

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Giltig från: 2026-03-30

Innehållsansvar: Adalbjörg Björgvinsdottir, (adabj1), Överläkare

Giltig till: 2028-03-30

Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Placenta Previa och Placenta accreta spektrum (PAS)

Syfte

Gäller för personal inom de enheter/verksamheter som berörs av rutinen.

Ansvar för spridning och implementering har VEC/EC.

Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar.

Förändringar sedan föregående version

2026-03-09 Reviderat. Vid misstänkt lågt sittande placenta vid RUL utan andra riskfaktorer: kontroll i v 34 i stället för v i 32. Tillagt länkhänvisning till patientinformation via SNIF (svenskt nätverk för information om fosterdiagnostik). Termen abnormal invasiv placenta (AIP) ändrat till placenta accreta spektrum (PAS)

2025-09-25 förlänger datum.

Innehåll

Bakgrund	sid 2
Utfall.....	sid 3
Definitioner	sid 3
Vid screeningultraljud graviditetsvecka 18-20 (RUL)	sid 6
Bedömning graviditetsvecka 34 på MGN	sid 6
Läkarbedömning graviditetsvecka 28 (sulj)	sid 7
Checklista misstänkt invasiv placenta	sid 9
Förlossningstidpunkt och handläggning vid förlossning	sid 10
Diagnoskod och operationskod vid invasiv placenta	sid 14
Länk till patientinformation via SNIF	sid 16

Bakgrund

Graviditeter med placentakomplikationer som placenta previa och placenta accreta spektrum (PAS), s.k. invasiv placenta, kan vara livshotande och har ökat kraftigt i incidens de senaste åren.

Största riskfaktorerna för PAS är tidigare kejsarsnitt och tidigare placenta previa (RR=614)(1). I dag har 10% av alla gravida kvinnor i Sverige ett tidigare kejsarsnitt (2). Placenta previa förekommer i ca 0.3% av alla förlossningar i Sverige (1,3). Incidensen av PAS, associerat med laparotomi, är 3.4 per 10.000 förlossningar i Norden (1). Risken för PAS ökar exponentiellt efter varje sectio. Den absoluta risken hos en kvinna >35 år med placenta previa och tidigare sectio är cirka 10% (1). Andra riskfaktorer som bör beaktas är tidigare manuell placentalösning, tidigare stor postpartumblödning, tidigare skarpt kurettag eller uteruskirurgi, Ashermans syndrom samt tidigare postpartal infektion. Även moderns ålder, högt BMI och multiparitet är kopplat till en ökad risk och IVF innebär ökad risk för previa och därmed även PAS (15).

Att korrekt diagnostisera dessa placentakomplikationer är viktigt samt att förlösas på ett sjukhus med rätt kompetens och tillgång till blod dygnet runt (15). Vid antenatal diagnos har en minskad risk för kirurgiska komplikationer, reoperationer, stor blödning och blodtransfusion rapporterats (4,5). I Sverige (2009-2012) diagnostiserades enbart 35% av alla graviditeter med PAS och av icke upptäckta fall var 33% placenta previa (1). Ultraljudsdiagnostik har rapporterat en hög sensitivitet och specificitet (73-93 resp 65-95%) för att korrekt diagnostisera PAS (4,5,6).

Vasa previa innebär att kärl fritt från placenta i hinnmembranen korsar över imm. Detta tillstånd är ovanligt (1 per 4000 förlossningar) men är associerat med hög perinatal morbiditet och mortalitet. Korrekt ultraljudsdiagnostik och handläggning kan vara livsavgörande.

Föreliggande placenta finns hos ca 1-2% i andra trimestern men enbart ca 0,1-0,2% persisterar till slutet av tredje trimestern (7).

“Uppåtmigrering“ av placentan är mindre sannolik hos patienter med tidigare sectio (9) och bakväggsprevia. Med transvaginalt ultraljud kan man skärpa diagnostiken och minska behovet av uppföljning (8,9).

Utfall

Definitioner

Placenta previa: Föreliggande placenta. Placentan täcker inre modermunnen (imm).



Lågt sittande placenta: Placenta sitter i nedre uterinsegmentet men täcker ej imm (placentakanten slutar <2cm från imm).



Placenta accreta/increta/percreta: Benämns placenta accreta spektrum (PAS). Placenta penetrerar genom decidua basalis in i myometriet i olika grad.

