

# GynObstetrik



## Graviditets blödningar

Health Department

the33 ©

## *Innehållsförteckning*

Graviditets blödningar.....	2
Blödning i tidig graviditet.....	2
<i>Missfall (spontan abort)</i>	
<i>Extrauterin graviditet (ektopisk graviditet)</i>	
<i>Mola hydatidosa</i>	
Blödning i sen graviditet.....	6
<i>Teckningsblödningar</i>	
<i>Ablatio placenta</i>	
<i>Placenta previa</i>	
<i>Vasa previa</i>	
Postpartum blödningar.....	9
<i>Tone</i>	
<i>Trauma</i>	
<i>Tissue</i>	
<i>Trombin</i>	
Referenser.....	11

## Graviditets blödningar

Blödningar under graviditet är alltid ett varningstecken och även om de kan vara beniga måste den gravida komma till akutmottagningen för att utesluta alvarliga komplikationer.

Orsakerna till blödningar under graviditet kan grovt delas upp i två olika kategorier beroende på graviditets längd:

2

### 1. Blödning i tidig graviditet

Blödningar i tidig graviditet kan ha följande bakomliggande orsaker:

#### I. Missfall (spontan abort)

Högsta risk för missfall är under första graviditetsvecka och beräknas som 60 % upp till v14 därefter beräknas risken för missfall upp till 30 % fram till v28.

Missfall klassas efter tidpunkten den inträffas under graviditeten samt bakomliggande orsaken i olika typer (tabell 1).

Missfall typ	Grav. vecka	Orsak	Symtom
<b>Tidigt missfall</b>	v. 6-14	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kromosomal avvikelse.</li><li>• Virala infektioner</li><li>• Moderkaka defekt</li><li>• Rökning och alkohol</li><li>• Stress</li></ul>	”Spotting”- små blödningar som är mens-liknande.
<b>Sent missfall</b>	> v. 14	<ul style="list-style-type: none"><li>• Uterus missbildning.</li><li>• Myon.</li><li>• Cervix insuff.</li><li>• Foster missbildning</li><li>• Placenta kompression.</li></ul>	Förlossningssmärtor och blödningar.
<b>Abortus imminens</b> (hotande missfall)	Under hela första tremestern	Oklar. Måste sjukskrivas och undvika samlag.	Blödning och smärta men slutet cervix och normal graviditet.

<b>Abortus inhibitus</b> ( <i>missed abortion</i> )	Under hela första trimestern	Oklar. Utplanad SF-kurva oh uteblivna foster rörelse. Handläggas som legal abort med vacuumaspiration.	IUFD utan blödning och uterus behåller det döda fostret upp till 2 månader eftersom placenta fortsätter producera progesteron.
<b>Abortus habituais</b>	≥ v. 13	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kromosomal avvikelser.</li> <li>• Anatomiska defekter.</li> <li>• Immunologisk defekter</li> <li>• Infektioner</li> <li>• Cervix insuff.</li> </ul>	≥ 3 spontana missfall i rad.

**II. Extrauterin graviditet**

*Definition* → Kallas även för ektopisk graviditet som är tillståndet där graviditeten implanteras utanför uterus. Vanligaste lokalisering för en extrauterin graviditet är i någon av äggledarna (tuba) (figur 1) men kan förekomma även i bukhålan, på ovarierna eller i cervix.

**Figur 1.** Normal inplantation jämfört med olika möjliga lokalisering för en extrauterin graviditet.

1. Cervikal implantation.
2. **Normal implantation.**
3. Interstitiell implantation.
4. Isthmisk implantation.
5. Ampullärisk implantation.
6. Ovarisk implantation.

*Modifierad av Kadhem*

Ref: [http://www.krishnavf.com/clinics/understanding\\_inter.htm](http://www.krishnavf.com/clinics/understanding_inter.htm)

**Risikfaktorer för extrauterin graviditet:**

- Tidigare extrauterin graviditet
- Spiral
- Infertilitet
- Tidigare genomgången buk operation.

**Faktaruta 1.**  
Vid laparoskopi av en extrauterin graviditet skall ovarialtorsion alltid uteslutas.

### *Symtom vid extrauterin graviditet*

- Molande smärtor (ena sida av buken)
- Små blödningar (ofta debut i graviditetsvecka 6-8).

**OBS!** Vid tubar inplantation (vanligaste platsen), kan trofoplast proliferation orsakar spänning av tubarväggen vilket leder i sig till ruptur. Symtomen vid tubarruptur är akuta och karakteriseras i följande:

- Blekhet och kallsvettighet
- Takykardi
- Hypotension
- Referred pain i axlarna på grund av blödningen i bukhålan.

