

Svangerskap - Ikke-obstetrisk kirurgi på obstetriske pasienter

D50103

 Utgave:
1.02

 Gjelder fra:
06.06.2023

Side 1 av 4

Hensikt og omfang

- Sikre god obstetrisk og tverrfaglig vurdering, kompetanse og behandling til gravide kvinner som gjennomgår ikke-obstetrisk kirurgi
- Gjelder ikke-obstetrisk kirurgi hos gravide, spesielt fra gestasjonsuke 23+0
- Prosedyren omhandler ikke anestesilogiske vurderinger

Ansvar/målgruppe

- Helsepersonell

Handling

Generelle anbefalinger

- Gravide kvinner skal tilbys indisert kirurgi, uavhengig av trimester
- Gravide som trenger operativ behandling skal fortrinnsvis behandles på SI Lillehammer, jfr. [Fødsel – Differensiering av fødetilbudet i Sykehuset Innlandet](#), men **det skal gjøres individuelle vurderinger ut fra den enkelte situasjon**
- Risiko for preterm fødsel ved kirurgi øker ikke i stor grad, og overflytting til tertiærsykehus er ikke nødvendig. Det vil bare forsinke akutt kirurgi.
- Elektiv kirurgi skal om mulig utsettes til etter fødsel
- Hvis mulig skal kirurgi utsettes til andre trimester, hvor risiko for abort og prematur fødsel er minst

Ansvar, operatør

Preoperativt

- Ring vakthavende gynekolog som organiserer en preoperativ vurdering av erfaren obstetriker enten på fødeavdelingen eller fødepoliklinikken
- Sette seg inn i preoperativ vurdering

	Vakthavende gynekolog	Vakthavende jordmor
Lillehammer	Tlf. 94 13 24 78	Tlf. 90 28 60 69
Gjøvik	Tlf. 91 84 37 67, internnr 57940	Tlf. 94 15 05 71
Elverum	Tlf. 47 64 74 03	Tlf. 62 43 83 10
Tynset	Har ikke gynekolog i vakt	Tlf. 62483030

Peroperativt

- Ved akutte hendelser peroperativt, ring vakthavende gynekolog

Postoperativt

- Følg den preoperative planen
- Kontakt vakthavende gynekolog eller ansvarshavende jordmor ved behov
- Ved eventuell reoperasjon bør obstetriker tidlig kontaktes for ny plan

Ansvar, obstetriker/gynekolog

Preoperativ vurdering

- Fullverdig undersøkelse av den gravide og hennes foster der det er mulig
- Dokumenteres som *preoperativ vurdering* i DIPS

Indikasjon

- Vurderes ut fra obstetrisk kunnskap, **kirurgens ansvar**

Lungemodning

- Indisert fra gestasjonsuke 23 til 34 der det er risiko for forløsning peroperativt eller postoperativt. Gis da fortrinnsvis 1-2 døgn før operasjon. Forsiktighet ved systemisk infeksjon hos mor.

Er planlagt forløsning indisert simultant eller før

- Vurderes ut fra sykehistorie, svangerskapslengde, fosterets ressurser og prosedyrens art og risiko

Overvåkning av fosteret

- Ut fra svangerskapslengde (fra uke 23) bør man som et minimum lytte med Doppler/CTG pre- og postoperativt
- CTG kontinuerlig peroperativt er kun indisert i spesielle tilfeller; ved stor fare for hypotensjon, hypoksi eller hypovolemi, og der fosteret er vurdert til å ha reduserte ressurser. Da skal simultan forløsning ha vært nøye vurdert.
- Der man likevel finner det riktig med kontinuerlig CTG peroperativt forutsettes;
 - Gynekolog og mulighet til å gjøre sectio akutt på føtal indikasjon
 - Kvinnen bør være informert om muligheten for forløsning, og erfaren vakthavende barnelege bør være informert
 - Det er fysisk mulig med CTG eller lytting med Doppler
 - Levedyktig foster (fra uke 23)

