

Överburenhet

Definition och diagnos:

Ej förlöst före vecka 42+0 (=294 dagar)

Kräver säker grav längd!

Ultraljud före vecka 18

minskar antalet överburna

andra sätt att "fastställa" grav längd:

sista mens

uteruspalpation 1:a trimestern

pos. grav.test < 6:e veckan

ultraljundsundersökning upp till 26:e veckan

Incidens

Sverige

Grav längd	Andel av graviditeter
>41+0	23%
>41+3	11%
>42+0	5-6%

Riskfaktorer för överburenhet:

familjär disposition

maternell ålder

förstföderskor

manligt foster

Problem:

Över vecka 42+0 (41+0) \Rightarrow ökad perinatal morbiditet och mortalitet

Grav längd	Risk för dödfött foster per 1000	Relativ risk	ODDS RATIO ($\pm 95\%$ konfidens- intervall)
38+0	0.39	0.6	0.5-0.8
39+0	0.45	0.7	0.6-0.9
40+0	0.62	1.0	1.0
41+0	1.26	2.0	1.6-2.6
42+0	2.27	3.7	2.8-4.8

Etiologi

Varför ej värkstart?

Komplikationer

Makrosomi: vanligast!

Skulderdystoci

Fetal distress

Dysmaturitet:

lite subkutant fett
mekoniumavgång
drabbar 10-20% av överburna

Mekoniumaspiration

Perinatal mortalitet:

riskfaktorer:

IUGR

ålder > 35 år

kong. missbildningar

rökning

oligohydramnion

Operativ förlossning

Handläggning

Alternativ:

1. Inducera alla vecka 41+0 , v 42+0?

Nackdelar:

↑ induktioner

↑ sectio

Fördelar:?

2. inducera alla med mogen cervix, avvakta vid omogen cervix om fostret mår bra.
3. Inducera enbart vid tecken på att barnet ej mår bra, eller i vecka 43+0

Vem skall bestämma handläggning? Moder efter information!

Hur övervakar man?

- ultraljud: med biofysisk profil, obs fostervattenmängd!

Biofysisk profil		
Parameter	0	2
Andningsrörelser	Inga	Andningsrörelser under minst 60 sek
Fosterrörelser	<3 eller fler rörelser av arm, ben eller kropp	3 eller fler rörelser av arm, ben eller kropp
Muskeltonus	Nedsatt tonus	Normal tonus
CTG	Icke reaktivt	Reaktivt
Fostervattensmängd =AFI mm	<50 mm	≥50 mm

Score 8 or 10 normalt.

AFI= Amniotic Fluid Index:

➤ CTG

➤ Cervixbedömning.

Bishop score			
	Poäng		
Parameter	0	1	2
Station	Ovan eller vid bäckeningång	Ovan spinae	Vid eller nedom spinae
Diameter (cm)	≤ 0,5	≥0,5 ≤ 1,5	>1,5
Utplåning (%)	0	≤50	>50
Konsistens	Fast	Medium	Mjuk
Riktning	Bakåt	Mellanläge	Framåt

Cervixstatus i relation till paritet (42+0)

Cervixscore	Förstföderskor n = 41	Omföderskor n = 62
0-2	6 (14,7%)	9 (14,5%)
3-5	24 (58,5%)	24 (38,7%)
0-5	30 (73,2%)	33 (53,2%)
>5	11 (26,8%)	29 (46,8%)

Antal dagar till spontan förlossningsstart i relation till paritet och cervixscore (42+0)

Cervixscore	Förstföderskor n = 41	Omföderskor n = 62
0-2	9,8 ± 4,5	4,0 ± 3,2
3-5	3,7 ± 2,0	4,5 ± 3,1
>5	3,5 ± 1,8	3,5 ± 2,3

➤ Flöde, nej?

Kontrollera, hur ofta?:

Ca varannan dag

Övervakning under förlossning**CTG**

Patientinformation - Handläggning av överburen graviditet

Mer information finns i

[State of the Art - Handläggning av överburen graviditet](http://www.sos.se/mars/sta048/sta048.htm)

(<http://www.sos.se/mars/sta048/sta048.htm>)

Med överburenhet menas en graviditet som varat 294 dagar eller mer, dvs 14 dagar efter väntad tid för förlossning. Ungefär 7 % av alla gravida når denna tid. För att få en så korrekt datering av graviditeten som möjligt görs på alla kliniker i Sverige en ultraljudsdatering i graviditetsvecka 17 - 18, vilket visat sig vara säkrare än om man använder menstruationsdata.

