

 Helse BER Haukeland universitet	Håndtering av svangerskap etter termin og overtid
Kategori: Pasientbehandling - Fagprosedyrer - Annet - Annet 3	Gyldig fra/til: 01.11.2023/01.11.2025
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF - Kvinneklivnikken - Fødeavdelingen	Versjon: 8.02
Godkjenner: Kessler, Jørg	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Jørg Kessler	Dok.id: D13802

Et svangerskap er iflg WHO overtidig fra dag 294 (42+0 uker). Diagnosen ”overtidig svangerskap” (O48) kan derfor ikke benyttes før 294 dager. Som indikasjon for induksjon før 294 dager brukes årsak til induksjonen eller mistanke om sykdom hos mor eller foster.

Terminfastsettelsen skjer som regel ved datering i første trimester (tidlig UL), og senest ved rutineultralydundersøkelse ved svangerskapsuke 17-19.

Termin ultralyd etter gjeldende tabeller følges. Man må være klar over at

- Det er individuelle forskjeller i hvor lenge et svangerskap vil vare for å få et modent, fullgått barn. Et svangerskap hvor fosteret er lite i 2. trimester varer lenger enn et svangerskap hvor fosteret er større. [0]
- Den biologiske variasjonen i biometriske målinger blir større i løpet av svangerskapet. Allerede ved tidspunktet for terminfastsettelsen med ultralyd er noen fostre større eller mindre enn gjennomsnittet, mens terminfastsettelsen baseres på gjennomsnittsverdier. Denne terminusikkerheten basert på biologisk variasjon er mindre ved datering i 1. trimester sammenlignet med datering i 2. trimester (rutine UL).

Komplikasjoner etter passert termin og ved overtid

Epidemiologiske studier viser at risikoen for intrauterin fosterdød øker i svangerskap etter termin. Det er særlig foster som er mindre enn forventet ut fra gestasjonslengde (small for gestational age, SGA) som har økt risiko for intrauterin fosterdød. I tillegg forekommer oligohydramnion og mekoniumaspirasjon hyppigere ved overtidige svangerskap.

I tillegg til veksthemning hos fosteret finnes en rekke andre tilstander og faktorer som øker risiko for intrauterin fosterdød, spesielt i kombinasjon (Tabell 1).

<i>Føtale:</i>	<i>Maternelle:</i>
Diskrepans TUL- sikker TN [1, 2]	Alder v/ termin [7]
Marginalt navlesnorsfeste [3]	Pregravid BMI [8]
Velamentøst navlesnorsfeste [3]	Assistert befruktning [9]
Enkel umbilikalarterie [4]	Røyking [10]
Tidligere morkakesvikt [5, 6]	Svangerskapsdiabetes (kostregulert) [11]
	Vektøkning i svangerskapet [12]
	Svangerskapsindusert hypertensjon

Tab. 1: Risikofaktorer for perinatal død eller neonatal morbiditet

Disse risikofaktorene er enten kjent fra svangerskapets start (f. eks. maternell alder, pre-gravid BMI, assistert befruktning), blir diagnostisert ved rutine ultralyd (f. eks. unormalt navlesnorsfeste, enkel umbilikalarterie) eller fremkommer i løpet av svangerskapet (f. eks. vektøkning, svangerskapsdiabetes).

Generelle retningslinjer

Vi inntar en avventende holdning til induksjon av lav-risiko svangerskap som varer ut over termin.

