

		<b>Fagspesifikke prosedyrer</b>		<b>Kliniske fagprosedyrer</b>	
<b>Traume hos den gravide. Føde/Barsel SSHF</b>				Side 1 av 3	
Dokument ID: <b>1.4.8.1.1-13</b>		Godkjent dato: <b>29.11.2023</b>	Gyldig til: <b>29.11.2027</b>	Revisjon: <b>14.03</b>	

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

## MÅLGRUPPE

Gravide som er blitt utsatt for alvorlig traume. Ved lette/moderate skader: se [Fall / støt mot magen i svangerskapet Føde/Barsel SSHF](#).

## HENSIKT

Sikre så korrekt medisinsk hjelp som mulig til den gravide og det ufødte barnet.

## FREMGANGSMÅTE

Hos gravide er årsaken til traumet som oftest trafikkulykker, resten skyldes fall og vold/slag mot mage. Konsekvensen av traumet for svangerskapet avhenger av gestasjonsalder, traumets alvorlighetsgrad og påvirkningen på uterin og føtal fysiologi.

Årsaken til fosterdød ved traume mot gravid er i over 70 % av tilfellene placentalsøsning.

### Symptomer på placentalsøsning (opptrer vanligvis tidlig etter skade):

- Vaginalblødning (kan mangle i 30 % av tilfellene).
- Ømhet i uterus
- Hyppige uteruskontraksjoner
- Økt uterusirritabilitet (hyperton uterus)
- Fostervannsavgang
- Smerter i buken
- Sirkulatorisk påvirkning, evt. sjokk

NB! Placentalsøsning kan foreligge selv om ultralydundersøkelse av uterus er normal, og kan forekomme selv etter et mindre traume i tredje trimester. Placentalsøsning kan også komme 1-2 døgn etter skade.

### Diagnostikk og behandling:

Den gravide skadede pasienten behandles initialt etter samme retningslinjer som ikke-gravide. Nødvendig røntgen-diagnostikk gjennomføres etter vanlige kriterier. Maternell resuscitering og stabilisering har første prioritet, og følger vanlige prioriteringer for traumepasienter (A, B, C, D, E). Det som truer fosteret er hypoksi, anemi og direkte skader. Dersom vitale funksjoner opphører hos mor etter innleggelse på sykehus, er det muligheter for å redde barnet dersom sectio utføres innen 4-5 minutter.

### Der pasienten ikke ligger på fødeavdelingen, er det traumeteam som har ansvar for pasienten:

**Tilkall alltid gynekolog for- og bakvakt og jordmor.** Ta med nødvendig utstyr hvis pasienten må forløses andre steder enn på Fødeavdelingen. Barnelege tilkalles (SSF: konfereres) dersom kvinnen må forløses.

**Følgende tiltak gjelder uansett hvor den gravide ligger til behandling/observasjon, og gjelder når den gravide er stabilisert i venstre sideleie, samt ved lette til moderate skader:**

- CTG overvåkingen startes så fort det er praktisk mulig. Husk å kontrollere mors puls samtidig (ev. pulsoksymetri)

Utarbeidet av: <b>Prosedyreutvalg Obstetrikk SSHF</b>	Fagansvarlig: <b>Seksjonsoverlege Føde/Barsel SSK, Bente Maltby</b>	Godkjent av: <b>For fagdirektør, overlege Per Kristian Hyldmo</b>	
--	--	--	--

 SØRLANDET SYKEHUS	<b>Traume hos den gravide. Føde/Barsel SSHF</b>				<b>Side: 2</b> <b>Av: 3</b>
Dokument-id: I.4.8.1.1-13	Utarbeidet av: Prosedyreutvalg Obstetrikk SSHf	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/Barsel SSK, Bente Maltby	Godkjent dato: 29.11.2023	Godkjent av: For fagdirektør, overlege Per Kristian Hyldmo	Revisjon: 14.03

