

Overtidig svangerskap

Nils-Halvdan Morken Haukeland Universitetssjukehus (nmo084@uib.no)

Camilla Haavaldsen Akershus Universitetssykehus

Runa Heimstad St. Olavs Hospital

Gulim Murzakanova OUS-Ullevål

Anne Martha Stokke Nordlandssykehuset-Bodø

Tillegg Februar 2021: Det endres fra: "De kvinner som ikke induseres bør følges med ultralyd (fostervannsmengde) og CTG med 2-3 dagers intervall" tilbake til tidligere ordlyd: "...ultralyd (fostervannsmengde) og CTG 2-3 ganger/uke".

Anbefalinger

- Alle kvinner bør tilbys rutinemessig vurdering ved 41uker +0 dager (4 dager over termin ultralyd)(III)
- Induksjon av fødsel anbefales ved:
 - ✓ Estimert fostervekt <5 percentilen (II)
 - ✓ Redusert fostervannsmengde (AFI \leq 5cm og/eller dypeste lomme \leq 2 cm) (II)
 - ✓ Termin ultralyd >14 dager senere enn sikker termin Naegele (II)
 - ✓ Mors alder \geq 38 år (III)

De kvinner som ikke induseres bør følges med ultralyd (fostervannsmengde) og CTG med 2-3 dagers intervall (IV). Vi foreslår at alle disse kvinnene bør induseres mellom dag 294- 296 (42uker + 0 dager til 42uker +2 dager) i svangerskapet så sant dette er praktisk gjennomførbart for institusjonen.

- Vi *anbefaler* at livmorhalsen stripes ved kontroll etter termin (I).

Søkestrategi

Kunnskapsgrunnlaget for dette kapittelet er hentet fra søk i elektroniske databaser. Det ble utført søk i databasene Up-to date og Cochrane. Engelske søkeord ble benyttet (postterm pregnancy, postterm delivery, prolonged pregnancy kombinert med complications in pregnancy, delivery and perinatal period). Det foreligger en oppdatert Cochrane review om overtid og induksjon (2018) (1). Hovedkonklusjonen i denne reviewen er ikke endret fra 2012, men det foreligger dokumentasjon for at induksjon er assosiert med færre dødfødsler, færre barn med lav Apgar score og færre barn med mekoniumaspirasjon. Det er verdt å merke seg at Cochrane reviewen inkluderer gamle studier, studier fra flere land som ikke er sammenlignbare med Norge, samt at det foreligger ulik induksjonspraksis mellom de inkluderte studiene. Norske og skandinaviske studier er tatt med der dette var mulig.

Definisjon

Et svangerskap defineres som overtidig fra og med dag 294 (\geq 42 uker + 0 dager) (2,3).

Forekomst

Andelen kvinner i Norge som føder i svangerskapsuke 42 har de siste årene ligget stabilt omkring 4 % (fhi.no). Antallet kvinner i Norge som føder i uke 43 eller senere teller noen ganske få (fhi.no).

Andelen overtidige svangerskap influeres av flere faktorer:

1. Andelen førstegangsfødende
2. Forekomsten av overvekt
3. Metode for ultralyddatering
4. Andelen spontant preterme fødsler
5. Obstetrisk induksjonspraksis i den aktuelle populasjonen

Etiologi/patogenese

Årsaken til overtidig svangerskap er ikke fullstendig klarlagt, men genetiske og familiære faktorer spiller sannsynligvis en rolle (4, 5).

Risikofaktorer

Den viktigste risikofaktoren er et tidligere overtidig svangerskap (Relativ Risiko [RR] på 2-3) (6-8). Andre svakere assosierte risikofaktorer ($RR < 2$) er førstegangsfødende, guttefoster, maternell overvekt og familiær historie.

Risiko for intrauterin fosterdød (IUFD) ved overtidig svangerskap

I den siste Cochrane-rapporten fra 2018 er number needed to treat for å unngå ett perinatal dødsfall angitt til 426 (CI 338-1337). Man antar at tallet i Norge er enda høyere, i og med at vi har et kostnadsfritt helsevesen, og dermed bedre oppfølging av høyrisikopasienter. I årene fra 2007-2015 har det vært 132 tilfeller av IUFD i Norge i svangerskapsuke 41-43, tallene for uke 41 er relativt stabile, mens tallene for uke 42 er redusert (lave i utgangspunktet, nå nærmest eliminert). I samme periode var det 42 389 induksjoner (av ulike årsak).

