

Intrauterin fosterdöd (IUFD)

Sammanfattning

Handläggning vid intrauterin fosterdöd – diagnos, förlossningsinduktion, utredning, uppföljning med mera.

Revideringar i denna version

Uppdaterade checklistor, ändrad ordning samt ändring till att Angusta® kan ges per oralt i stället för vaginalt.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Innehållsförteckning	1
Förutsättningar.....	2
Definition.....	2
Diagnos	2
Genomförande	2
Inskrivning och planering av förlossning	2
Rh-profylax.....	3
Före förlossningen.....	3
Induktion	3
Smärtlindring	4
Efter förlossningen	5
Amningsnedläggning.....	5

Dödsbevis.....	5
Dödsorsaksintyg	6
Födelseanmälan.....	6
Sjukhusfotograf	6
Obduktion	7
Kurator.....	7
Föräldrapenning, sorgedagar, sjukskrivning.....	7
Uppföljning.....	8
Provtagning vid IUFD	8
Diagnoskoder.....	8
Bilaga 1och 2	11

Förutsättningar

Definition

Alla dödfödda foster som föds fr.o.m. vecka 22 + 0 ska handläggas och registreras som barn, (t.o.m. vecka 21 + 6 handläggning som missfall).

Diagnos

Auskultation med tratt samt ultraljud av två undersökare, varav den ena kan vara ultraljudsbarnmorska, och avsaknad av hjärtaktivitet.

Genomförande

Inskrivning och planering av förlossning

När IUFD konstaterats erbjuds inläggning och information ges angående förlossningssätt, induktion och provtagning. Läkare och barnmorska ska ge sig god tid att informera, besvara de frågor som uppkommer och möta sorgereaktionen.

Rh-profylax

Till Rh-negativa kvinnor ges injektion med humant immunoglobulin anti-D (Rhophylac) 1500 E = 2 ml i.m. redan när IUFD konstateras, vänta inte tills kvinnan är förlöst men ta blodprover först. (Se checklista).

Före förlossningen

Provtagning se bilaga 1.

Förlossningen bör ske vaginalt. Induktionsmetod väljs beroende av cervixstatus, se nedan. De flesta patienter föredrar att stanna på sjukhuset och påbörja induktion utan fördröjning, men individuella önskemål kan tillgodoses t.ex. att åka hem ett tag eller t.o.m. invänta spontant värkarbete.

Vid ablatio skall dock induktionen ske direkt p.g.a. risk för DIC. Då behövs även fler doser Rh-profylax utifrån blödningsmängd.

Om patienten väljer att åka hem ska prover tas innan de går.

Eftersträva bästa möjliga kontinuitet för alla personalkategorier.

Under förlossningen ska patientansvarig barnmorska inte ha hand om andra patienter samtidigt.

Broschyrerna ”Till dig som har förlorat barn” samt ”Att förlora ett barn” lämnas till föräldrarna.

Provtagning ordinerar av läkare, se bilagor. I patientens journal ska tydligt framgå vilka prover som tagits.

Kontakt tas med kurator och om paret så önskar också med sjukhuspräst.

Induktion

Vid moget cervixstatus görs amniotomi och oxytocindropp sätts enligt gängse rutiner.

Vid omoget cervixstatus: T Mifegyne® per os följt av T Augusta® vaginalt. Man har i de små studier som finns sett att Mifegyne® förkortar förloppet. Effekten är större i tidig graviditet. Tablett Mifegyne® 200 mg ges oavsett om patienten går hem eller läggs in direkt. Om patienten önskar induktion direkt

behöver man inte vänta ett helt dygn mellan Mifegyne® och Angusta® men det är bra om det går några timmar i alla fall.

Dosering av Angusta® 25 µg, påbörjas när patienten är redo för induktionsstart:

- **Graviditetsvecka 22+0 – 27+0**

Tabletterna ska tas var sjätte timma. Första dosen ges 100 µg (4 tabletter) oralt. Om utebliven effekt på den första dosen ges 200 µg (8 tabletter) från dos nummer två och efterföljande doser.

- **Graviditetsvecka fr.o.m. vecka 27+0**

Tabletterna ska tas var sjätte timma. Första dosen ges 50 µg (2 tabletter) oralt. Om utebliven effekt på den första dosen ges 100 µg (4 tabletter) från dos nummer två och efterföljande doser.

Tidigare sectioförlöst kvinna: Ballongkateter i första hand. Om man väljer att ge Cytotec är det enligt följande dosering;

1 T Cytotec 0,2 mg blandas med 100 ml dricksvatten = 2µg/ml

1. 100 µg = 50 ml
2. 50µg = 25 ml
3. 25µg avrundas till 15 ml

Vecka 22+0 till 26+6:

50 µg vaginalt var 6:e timma. Om ingen effekt alls på första dosen ökas till 100 µg följande doser.

Från vecka 27+0:

25 µg vaginalt var 6.e timma. Om ingen effekt alls på första dosen ökas till 50 µg följande doser. Om värkarbetet inte kommit igång efter ett dygn kan behandlingen med Cytotec upprepas.

