

# Blödning i III:e trimestern

Lars Ladfors

I:a trimestern vecka 1-12

II:a trimestern vecka 13-26

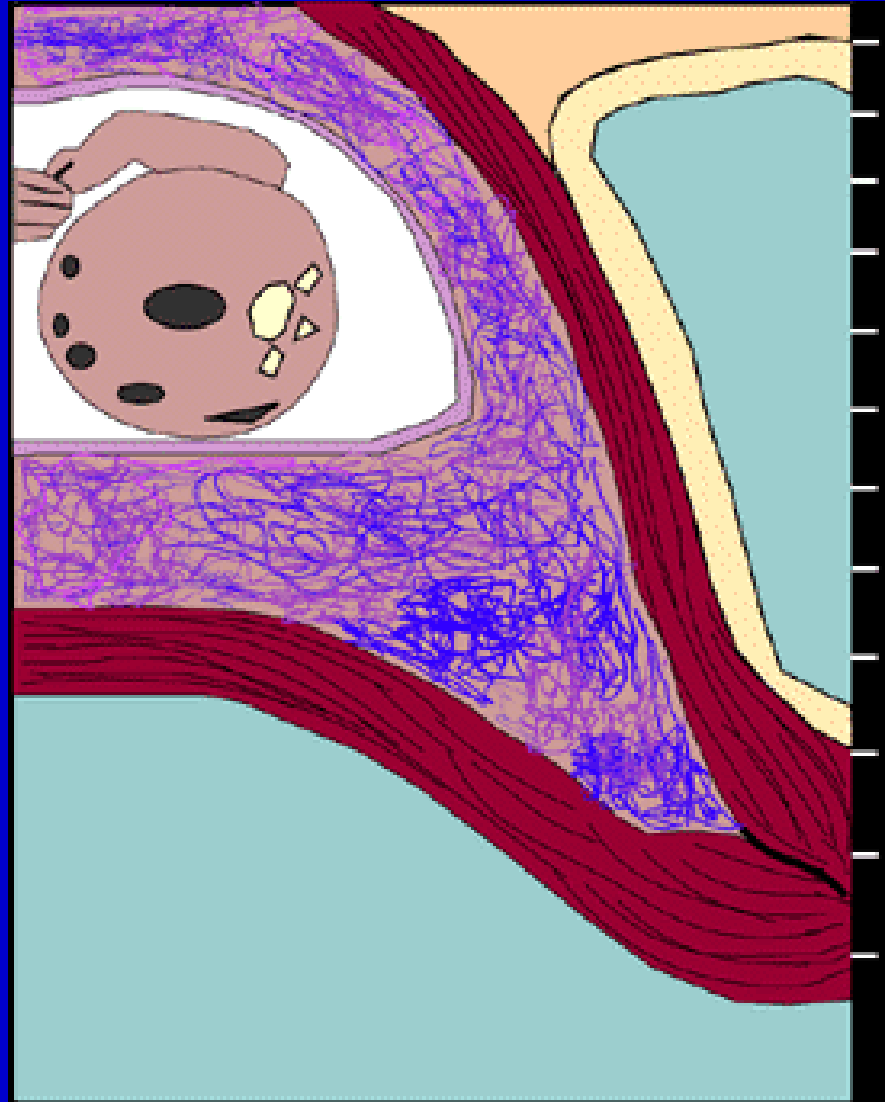
III:e trimestern vecka 27-42

# Blödning i III:e trimestern

Incidens: 6% av alla graviditeter

|   | Fördelning av<br>blödningar | Av alla<br>gravida |
|---|-----------------------------|--------------------|
| Placenta previa   | 7%                          | 0.4%               |
| Ablatio placentae                                       | 13%                         | 0.8%               |
| Teckningsblödning, liten<br>ablatio eller oklar diagnos | 80%                         | 5 %                |