Oppfølging/behandling

Alle kvinner bør tilbys rutinemessig vurdering ved 41 uker+ 0 dager (4 dager over termin ultralyd). Undersøkelsen bør omfatte føtometri, estimering av fostervannsmengde, CTG-registrering og vaginal eksplorasjon med vurdering av livmorhalsstatus. Stripping av hinner kan med fordel gjøres ved svangerskapskontroller etter termin og er vist å redusere behovet for igangsetting med andre metoder (1). (hyperlenke til Induksjon av fødsel).

Induksjon av fødsel anbefales ved

Estimert fostervekt < 5 percentilen (9, hyperlenke til kapittel Intrauterin veksthemming)

Redusert fostervannsmengde (AFI ≤ 5 cm og/eller dypeste lomme ≤ 2 cm) (10)

Termin ultralyd > 14 dager senere enn sikker termin Nægele (11, 12)

Mors alder ≥ 38 år (13)

De kvinner som ikke induseres bør følges med ultralyd (fostervannsmengde) og CTG med 2-3 dagers intervall. Kvinnens ønsker skal tas med i vurderingen (14, 15), men induksjon av fødsel skal primært gjøres etter vurdering av spesialist og på medisinsk grunnlag. Vi foreslår at alle disse kvinnene bør induseres mellom dag 294-296 i svangerskapet så sant dette er praktisk gjennomførbart for institusjonen.

Komplikasjoner

Oligohydramnion og mekoniumaspirasjon forekommer hyppigere ved overtidig svangerskap (16). Det foreligger tre studier som til sammen viser at induksjon før svangerskapsuke 41 reduserer risikoen for perinatal død (intrauterin fosterdød + død 1.-7. levedøgn) sammenlignet med ekspekterende behandling (17, 18, 19). Disse resultatene bør fortolkes med forsiktighet, da antallet hendelser er lavt. Den desidert største av disse er den svenske SWEPIs studien (19) som ble avbrutt før fullføring. Alle inkluderte hadde ikke hatt ultralydundersøkelse i uke 41 som har vært praksis i Norge siden 2014. Forfatterne skriver selv at resultatene bør fortolkes med forsiktighet.

En stor retrospektiv kohort undersøkelse fra Danmark (2019) har undersøkt forskjeller i neonatale utfall etter at det i 2011 ble anbefalt endring ved rutinemessig fødselsinduksjon i svangerskap etter termin. I Danmark ble det før 2011 anbefalt rutinemessig fødselsinduksjon ved svangerskapsuke 42+0, men i 2011 ble anbefalingene endret til rutinemessig induksjon fra uke 41+3 til 41+5. Studien, som undersøkte mer enn 152 000 fødsler med svangerskapslengde mellom 41+4 og 45+0 mellom 2000-2016, fant ingen forskjeller i neonatale utfall, inkludert intrauterin fosterdød, etter at fødselsinduksjon ble startet i svangerskapsuke 41+3, sammenlignet med fødselsinduksjon fra uke 42+0. Derimot førte fødselsinduksjon fra svangerskapsuke 41+3, sammenlignet med induksjon ved uke 42+0, til en signifikant økning i antall fødselsinduksjoner, fra 41% til 65%, økt bruk av epiduralbedøvelse, økt av bruk rstimulerende medisin, samt en dobling av uterusrupturer fra 2.6 til 4.2 per tusen fødsler (20).

Induksjon \geq 41 uker i land med høyere forekomst av intrauterin fosterdød enn Skandinavia viser signifikant redusert risiko både for perinatal død og dødfødsel, sammenlignet med ekspektans (1). I tillegg ses lavere forekomst av keisersnitt og færre barn med lav Apgar score, men høyere forekomst av vaginal operative forløsninger ved induksjon. Det konkluderes imidlertid med at risikoen for fosterdød på overtid er meget liten og at kvinnen bør informeres om dette når man velger mellom induksjon eller ekspektans (1). Kvinnens preferanser for induksjon eller ekspektans bør tas med i vurderingen. Kvaliteten på inkluderte studier i Cochrane analysen vurderes som moderat til lav etter GRADE (1). I Norge er risikoen for fosterdød hos overtidige meget liten (13, 21) og det er lite trolig at en mer aggressiv induksjonspolitik vil gi gevinster.