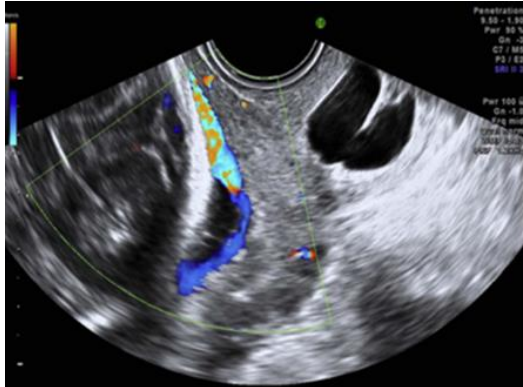


Vasa previa: Fetala blodkärl ligger oskyddade i fosterhinnor över imm.

Doppler med fosterpulsationer.

Typ 1: Velamentös insertion av navelsträngen

Typ 2: Vid biplacenta när fetala blodkärl löper inemellan



Vid screeningultraljud graviditetsvecka 18–20 (RUL):

Dokumentera placentaläget, om möjligt navelsträngsfästet och eventuell biplacenta. Vaginalt ultraljud kan med fördel användas för att förbättra diagnostiken, men ingår inte rutinmässigt i RUL. Vid misstänkt lågt sittande (placentakanten slutar <2cm från imm) samt föreliggande placenta: Dela ut patientinformation om lågt sittande placenta (SNIF)

Handläggning:

“Skålformad” föreliggande placenta utan andra riskfaktorer eller lågt sittande framväggspacenta och tidigare sectio:

Läkarbedömning S-ULJ för misstänkt PAS v 28 (se nedan)

Lågt sittande placenta utan andra riskfaktorer*:

Ny bedömning till barnmorska med utbildning i vaginalt ultraljud eller till läkare på Obst mott (MGN eller SMVC) v 34 (se nedan)

**se bakgrund. Vid flera riskfaktorer såsom tidigare manuell placentalösning, tidigare stor postpartumblödning, tid skarpt kurettag eller uteruskirurgi, Ashermans syndrom samt tid postpartal infektion samråd med läkare.*

Alla som sätts upp på återbesök skall ha information om att försöka undvika tunga lyft, inte flyga, söka vid vaginal blödning och att majoriteten inte kommer att ha en föreliggande moderkaka i slutet av graviditeten.

Bedömning graviditetsvecka 34 (kan ske hos barnmorska med kompetens avseende vaginalt ulj eller hos läkare på MGN):

1. Om fortsatt misstanke om föreliggande/lågsittande placenta vid abdominellt ultraljud ska vaginalt ultraljud utföras. Dokumentera placentas läge i termer av framvägg, bakvägg, tjocklek på placentakant, avstånd i mm från IMM, även hur många mm den går över IMM.
2. Uteslut vasa previa, använd färgdoppler. Dokumentera navelsträngsinsertionen (skriv för exempel: ”normal navelsträngsinsertion” i ultraljudssvaret). Tänk även vasa previa om patienten tidigare haft lågt sittande placenta.
3. Vid blödningar, individuell handläggning av läkare.
4. Anmälan för ESEC görs endast i undantagsfall innan graviditetsvecka 34.

Placenta slutar ≥ 2 cm från imm:

Ingen ytterligare kontroll

Lågt sittande placenta 1-2 cm från imm:

Vaginal förlossning kan planeras med beredskap för blödning, individuell bedömning. Återbesök för ny kontroll av läget v 36 behövs ej med automatik.

Lågt sittande placenta ≤ 1 cm från imm:

Läkarbedömning på MGN vecka 36. Om oförändrad bild bör sectio övervägas. OBS, ökad risk för blödning i samband med förlossning (11, 12, 13). Ge patientinformation.

Föreliggande placenta:

Om undersökning utförd av barnmorska konsultera konsultläkare för individuell handläggning och förlossningsplanering. Ge patientinformation.

