Centrum för Fostermedicin

Specialistmödravården

Patientområde Graviditet och Förlossing

Karolinska Universitetssjukhuset



# *Förlossningsplanering av graviditet där foster behandlats med blodtransfusion på grund av allvarlig erytrocytimmunisering/hemolytisk sjukdom.*

**Information till kvinnan/paret:**

Förlossning efter blodtransfusioner till fostret (intrauterin blodtransfusion - IUT) bör planeras till fullgången tid, d.v.s graviditetsvecka 37+0. Du bör inte gå mer än några dagar längre än så i din graviditet. Ofta kan det även vara aktuellt att planera förlossningen något tidigare, i graviditetsvecka 36+. Rekommendationen är att förlossningen ska ske på universitetssjukhus/regionsjukhus där kunskap och erfarenhet finns av att ta hand om nyfödda med hemolytisk sjukdom (nedbrytning av röda blodkroppar p.g.a antikroppar från mamman). Det är också viktigt att sjukhusets blodcentral har kunskap och kompetens att förbereda rätt blodprodukter till det nyfödda barnet, som redan fått blodtransfusioner under fosterlivet.

Det krävs gemensam planering av förlossningstidpunkt och plats. Det görs, av förlossningsläkare, neonatologer (barnläkare som är experter på nyfödda) och regional blodcentral. Det finns en risk på 50-60% att barnet behöver behandling med utbytestransfusion (blodbyte) under de första levnadsdagarna och ytterligare en risk på 30-40% att barnet kan behöva behandling med vanliga blodtransfusioner (erytrocytkoncentrat). Därutöver behöver majoriteten av barnen ljusbehandling i flera dygn. Det är viktigt att blodcentralen är informerad så att rätt blod finns till barnet

Det vanliga är att förlossningen sätts igång (med lämplig igångsättningsmetod) och att barnet därefter föds vaginalt. Det finns ingen anledning att planera för förlossning med kejsarsnitt, om inte någon annan medicinsk anledning för detta förlossningssätt finns. Skulle förlossningen starta för tidigt av sig själv, så kontaktar du ditt närmaste förlossningssjukhus, som tar hand om dig och gör en bedömning om det är säkert att skicka dig vidare till regionsjukhuset eller inte.

Räkna med att barnet kommer att behöva vårdas på sjukhus i ungefär en vecka. Ibland blir det färre dagar, ibland fler. Efter utskrivning till hemmet, så är det viktigt med återbesök till sjukhusets barnmottagning för kontroll av barnets blodvärde, samt eventuellt leverstatus och järnstatus, vid ca en månads ålder. För vissa barn, som fått IUT, kan det ta tid att komma igång med sin egen bildning av röda blodkroppar igen, och de kan behöva extra blodtransfusioner upp till 4 månaders ålder.

**Information till ansvarig personal på förlösande klinik:**

**Rekommenderad övervakning efter IUT fr.o.m gestationsvecka 35+0**

* Antikroppstiter
* Ultraljud MCA PSV + biofysisk profil (inklusive fosterrörelser) enligt flödesschema 2ggr/vecka
* CTG 2ggr/vecka

Ultraljud bör utföras av läkare med kompetens inom fostermedicin, då bedömning av fosterfysiologi är försvårad vid fetal anemi. Lämplig tidpunkt för förlossning bör ske utifrån en samlad bedömning i samråd med obstetriker/fostermedicin. Övervakning mellan gestationsvecka 35-38 kan vara svårvärderad. Om kontroller är bra (CTG, biofysisk profil, fosterrörelser) men MCA PSV ≥ 1,7 upprepas undersökningen efter 24 timmar. Om fortsatt ≥ 1,7 bör kvinnan förlösas. Annars fortsatt tät övervakning**.**

Vaginal förlossning rekommenderas i de flesta fall. Kejsarsnitt görs på sedvanlig obstetrisk indikation. Om barnet ligger i sätesbjudning, så finns inga hinder att göra ett vändningsförsök. Kontinuerlig fosterövervakning (CTG) rekommenderas under förlossningen.

Det är viktigt att blodcentralen är informerad så att rätt blod finns till barnet, och vid behov till modern. Blod till barn som erhållit IUT ska alltid vara bestrålat, till dess att barnet är 6 månader, för att undvika transfusionskomplikationer. Sådan bestrålningsutrustning finns inte på alla sjukhus

Följande blodprover ska tas på mamman vid inkomst till förlossningen:

MG-test (”Mottagar-Givar”), antikroppsbestämning.

Följande navelsträngblodprover ska tas på barnet vid födelsen:

DAT, blodstatus, totalt bilirubin (konjugerat och okonjugerat), albumin, retikulocyter, ferritin.

Att utföra blodgruppering av det nyfödda barnet är dock meningslöst, då resultatet inte kommer att stämma, eftersom barnet erhållit blodtransfusioner med annan blodgrupp under fosterlivet. En kopia av den blodgruppering av fostret, som vi utför vid första IUT, får patienten med sig från oss, tillsammans med övriga journalkopior.

Hörselscreening ska genomföras, hjärnstamsaudiometri rekommenderas.

Det ska finnas en planering med återbesök senast inom fyra veckor för barnet till barnmottagning för kontroll av blodstatus/anemi, innan hemgång från sjukhuset.

Svensk neonatalförening rekommenderar att barn, som genomgått behandling med IUT under fosterlivet, följs upp till skolålders inom ramen för det Nationella uppföljningsprogrammet och de regionala riktlinjer som gäller för neonatala riskbarn.

Välkommen att ringa vid ytterligare frågor.

Centrum för Fostermedicin

C5.28, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

08-123 706 87

Referens:

Graviditetsimmunisering. ARG-rapport nr 82, 2023. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, Perinatal-ARG.