Litteratur

1. Middleton P, Shepherd E, Crowther CA. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochrane Database Syst Rev. 2018;5:CD004945.
2. Report of the FIGO Subcommittee on Perinatal Epidemiology and Health Statistics. London 1986.
3. WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. Acta Obstet Gynecol Scand. 1977;56(3):247-53.

4. Laursen M, Bille C, Olesen AW, Hjelmborg J, Skytthe A, Christensen K. Genetic influence on prolonged gestation: a population-based Danish twin study. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Feb;190(2):489-94.
5. Morken NH, Melve KK, Skjaerven R. Recurrence of prolonged and post-term gestational age across generations: maternal and paternal contribution. *BJOG.* 2011 Dec;118(13):1630-5.
6. Kistka ZA, Palomar L, Boslaugh SE, DeBaun MR, DeFranco EA, Muglia LJ. Risk for postterm delivery after previous postterm delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2007 Mar;196(3):241 e1-6.
7. Mogren I, Stenlund H, Hogberg U. Recurrence of prolonged pregnancy. *Int J Epidemiol.* 1999 Apr;28(2):253-7.
8. Olesen AW, Basso O, Olsen J. Risk of recurrence of prolonged pregnancy. *Bmj.* 2003 Mar 1;326(7387):476.
9. Pilliod RA, Cheng YW, Snowden JM, et al. The risk of intrauterine fetal death in the small-for-gestational-age fetus. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207(4):318 e1-6.
10. Divon MY, Marks AD, Henderson CE. Longitudinal measurement of amniotic fluid index in postterm pregnancies and its association with fetal outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 1995 Jan;172(1 Pt 1):142- 6.
11. Kallen K. Increased risk of perinatal/neonatal death in infants who were smaller than expected at ultrasound fetometry in early pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2004 Jul;24(1):30-4.
12. Nakling J, Backe B. Adverse obstetric outcome in fetuses that are smaller than expected at second trimester routine ultrasound examination. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002 Sep;81(9):846-51.
13. Haavaldsen C, Sarfraz AA, Samuelsen SO, Eskild A. The impact of maternal age on fetal death: does length of gestation matter? *Am J Obstet Gynecol.* 2010 Dec;203(6):554 e1-8.
14. Heimstad R, Skogvoll E, Mattsson LA, Johansen OJ, Eik-Nes SH, Salvesen KA. Induction of labor or serial antenatal fetal monitoring in postterm pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2007 Mar;109(3):609-17.
15. Mandruzzato G, Alfirevic Z, Chervenak F, Gruenebaum A, Heimstad R, Heinonen S, et al. Guidelines for the management of postterm pregnancy. *J Perinat Med.* Mar;38(2):111-9.
16. Wennerholm UB, Hagberg H, Brorsson B, Bergh C. Induction of labor versus expectant management for post-date pregnancy: is there sufficient evidence for a change in clinical practice? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(1):6-17.
17. Gelisen O, Caliskan E, Dilbaz S, et al . Induction of labor with three different techniques at 41 weeks of gestation or spontaneous follow-up until 42 weeks in women with definitely

unfavorable cervical scores. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005;120:164-9.

18. Keulen JK, Bruinsma A, Kortekaas JC, et al . Induction of labour at 41 weeks versus expectant management until 42 weeks (INDEX): multicentre, randomised non-inferiority trial. BMJ 2019;364:l344.,

19. Wennerholm U-B, Saltvedt S, Wessberg A, et al . Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEdish Post-term Induction Study, SWEPIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial. BMJ 2019;367:l6131.

20. Rydal E, Declercq E, Juhl M, Maimburg RD. Routine induction in late-term pregnancies: follow-up of a Danish induction of labour paradigm. BMJ Open 2019;9:e032815. doi:10.1136/bmjopen-2019-032815.

21. Haavaldsen C, Sarfraz A, Eskild A. [Low fetal death risk in post-term pregnancy in Norway]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2010 Nov 4;130(21):2114