Oxytocin kan ges 4 timmar efter Cytotec.

Smärtlindring

Paracetamol per os (T Panodil®) 2 x 500 mg och Ibuprofen 1 x 400 mg ges vid första misoprostoldosen.

Gärna PCB och/eller EDA.

Inför EDA vill narkosläkaren ha prover APTT, PK (INR), TPK och fibrinogen tagna <6 timmar tidigare.

Undvik med fördel preparat som påverkar medvetandet men vid otillräcklig smärtlindring ges injektion morfin 5 – 10 mg subkutant, alternativt intravenöst, alternativt tablett Morfin 10 mg.

Efter förlossningen

Provtagning enligt bilaga 2.

Föräldrarna kvarstannar på förlossningsavdelningen.

Uppmuntra föräldrarna att se och ta i barnet. Ge dem möjlighet att vara ensamma med barnet. Samla minnen såsom hårtofs, hand- och fotavtryck samt egna foton. Om föräldrarna önskar ge sitt barn ett namn kan en namngivningsceremoni hållas. Erbjud föräldrarna att låta anhöriga komma. Efter detta ombesörjs förvaring av barnet i kyl alternativt ha kvar barnet på patientrummet i kyld babylift.

Amningsnedläggning

Oftast behövs ingen medicinsk behandling men om så önskas kan kabergolin ges per os (T Dostinex®) 0,5 mg, 2 tabletter som engångsdos inom 24 timmar, alternativt bromokriptin (T Pravidel®) 2,5 mg x 2 i två veckor. Se FASS för kontraindikationer och biverkningar.

En tajt sport-BH kan ha minst lika god effekt.

Undersökning av barn och placenta

Ansvarig läkare gör en yttre besiktning av barnet och efterbörden och dokumenterar de makroskopiska fynden – macerationsgrad, eventuella missbildningar, utseende av navelsträng, placenta och hinnor. Ibland kan dokumentation med medicinskt foto vara värdefullt. Om uppenbar dödsorsak framkommer till exempel navelsträngskomplikation eller ablatio kan övrig utredning avblåsas.

Dödsbevis

Skrivs av läkare digitalt i intygsmodulen som nås i Obstetrix via ”Arkiv”, ”Externa program”. Barnmorskan lägger upp ett reservnummer via Befreg. Reservnumret som hittas på FV 2 ska fyllas i på

Dödsbeviset på raden där det står personnummer/samordningsnummer. Raden för namn lämnas tom, adress fylls i med moderns adress, och längre ner på sidan finns en rad för moderns namn och personnummer. ”Dödsdatum” fylls i med förlossningsdatum och man kryssar i rutan ”Säkert” även om barnet har macererad hud så att man vet att döden inträffat tidigare. Dödsbeviset skickas elektroniskt eller analogt. Rutinen kan komma att uppdateras efter införandet av Millenium.

Dödsorsaksintyg

Skrivs direkt vid vårdtillfället av ansvarig läkare, man inväntar alltså inte utredningsresultat. Intyget nås via intygsmodule. I raden för ”Dödsplats” kryssas endast i rutan ”Sjukhus”. I stycket ”Läkarens utlåtande om dödsorsaken” skrivs på rad A: Intrauterin fosterdöd, graviditetsvecka XX. Det räcker att fylla i rad A, men om uppenbar dödsorsak är känd kan man skriva det på rad B, t.ex. ”Navelsträngskomplikation” eller ”Avlossning av moderkakan”.

På blankettens sida 2 skrivs den avlidnes personnummer igen, och under rubriken ”Dödsorsaksuppgifterna grundar sig på” markeras alternativet ”Yttre undersökning efter döden”. Dödsorsaksintyget skickas elektroniskt eller analogt. Rutinen kan komma att ändras efter införandet av Millenium.

Födelseanmälan

Elektronisk födelseanmälan skrivs av barnmorska, till exempel ”Dödfödd flicka/pojke”.

På Fv2 måste förlossningsläkaren sätta barndiagnos för att journalen ska kunna arkivsigneras: högerklicka på Fv2, välj ”Diagnossätt barn”, välj diagnoskod P95.9B för graviditetsvecka 22+0 – 27+6, P95.9C från och med graviditetsvecka 28+0 (kodtexten är feltryckt och ska vara ≥ 28 fullbordade graviditetsveckor).

Sjukhusfotograf

Sjukhusfotograf kan kontaktas för fotografering av det döda barnet om föräldrarna önskar. Vid avvikande fynd tar PAL ställning till om medicinskt foto ska tas och journalföras. När sjukhusfotografen inte är i tjänst kan

foton tas med Ipad som finns på avdelningen. Ipaden lämnas därefter till sjukhusfotografen som framkallar korten.

Obduktion

Det är en fördel om obduktion kan genomföras som del i utredningen, vilket syftar till att klarlägga bakomliggande orsaker och bättre kunna ge råd inför eventuellt kommande graviditet. I cirka en tredjedel av fallen med IUFD kan orsaken inte klarläggas trots provtagning och obduktion. Det är viktigt att föräldrarna redan från början informeras om detta.

