

Rubrik  
**Stort barn - misstänkt fetal makrosomi eller stort barn för tiden**

Dokumenttyp  
**Riktlinje**

Faktaägare  
**Teleman Pia**

Gäller from 2019-10-18 Giltigt t o m 2021-10-16

Sida:

1 (2)

Författare  
**Herbst Andreas**

*Utskrivet dokument gäller inte som original!*

Gäller för (enhet)  
**VE kvinnosjukvård, SUS**

Version:  
1

## Stort barn - misstänkt fetal makrosomi eller stort barn för tiden

Våra metoder att skatta fostervikt intrauterint har låg precision, och många andra faktorer än fostervikten är av betydelse för förlossningen, men vid klinisk misstanke om mycket stort barn bör patienten erbjudas ultraljud för fetometri.

Barnmorska i basmödravården kan remittera patienten för denna undersökning, som på denna indikation om möjligt bör utföras kring graviditetsvecka 37+0. Indikation för detta kan vara:

- accelererande SF-mått till ovan normalområdet ( $> +2SD$ )
- tidigare barns födelsevikt  $> 4.5$  kg, skulderdystoci eller plexusskada, eller oro för dessa tillstånd

Fetometri kring denna gestationsålder görs också hos patienter med diabetes/gestationsdiabetes, och ska också upprepas kring vecka 37+0 om tidigare ultraljud visat tillväxt  $> +22\%$ .

Om inget patologiskt påvisas vid fetometrin går remissvar åter till inremitterande för handläggning.

Om fetometri i vecka 37+0 eller senare ger skattad vikt på  $+22\%$  eller mer ska patienten bokas på SpecMVC för snar bedömning (senast inom fem dagar).

Bedömningen inkluderar värdering av anamnes, palpationfynd och fetometrin, där vid förlossningsplanering bl.a. bör vägas in tidigare förlossningar, patientens längd och vikt, ev. diabetes, samt ev. förlossningsrädsla. Stor skillnad mellan biparietal- och abdominaldiameter ( $AD 26 \text{ mm} > BPD$ ) ökar risken för skulderdystoci vid stort barn enligt fyra studier. Ställningstagande till handläggning ska alltid göras av, eller i samråd med, specialisläkare i obstetriksektionen.

### Indikationer för induktion

I de fall barnets storlek bedöms bli ett potentiellt problem kan förlossningsinduktion övervägas.

Induktion pga stort barn för tiden bör gärna planeras **innan** skattad vikt har uppnått 4 kg; och inte om barnets aktuella vikt uppskattas till 4,5 kg eller mer.

Ofta är lämplig tidpunkt kring vecka 38. En randomiserad studie visade minskad risk för skulderdystoci och fler spontana förlossningar vid induktion vecka 37+0 - 38+6 hos misstänkt stora barn.<sup>1</sup>

### **Ställningstagande till förlossningssätt**

Risken för maternella och fetala förlossningsskador är ökade vid födelsevikter över 4500 g, där dock andra faktorer, bl.a. moderns längd<sup>2</sup>, påverkar denna risk.

Vid **aktuell** skattad fostervikt >4500 g bör förlossningssätt planeras med beaktande av moderns längd, obstetrisk anamnes, gestationsålder, cervixstatus och patientens önskan.

### **Särskilda överväganden vid stort barn:**

- Vid **sätesbjudning** och stort barn rekommenderas kejsarsnitt.
- För **tidigare kejsarsnittsförlösta** patienter avråds i allmänhet från induktion.
- Vid **diabetes och gestationsdiabetes** måste hänsyn även tas till metabol kontroll och diabeteskomplikationer. Risken för skulderdystoci är större, och sectio rekommenderas vid **aktuell** skattad fostervikt > 4,5 kg.
- Vid **tidigare skulderdystoci eller plexusskada** och aktuell estimerad fostervikt > 4 kg rekommenderas kejsarsnitt.

Vid misstänkt stort barn ska en **förlossningsplanering** göras och journalföras av specialistläkare, såväl vid beslut om induktion som när beslut vid konsultation blir att invänta spontant värkarbete.

Generellt bör halvhöga instrumentella ingrepp undvikas om det bedöms föreligga betydande risk för dystoci, och beredskapen bör vara ökad för akut kejsarsnitt vid dålig progress.

<sup>1</sup> Boulvain et al. Lancet 2015;385:2600    <sup>2</sup>Gudmundsson et al. BJOG:2004;764–767