Orsakssambanden vad som leder till att en spontan förlossning startar är inte helt klarlagda, inte heller orsaken till överburenhet. En viss familjär disposition finns eftersom det är 2 -3 gånger ökad risk om modern tidigare har haft en överburen graviditet. Den familjära faktorn förklarar dock endast en mindre del av överburenhet. Frekvensen överburenheten ökar med moderns ålder och är också vanligare hos förstföderskor och i graviditet med manligt foster.

I Sverige väntar man på de flesta kliniker till 14 dagar över tiden innan man startar rutinmässig övervakning av fostret eller igångsättning av förlossningen vid okomplicerad graviditet. I utlandet är de däremot vanligt, framför allt på den amerikanska kontinenten, att sätta igång förlossningen några dagar tidigare. Frågan är hur stor risken är för dödföddhet och neonatal dödlighet (inom 30 dagar efter förlossningen) om man avvaktar till graviditetsvecka 42. Det finns ett flertal nyligen publicerade svenska studier med stora patientmaterial som behandlar detta ämne. Sammanfattningsvis pekar dessa studier på en liten ökad risk för dödföddhet och neonatal dödlighet efter 40 graviditetsveckor. Risken ökar med varje graviditetsvecka. Risken är större för förstföderskor och för kvinnor med riskfaktorer som rökning, ålder över 34 år, tillväxthämmat barn. Riskerna för dödföddhet får dock inte överdrivas. Vid datagenomgång av foster som dött före förlossningen åren 1989 - 1998 i Lund med 31 204 förlossningar under denna period finns inget fall registrerat med en graviditetslängd överstigande 290 dagar (10 dagar över tiden). Enligt en enkät som gjordes i Sverige finns det några kliniker som startar övervakning av fostret i vecka 41 och i vissa fall också sätter igång förlossning vid denna tid. Skulle man med utgångspunkt av Lundasiffror starta övervakning alternativt igångsättning i vecka 41+0 (7 dagar efter förväntad förlossningstid) kommer ca 23% av kvinnorna att involveras. Väljes istället vecka 41+3 blir siffran 14%. Väntar man som brukligt är idag till vecka 42+0 utan att ingripa och övervaka blir ett betydligt lägre antal kvinnor aktuella (5-6%).

Vad gäller komplikationer för mor och barn finns stöd i litteraturen för en viss ökad risk i överburen tid, framför allt hos förstföderskan. Samverkande faktorer

kan vara värksvaghet, litet barn för tiden eller stort barn som kan leda till syrebrist hos fostret under förlossningen, inandning av fostervatten och svårighet för fostret att födas fram. Om dessa komplikationer kan undvikas genom en rutinmässig övervakning av fostret eller igångsättning av förlossningen före graviditetsvecka 42 är oklart.

För kvinnor med mogen livmoderhals, framför allt omföderskor, är en igångsättning av förlossning oftast lätt och framgångsrik och skulle kunna erbjudas patienterna. För kvinnor med omogen livmoderhals finns en ökad risk att man misslyckas med att sätta igång förlossningen vilket kan leda till kejsarsnitt. Förbehandling med preparat för utmognad av livmoderhalsen kan dock göras. Enligt Lundasiffror har 2/3-delar av de som nådde vecka 42+0 blivit förlösta inom 3 dagar antingen med igångsättning eller genom spontan förlossningsstart. Ytterligare ett alternativ är att övervaka, alternativt sätta igång förlossningen, tidigare på vissa riskgrupper (ålder 35 år eller mer, rökare, misstanke om tillväxhämning etc).

Frågan om bäst policy för handläggning av överburen graviditet har inget enkelt svar eftersom det finns en liten ökad risk för problem för mor och barn om man väntar, men å andra sidan problem om man sätter igång förlossningen. Oavsett vid vilken tidpunkt efter väntad tid för förlossning man väljer att starta övervakning eller att sätta igång förlossning är det viktigt att kvinnan blir informerad om de olika möjligheter som finns och de risker som endera behandlingsmetoden kan medföra. Handläggning av överburen graviditet måste modifieras efter lokala förhållanden. På en klinik med vidsträckt upptagningsområde där patienten har långt till sjukhuset kanske en annan policy tillämpas än på kliniker med korta avstånd för patienterna.