

Vasa previa och "vasa previatest"

Handläggning under graviditet och förlossning

Förändringar sedan föregående version

Inga förändringar sedan föregående version.

Sammanfattning

Begreppet "vasa previa" betyder föreliggande kärl och innebär att det finns fetala blodkärl i nedre hinnpolen.

Enligt klinisk erfarenhet – riskerar vasa previa i de flesta fall att brista vid vattenavgång. Sällan sker fosterblödning **utan hinnbristning**.

Blödning resulterar snabbt i hypotoni och anemisering av fostret. Ett fullgånget fosters blodvolym är cirka 80–100 ml/kg, och även en förhållandevis liten blödning kan därmed vara livshotande. Oftast signalerar fostret med CTG-förändringar som exempelvis sinusoidalt mönster, decelerationer och/eller bradykardi.

Meningen med denna riktlinje är att upptäcka vasa previa utan blödning i god tid och därmed få möjlighet att förebygga livshotande fosterblödning, samt att kunna skilja fosterblödning från vanligt förekommande vaginal blödning hos kvinnan under graviditet.

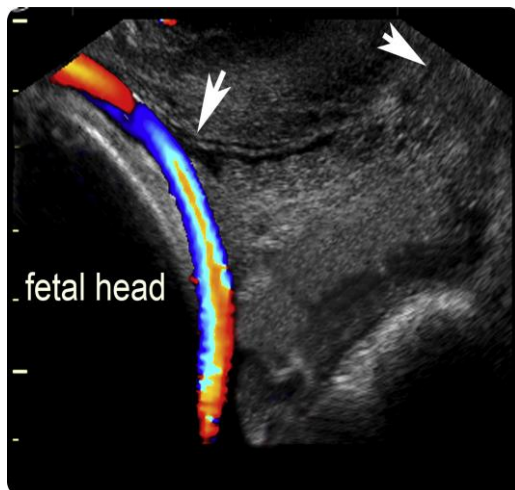
Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version	1
Sammanfattning	1
Innehållsförteckning	2
Förutsättningar.....	3
Genomförande.....	5
Indikation för vasa previatest (ingen känd vasa previa)	6
Utförande av vasa previatest	6
Felkällor	6
Handläggning vid positivt prov	7
Uppföljning.....	7
Dokumentinformation	7
Referensförteckning	7

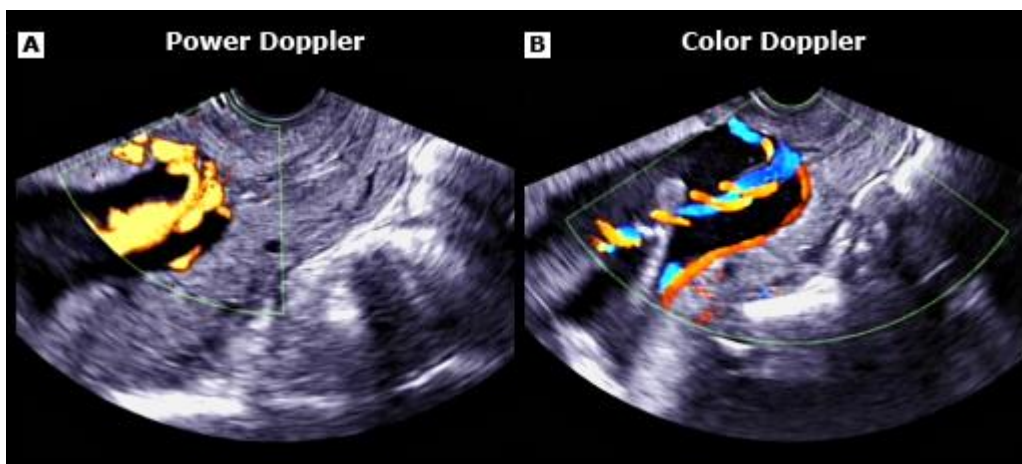
Förutsättningar

Det finns tre typer av vasa previa:

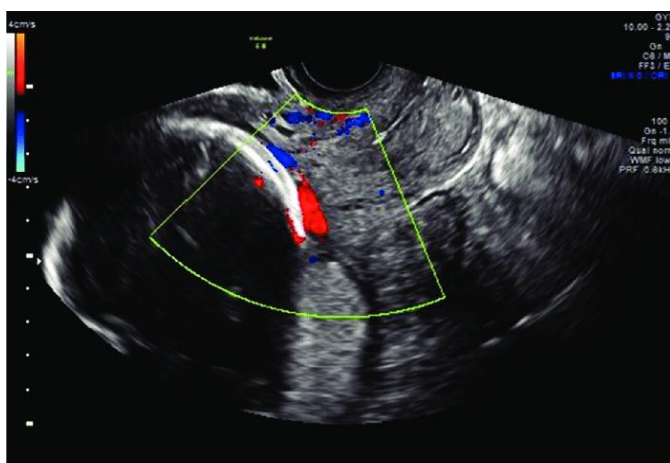
1. Vid velamentös eller marginell insertion av navelsträngen.
Förekommer även vid normal placentation.



2. Blodkärl löpande i hinnor emellan bilobär placenta.



3. Blodkärl intill placenta som ligger marginellt, det vill säga marginell placenta previa.



Förekomsten uppskattas upp till 1 på 1300–2500 förlossningar. Uppskattas betydligt högre hos kvinnor som genomgått assisterad befruktning (prevalensen uppskattas till 1:202). I Sverige förväntas årligen 20–25 fall av vasa previa.