Del 1 Scores ved Rutine UL				Skriv poeng for hver faktor. Summer nederst
Risikofaktorer	Poeng			
	0	1	2	
Ultralydfunn:				
Marginalt navlesnorsfeste	nei	ja		
Velamentøst navlesnorsfeste	nei		ja	
Enkel umbilikalarterie	nei	ja		
Gjelder <u>kun</u> ved manglende datering i 1. trimester: TUL senere enn sikker TN	<7 dager	7-10 dager	>10 dager	
Anamnese/Maternelle faktorer:				
Alder v/ termin	<35	35-40	>40	
Førstegangsfødende med pre-gravid BMI	<30	30-40	>40	
Mors etnisitet – Subsaharisk Afrika	nei	ja		
Tidligere morkakesvikt (IUGR/alvorlig preeklampsi, IUFD, fødselsasfyksi)	nei	ja		
Assistert befruktning (IVF, ICSI)	nei	ja		
Røyking/Snus	nei	ja		
Sammenlagt poengsum Del 1				
Del 2 Scores ved sv.sk.kontroll i uke 38-40				Skriv poeng for hver faktor. Summer nederst
Risikofaktorer (tilkommet i løpet av sv.skapet)	Poeng			
	0	1		
Svangerskapsdiabetes (kostregulert)	nei	Ja		
Vektøkning i svangerskapet				
Normal (pregravid BMI <25)	<25 kg	≥25 kg		
Overvekt (pregravid BMI 25-30)	<20 kg	≥20 kg		
Fedme (pregravid BMI >30)	<15 kg	≥15 kg		
Sammenlagt poengsum Del 2				
Total poengsum til risikovurdering (Sammenlagt poengsum Del 1 + Del 2)				
Anbefalt oppfølging i forhold til poengsum				
Poengsum (Del 1 + Del 2)	0-1	2	>2	
Anbefalt terminkontroll	Senest 41+3 (7.dag etter TUL)	-	-	
Tidspunkt for anbefalt induksjon av fødsel	42+0 (11. dag etter TUL)	41+0 (4. dag etter TUL)	40+3 (Ved termin)	

Fig. 1: Scoringsskjema for håndtering av svangerskap etter termin

Identifikasjon av svangerskap med økt perinatal risiko etter termin

Foregår i to trinn:

- Bruk av risikoscore med oppsummering av risikofaktorer (se Figur 1).
- Bruk av ultralyd for estimering av fostervekt og bedømmelse av fostervannsmengde ved terminkontroll for lav-risiko svangerskap

Gravide med risikofaktorer settes direkte opp til induksjon:

- Risikoscore på 3 poeng eller mer - time til induksjon ved termin (40+3 uker)
- Risikoscore på 2 poeng - time til induksjon ved 41+0 uker.

Kvinnens behov og ønske tas med i vurderingen. Dato for induksjon tilpasses driftssituasjon på Fødeavdelingen.

Behov for ultralyd vurderes individuelt hos kvinner med risiko score >2. Mange av disse vil være fulgt med vekstkontroller gjennom svangerskapet og ultralyd på induksjonsdagen er da ikke nødvendig.

Retningslinjer for terminkontroll

1. terminkontroll utføres som regel av jordmor og foregår på Fostermedisin og ultralyd.

Kvinner med lav risiko score (0 -1 poeng) kommer til Fostermedisin og ultralyd ved 41+ 3 uker. Faller dato for terminkontroll til en helg, fremskyndes termin kontroll fra lørdag (41+3 uker) til fredag (41+2 uker) eller utsettes fra søndag (41+3 uker) til mandag (41+4 uker).

Henvisninger mottas som vanlig ved Svangerskap og barselpoliklinikk. Koordinerende overlege vurderer hvem som skal gå til terminkontroll ved jordmor *alle hverdager*. Henvisning overføres til arbeidsgruppe «SO HAU KK FØDE ULTRALYD/ fostermed jordmor henvisning» for timetildeling.

Ved konsultasjonen utføres følgende:

Anamnese:

- Helsekort og tidligere notater i Dips (Para, sykdommer hos mor, medisiner, allergier, tidligere svangerskap og fødsler, aktuelt svangerskap, fosteraktivitet)
- Blodtrykk

Ultralyd:

- Leie,
- fostervannsmengde (AFI),
- vekt/vekstestimering,
- bevegelser (spontan/puste)

Dokumentasjon

- Dokumentere termin-kontroll på helsekortet (BT)
- Lage journalnotat i Dips (klipp og lim fra Fetocalc)
- Koding i Dips: **Z.34.0 eller Z34.8 + SMAODK**
- Videre oppfølging i Dips: time til induksjon ved 42+0 uker poliklinikk for gravide, mor og barn

Ved indikasjon for fødselsinduksjon eller spørsmål

Kvinnen meldes samme dag til videre oppfølging ved Svangerskap og barselpoliklinikk:

- Estimert fostervekt/ AC < 5-perc
- Fall i percentil fra tidligere til aktuell biometri > 50%
- AFI (Amniotic Fluid Index) < 5 cm og/eller dypeste lomme < 2 cm (oligohydramnion)
- Lite liv
- Forhøyet BT/ preeklampsi

Dersom graviditeten er normal, er hovedregelen at spontan fødsel avventes fram til uke 42+0.

