

Vekstretardasjon IUGR

Gjelder for: Kirurgisk klinikk/Kreft- og kirurgiavdeling/Føde- og barselseksjon

Dokumenttype: Retningslinje

Sist endret: 15.12.2020

1. HENSIKT

Rutiner for overvåking av vekstretarderte fostre

2. ANSVAR

Lege

3. UTFØRELSE / ARBEIDSBESKRIVELSE

Følg [Veileder i fødselshjelp \(2020\)](#).

Uke 24+0-33+6	Uke 34-36+6	Uke >37
<p>AU PI og MCA PI normal:</p> <p>Vekst- og dopplerbedømming etter to uker</p> <p>Ved alvorlig veksthemming (< 5 persentilen) med normal doppler bør kvinnen henvises til fostermedisinsk vurdering av anatomi og annen patologi som årsak.</p>	<p>AU PI og MCA PI normal:</p> <p>Vekst- og dopplerbedømming etter to uker</p>	<p>AU PI normal:</p> <p>Kontroller MCA-doppler, fostervannsmengde og CTG med STV</p> <p>Hvis MCA PI<5 persentilen, CPR<1 og/eller unormal CTG vurder forlåsning</p> <p>Forlåsning vurderes også ved:</p> <p>EFW <5 persentilen (induseres innen svangerskapsuke 40+3), oligohydramnion, avflattet vekt (<10-persentilen, eller økende vektavvik). Ved fortsatt observasjon er tett oppfølging indisert</p>
<p>AU PI >95 persentilen:</p> <p><i>Ivaretagelse i samråd med fostermedisinsk seksjon</i></p> <p><i>Utvidet føto-maternelle doppler- evaluering, fostervannsmengde og CTG med STV</i></p> <p>Hvis STV ≤3,0 ms vurder forlåsning</p>	<p>AU PI >95 persentilen:</p> <p>Kontroller MCA-doppler, fostervannsmengde og CTG:</p> <p><i>Hvis normal – kontroll etter en uke</i></p> <p><i>Hvis MCA PI<5 persentilen eller CPR <1.0 og/eller oligohydramnion: Utvidet føto-maternelle doppler evaluering og CTG med STV to ganger per uke</i></p> <p>Vurder forlåsning dersom utvidet dopplerundersøkelse eller CTG ikke er normal</p>	<p>AU PI >95 persentilen:</p> <p>Kontroller MCA-doppler, fostervannsmengde, og CTG</p> <p>Forlåsning vurderes ved MCA PI <5 persentilen eller CPR <1 og/eller oligohydramnion eller unormal CTG STV</p>
<p>AU absent/reversert end-diastolisk flow (ARED):</p> <p>Utvidet føto-maternelle doppler- evaluering daglig - hver 2.-3. dag og CTG med STV</p> <p>Betametason 12 mg intra-muskulært i to dager.</p> <p>Forlåsning ved ARED etter 32 uker. Ved absent/reversert A-bølge i DV, UV pulsasjoner, eller STV ≤3.0 ms vurder snarlig forlåsning. Vurder å gi magnesiumsulfat for nevroproteksjon (<31+6 uker)</p>	<p>AU ARED:</p> <p>CTG overvåking og snarlig forlåsning</p> <p>Ved bortfall av blodstrøm i diastolen (AED), CTG overvåking, vurder forlåsning</p>	<p>AU ARED (uvanlig etter uke 37):</p> <p>CTG overvåking og snarlig forlåsning</p>

- Pasienter med påvist veksthemming følges opp av lege, eller ultralyddjormør i samarbeid med lege, etter behov.
- Ny gjennomgang av anatomi ved tidlig eller alvorlig veksthemming, dersom en ikke finner andre forklaringer på veksthemmingen.
- Screening ved identifiserte risikofaktorer gjøres i uke 22-24 med doppler av arteria uterina. Ved normal doppler kan man sette opp en vekstkontroll i 3.trimester. Ved patologisk doppler vurderer vekstkontroll og dopplerundersøkelser hver 4. uke eller oftere.

4. GENERELT

Forlåsningmetode vurderes utfra gestasjonsalder og flowmålinger.

Vanligvis sectio ved ophevet eller reversert diastolisk flow i umbilical arterien.

5. REFERANSER

Norsk Gynekologisk Forening - Veileder i fødselshjelp 2020