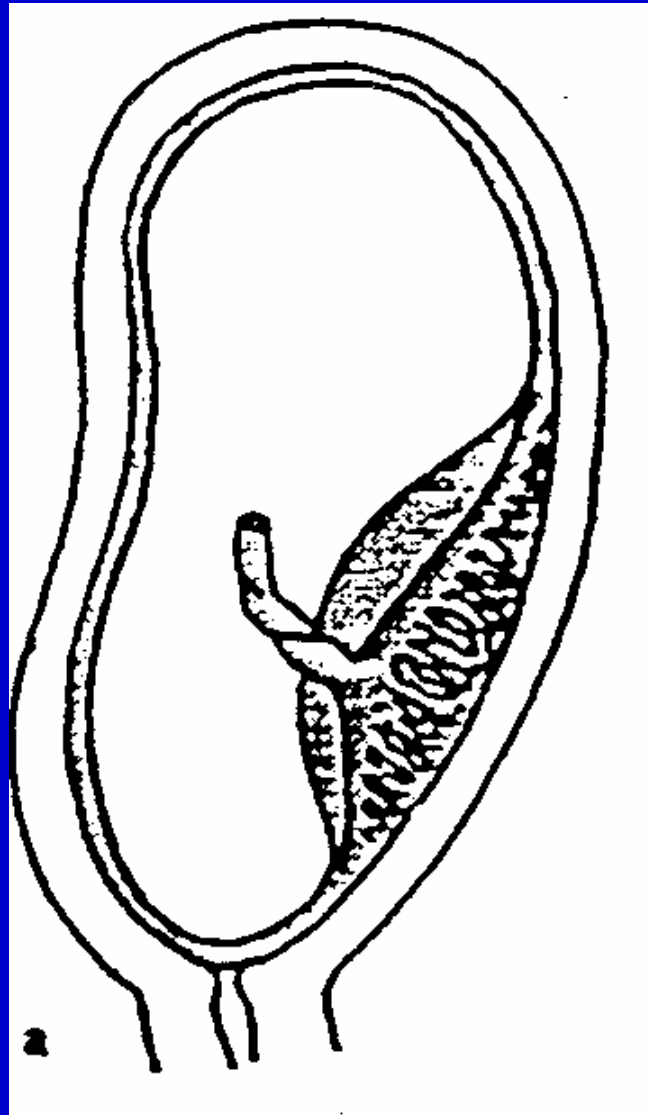
# Placenta previa



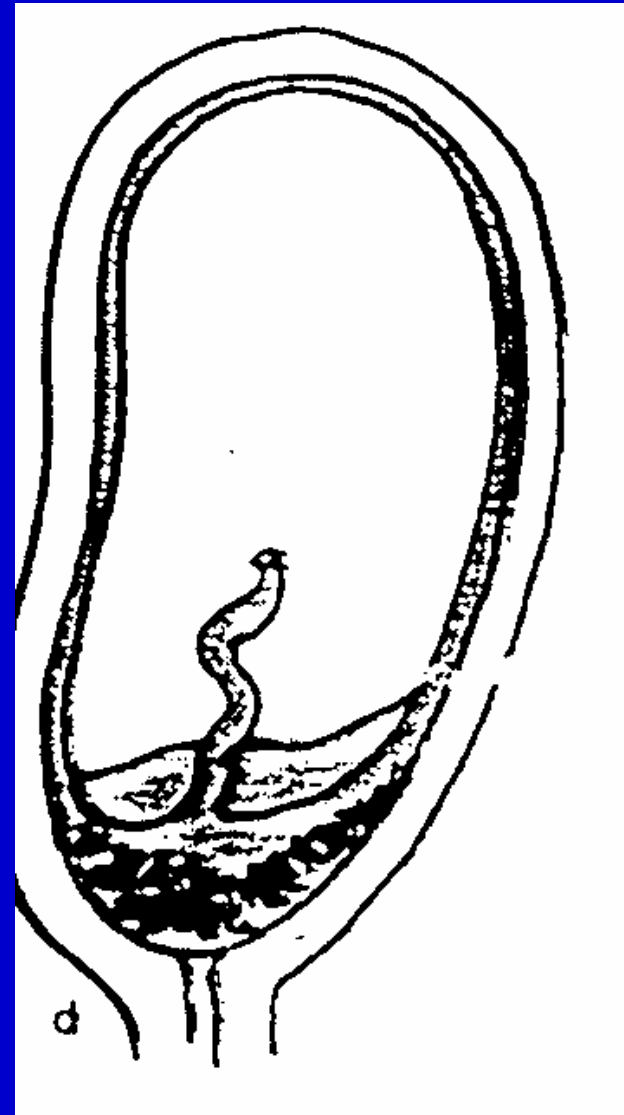
# Placenta previa

Sätts ej diagnos utifrån  
ultraljudsbild i andra trimestern  
(då har 45% ”previa”)