Läkarbedömning v 28 (s-ulj)

1. Bedömning avseende misstänkt PAS. Abdominellt och vaginalt ultraljud med välfylld urinblåsa för att optimalt bedöma blåsväggen (13). Notera att normalt "clear space" (hypoekogen zon) innebär mycket liten risk för tillståndet (högt Negativt Prediktivt Värde).
2. Bedömning enligt checklisten för PAS (se nedan). Checklisten kan fyllas i och scannas till journal eller så kan rubrikerna skrivas direkt i ultraljudsmappen.
3. Vid misstänkt PAS: överväg MR för kompletterande diagnostik samt för bedömning avseende invasionsdjup om percreta. MR kan även övervägas för kompletterande diagnostik vid bakväggsprevia samt pga försvårad diagnostik vid högt BMI. Uteslut vasa previa och dokumentera navelsträngsinsertionen, använd färgdoppler (skriv till exempel: "normal navelsträngsinsertion" i ultraljudssvaret). Vid behov återbesök hos läkare s-ulj v32/34 för ny kontroll och ev sectio-anmälan. Om enbart placenta previa utan misstänkt invasivitet ska detta handläggas enligt punkt *Bedömning graviditetsvecka 34*.
4. Vid misstanke om PAS kontakt med obstetriker i PAS-teamet, denne kallar i sin tur till multidisciplinär teamkonferens i graviditetsvecka 28-32. Till konferensen kan obstetriker, obstetriker med kompetens inom specialistultraljud, gynekologisk tumörkirurg alternativt gynekologbakjour, urolog med erfarenhet av tillståndet, sectiokoordinator, anestesilog och operationssköterska från AnOpIVA 2 kallas. Vid konferensen görs förlossningsplanering och

anmälan i orbit. Vid teamkonferensen skall beslut fattas angående hur, när och var patienten skall förlösas inklusive vårdnivå och operationsmetod utifrån riskvärdering av patienten. För patienter med hög risk för PAS gäller förlossning på högspecialiserat centra av team med erfarenhet av invasiv placenta och hysterektomiberedskap. Konferensen skall dokumenteras i obstetrix.

5. Därefter kallas patienten till ett mottagningsbesök på MGN till obstetrikern med erfarenhet av PAS eller till specialistultraljudsläkare. Besöket syftar till att ge information kring förlossning, optimering av patienten preoperativt (målvärde Hb \geq 110), utdelande av tryckt patientinformation via SNIF och vid behov förmedlas även kuratorskontakt. Patienten skrivs in för elektivt sectio och blodprodukter (4:4:1) beställs, Statraxen 1-2 g iv och antibiotikaproylax ordineras.
6. I tveksamma fall där risken för PAS bedöms låg, men ändå inte kan avskrivas helt (medelrisk), planeras ESEC med 2 vana operatörer och gynekolog tillgänglig samt 2 E Sagma beställs. Se rekommenderad tidpunkt nedan.
7. Patienter med låg risk för PAS kan handläggas vidare på hemortssjukhuset. Vid blödningar, individuell handläggning.

Checklista Misstänkt Invasiv Placenta

Ultraljudsrapport – S-ulj läkare ca grav vecka 28

Bakgrund och riskfaktorer:

Datum: __/__/____ Graviditetsvecka: ____ v och __d. IVF: ____
 Graviditeter: ____, Paritet: ____
 Tidigare snitt: ____
 Tidigare uteruskirurgi: ____
 Tidigare skrapning: ____
 Tidigare AIP: ____
 Placenta previa: Framvägg eller bakvägg: ____ Lågsittande ____ cm från imm eller överliggande
 ____ cm över imm

Ultraljudsfynd:

Gråskala ultraljud:	ja	nej
Avsaknad eller oregelbundenhet av den normalt hypoekogena retroplacentära zonen		
Förtunning av myometriet (<1mm)		
Lakuner. Förekomst av flertalet lakuner där vissa är stora och oregelbundna. Ofta turbulent flöde		
Blåsväggen oregelbunden eller avbruten (som normalt ska vara hyperekokogen och slät)		
“bulging“ av placenta mot urinblåsan		
Exophytisk massa, genombrott av placenta utanför uterus (oftast in i urinblåsan)		
Färgdoppler:		
Uterovesical hypervaskularisering		
Hypervaskularisering i placentan		
“bridging vessels“. Käril som korsar från placentan över myometriet mot blåsan ofta lodrätt mot myometriet		
Misstanke om inväxt mot parametriet		

