

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

Side 1 av 4

Dokument ID:  
**I.3.9.1.2-10**Godkjent dato:  
**31.10.2023**Gyldig til:  
**31.10.2026**Revisjon:  
**14.00**

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

Fagansvarlig:

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

Godkjent av:

**Mikkel Høyberg, på vegne av  
fagdirektøren**

		<b>Prematur fødsel &lt;GA 34+0 - behandling og profylakse.</b> <b>Føde/Barsel SSHF</b>			<b>Side: 2</b> <b>Av: 4</b>
Dokument-id: I.3.9.1.2-10	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: Ulcusykdom, astma, alvorlig nyresykdom

 SØRLANDET SYKEHU		<b>Prematur fødsel &lt;GA 34+0 - behandling og profylakse.</b> <b>Føde/Barsel SSHF</b>			<b>Side: 3</b> <b>Av: 4</b>
Dokument-id: I.3.9.1.2-10	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 (MgSO<sub>4</sub>) for nevroprotektiv effekt**

Antenatal MgSO<sub>4</sub> 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 MgSO<sub>4</sub> (alvorlig lungesykdom, redusert nyrefunksjon med Kreatinin > 100 eller oligouri, myasthenia gravis, AV-blokk, iskemisk hjertesykdom eller hypotensjon)

#### **Dosering:**

Følg prosedyre for Magnesiumsulfat (MgSO<sub>4</sub>) 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.

		<b>Prematur fødsel &lt;GA 34+0 - behandling og profylakse.</b> <b>Føde/Barsel SSHF</b>			<b>Side: 4</b> <b>Av: 4</b>
Dokument-id: I.3.9.1.2-10	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.2.2-38](#)

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

[I.3.3.26.1-15](#)

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

[I.3.3.26.1-19](#)

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

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

[I.3.9.1.5-8](#)

[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-fodselshjelp/preterm-fodsel/> (28.10.20)