Tokolyse

- Sjelden indisert. Ingen påvist fordel ved profylaktisk administrering.
- Postoperativt ved mistenkt premature rier for å sikre lungemodning etter vanlige obstetriske retningslinjer

Magnesiumsulfat

- Hvor det kan være nødvendig med forløsning, som ved traumekirurgi. Nevroprotektivt. **Gis ikke etter gestasjonsuke 32.**

Tromboseprofylakse

- Gravitetet er hyperkoaguabel tilstand
- Klexane 40 mg x 1 (> 90 kg: 60 mg x 1) 6 timer etter operasjonen og under innleggelsen. Vurderes for perioden med nedsatt mobilisering og ved tilleggsrisiko, følg kapittel [Trombose, antikoagulasjon og svangerskap](#) i [Fødselshjelp - Metodebok, Norsk gynekologisk forening](#)
- Kompresjonsstrømper anbefalt. Vurderes utfra obstetrisk kunnskap, **kirurgens ansvar.**

Antibiotikaprofylakse

- Vurderes ut fra obstetrisk kunnskap, **kirurgens ansvar**
- Cefuroksim 1,5g i.v. og Klindamycin 600 mg i.v./p.o.

- Ved graviditet og amming: Gi Cefuroksim i stedet for tetracykliner, og Klindamycin i stedet for Metronidazol fortrinnsvis. Ordineres i medikamentkurve.

Gjennomlysning

- Kan gjennomføres på indikasjon med gjennomlysningstid på et minimum

Peroperativt

- Fra gestasjonsuke 18: Pasienten skal ligge i **venstrelateral posisjon** (bruk ev. skråpute) til hun er fullt våken og kan justere posisjonen selv (vena cava-kompresjon med påfølgende truende fosterasfyxi).
- Erfaren kirurg. Minst mulig manipulasjon av uterus.
- Vakthavende gynekolog skal være informert om operasjonens start. Denne forventes da å ha satt seg inn i sykehistorie og preoperativ vurdering i DIPS.
- Ved akutte hendelser under operasjon; kontakt vakthavende gynekolog direkte

Postoperativt

- CTG monitoreres kontinuerlig fra gestasjonsuke 23 og intermitterende før gestasjonsuke 23
- Ved mistanke om rier/patologisk CTG; kontakt vakthavende gynekolog
- Vurder Celeston, magnesiumsulfat, tokolyse med tanke på premature rier/mulig forløsning
- NSAIDs skal ikke gis rutinemessig i svangerskapet, spesielt ikke de første 12 uker og/eller fra uke 32

Ansvar, anestesilog

Preoperativt

- Sette seg inn i preoperativ vurdering gjort av gynekolog
- Kontakte ansvarlig jordmor for å avtale lytting med Doppler/CTG-registrering ut fra plan. CTG preoperativt kan gjennomføres på sengepost eller på operasjonsstue.

Peroperativt

- Vakthavende gynekolog skal være informert om anestesistart
- Ved akutte hendelser peroperativt, ring vakthavende gynekolog

Postoperativt

- Kontakt ansvarlig jordmor for å avtale lytting med Doppler/CTG-registrering ut fra plan. Kan gjennomføres postoperativt avdeling.

Ansvar, jordmor

- Pre- og postoperativ fosterovervåking med rievurdering og auskultasjon og/eller CTG. Vurdering i samarbeid med ansvarlig obstetriker.
- Dokumentere at det er gjennomført i DIPS

Referanser

[SI/17.24-15](#)

Fødsel - Differensiering av fødetilbudet i Sykehuset Innlandet

[SI/17.24-42](#)

Fødselshjelp - Metodebok, Norsk gynekologisk forening

[SI/17.27-09](#)

Preoperativ - Forberedelser, elektive pasienter

Oslo Universitetssykehus. eHåndboken. Kirurgi hos gravide. [hentet 2021-04-19]. Tilgjengelig fra:
<https://ehandboken.ous-hf.no/document/129250>