Sammanfattande bedömning

Misstanke om AIP: låg: ____, medel: ____, hög: ____

Fokal: ____ eller diffus: ____

Hur högt placenta täcker i framväggen: _____

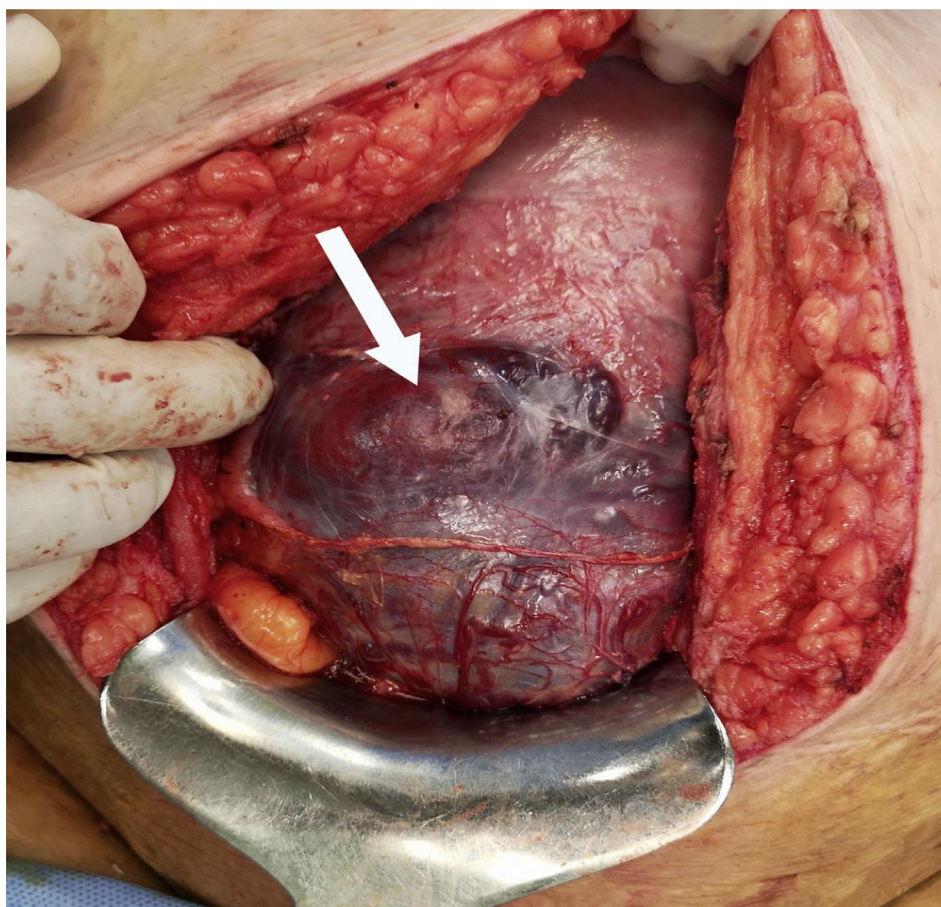
Annat: _____

Förlossningstidpunkt och handläggning vid förlossning

- Vid **okomplicerad previa** med endast enstaka mindre blödning kan ESEC ske v36+0-37+0 (9). Blod behöver ej beställas till operaton 2 eftersom det går att få tillgång till blod mycket snabbt. Vid upprepade blödningar av större mängd rekommenderas ESEC 34+0 - 36+6 (9). Hög beredskap för blödning och ställningstagande till Statraxen 1-2 g iv, blodprodukter, ballongtamponad (BAKRI) på operationssal. Vid inskrivning eller vid beslut om ASEC ordinera läkemedel enligt mall “stor postpartumblödning” i Melior.
- Vid misstanke om vasa previa rekommenderas ställningstagande till ineliggande vård vecka 30-32 (om flera riskfaktorer tex upprepade blödningar, hotande prematurbörd, flerbörd) och ESEC vecka 34+0+36+6 (18, 19). Vid stark misstanke om vasa previa blödning gäller omedelbar förlossning med sectio samt information till neonatolog om akut fetal blödning. Om rimlig misstanke om vasa previa uppstår under pågående förlossning skall patienten omgående förlösas med sectio.
- Vid **PAS** planeras elektivt sectio 35+0- 36+0 (9). Beredskap för riklig blödning enligt ovan, då det är visat att blödningsmängden på så sätt kan minskas. Multidisciplinärt team med operations- och narkosköterska, narkosläkare, två erfarna obsteriker, gynekologisk tumörkirurg och vid behov urolog med erfarenhet av PAS planeras närvara vid operationen. Vid behov kan en kortare samling/genomgång i teamet à 15min ske inför operation
 - Uterusincision bör läggas där man ej skär igenom placenta, vilket många gånger kan innebära incision i fundus – därav ofta medellinjessnitt. Blåsan löses ner alternativt cystotomi vid inväxt i blåsan, innan uterotomi utförs.
 - Peroperativt ultraljud används upprepat för att kontrollera fostrets hjärtfrekvens och placentas läge. Barnet förlöses och vid avnavling ligeras (knyter bara runt) navelsträngen.
 - Placenta skall INTE lösas manuellt och inga uterussammandragande läkemedel ges. Om placenta inte lossar spontant och om de delar av uterus där placenta fäster in följer med placenta vid drag i navelsträngen försluts uterotomin och hyserektomi utförs.
 - Om placenta släpper och hysterektomi ej är nödvändigt men fortsatt blödning kan ballongtamponad och kompressionsuturer (t.ex B-Lynch) övervägas.
 - Konservativ handläggning, dvs metoder som undviker hysterektomi som kvarlämnande av placenta för spontan regress eller utstötning (resoprionstiden för placenta är lång,

