

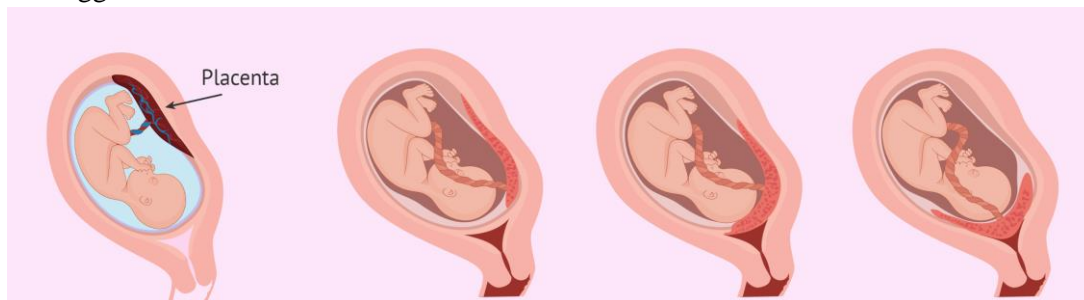
Patientinformation angående lågt sittande, föreliggande eller invasiv moderkaka (placenta previa/ invasiv placenta)

Du får den här informationen då man vid ultraljud sett att du har en lågt sittande moderkaka eller en moderkaka som växer in i livmodern på ett onormalt sett. Moderkakan bildas och utvecklas tillsammans med barnet i livmodern. Moderkakan sitter fast på insidan av livmodern och försörjer barnet med näring via blodet i navelsträngen. Hos en del kvinnor sätter sig moderkakan långt ner i livmodern och hos en del täcks livmoderhalsens öppning. Hos de flesta kvinnorna växer moderkakan bort från öppningen, så att den inte ligger i vägen när graviditeten fortgår. Men hos några fortsätter moderkakan att ligga för öppningen och det kallas för föreliggande moderkaka (placenta previa). Detta tillstånd är en graviditetskomplikation, som kräver särskild vård.

Lågt sittande moderkaka eller en moderkaka som täcker livmoderhalsens öppning kan ibland vara kopplat till ytterligare en annan moderkakskomplikation, som kallas invasiv placenta vilket betyder att moderkakan växer in eller till och med igenom livmoderväggen. Finns misstanke om detta krävs ytterligare planering och information av din ansvarige läkare.

- Lågt sittande moderkaka (placenta): moderkaskanten ligger mindre än 2 cm från livmoderhalsens öppning, men ligger inte över denna
- Föreliggande moderkaka (placenta previa): moderkakan täcker livmoderhalsens öppning i varierande grad. Om moderkakan ligger mitt över öppningen kallas det total previa
- Invasiv moderkaka (invasiv placenta): moderkakan växer in i livmodermuskulaturen i olika grad

Föreliggande moderkaka



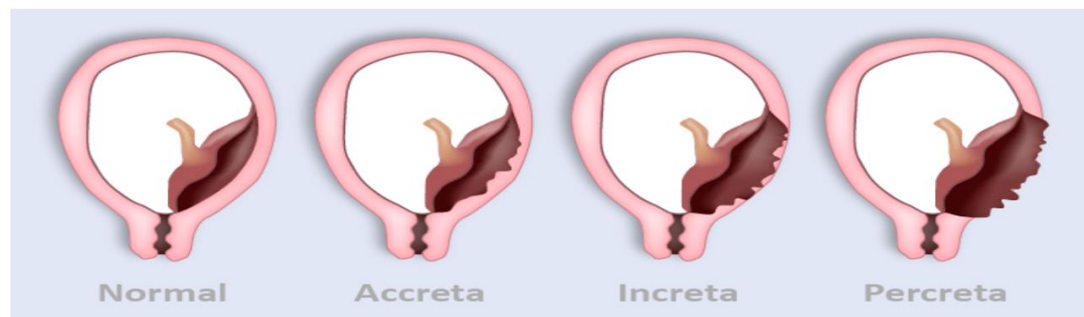
Normal

Lågt sittande

Previa

Total previa

Invasiv moderkaka



Normal

Accreta

Increta

Percreta

Normal

Olika svårighetsgrad av invasiv placenta (djupare = svårare)

Diagnostik

Vid rutinultraljudet, kring graviditetsvecka 18-20, kan man upptäcka att moderkakan ligger lågt och då behöver du göra uppföljande ultraljud senare i graviditeten.

