			Side: 2
					Av: 2
Dokument-id: I.4.8.1.1-11	Utarbeidet av: Prosedyreutvalg Obstetrikk SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/Barsel	Godkjent dato: 06.09.2024	Godkjent av: Per Engstrand	Revisjon: 7.02

Fagspesifikke prosedyrer\Fødselshjelp og kvinnesykdommer\Gynekologi\Fellesprosedyrer Obstetrikk\Svangerskap SSHF

- Vurder sectio ved en hemodynamisk påvirket pasient eller ved vedvarende CTG forandringer.
- Betametason ([Celeston Chronodose®](#)) ved gestasjonslengde 24 – 34 uker.
- Ved mindre blødninger, utskrivelse 48 timer etter siste blødningsepisode.
- Ved mer enn 2 blødningsepisoder bør innleggelse til forløsning overveies.
- Immobilisering kun ved frisk, pågående blødning.
- Tokolyse kan gis ved behov før uke 34 for å oppnå celeston effekt, men ikke ved mistanke om placentaløsning
- Tranexamsyre (Cyklokapron®, Pilexam®, Tranexamic acid®) 1 gram iv. Etterfulgt av 1 g x 4 per os ved større vaginal blødninger.

Vurdering av forløsning:

- Forløsning er indisert hvis det er en livstruende maternell blødning, vedvarende påvirket hjerteaksjon ved CTG, og ved kraftige eller gjentakende blødninger etter uke 34.
- Timing av elektivt sectio må relateres til både risikoen for maternell blødning og til modenheten til fosteret.

Forløsning med sectio pga placenta previa:

- 2 – 4 enheter SAG bør være ferdig screenet for operasjonstart.
- Den gravide skal ha Tranexamsyre (Cyklokapron®, Pilexam®, Tranexamic acid®) 1 gram iv 10 min før forløsning.
- Oxytocin drypp som ved atoniprofylakse (10 IE Oxytocin (Oxytocin® i 100 ml NaCl 0,9 %) bør være ferdig blandet før operasjonsstart.
- Man bør tilstrebe en elektiv forløsning med best mulig beredskap. Vurder behov for intervensjonsradiolog. Ved mistanke om invasiv placenta skal intervensjonsradiolog være tilstede mtp innleggelse av aortaballong.
- Man bør tilstrebe spinal anestesi som gir mindre blødning enn narkose.
- Operasjonen utføres/assisteres av overlege.
- Lav terskel for atoniprofylakse etter forløsning.
- Forløsning av placenta med moderat drag i navlesnoren etter at Oxytocin® er gitt.
- Ved tegn på fastsittende placenta, bør den tolkes som en accreta og etterlates in-situ og navlesnoren klippes tett inntil placenta. Embolisering av a uterina og videre AB profylakse bør da vurderes i etterkant.

Kryssreferanser

[I.4.1.4-2](#)

[Placenta previa ved ultralydscreening SSHF](#)

[I.4.3-20](#)

[Placenta previa - siste trimester SSHF](#)

[II.SOK.KKK.FBK.2.1-2](#)

[Placenta previa og dypt sete av placenta](#)

Eksterne referanser

Norsk gynekologisk forening: Veileder i fødselshjelp (2020): Invasiv placenta, placenta previa og vasa previa.

Hentet fra: [https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-](https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp/invasiv-placenta-placenta-previa-og-vasa-previa/)

[forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp/invasiv-placenta-placenta-previa-og-vasa-previa/](https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp/invasiv-placenta-placenta-previa-og-vasa-previa/) (2020)