

Gravide etter vektreduserende kirurgi

Gjelder for:	Kirurgisk klinikk/Kirurgisk sykepleieavdeling/Kirurgiske poster/Føde- og barselpost
Dokumenttype:	Retningslinje
Sist endret:	10.11.2020

1. HENSIKT

Beskrive rutiner for oppfølging og sikre et normalt svangerskapsforløp hos kvinner som er blitt gravide etter å ha gjennomgått overvektskirurgi.

2. ANSVAR

Lege, klinisk ernæringsfysiolog (KEF) og jordmor.

3. FREMGANGSMÅTE

Anbefalt vektøkning i svangerskap (fra IOM):

BMI <18,5	13-18 kg
BMI 18,5-24,9	10-15 kg
BMI 25-29,9	8-10,5 kg
BMI >30	6-9 kg

Gravide etter vektreduserende kirurgi skal følges opp som ved risikosvangerskap.

3.1 Prekonseptjonell veiledning

Anbefalt å avvente 1-1,5 år fra operasjon til planlagt graviditet.

Etter vektreduserende kirurgi øker fertiliteten og behov for prevensjon bør vurderes. P-piller anbefales ikke pga usikker absorpsjon hos overvektsoopererte. Hormonspiral anbefales som førstevalg.

3.2 Ved bekreftet graviditet

Alle henvises til svangerskapspoliklinikk og senter for sykkelig overvekt (SSO) for å planlegge videre oppfølging. SSO bestiller blodprøver (se punkt 3.3).

3.2 Oppfølging ved gynekologisk poliklinikk

Screening ul uke 18-20, TUL, misdannelser

Tilvekstmåling i uke 24, 32 og 36, hyppigere ved tegn til vekstretardasjon.

Anbefalt å veie pasientene ved kontroll og skriv aktuell vekt i journalnotatet.

Ved mistanke om svangerskapsdiabetes (overvekt, glukosuri, stort barn, polyhydramnion) kontrolleres fastende blodsukker og HbA1c. Pasienten læres opp i blodsuktermåling og måler selv hjemme (link svangerskapsdiabetes).

NB! **Aldri glukosebelastning** etter vektreduserende kirurgi pga fare for alvorlig hypoglykemi.

Ved hyperemesis må en være obs på Tiamin mangel, fare for Wernickes encefalopati.

3.3 Oppfølging ved poliklinikk sykkelig overvekt (SSO)

KEF-timer x 3: uke 8-12, 24 og 36 (den siste kan sløyfes hvis normale prøver).

Ernæringsstatus, mangeltilstander, rådgivning vedrørende kosthold og optimal vektutvikling i henhold til IOMs generelle anbefalinger.

Blodprøver x 3: Prøvepakke «Gravid etter vektred. kirurgi 1» og «Gravid etter vektred. Kir. 2+3» tas en uke før timen til KEF. Lege er ansvarlig for tilbakemelding til KEF og pasient dersom prøvesvar tilsier dette.

Tilskudd:

Som ordinært etter fedmekirurgi:

Multivitamin x 2, eller etter behov (avhengig av prøvesvar)

Calcigran forte 500/400 x 2 eller tilsvarende, eller etter behov)

Jern 100 mg x 1, eller etter behov

Vitamin B12 1 mg i.m. hver 3. mnd, eller etter behov.

I tillegg:

Folat 0,4 mg x 1 første trimester, deretter ved behov.

Ved avvik (OBS fysiologisk lavere Hb, elektrolytter, protein med mer):

Nye målrettede KEF-konsultasjoner og blodprøver etter 4 uker hvis ugunstig

vektutvikling, uheldige spisevaner, manglende compliance eller mangeltilstander påvises.

Lege bistår ved behov.

3.4 Akutte magesmerter

Graviditet øker risikoen for intern herniering hos pasienter operert med gastrisk bypass (ingen risiko ved sleeve). Dette vil alltid være en differensial-diagnostisk vurdering ved nyoppståtte magesmerter hos gravide. Dersom pasienten har behov for opioider for å kupere smerter skal det vurderes om det kan foreligge intern herniering. Be om tilsyn av gastrokirurg. Ved klinisk mistanke er graviditet ikke til hinder for at CT abdomen (etter standardisert protokoll) gjøres.

Dersom det er mistanke om intern herniering vil laparoskopi vanligvis være mulig av erfaren overvektskirurg, men det foreligger en risiko for at dette vil sette i gang fødselen. Der barnet er prematurt (mellom svangerskapsuke 23 og 28) skal pasienten overføres til regionalt sykehus (Ullevål) for kirurgi.

3.5 Fødsel

Risikofødsel, skal ha kontinuerlig CTG evt. STAN i aktiv fødsel. Kan føde på kvinneklinikk med mulighet for kontinuerlig overvåkning.

Gjennomgått overvektsoperasjon er i seg selv ikke indikasjon for keisersnitt.

Dersom pasienten må forløses ved sectio på indikasjon akutt abdomen, bør gastrokirurg kontaktes for å være med på vurdering.

4. GENERELT

NSAIDs bør unngås, for eksempel etter fødsel med rifter eller etter sectio. Dersom det trengs NSAIDs bør samtidig protonpumpehemmer gis.

5. INTERNE REFERANSER

[1.6.1.11.5](#)

[Gravide med fedme](#)

6. EKSTERNE REFERANSER

1. Norsk gynekologisk forening - Veileder i fødselshjelp (2020)
2. Dansk selskab for obstetikk og gynekologi (2012) Gravide som er bariatrisk opererede
3. Ouyang DW. (2015) Fertility and pregnancy after bariatric surgery. I: UpToDate 2015.
4. Mechanick, J. I., et al. (2013) Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient—2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery." *Obesity* 21.S1 (2013): S1-S27.