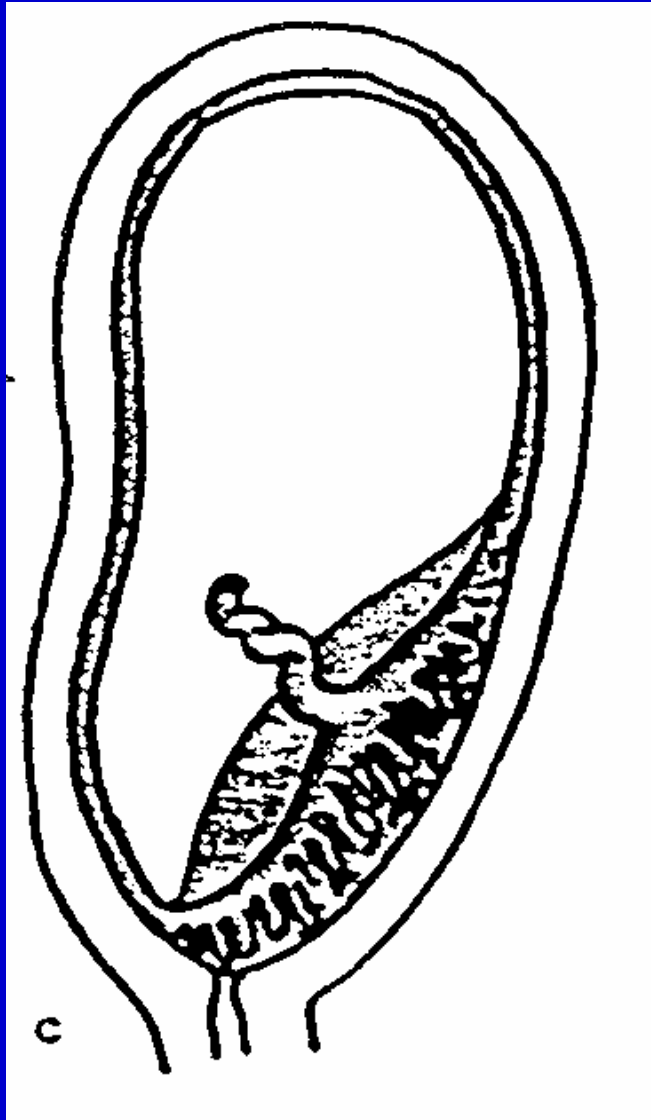
Normalt placentaläge



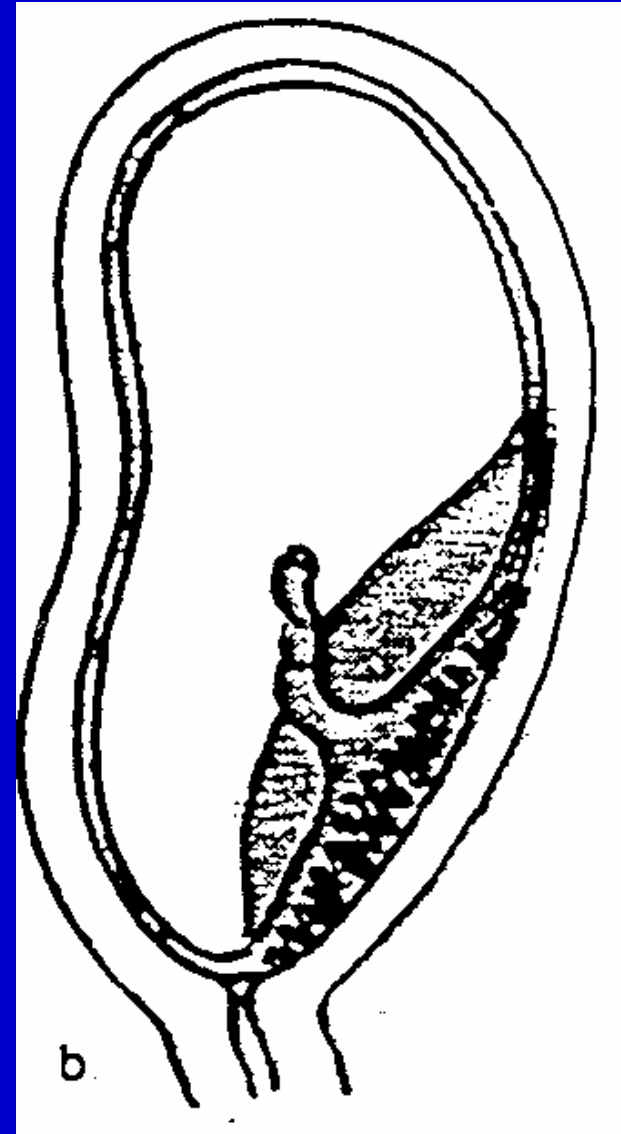
total previa



partiell previa



marginell previa



# Riskfaktorer för placenta previa

|                    | Riskökning |                  |
|--------------------|------------|------------------|
| Omföderska         | 1.1 – 1.7  | Endometrieskada? |
| Tidigare sectio    | 1.5 – 15   | Endometrieskada? |
| Tidigare skrapning | 1.3        | Endometrieskada? |
| >35 år             | 4.7        |                  |
| > 40 år            | 9          |                  |
| Tidigare previa    | 8          |                  |

## Ofta förekommande vid previa

- Abnorm presentation
  - Snedläge
  - Tvärläge
- FFD ej fixerat
- Ablatio
- Tillväxthämning
- Blödning postpartum

# Diagnos

- Plötslig blödning
- Ingen smärta
- Inga kontraktioner



Om kvinnan inte har symtom och  
ulj visar previa före vecka 26,  
ingen åtgärd (förutom ev. nytt ulj  
i vecka 26).

Hos kvinnor med asymtomatisk  
previa efter v 26 är det 25% som  
har previa vid förlossning.

# När kommer symtomen?

- 1/3 ger symtom före vecka 30
- 1/3 ger symtom efter vecka 36
- 10% blödning startar då värkarbetet startar

# Blödning startar:

- Oprovocerat
- Samlag
- Vid värkstart
- Efter vaginal undersökning. *Palpera aldrig cx vid oklar blödning*

# Handläggning

1. Kvinna med riklig blödning skall till sjukhus omedelbart-ambulans
2. Vid stark misstanke kontakta läkare då patienten är på väg in till sjh
3. Koppla CTG
4. Sätt nål, ta prover, och blod för korstest
5. Ge vätska etc...
6. Om mycket riklig blödning och/eller CTG-påverkan omedelbar förlossning
7. Annars ultraljud för diagnostik

# Konservativ behandling

- Sängläge
  - Mobilisering?
- Hemma?
- Tocolytica???

Målsättning med konservativ behandling av Previa:

Maximal fostermognad –minimera risk för foster och barn.