Dersom kvinnens ønsker og behov tilsier et tidligere induksjonstidspunkt, overføres hun til Svangerskap og barsel poliklinikk for videre behandling/samtale. Gi beskjed til koordinerende overlege.

Dersom funn av patologi som tilsier snarlig induksjon kontaktes koordinatore for avtale om tidspunkt. Det er en fordel dersom kvinnen kan bli vaginalundersøkt slik at en vet induksjonsmetode.

Dersom kvinnen trenger CTG, skal den organiseres av obstetrisk poliklinikk og utføres av helsesekretær/evt jordmor i obstetrisk poliklinikk. Godkjenning av CTG gjøres av jordmor/koordinator i obstetrisk poliklinikk.

Kontakt og ansvarlig for oppfølging

Koordinerende overlege Svangerskap og barsel poliklinikk (se ukeprogram leger, bruk personlig telefon eller rolletelefon).

Skjema for risikoscore som pdf.: [Last ned her](#).

Praktisk fremgangsmåte: Se metode ”[Fødselsinduksjon. Metoder](#)”.

Referanser

0. Fetal size in the second trimester is associated with the duration of pregnancy, small fetuses having longer pregnancies. Johnsen SL, Wilsgaard T, Rasmussen S, Hanson MA, Godfrey KM, Kiserud T. BMC Pregnancy Childbirth. 2008 Jul 16; 8: 25
1. Nguyen, T., et al., A discrepancy between gestational age estimated by last menstrual period and biparietal diameter may indicate an increased risk of fetal death and adverse pregnancy outcome. BJOG, 2000. 107(9): p. 1122-9.
2. Nakling, J. and B. Backe, Adverse obstetric outcome in fetuses that are smaller than expected at second trimester routine ultrasound examination. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2002. 81(9): p. 846-51.
3. Ebbing, C., et al. Prevalence, risk factors and outcomes of velamentous and marginal cord insertions: a population-based study of 634,741 pregnancies. PLoS One. 2013 Jul 30;8(7):e70380.
4. Ebbing, C., et al., Isolated single umbilical artery and the risk of adverse perinatal outcome and third stage of labor complications: A population-based study. Acta Obstet Gynecol Scand, 2020. 99(3): p. 374-380.
5. Ensing, S., et al., Recurrence risk of low Apgar score among term singletons: a population-based cohort study. Acta Obstet Gynecol Scand, 2014. 93(9): p. 897-904.
6. Hauspurg, A., et al., Placental findings in non-hypertensive term pregnancies and association with future adverse pregnancy outcomes: a cohort study. Placenta, 2018. 74: p. 14-19.
7. Haavaldsen, C., et al., The impact of maternal age on fetal death: does length of gestation matter? Am J Obstet Gynecol, 2010. 203(6): p. 554 e1-8.
8. Flenady, V., et al., Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet, 2011. 377(9774): p. 1331-40.
9. Bay, B., S. Boie, and U.S. Kesmodel, Risk of stillbirth in low-risk singleton term pregnancies following fertility treatment: a national cohort study. BJOG, 2019. 126(2): p. 253-260.
10. Marufu, T.C., et al., Maternal smoking and the risk of still birth: systematic review and meta-analysis. BMC Public Health, 2015. 15: p. 239.

11. Stacey, T., et al., Gestational diabetes and the risk of late stillbirth: a case-control study from England, UK. BJOG, 2019. 126(8): p. 973-982.
12. LifeCycle Project-Maternal, O., et al., Association of Gestational Weight Gain With Adverse Maternal and Infant Outcomes. JAMA, 2019. 321(17): p. 1702-1715.