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

- Lengde av kontinuerlig CTG vurderes individuelt. Skal godkjennes av lege. Økt rieaktivitet og kliniske symptomer er beste metode til å oppdage placentaløsning. Ved hyppige kontraksjoner, mer enn 1/10 min, bør CTG overvåkningen forlenges.
- Blodprøver: Kirurgisk status (Hb, Na, K, Urinstoff, Kreatinin, Albumin), føtale erythrocytter, screening / pretrans og koagulasjonsstatus (fibrinogen, d-dimer, cephotest) som ø-hjelp.
- Ved lette til moderate skader: Lege vurderer lungemodning med betametason (Celeston Chronodose®) under 34 ukers graviditetslengde etter gjeldende kriterier. Se prosedyre: [Prematur fødsel, behandling og profylakse SSHF](#)
- Husk at symptomer på placentaløsning også kan komme gradvis: Viktig med observasjoner av symptomer beskrevet tidligere i prosedyren.
- Tenk sectioberedskap.

#### Umiddelbar sectio må vurderes ved graviditetslengde over 24 uker, i følgende situasjoner:

- Placentaløsning
- Uterusruptur
- Penetrenderende abdominskade
- Multitraumatisert mor med levende barn
- Brannskade mer enn 50 % hos mor
- Maternell død, levende barn
- Fostervannsemboli

#### Spesielle problemstillinger:

##### Føtomaternal transfusjon:

Kan opptre etter traume. Derfor skal føtale erythrocytter tas så raskt som mulig etter skade, slik at når svar foreligger kan Anti-D vurderes.

##### RhD negative kvinner:

Ved RhD-positivt barn (eller ukjent føtal RhD-typing) og RhD-negativ mor uten anti-D antistoffer gis anti-D immunglobulin (Rhophylac® 300ug im), men dersom mor har dannet anti-D antistoffer skal anti-D immunglobulin ikke gis.

##### Fostervannsemboli:

Kan utløses ved skade av gravid pasient. Dette kan medføre ARDS utvikling, og evn DIC. Derfor skal det tas koagulasjonsstatus umiddelbart, slik beskrevet ovenfor.

 SØRLANDET SYKEHUS		<b>Traume hos den gravide. Føde/Barsel SSHF</b>			<b>Side: 3</b> <b>Av: 3</b>
Dokument-id: I.4.8.1.1-13	Utarbeidet av: Prosedyreutvalg Obstetrikk SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/Barsel SSK, Bente Maltby	Godkjent dato: 29.11.2023	Godkjent av: For fagdirektør, overlege Per Kristian Hyldmo	Revisjon: 14.03

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

### Kryssreferanser

<a href="#">I.3.13-6</a>	<a href="#">Traumemanual</a>
<a href="#">I.4.8.1.1-16</a>	<a href="#">Fall / støt mot mage i svangerskapet Føde/Barsel SSHF</a>
<a href="#">I.4.8.1.2-16</a>	<a href="#">Prematur fødsel &lt;GA 34+0 - behandling og profylakse. Føde/Barsel SSHF</a>
<a href="#">I.4.8.1.2-23</a>	<a href="#">Transport til fødeavdelingen SSHF</a>
<a href="#">I.4.8.1.5-1</a>	<a href="#">Alloimmunisering mot erytrocytt-antigener. Føde/Barsel SSHF</a>
<a href="#">I.4.21-1</a>	<a href="#">Aktivering av traumeteam SSHF</a>

### Eksterne referanser

UpToDate: Initial evaluation and management of pregnant women with major trauma (sep 2020) (hentet fra) [https://www.uptodate.com/contents/initial-evaluation-and-management-of-pregnant-women-with-major-trauma?search=initial-evaluation-and-management-of-pregnant-women-with-major-trauma,&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/initial-evaluation-and-management-of-pregnant-women-with-major-trauma?search=initial-evaluation-and-management-of-pregnant-women-with-major-trauma,&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1) (29.10.20)

Norsk gynekologisk forening: Veileder i fødselshjelp (2020) (hentet fra) <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/> (29.10.20)

Kapittel: Hjertestans i graviditet og perimortem sectio (hentet fra) <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/hjertestans-i-graviditet-og-perimortem-sectio/> (29.10.20)