# Öppenvård

## Eventuellt om:

- Bara en blödningsepisod
- Blödningfria
- Möjlighet att vila hemma
- Bor nära sjukhuset
- Vill själv

# Sectio

- placenta täcker IMM vid förlossning
- OBS! Risk för riklig blödning vid sectio
- >v 37?
- Livshotande blödning
- Fetal distress efter v 25+0
- Förlossningsvärkar

# Vaginalt

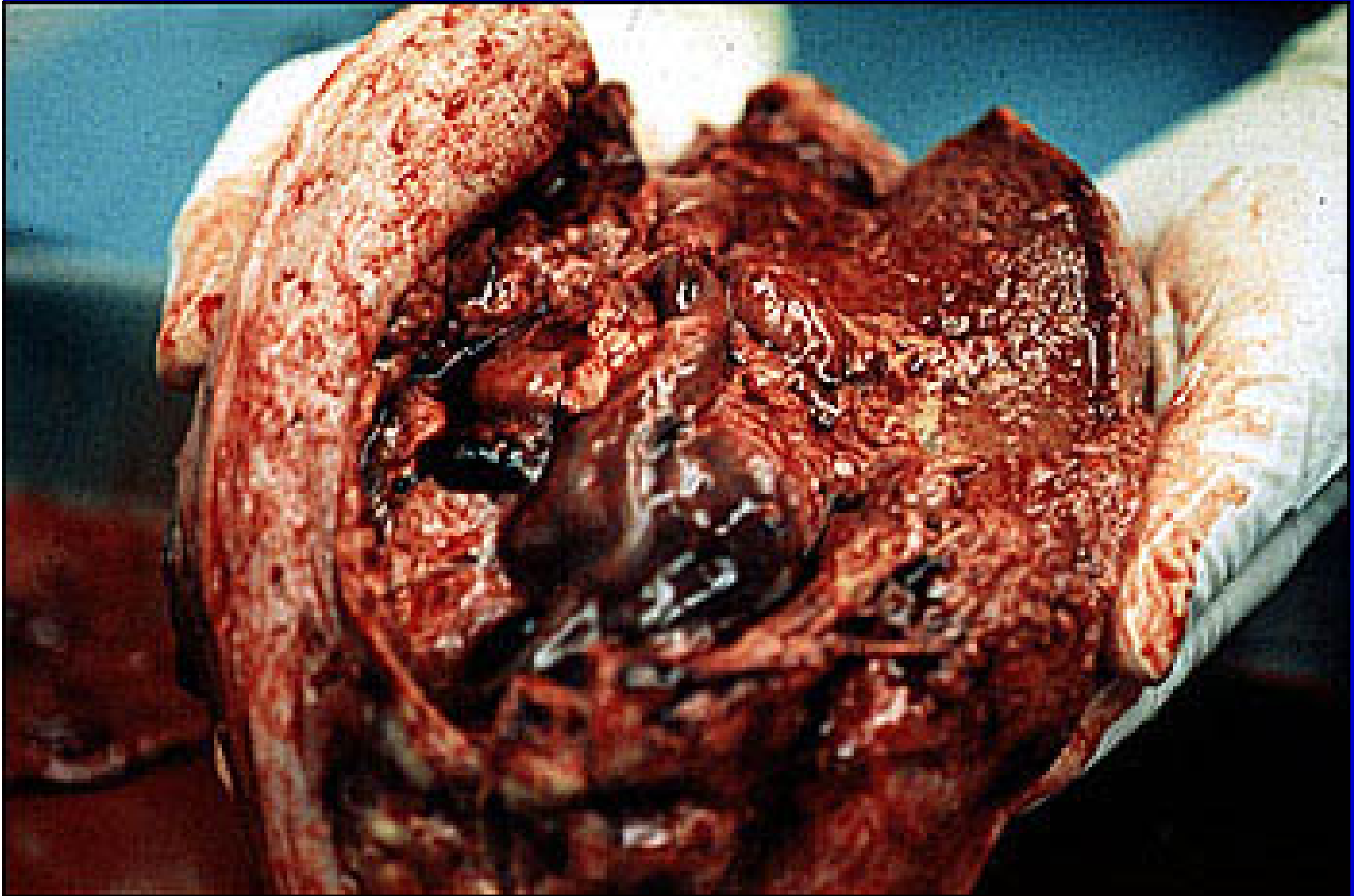
Marginell placenta previa

Amniotomi, huvudet

tamponerar

CTG-kontinuerligt

# Placenta accreta



# Placenta accreta

**Def:** underutvecklade decidua, Placenta (chorionvilli) sitter fast i myometriet.

## **Placenta increta:**

placenta växer in i myometriet

## **Placenta percreta:**

placenta växer genom myometriet och ut i andra vävnader

**Incidens:** 1 av 2500 förlossningar

# Riskfaktorer

- Placenta previa (10% har accreta)
- Tidigare sectio
- >35 år

# Diagnos

- vid sectio
- eller efter normalförlossning, placenta kommer inte ut
- flöde??
- Ultraljud??
- MR??

# Åtgärd

- stor risk för hysterektomi