Riskfaktorer för vasa previa är:

- Placenta previa eller lågt sittande placenta upptäckt i andra trimestern
- Velamentös insertion av navelsträngen
- Bilobär placenta i nedre uterussegment
- Assisterad befruktning
- Flerfostrig graviditet

I en systematisk granskning av prediktiva faktorer för vasa previa hade minst 83% av patientfallen en eller flera av ovannämnda riskfaktorer.

Genomförande

Samtliga patienter med misstänkt lågt sittande placenta eller placenta previa vid RUL rekommenderas att screenas för vasa previa vid graviditetsvecka 32/3:e trimestern med vaginalt ultraljud.

Differentialdiagnoser för vasa previa utan blödning vid ultraljudsbedömning i 3:e trimestern:

1. Navelsträngsslynga mellan föreliggande fosterdel och cervix. Slyngan är skyddad med Wharton's jelly och kan oftast dras undan innan förlossningstart, och utgör därför ingen risk för fosterblödning/påverkad fostercirkulation.
2. Cervikouterina kärl/cervikala varicer.
3. Amniotic band eller corioamniotisk hinna. Inga kärl skall ses i dessa strukturer vid dopplerundersökning.

Vid konstaterad **vasa previa utan blödning** rekommenderas att sectio görs senast i graviditetsvecka 37+0, dock skall en individuell handläggning tillämpas.

Patienten kan handläggas polikliniskt fram till ESEC om samtliga kriterier är uppfyllda:

- Ingen anamnes på prematur börd
- Cervix-längd bedöms normal i relation till graviditetsvecka
- Patienten har inte haft vaginal blödning i 3:e trimestern
- Patienten kan ta sig till närmaste förlossningsenhet inom 15 minuter ifall vaginal blödning har tillkommit.

Patienthotellvistelse skall erbjudas vid längre avstånd mellan hemmet och förlossningsenhet, vid anamnes på prematur börd, vid förekomst av prematura sammandragningar/cervix-påverkan utan vaginal blödning.

Vid vaginal **blödning och känd vasa previa**, förlös patienten med akut brådskande sectio innan CTG-mönster blir patologiskt/preterminalt.

Neonatolog skall informeras så att O Rh-neg blod finns tillgängligt.

Indikation för vasa previatest (ingen känd vasa previa)

- Vattenavgång med blödning
- Annan oklar blödning i sen graviditet
- Oklar blödning under värkarbete som inte kan förklaras som teckningsblödning

Utförande av vasa previatest

- En bomullspinne med blod rörs i ett urinodlingsrör fyllt till hälften, cirka 5 ml, med 0,14M NaOH. Avläs resultat efter 2 minuter
- Röd färg innebär fetalt blod
- Brungrön färg innebär maternellt blod som hemolyserats

Felkällor

- Falskt positiv avläsning kan konfirmeras genom att testa mammans blod på samma sätt som ovan. Positivt prov kan ses vid vissa thalassemier, persisterande HbF samt felaktig pH i den alkaliska lösningen.
- Färgblindhet kan utgöra en felkälla
- Vid blödning med 1/3 fetalt blod och 2/3 maternellt blod ses tydlig röd färg
- Vid blödning med 1/6 fetalt blod och 5/6 maternellt blod skattar 14/15 bedömare rätt röd färg
- Vid ablatio placentae är oftast andelen fetalt blod mindre än 1/6

Handläggning vid positivt prov

Misstanke om fetal blödning skall leda till omedelbart sectio.

Neonatolog skall informeras om misstanken så att oRh-neg blod finns tillgängligt.

Uppföljning

Medicinskt ansvarig för riktlinjen är Natalia Ödman, överläkare inom gynekologi och obstetrik.

VEC på förlossningsavdelningen/sektionsledare ansvarar för påfyllning av NaOH-lösning och Vasa Previatest-låda.

Påfyllning av NaOH-lösning görs via lab-läkare I. Jacobsson tel. 2980.

Lådan ska innehålla:

- 1 flaska med 0,14 M NaOH-lösning minst 100 ml
- Glasrör 10 ml x 4 st
- Torra bomullspinnar x 4
- Skriftlig instruktion för vasa previatest

Dokumentinformation

För innehållet svarar:

Natalia Ödman, överläkare, kvinnoklinik, SÄS

Charlotta Säverot, överläkare, kvinnoklinik, SÄS

Fastställt av

Karolina Andersson, verksamhetschef, VO kvinna-barn, SÄS

Referensförteckning

1. Lindqvist P, läkartidningen nr 4 volym 108 2011.
2. Hagberg H, Marsal K, Westgren M. **Obstetrik**. Studentlitteratur, 2008.
3. UpToDate ”vasa previa”
<https://www.uptodate.com/contents/velamentous-umbilical-cord-insertion-and-vasa-previa>

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kvinnoklinik

Innehållsansvar: Charlotta Säverot, (chasa1), Överläkare

Granskad av: Ann-Christine "Annchi" Andreasson, (annan1),
Medicinsk sekreterare

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9641-1173499273-189

Version: 5.0

Giltig från: 2025-08-25

Giltig till: 2027-08-25