5-6 % av alla kvinnor har lågt sittande moderkaka vid rutinultraljudet, men endast 1 % av dem har så pass lågt sittande moderkaka senare i graviditeten att det innebär behov av särskild vård.

Det uppföljande ultraljudet planeras utifrån hur moderkakan sitter vid rutinultraljudet och om du tidigare genomgått kejsarsnitt eller annan kirurgi på livmodern. Det utförs mellan graviditetsvecka 24-32 och ultraljudet kan behöva utföras vaginalt. Efter ultraljudet görs en vidare planering för din fortsatta graviditet. Eventuellt kan ytterligare utredning behövas.

I takt med att livmodern växer kan avståndet mellan moderkakskanten och livmoderhalsöppningen öka. Ligger moderkakskanten mer än 2 cm bort så planerar man för en vaginal förlossning. Ligger moderkakskanten närmare öppningen får man föra en diskussion med ansvarig läkare hur man ska planera.

Ibland kan man inte säkert avgöra hur mycket av moderkakan som ligger för livmoderhalsöppningen förrän v 36 men efter det ultraljudet bör du kunna få besked om det blir kejsarsnitt eller planerad vaginal förlossning.

Vad är viktigt att tänka på när du har en lågt sittande, föreliggande eller invasiv moderkaka?

Du kan leva som vanligt men du bör undvika ansträngning, tunga lyft och samlag då det kan orsaka sammandragningar och blödning.

Om du får en blödning, smärta eller regelbundna sammandragningar ska du höra av dig till din förlossningsavdelning och komma in för undersökning. Blödningen kan bli så stor att du och barnet kan påverkas. Vid stor blödning är det viktigt att du ringer efter ambulans och meddelar att du har en lågt sittande eller föreliggande moderkaka.

Om du har upprepade blödningar eller andra försvårande omständigheter så kan du behöva vara inlagd på sjukhus.

Det är viktigt att ditt blodvärde ligger bra inför förlossningen. Därför är det viktigt att du äter bra och järnrik kost och kanske även järntabletter.

Ibland kan man ha många tankar och oro inför operationen, då finns det möjlighet till samtal med en kurator. Din ansvarige läkare kan förmedla den kontakten.

Förlossningen

Om moderkakan ligger för livmoderhalsöppningen eller moderkakan växer in i livmodermuskulaturen så behöver din förlossning ske med ett kejsarsnitt. Kejsarsnittet planeras oftast till graviditetsvecka 35-38, men ibland kan operationen behöva göras tidigare om det finns försvårande omständigheter. Kejsarsnittet kan bli ett akut kejsarsnitt innan det datum som planerats på grund av till exempel en kraftig blödning.

Den här typen av kejsarsnitt kan innebära en större blödning än vid andra kejsarsnitt, därför kan du behöva blodtransfusion vid operationen.

Inför kejsarsnittet gör din läkare en individuell planering tillsammans med bland andra narkosläkare. Ibland behövs ett ”medellinjesnitt”, ett hudsnitt som går från blygdbenet upp till åtminstone naveln.

Om blödningen under operationen blir väldigt stor finns det mycket din läkare kan göra för att stoppa blödningen. Men om blödningen ändå fortsätter kan livmodern behöva tas bort. I vissa fall planeras borttagande av livmodern redan innan operationen. Denna planering görs förstås tillsammans med dig.

Behöver livmodern tas bort så får man inga menstruationsblödningar och man kan inte få flera barn. Men de kvinnliga könshormonerna utsöndras fortfarande som vanligt eftersom äggstockarna nästan alltid är kvar.

Efter förlossningen

Många kvinnor kan behöva vara inlagda på sjukhus lite längre tid än de normala 2-3 dyggen, för bland annat extra smärtlindring. Ibland kan även barnet behöva lite extra stöd.

En del kan drabbas av en övergående nedstämdhet efter operationen. Det finns hjälp att få, tala med din läkare eller barnmorska om du känner så, de kan hjälpa till med kontakten till kurator eller distriktsläkare.

Om du har genomgått ett större ingrepp bör du ha ett återbesök till specialistmödravården för att följa upp hur du mår samt gå igenom och bearbeta vad som har hänt. Gärna tillsammans med din partner.