

Stort barn - misstänkt fetal makrosomi eller stort barn för tiden

Våra metoder att skatta fostervikt intrauterint har låg precision, och många andra faktorer än fostervikten är av betydelse för förlossningen, men vid klinisk misstanke om mycket stort barn bör patienten erbjudas ultraljud för fetometri.

Mödravårds-barnmorska sätter patienten upp för ett ultraljud hos barnmorska för tillväxt utföras kring graviditetsvecka 37+0.

Indikation för detta kan vara

- accelererande SF-mått till ovan normalområdet ($> +2SD$)
- tidigare barns födelsevikt $> 4,5$ kg, skulderdystoci eller plexusskada, eller stor oro för dessa tillstånd (diskussion ang oro kan tas via sittning eller MVC visning)
- Om det har utförts en fetometri tidigare under graviditet där tillväxten visade sig vara kring $> +22\%$ (annars normal graviditet med frisk kvinna) bör det upprepas en tillväxtkontroll under graviditetsvecka 37+

Ultraljud stora foster:

Viktskattning har en stor felmarginal i uppskattning av fostervikt (likvärdig sensitivitet (60 %) och specificitet (90 %) (1). Viktskattning kan dock i vissa fall vara till hjälp att utesluta misstanken avseende stort barn (2). SF-mått och viktskattning har bäst överensstämmelse vecka 39 och därefter (störst sensitivitet och specificitet)

Ultraljud av barnets bukomfång är bästa parameter och ett mått på ≥ 38 cm (AD = 121 mm) i vecka 41 indikerar ett stort barn (slutvikt vecka 42 ca 4,5kg) och vid ett mått på MAD ≥ 128 mm oavsett vecka rekommenderas viktskattning.

Resultat på tillväxt:

- Om inget patologiskt påvisas vid fetometrin sätts upp patienten för handläggning/ bedömning på MVC visning.
- Om fetometri i vecka 37+0 eller senare ger skattad vikt på $+22\%$ eller mer ska patienten bokas på AOM för snar bedömning (senast inom fem dagar).

Bedömningen inkluderar värdering av anamnes, palpationsfynd och fetometrin, där vid förlossningsplanering bl.a. bör vägas in tidigare förlossningar, patientens längd och vikt, ev. diabetes, samt ev. förlossningsrädsla. Stor skillnad mellan

biparietal- och abdominaldiameter (AD 26 mm > BPD) ökar risken för skulderdystoci vid stort barn enligt fyra studier. Ställningstagande till handläggning ska alltid göras av, eller i samråd med, specialistläkare i obstetriksektionen.

Indikationer för induktion

I de fall barnets storlek bedöms bli ett potentiellt problem kan förlossningsinduktion övervägas.

Induktion pga stort barn för tiden bör gärna planeras *innan* skattad vikt har uppnått 4 kg; och inte om barnets aktuella vikt uppskattas till 4,5 kg eller mer. Ofta är lämplig tidpunkt kring vecka 38. En randomiserad studie visade minskad risk för skulderdystoci och fler spontana förlossningar vid induktion vecka 37+0 - 38+6 hos misstänkt stora barn. (1)

Ställningstagande till förlossningssätt

Risken för maternella och fetala förlossningsskador är ökade vid födelsevikter över 4500 g, där dock andra faktorer, bl.a. moderns längd, påverkar denna risk.

Vid *aktuell* skattad fostervikt >4500 g bör förlossningssätt planeras med beaktande av moderns längd, obstetrisk anamnes, gestationsålder, cervixstatus och patientens önskan.

Särskilda överväganden vid stort barn:

- Vid **sätesbjudning** och stort barn rekommenderas kejsarsnitt.
- För **tidigare kejsarsnittsförlösta** patienter avråds i allmänhet från induktion.
- Vid **diabetes och gestationsdiabetes** måste hänsyn även tas till metabol kontroll och diabeteskomplikationer. Risken för skulderdystoci är större, och sectio rekommenderas vid *aktuell* skattad fostervikt > 4,5 kg.
- Vid **tidigare skulderdystoci eller plexusskada** och aktuell estimerad fostervikt > 4 kg rekommenderas kejsarsnitt.

Vid misstänkt stort barn ska en **förlossningsplanering** göras och journalföras respektive tillstyrkas av specialistläkare, såväl vid beslut om induktion som när beslut vid konsultation blir att invänta spontant värkarbete.

Generellt bör halvhöga instrumentella ingrepp undvikas om det bedöms föreligga betydande risk för dystoci, och beredskapen bör vara ökad för akut kejsarsnitt vid dålig progress.

Giltig fr.o.m: 2021-10-20

Giltig t.o.m: 2023-10-20

Identifierare: 199184

Stort barn - misstänkt fetal makrosomi eller stort barn för tiden



Referenser:

1. Boulvain et al. Lancet 2015; 385:2600
2. Gudmundsson et al. BJOG:2004;764–76
3. Riktlinjer ”Stort barn - misstänkt fetal makrosomi eller stort barn för tiden” Författare Herbst Andreas VE kvinnosjukvård, SUS Riktlinje
Gäller from 2019-10-18 Giltigt t o m 2021-10-16

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare