

## Gravide med fedme

Gjelder for: Hele SiV  
Dokumenttype: Retningslinje  
Sist endret: 10.11.2020

### 1. HENSIKT

Sikre gode rutiner for oppfølging av gravide kvinner med pregravid fedme (BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) for å redusere den fedmeassosiert komplikasjonsrisikoen til mor og foster.

### 2. ANSVAR

Lege, jordmor.

### 3. FREMGANGSMÅTE

#### 3.1 Definisjon:

Undervekt	BMI < 18,5 kg/m <sup>2</sup>
Normalvekt	BMI 18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup>
Overvekt	BMI 25-29,9 kg/m <sup>2</sup>
Fedme grad I	BMI 30-34,9 kg/m <sup>2</sup>
Fedme grad II	BMI 35-39,9 kg/m <sup>2</sup>
Fedme grad III	BMI $\geq 40$ kg/m <sup>2</sup>

Anbefalt vektøkning i svangerskap:

BMI < 18,5 kg/m <sup>2</sup>	13-18 kg
BMI 18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup>	12-15 kg
BMI 25-29,9 kg/m <sup>2</sup>	8-10 kg
BMI $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup>	6-9 kg

#### 3.2 Ultralyd undersøkelser i svangerskapet:

Det er økt risiko for misdannelser ved fedme. Det gjelder særlig neuralrørsdefekter, anencefali, karanomalier og defekter i tarm.

Vanlig rutineultralyd i uke 18-20 for å utelukke misdannelser og tilvekst og trivselskontroll i uke 24, 32 og 36 (fostervekst, placentafunksjon, forløsningstidspunkt og metode).

#### 3.3 Svangerskapsdiabetes:

Pasienter med overvekt og fedme har økt forekomst av svangerskapsdiabetes. Det anbefales måling av HbA1c så tidlig som mulig i svangerskapet (før uke 16) og glukosebelastning i uke 24-28 (dersom ikke påvist forhøyet blodsukker tidligere). Kvinner med svangerskapsdiabetes og BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> og kvinner som ikke når behandlingsmålene ved kost og livsstilsendringer skal henvises til Endokrinologisk seksjon. Se [Svangerskapsdiabetes](#)

#### 3.4 Henvisning til livsstilsveiledning:

Alle kvinner med pregravid BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> bør tilbys kostveiledning ved Lokal overvektspoliklinikk på Solvang. Poliklinikken tilbyr en individuell time med klinisk ernæringsfysiolog og deretter oppfølging av ernæringsfysiolog i gruppe.

#### 3.5 Anestesi:

Ved rutineultralyd bør man vurdere om pasienten har tilleggsrisikofaktorer som kan vanskeliggjøre anestesi i fødsel/sectio. Ved behov for vurdering av anestesilege i siste trimester, ring 1111 for evt tilsyn ved obstetrisk poliklinikk. Ved BMI  $> 40$  kg/m<sup>2</sup> bør anestesilege varsles ved innleggelse til fødsel, for å vurdere tilsyn evt tidlig epidural.

### 3.6 Hjerte/kar:

Det er økt risiko for hypertensjon og preeklampsi. Risikoen øker lineært med økende BMI. Vær spesielt oppmerksom på dette ved svangerskapskontrollene. Følges opp med BT kontroller og blodprøver ved behov.

Kardiologisk tilsyn kan være aktuelt særlig hvis det foreligger symptomgivende hjertelidelse.

### 3.7 Tromboserisiko:

Ved BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> bør det overveies tromboseprofylakse med lavmolekylært heparin (LMWH) i svangerskap dersom det foreligger tilleggsrisikofaktorer:

- Tidligere trombose (se veileder for behandling i svangerskapet)
- Immobilisering > 3 dager
- Alder  $\geq 35$  år
- Svangerskapsdiabetes
- Blodtap  $\geq 1500$  ml
- Alvorlig preeklampsi
- Inflammatorisk tarmsykdom
- Alvorlig infeksjon
- Traumer

Kombinasjon av flere risikofaktorer øker behovet for tromboseprofylakse.