# Vasa previa



# Vasa previa

- <1/3000 förlossningar
- Navelsträngens fäste i placenta sitter över cervix
- När förlossning kommer igång eller vid amniotomi brister kärl
- Livshotande (50-90% fetal mortalitet)

# Vasa previa

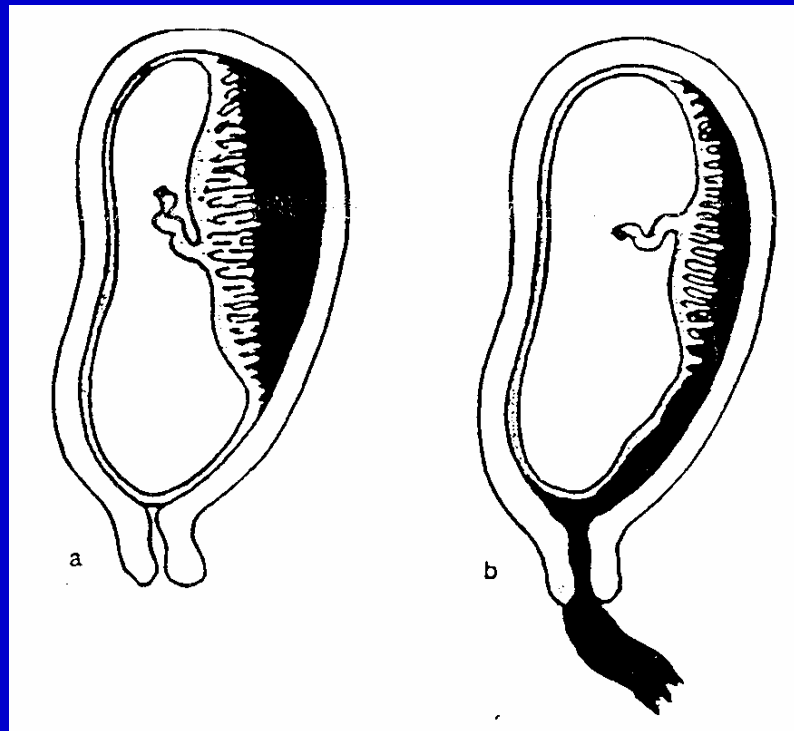
## Diagnostik

- under förlossning
  - Uttalade variabla decelerationer p.g.a. blödning  
⇒ sectio
- Mycket ovanligt, mycket farligt!

# Ablatio placenta = Abruptio placentae

Def: Placenta släpper före partus

Incidens: 1-2% Risk för upprepning: 6-17%



# Fetal mortalitet pga ablatio

| År   | Döda barn<br>vid ablatio |
|------|--------------------------|
| 1967 | 2,5/1000                 |
| 1991 | 0,9/1000                 |

# Patofysiologi

1. blödning i decidua basalis
2. blödning delar på deciduan
3. hematom bildas, orsakar destruktion av placentavävnad (kan ses post-partum)
4. ibland stoppar blödningen
5. ibland fortsätter blödningen
6. om blödningen dissekerar sig ned kan det blöda via vagina, bara liten del av den totala blödningen.