4

OBS! Symtom  
vid tubarruptur

**Diagnostik**→ **Positivt U-hCG** i kombination med **avsaknad av ett intrauterin graviditet vid ultraljud** undersökning samt **fri vätska i buken**.

### *Handläggning:*

Man måste agera fort vid klar misstanke (de tre fynden ovan):

- Venös infarkt
- Vätska upp patienten med Ringer acetat.
- Blodtryck kontroll x flera (risk för hypotension)
- Lab→ P-hCG, blod-status, el-status, bastest och blodgruppering.
- Anmäla patienten till laparoskopi.

### *Behandling:*

Det är kirurgisk avlägsnandet av extrauterin graviditeten vid laparoskopi. Det finns två olika metoder för borttagandet av extrauterin graviditeten:

- **Tubotomi** är den konservativa behandlingen med bevarande av äggledaren.

**Fördelar**→ ev. framtida stimulering av ovariet i samma sida kan leda till graviditet.

**Nackdelar**→ Graviditetsrester kan kvarligga som öka risken för en upprepad extrauterin graviditet i framtiden.

- **Salpingektomi** är den radikala behandlingen med borttagandet av äggledaren i den sjuka sidan.

**Fördelar**→ Radikalt borttagandet av äggledaren ger inga risker för graviditetsrester.

**Nackdelar**→ Hela äggledaren är radikalt borttagen så att framtida stimulering av ovariet i samma sida inte leder till graviditet.

### **Uppföljning:**

Det är av stor betydelse att följa upp patienten post operativt med hCG som skall tas dagen efter operation samt ånyo efter en vecka där värdet måste ha sjunkit < 20 för att kunna utesluta rester. Om värdet har inte sjunkit och i vissa fall har tigit är det ett klart tecken till graviditets rester, det vill säga att trofoblasterna fortsätter proliferera. Vid graviditets rester behandlas patienten med Metotrexat.

### **III. Mola hydatidosa**

**Definition**→ Mola hydatidosa är en tumörform som tillsammans med övriga trofoblasttumörer internationellt brukar benämnas GTD (Eng. *Gestational Trophoblastic Disease*). De representerar en unik sjukdomsgrupp, eftersom tumören har sitt ursprung i graviditeten och således innehåller för kvinnan främmande genetiskt material. GTD kan uppstå efter normal graviditet, extrauterin graviditet, spontan abort och inducerad abort <sup>[1]</sup>.

Mola är vanligare hos äldre kvinnor och har en klar geografisk fördelning (vanligare i U-länder).

### **Symtom**

- Snabb växande uterus (förväxlas med flerbörd)
- Molande värk
- Små blödningar i början som övergår i kraftiga blödningar och hotande DIC.
- Tidig graviditets symtom (hyperemesis, bröstspänning och pigmentering).
- Tidig preeklampsi v 13-14.

**Diagnostik**→ S-hCG och S-DAO (Diaminoxidas) är mycket höga. Mola hydatidosa bekräftas med ultraljudundersökning.

**Behandling:**

Vacuumexeres av molan och förhindra utveckling av DIC samt förhindra att molan växer in i uterusväggen (Chorioadenoma detruens) som är ett malignt fenomen med snabb metastasering till lungor.

**Uppföljning**

Extermt viktig med uppföljning för mola patienter.

INGEN graviditet under uppföljnings tid, preventiv medel måste sättas in innan utskrivning.

hCG följs upp varje månad tills det är negativ, därefter varje tre månader under ett års tid. **Lungröntgen efter en månad.** ←

**OBS!** det är viktig att informera kvinnan att hon kan bli gravid om önskas i framtiden.

## 2. Blödning i sen graviditet

De viktigaste orsaker till blödningar i sen graviditet kan summeras i följande:

### I. Teckningsblödningar

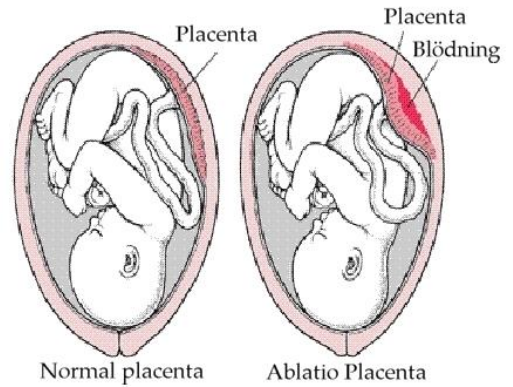
Den vanligaste orsaken till blödning i sen graviditet, vilket kan vara fysiologisk på grund av att hinnorna lossnar då fostret kommer långt ner i förlossningskanalen. Lugnande besked till den gravida, efter bekräftad normala fynd vid gynekologisk undersökning, CTG och ultraljud. Inga vidare åtgärder.