Husk å bruke tilstrekkelig dose beregnet fra vekt. Fra uke 36 kan man dele opp dosen slik at det gis mindre doser 2 ganger daglig, for å unngå problemer med å få satt epidural i fødsel.

- Pasienten informeres om at hun ikke setter LMWH dersom hun har begynt med kontraksjoner.
- Startes det opp tromboseprofylakse i svangerskapet skal denne kontinuertes minimum 6 uker postpartum.
- Ved BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> anbefales tromboseprofylakse postpartum til alle, uavhengig av forløsningsmetode.

### 3.8 Forløsningsmetode:

Valg av forløsningsmetode må tilpasses hver enkelt fødekvinne. En bør ta hensyn til BMI, paritet, tidligere sectio og andre faktorer.

- Ved BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> er det anbefalt å indusere fødselen i løpet av første uke etter termin (innen 41+3).
- Ved BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> og tidligere sectio, bør elektiv sectio vurderes.

### 3.9 Fødsel ved BMI $\geq 30$ kg/m<sup>2</sup>:

- Når pasienten kommer til fødeavdelingen bør hun veies for å ha en aktuell vekt ved behov for narkose.
- For fødende med BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> kan det være indikasjon for å anlegge epiduralanalgesi tidlig i fødselsforløpet, for så å aktivere denne senere. Varsle derfor gynekolog om disse pasientene når de kommer inn til fødsel.
- Pasienten skal ha to grønne venekanyler i aktiv fødsel.
- Det er risiko for komplikasjoner under fødsel i form av langsom framgang, føtal distress og skulderdystoci. Vær obs på at det er økt risiko for makrosomi.
- CTG overvåking under fødsel (intermitterende eller kontinuerlig), STAN ved behov.
- Økt risiko for postpartum blødning, ekstra obs etter fødsel. Ved blødning følg prosedyren [Postpartumblødning](#)

### 3.10 Sectio ved fedme:

Ved sectio, både akutt og elektivt, anbefales vanlig lavt tverrsnitt. Suturer subcutis dersom det er >2 cm tykt.

Det anbefales profylaktisk antibiotika til kvinner med BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, vurder forlenget profylakse for å redusere risiko for sårinfeksjon.

Etter sectio må LMWH dosen tilpasses pasientens vekt og den bør kontinuertes i 6 uker postpartum. Det anbefales at pasienter med BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> mobiliseres tidlig og bruker høye støttestrømper.

#### 4. GENERELT

Overvektige kvinner bør få prekonsepsjonell veiledning der det viktigste er å anbefale livsstilsendring og vektreduksjon. Dette vil i de fleste tilfeller gjøres hos fastlegen. Det bør gis konkrete råd angående vekttoppgang, kosthold og det bør anbefale 30-60 min trening/aktivitet daglig. Videre er det viktig at disse kvinnene oppfordres til å ta folat 0,4 mg før konsepsjon og i første trimester samt 10 µg vitamin D i hele svangerskapet og i ammeperioden.

Tidligere overvektsopererte gravide kvinner med fedme skal i tillegg følges på Senter for sykelig overvekt. Se [Gravide etter vektreduserende kirurgi](#)

#### 5. INTERNE REFERANSER

[1.6.1.11.4](#)

[Svangerskapsdiabetes](#)

[1.6.1.11.8](#)

[Gravide etter vektreduserende kirurgi](#)

[2.1.5.4.1.4.21](#)

[Postpartumblødning](#)

#### 6. EKSTERNE REFERANSER

[Fødselshjelp - veileder 2020](#)

[Svangerskap. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen \(fullversjon\)](#)

[Svangerskap ved kjent diabetes. Nasjonal faglig retningslinje for diabetes.](#)

Norsk gynekologisk forening – Veileder i fødselshjelp (2020)

Francis S. N. & Dwight J. R. (2016) The impact of obesity on female fertility and pregnancy (2016) UpToDate.