i medeltid drygt 3 månader) eller behandling av Metotrexat (det föreligger inte någon ökad celledning vid invasiv placenta och allvarliga bieffekter av Metotrexat finns beskrivet) är inte rekommenderade metoder vid invasiv placenta i nuläget.

8. **Om PAS inte är diagnosticerad antenatalt** vid ESEC skall operatören försäkra sig om att mor och barn är stabila, invänta kompetent personal och beställa blodprodukter. Det kan även innebära att buken stängs och att patienten transporteras skyndsamt till närliggande sjukhus med rätt kompetens. Om barnet är förlöst och placenta inte lossnar skall PAS misstänkas vid traktion i navelsträngen som leder till en motsvarande indragning av uterusväggen utan separation av placenta, sk "dimple sign" och att uterus kontraherar sig förutom vid placenta. Om inte PAS diagnosticerats med dessa tecken försök bedöma om det finns ett klevage, förutsatt att det inte orsakar blödning, och lös placenta på sedvanligt sätt med blödningsberedskap.



Invasion av placentavilli i omgivande vävnad

*Ref: Jauniaux et al. 2019 Best Practice & Research
Clinical Obstetrics and Gynaecology*

Vid stor blödning i samband med förlossning glöm inte:

9. Aortakompression.
10. KAD runt cervix intraabdominellt kan reducera akut blödning i väntan på andra åtgärder.
 - Endovaskulära tekniker som embolisering eller ocklusionsballonger.
 - Bukpackning vid okontrollerad blödning i samband med eller efter hysterektomi där övriga blodstillande åtgärder ej haft avsedd effekt. Buken packas temporärt med bukdukar som avlägsnas efter 1-3 dygn, under tiden vårdas patienten på IVA.

Vid akut situation - känd/ misstänkt invasiv placenta

- LARMA för akut brådskande sectio vid blödning. **Dock bör utförande av ett omedelbart sectio (på fetal indikation) utföras med stor restriktivitet vid känd invasiv placenta.**
- Samling på operationssal
- Stabilisera patienten. CTG
- Mobilisera tillgängliga bakjourer (obstetriker, gynekolog, urolog, neojour)
- Vid operation:
 - Sök tecken till invasiv placenta, se nedan i denna ruta
 - Incision ovan placentagräns, förlös barnet
 - Bekräfta misstanken med "Dimple-sign" (traktion av navelsträngen leder till indragning av uterusväggen utan separation av placenta) samt uteruskontraktion ses inte över den invasiva delen
 - Aortakompression
 - Förbered för hysterektomi

Om patienten är stabil och barnet mår bra intrauterint

- Omvärdera situationen i teamet

Vid antenatalt odiagnostiserad invasiv placenta

Misstänk invasiv placenta om:

- Vid vaginal förlossning
 - Placenta lossnar ej efter oxytocin samt navelsträngstraktion
 - Försök till manuell placentalösning leder till omfattande blödning, vilket resulterar i mekanisk eller kirurgisk åtgärd
- Vid sectio/ laparotomi
 - Blåskimrande, utbuktande yta på uterus över placentabädden
 - Bizarra kärl (längsgående) i serosan
 - Inget tydligt klivage mellan blåsa och uterusvägg
 - Invasion av placentavilli i omgivande vävnad

Diagnoskod och operationskod vid invasiv placenta

- Placenta accreta/increta O43.2A
- Placenta percreta O43.2B
- Patologiskt fastsittande placenta, ospecificerad O43.2X
- Om EJ hysterektomi men corpusectio: sectio med corpussnitt MCA00
- Hysterektomi i samband med sectio: sectio + supravaginal uterusamputation MCA30 eller secto+hysterektomi MCA33

Uppföljning, utvärdering och revision

Ansvarig för revision: Michaela Granfors.