### II. Ablatio placentae:

**Definition**→ Förtidigt avlossning av placenta från uterus vägg (figur 2) som orsaka massiva blödningar och svår smärta.

**Riskfaktorer:**

- Flerbörd
- Hypertoni/preeklampsi
- Tidigare ablatio
- Rökning
- Förtidig vattenavgång
- Intrauterin tillväxthämning
- Buktrauma



**Figur 2.** Ablatio placenta jämfört med den normala placentan.

**Symtom:**

- Buksmärta
- Förhöjd uteruston
- Blödning/DIC
- Asfyxi/IUFD

**Handläggning:**

En gravid med ablatioplacenta misstänkt/bekräftat skall läggas in för observation. Ultraljudundersökning med dopplar. Alltid sängläge och CTG-övervakning. Beroende på graviditets längden kan man överväga behandling med Cyklokapron, tokolys och steroider.

Förlossning så snart som möjligt, om kontraindikationer för vaginalt kan man planera sectio.

**III. Placenta previa**

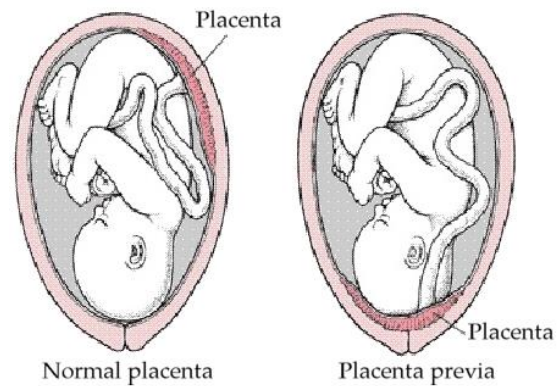
**Definition**→ Placenta växer i den lägsta delen av uterus (figur 3) och blockerar hela (total placenta previa) eller delar (Partiellt placenta previa) av öppningen till cervix (figur 4).

**Riskfaktorer:**

- Hög ålder
- Högre paritet
- Tidigare sectio

**Symtom:**

- Initialt smärtfri blödning.
- Mjuk uterus.



**Figur 3.** Placenta previa jämfört med den normala placentan.



- Ger hög risk vasa previa.
- Rikliga blödningar vid värkarbete.

### Handläggning:

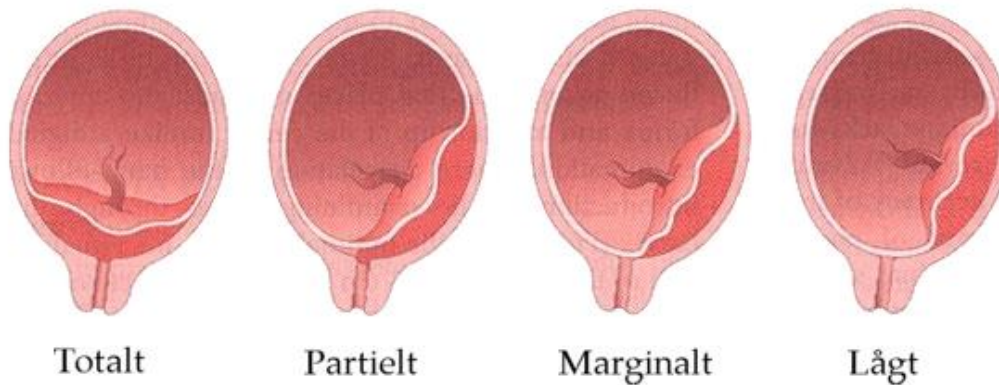
På samma sätt som ablatio placenta skall den gravida med ultraljud bekräftat placenta previa (särskilt totalt placenta previa) läggas in för observation. Man skall vara sparsam med bimanuell palpation och alltid steril spekulum undersökning.

Cyklokapron, samt ev tokolytika och steroider (beroende på graviditets längd).

Lågt liggand, marginalt och även partielt kan förlossas vaginalt.

Total placenta previa skall op.anmällas (planerad sectio) (figur 4).

OBS! Akut sectio vid kraftiga blödningar.