# Riskfaktorer

- Rökning
- Hypertoni
- Trauma
- Biloolyckor
- Multipara
- Tidigare ablatio
- Duplex
- Polyhydramnios

# Diagnos

- Vaginal blöding (hos 90%)
- Smärta i buken (hos 50%)
- Kontraktioner, uterus hyperton eller ömmande
- Fetal Distress

# Differentialdiagnoser:

- Akut polyhydramnios
- Myomnekros
- Peritonit
  - Rupturerat ulcus
  - Appendicit

# Olika grader

## Grad 1:

Blödning < 100 ml

Oöm Uterus

Ingen Fetal Distress

## Grad 2

Öm Uterus

Fetal Distress

Hematom

## Grad 3

Fostret dör

Chock

Hematomet fyller på sig

Grad 3A: ingen koagulopati

Grad 3B: koagulopati

Ev. Ultraljud för att utesluta  
previa

Ej för att diagnostisera ablatio

# Handläggning

1. Till sjukhus
2. Värdera mammans status
3. CTG
4. Stabilt –ulj
5. Instabilt så ej tid för ulj
6. Sätt nål, ta prover, och blod för korstest, koagulationsprover (Prothrombin-tid, Partial Thromboplastin Time, FDP, fibrinogen, blödningstid)
7. Ge vätska etc...
8. KAD
9. Om mycket riklig blödning och/eller CTG-påverkan omedelbar förlossning

# Förlossning:

- Prematur och liten ablatio → expektera
- Liten ablatio och normalt CTG ev. vaginal förlossning
- Om fullgången → inducera förlossning
- Sectioberedskap
- Kontinuerligt CTG

# Komplikationer

- **Blödningsschock** (>1500 ml)  
Nål: kristalloider etc.
- **KAD: timdiures**
- **DIC-Koagulopati:** Hos 10% av kvinnor med ablatio, ffa vid dött foster
- **Fostervattenemboli**

# Riklig blödning post-partum

**Abnorm blödning: >600 (1000) ml**

**Incidens: 5%**

# Orsaker till riklig blödning post-partum

## 1. Atoni (70%)

Predisponerar för atoni:

Kraftigt utspänd uterus:

Duplex

Stort barn

Polyhydramnios

Flerföderska

Myom

Långvarig förlossning

Oxytocin

Narkos

Placenta Previa

Nedre uterinsegmentet drar ej ihop sig

Abruptio Placentae

## Orsaker till riklig blödning post-partum

2. Vaginal ruptur: inspektera!
3. Placentadelar kvar i uterus, kontrollera placenta
4. Cervix-ruptur: inspektera!
5. Uterusruptur
6. Koagulopatier (Förvärvadade, Spontana),
7. Placenta accreta
8. Uterus inversion

# Åtgärder efter partus

- **Ge 10 E Oxytocin**
- ta ut placenta manuellt direkt?? Nej!
- massera fundus uteri
- dra i navelsträng?
- om riklig blödning/ej ute efter 30-60 min  
⇒ manuell placentalösning

# Åtgärder vid riklig blödning efter partus

1. nål, prover, puls, BT kontroller, chockbehandling, vätska
2. oxytocin 10 IE (om ej redan givet)
3. methergin 1ml= 0.2 mg iv
4. iv oxytocin dropp 50 IE/ 500 ml Glukos. Ca 150 ml/tim
5. diagnosticera blödningskälla, uteslut placentarester, cervix, vaginalruptur
6. Prostaglandin F<sub>2α</sub>, 250 µg, 1 ampull Prostinfenem i.m.
7. Prostinfenemdropp: 250 µg/500 ml glukos, dropptakt 60"-120 ml/tim
8. Prostaglandin F<sub>2α</sub> im i uterus, 250 µg, spätt i 10 ml NaCl

# Nästa steg

- Tamponera med foleykateter
- Tamponera med ballong eller sengstakens sond
- Packa uterus med steril gasbinda
- Selektiv embolisering av kärl
- Laparotomi
- Liger uterinakärl
- Liger a.hypogastrica
- Hysterektomi