

Fosteraktivitet - redusert

Endring siden forrige versjon

Prosedyre med flytskjema 1 og 2 er revidert i henhold til NGFs revisjon april 2023. Les prosedyren på nytt. Avsnitt "Normal sparkeaktivitet" er lagt til. Risikofaktorer er oppdatert. Når kvinnen har passert terminato bør induksjon vurderes fortløpende, spesielt ved gjentatt bekymring.

Hensikt

Sikre at gravide som kjenner lite fosterbevegelser får optimal oppfølging og behandling.

Målgruppe

Leger og jordmødre på Kvinneklubben

Fremgangsmåte

Definisjon

- Internasjonalt foreligger ingen enhetlig definisjon hverken på normal eller redusert aktivitet hos barnet.
- Lite liv er basert på kvinnens subjektive oppfatning av hva som er normal aktivitet for sitt barn og endring i aktivitetsmønster i forhold til dette.
- Det sjelden et friskt barn sparker mindre enn ti spark i løpet av to timer på en tid av døgnet hvor det vanligvis er aktivt.

Normal sparkeaktivitet

- Alle fostre har et individuelt bevegelsesmønster og den subjektive oppfatning av bevegelser varierer fra kvinne til kvinne.
- Førstegangsfødende angir ofte å kjenne liv mellom 18-20. svangerskapsuke, mens flergangsfødende ofte angir bevegelser fra 16-18 uker.
- Subjektivt vil mange kvinner føle at fosteret beveger seg mindre mot slutten av svangerskapet, da fosteret har fått et mer kontrollert bevegelsesmønster med langsomme, sterkere og større bevegelser.
- Selv om bevegelsesmønsteret kan endre karakter mot slutten av svangerskapet, bør antall bevegelser være uendret.

Arbeidsprosess:

Diagnostikk:

< 24 uker:

- Hjerteaktivitet bekreftes ved Doppler (kan gjøres i primærhelsetjenesten).

24 -28 uker:

- Hjertelyd bekreftes ved Doppler.
- CTG gjøres hvis teknisk mulig.
- Ytterligere undersøkelser (UL) ved risikofaktorer hos kvinnen, jfr ["Lite liv"](#), [mottagelse](#), [flytskjema 2](#). Videre oppfølging vurderes individuelt av lege avhengig av funn og klinikk.

> 28 uker:

- Kvinner med risikofaktorer bør komme til undersøkelse så raskt som mulig, se ["Lite liv"](#), [henvendelse \(prehospitalt\)](#), [flytskjema 1](#).
- Jordmor tar imot pasienten raskest mulig etter ankomst og gjennomgår anamnese, helsekort, kartlegging av risikofaktorer, kontroll av BT og urin. Foreligger det fremdeles lite liv følger man ["Lite liv"](#), [mottagelse](#), [flytskjema 2](#)
- Alle bør ha CTG i 20-90 minutter.
- UL - undersøkelse bør ha fokus på

- Fostervannsmengde, biometri og fosterbevegelser for å kartlegge risikofaktorer for IUGR.
- Dopplerundersøkelse der vekstrestriksjon mistenkes og etter vurdering.
- Dopplerundersøkelse med måling av hastighet i arteria cerebri media ved mistanke om fosteranemi.
- Ved normal undersøkelse, normalisering av bevegelser og normal CTG kan kvinnen få beroligende beskjed og reise hjem. Ved unormale funn vurderer lege videre oppfølging og behandling.
- Ved normal CTG der risikofaktorer indikerer ytterligere undersøkelse med ultralyd, bør dette gjøres innen 24 timer dersom det kliniske bildet tillater dette.

Behandling / oppfølging

- Alle kvinner som er bekymret for redusert eller opphørt aktivitet hos barnet bør tilbys undersøkelse.
- Klinisk undersøkelse av kvinnen er avhengig av gestasjonsalder og risikofaktorer hos kvinnen.
- Oppfølging er avhengig av funn gjort ved undersøkelsen og risikoprofil hos kvinnen og/eller barn.
- Bruk flytskjema.
- Funn av patologi følges opp etter gjeldende retningslinjer.
- Ved gjentatt lite liv innenfor siste 3 uker bør den gravide selekteres som risikoføddende.
- Gjentatte henvendelser med lite liv øker risikoen for IUGR og intrauterin fosterdød og bør behandles som høyrisiko svangerskap (>3 henvendelser for mindre liv; OR 5,1 for IUFD).
- Induksjon vurderes individuelt basert på funn og risikoprofil hos mor og/eller barn.
- Har kvinnen passert termin dato bør induksjon vurderes fortløpende, spesielt ved gjentatt bekymring.
- Ved normalfunn ved undersøkelse og klarert for hjemreise, skal kvinnen informeres grundig om å ta kontakt på nytt ved vedvarende lite liv eller nye episoder med lite liv.
- Gravide bør informeres om barnets bevegelser og også om eventuelle tiltak ved bekymring for mindre liv.

Risikofaktorer

Lite liv har en rekke ulike årsaker med ulike risikofaktorer. Disse kan være knyttet til kvinnen og/eller barnet.

Årsaker knyttet til foster /placenta	Årsaker knyttet til mor
Føtal anemi	IVF
IUGR	Hypertensive tilstander, preeklampsi
Oligo /polyhydramnion	Alder ≥ 38 år
Søvnsyklus	BMI ≥ 30 (pregravid)
Antall bevegelser inkludert (flere=lettere å kjenne)	Maternelle medisinske tilstander (SLE, antifosfolipidsyndrom, intrahepatisk cholestase, Rh antistoff)
Hydrops føtalis	Diabetes type 1 og 2
Misdannelser	Alkohol, røyk, rus, medikamentbruk
IUFD	Placentalokalisasjon
Placentaløsning	Aktivitet, trening
Navlesnorspatologi	Engstelse, stress
Hypoksemi (akutt/kronisk)	Språkutfordringer

Generelt

Regelmessige daglige fosterbevegelser er en indikator på føtalt velbefinnende. Lite liv er assosiert med uheldige svangerskapsutfall som IUGR, placenta dysfunksjon, akutt infeksjon, føtomaternell transfusjon, lav Apgar score og intrauterin fosterdød. Gjentatte episoder med lite liv øker risikoen for uheldige svangerskapsutfall.

Omtrent halvparten av kvinner som kommer inn med intrauterin fosterdød anga mindre liv i løpet av de siste 2 ukene før innkomst.

Referanser[A4.2/3.1.2-01](#)["Lite liv", henvendelse \(prehospitalt\), flytskjema 1](#)[A4.2/3.1.2-02](#)["Lite liv", mottagelse, flytskjema 2](#)[Veileder i fødselshjelp. Norsk gynekologisk forening](#)**Vedlegg**[V02](#)[Lite liv i svangerskapet. \(A4.2/3.2.2-01\)](#)**Slutt på Prosedyre**