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Obstetrix/Melior, om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

Medicinsk rådgivare

Erica Ginström Ernstad, sektionschef, medicinsk ledningsansvarig, obstetrik SU

Granskare/arbetsgrupp

Heléne Sangskär, överläkare specialistultraljud, Lena Otterlind vårdenhetsöverläkare avd 312, Hanna Friberg, vårdenhetsöverläkare avd 308, Susanna Nygren, vårdenhetsöverläkare MGN/S-MVC, Marie Ordeus Öhman sektionsledare ultraljud,

Referenser och relaterade dokument

1.Thurn L, Lindqvist PG, Jakobsson M, Colmorn LB, Klungsoyr K, Bjarnadottir RI, Tapper AM, Bordahl PE, Gottvall K, Petersen KB, Krebs L, Gissler M, Langhoff-Roos J and Kallen K. Abnormally invasive placenta-prevalence, risk factors and antenatal suspicion: results from a large population-based pregnancy cohort study in the Nordic

countries. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology. 2016;123:1348-55.

2.National institute for health and Welfare F. Perinatal statistics in the Nordic countries. 2014.

3.Faiz AS and Ananth CV. Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta-analysis of observational studies. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet. 2003;13:175-90.

4.Tikkanen M, Paavonen J, Loukovaara M and Stefanovic V. Antenatal diagnosis of placenta accreta leads to reduced blood loss. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 2011;90:1140-1146.

5.Warshak CR, Ramos GA, Eskander R, Benirschke K, Saenz CC, Kelly TF, Moore TR and Resnik R. Effect of predelivery diagnosis in 99 consecutive cases of placenta accreta. Obstetrics and gynecology. 2010;115:65-9.

6. Comstock CH and Bronsteen RA. The antenatal diagnosis of placenta accreta. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology. 2014;121:171-81; discussion 181-2.

7. Taipale P, Ultrasound Obst Gyn 1998, transvaginal ultrasonography at 18-23 weeks in predicting placenta previa at delivery

8. Becker RH, Ultrasound Obst Gyn 2001, The relevance of placental location at 20-32 gestational weeks for prediction af placenta previa at delivery: evaluation of 8650 cases

9. Royal Collage of obstetricians and gynaecologist. Green-top guideline no.27a sep 2018. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management

10. Bronsteen R, Valice R, Lee W, Blackwell S, Balasubramaniam M, Comstock C. Effect of a low-lying placenta on delivery outcome. Ultrasound Obstet Gynecol 2009;33:204–8.

11. Vergani P, Ornaghi S, Pozzi I, Beretta P, Russo FM, Follesa I, et al. Placenta previa: distance to internal os and mode of delivery. Am J Obstet Gynecol 2009;201:266;

12. Wadi K, Evaluating the Safety of Labour in Women With a Placental Edge 11 to 20 mm From the Internal Cervical Os . J Obstet Gynaecol Can 2014;36(8):674–677

13. Collins S, Ultrasound in Obst Gyn 2016 March;47(3). Proposal for standardized ultrasound descriptors of abnormally invasive placenta (AIP)
14. Comstock CH, The antenatal diagnosis of placenta accrete, BJOG 2014;121:171-183
15. Baldwin HJ, Patterson JA, Nippita TA, Torvaldsen S, Ibibele I, Simpson JM, Ford JB, Maternal and neonatal outcomes following abnormally invasive placenta: a population-based record linkage study, AOGS 96 (2017) 1373-1381
16. Royal Collage of obstetricians and gynaecologist. Green-top guideline no.27a 2017. Placenta Praevia and Placenta accreta: Diagnosis and Management
17. Lekic Z, Ahmed E, Peeker R, Sporrang T, Karlsson O. Scand J Urol. 2017 Jul 21:1-5. Striking decrease in blood loss with a urologist-assisted standardized multidisciplinary approach in the management of abnormally invasive placenta.
18. Royal Collage of obstetricians and gynaecologist. Green-top guideline no.27b sep 2018. Vasa Praevia: Diagnosis and Management
19. SMFM Consult Series #37: Diagnosis and Management of vasa praevia. AJOG November 2015

Patientinformation, länk

[Material | Svenskt nätverk för information kring fosterdiagnostik](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Innehållsansvar: Adalbjörg Björgvinsdottir, (adabj1),
Överläkare

Granskad av: Michaela Granfors, (micgr7), Överläkare, Erica
Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9786-1429723585-318

Version: 7.0

Giltig från: 2026-03-30

Giltig till: 2028-03-30