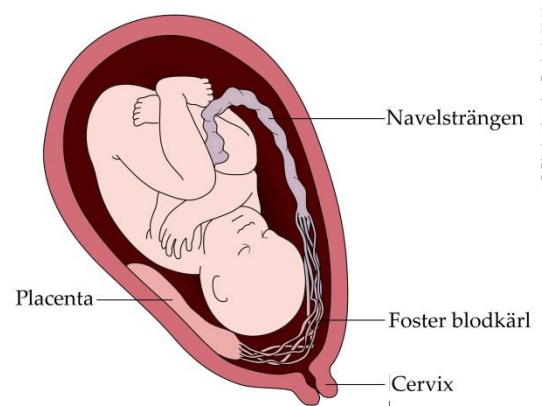


Figur 4. Placenta previa av olika lokalisationer och olika påverkan på förlossningskanalen.

### IV. Vasa previa

Tillståndet där blodkärlen i placenta eller i funiculus umbilicalis (navelsträngen) fastnar mellan fostret och förlossningskanalen (figur 5) vilket leder till försämrad/strykt cirkulation till och från fostret. Cirkulationspåverkan leder i sig till syrgasbrist och maternell blödning.

Vasa previa ger ökad risk för IUFD.



Figur 5. Vasa previa.

### 3. Postpartum blödningar

Blödningar som relateras till förlossningen och/eller dess komplikationer.

**Risikfaktorer:**

#### Prepartala riskfaktorer

- Tidigare förlossnings blödningar
- Tidigare sectio
- Hög ålder
- Överburenhet
- Stor barn
- Flerbörd

#### Intrapartala riskfaktorer

- Värkrubning
- Feber/Chorioamnionit
- Akut sectio
- Snabb förlossning

9

**Orsaker till postpartum blödning:**

Man skall tänka på de **4T** (Eng. Tone, Trauma, Tissue, Trombin).

**a. TONE**

Atoniska blödningar som orsakas av en sänkt/utebliven sammandragning i uterus efter förlossning är den vanligaste orsaken till postpartum blödning (70 % av alla fallen).

Atoniska blödningar kan vara på grund av stor barn (LGA), flerbörd, överburenhet, neurologi, omföderska mm.

Handläggningen av atoniska blödningar omfattar flera olika metoder beroende på svårighetsgraden och duration:

1° Uterotonica (ex. Oxytocin dropp)

2° Yttre uterus massage

3° Bimanuell uterus kompression

4° Aortakompression

5° Chock byxa (under transport)

6° Ballong/Packing

7° Embolisering

8° Hysterektomi (om inga åtgärder kan stoppa blödningen)

**Fråga: vilka farmaka används som uterotonica vid postpartum blödningar?**

Svar:

- Oxytocin dropp (I.V.)
- Methergin® (I.M.)
- Misoprostol® (P.R.)
- Prostaglandiner (I.M.)

**b. TRAUMA**

Utgör cirka 20 % av alla postpartum blödningsfallen och orsakas främst av själva förlossningsförloppet exempelvis bristningar (se förlossnings bristningar i Operativ förlossnings avsnitt), hematom, uterus ruptur, iatrogen orsakad (sugklocka/metaltång) mm.

Handläggas efter grundorsaken med suturering (bristningar) eller operation.

**c. TISSUE**

Utgör cirka 10 % av alla fallen av postpartum blödningar och orsakas främst av kvarvarande placenta delar inne i uterus kaviteten (OBS! placenta skall normalt avgå efter 10 minuter efter förlossningen).

Kvarvarande placenta delar skall evakueras manuellt från uterus kaviteten.

**d. TROMBIN**

Sällsynt orsak till postpartum blödningar och utgör endast 1 % av alla beskrivna fall. Detta relateras till koagulationsrubbningar och utredas med fullständig koagulationsstatus (Hb, APTT, PK, TPK, Fibrinogen och Antitrombin).

**Behandling:**

- Cyklokapron® (Fibrinolyshämmare)
- Fibrinogen koncentrat
- Faktor VIII
- Octostim® (faktor VIII stimulerare)
- Antitrombin koncentrat

## Referenser

---

1. Narions, L. et al Mola Hydatidosa och andra trofoblastsjukdomar (2005), ur läkartidningen nr. 16.
2. [http://www.krishnaivf.com/clinic/understanding\\_infer.html](http://www.krishnaivf.com/clinic/understanding_infer.html)
3. <http://www.womenshealthsection.com/content/print.php3?title=obs018&cat=2&lng=english>
4. Birgitte Lerche-Barlach (2010).