För obduktion, kontakta fosterpatolog på Sahlgrenska alternativt obduktionsavdelning 031-342 14 39, kl. 08.00-15.30. Om Sahlgrenska inte har möjlighet får patologen på SÄS/SKAS anlitas, ta telefonkontakt med respektive patolog.

På remissen ska utöver adekvat anamnes och frågeställning stå följande: Dödfödd flicka/pojke med efternamn, födelsedatum, moderns personnummer och namn. Graviditetsvecka, födelsetid, barnets vikt och längd.

Kurator

Ny kontakt tas med kurator för krissamtal, fortsatt stöd och bearbetande samtal. Kuratorn informerar också om begravningslagen, omhändertagandet av barnet, Försäkringskassan, folkbokföring, försäkringar och intyg. Kuratorn har dessutom kontakt med patolog, sjukhuspräst och familjerätten.

Föräldrapenning, sorgedagar, sjukskrivning

Modern får föräldrapenning (FP) 29 dagar i följd efter förlossningen (även helgdagar inräknas). Partnern får 10 s.k. sorgedagar + 10 föräldrapenningdagar (helgdagar räknas inte in), således fyra veckor. Kvinnan får förutom 29 dagar FP också 10 sorgedagar, således totalt sex veckor.

Sjukskrivning av föräldrarna vid behov när FP och sorgedagar är slut, under diagnosen F43.2 "Sorgereaktion på grund av dött barn".

Barnmorska skriver moderskapsintyg samt meddelar mödravårdscentralen och eventuellt barnavårdscentralen.

Uppföljning

Återbesök till förlossningsbarnmorska och undersköterska efter cirka en vecka för uppföljning med genomgång av förlossningen. I undantagsfall kan detta återbesök ersättas av telefonkontakt.

Dubbeltid bokas till läkare på specialmödravården efter fyra till sex veckor för genomgång av dittills inkomna utredningsresultat, samt för att höra hur det går för paret och om de har behov av sjukskrivning. Om fler provsvar väntas planeras för hur dessa ska meddelas, nytt återbesök/brev/telefonkontakt.

Beroende på utredningsresultat görs en plan för kontroller vid eventuell ny graviditet.

Provtagning vid IUFD

Barnmorska fyller fortlöpande i checklista vid IUFD samt provsvarlista.
Se pärm/bilagor.

Diagnoskoder

Huvuddiagnos: Intrauterin fosterdöd O36.4

Bidiagnos: Förlossningsdiagnos (t.ex. O80.0-)

Induktionsdiagnos (O61.-)

Förlossningsutfall (t.ex. Z37.1) mm

Barndiagnos Fv2: P95.9B Dödfödd graviditetsvecka 22+0–27+6

P95.9C Dödfödd fr.o.m. graviditetsvecka 28+0

Bilaga 1

IUFD checklista före förlossning	Utfört	Provsvar
O-NEWS		
Blodgruppering, om den inte finns, Antitrombin, APTT, PK, TPK, Hb, Alat, Kardiolipin-Ak, Lupusantikoagulans -Ak		
Torch-prover: Toxoplasma IgG och IgM, Parvovirus B19 IgG och IgM, Rubella IgG, CMV IgG och IgM, Herpes Simplex IgG		
Gallsyror		
Anti-D – 1500 E (300 µg) Rhophylac till Rh-negativa mödrar. Ges snarast efter provtagning. Om större fetomaternell blödning skett (svar HbF ger vägledning) behöver högre dos ges. 300 µg täcker 30 ml fetalt blod. Upp till 5 doser kan ges samtidigt. Avvakta 24 timmar om > 5 doser behöver ges.		

Info om förlossning och tidpunkt		
Kuratorskontakt		
MVC meddelas		
Erbjud kontakt med sjukhuskyrkan		
Ge patienten broschyrer		
Fetalt Hb (eryHbF) – Kliehauer		
Urinodling		

Bilaga 2

IUFD checklista efter förlossningen	Utfört	Provsvar inkommit
Placentabitar (3 st) till karyotypbestämning, virusdetektering och GBS/Listeria		
Barnets vikt och längd		
Placenta till PAD – skriv på remissen att svaret ska prioriteras eftersom det är viktigt inför planering av nästa graviditet		
Födelseanmälan		
Obduktion		
Registrering av eventuell missbildning		
Fotografering – uppmana patienten att fotografera		
Hand/fotavtryck		
Amningsnedläggning		
Dödsbevis, skriv digitalt i intygsmodulen		
Dödsorsaksintyg, kan skrivas direkt		
Utskrivning/Epikris		
Postpartumsamtal barnmorska		
Återbesökstider		

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Följande prover tas om indikation finns	Utfört	Provsvar
Tyroideaprover		
Skelettröntgen		
Trombocytantikroppar		

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Kvinnoklinik

Innehållsansvar: Stina Berver, (stibe5), Specialistläkare

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9641-1173499273-91

Version: 18.0

Giltig från: 2025-05-27

Giltig till: 2027-05-22