

Abruptio placenta - Placentaløsning

Ane Moe Holme- OUS-Rikshospitalet (sbhmoa@ous-hf.no)

Annetine Staff - OUS-Ullevål og Rikshospitalet

Cathrine Ebbing- Haukeland Universitetssjukehus

Silje Pettersen, OUS- Rikshospitalet

Sammendrag anbefalinger

- Vi *anbefaler* at placentaløsning mistenkes ved magesmerter og/eller vaginalblødning. Mistanken styrkes av samtidige kontraksjoner, palpasjonsøm uterus og økt uterintonus uavhengig av rier.
- Vi *anbefaler* at overvåkning, intravenøs tilgang, blodprøver og stabilisering av mor og foster prioriteres ved mistenkt placentaløsning.
- Vi *anbefaler* ultralydundersøkelse av foster og placenta ved stabil mor og normal fosterovervåkning. Normal ultralydundersøkelse av placenta utelukker ikke placentaløsning.
- Vi *foreslår* tranexamsyre ved pågående blødning, men ikke som profylakse.
- Ved uavklart eller kronisk placentaløsning *anbefaler* vi at fosterovervåkning, overvåkning av mors vitalia, blodprøver og videre håndtering av svangerskapet tilpasses individuelt.
- Vi *anbefaler* at placenta undersøkes og beskrives makroskopisk av fødselslege etter fødsel ved klinisk mistanke om placentaløsning, og at placenta sendes til histopatologisk undersøkelse

Søkestrategi

Ikke-systematisk søk og oppdatering av forrige veileder der placentaløsningstemaet var dekket i Placentakapitelet. Oppdateringer er gjort ved bruk av oppslagsverkene Cochrane Reviews, Best Practice, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, Up to date, Open Evidence, samt PubMed for å inkludere nyeste artikler på enkelte problemstillinger eks. bruk av tranexamsyre ved blødning antepartum.

Definisjon

Abruptio placentae («placentaløsning») er definert som for tidlig løsning av placenta fra maternell decidua etter 20. svangerskapsuke¹⁻⁴. Placentaløsning er en konsekvens av retroplacental blødning som kan være akutt eller kronisk. Placentaløsning kan oppstå under eller før fødsel, og være komplett eller partiell. Det kliniske bildet varierer fra mildt til livstruende for mor og/eller foster avhengig av omfanget placentaløsningen og svangerskapslengden. Placentaløsning er assosiert med høy maternell og perinatal morbiditet og mortalitet.

Epidemiologi

Forekomsten er rapportert til å være 0.7-1,6%, men høyere om man baserer seg på histopatologisk undersøkelse^{5,6}. Insidensen varierer globalt og i Norge er den høyere blant immigranter fra sør for Sahara⁷.

Etiologi/patogenese

For tidlig løsning av placenta skyldes maternell blødning som dissekerer inn i decidua og separerer placenta fra uterinveggen. I sjeldne tilfeller er det blødning fra føtale eller placental kar. Blødningen fører til økt frigjøring av trombin som trigger kontraksjoner, økt tonus i uterus og bidrar til økt risiko for disseminert intravaskulær koagulasjon.

Placentaløsning kan være komplett eller partiell, sentral eller marginal.

-Akutt alvorlige placentaløsning antas å skyldes arteriell blødning sentralt i placenta, som fører til omfattende disseksjon mellom placenta og decidua. Årsak til slik blødning er ofte ukjent, men den kan oppstå etter direkte eller indirekte traumer (som akselerasjon/ deselerasjonstraumer) og plutselige volumendringer i uterus (etter fødsel av første tvilling eller plutselig vannavgang ved polyhydramnion)^{3,8}.

-Kronisk løsning antas å skyldes venøs blødning, gjerne i kanten av placenta, ofte sekundært til kronisk inflammasjon eller placental iskemi.

-Svangerskap med unormal placentering har økt risiko for abruptio, slik som ved tidlig innsettende preeklampsi og intrauterin tilveksthemming (IUGR)⁸.

Risikofaktorer

Tidligere placentaløsning gir 5-10 ganger økt risiko for ny løsning⁹⁻¹¹.
Hypertensive svangerskapskomplikasjoner øker risikoen 3-4 ganger.
Folattilskudd virker å redusere risikoen¹². Risikofaktorer er oppsummert nedenfor^{1,3,8}.

Maternell og obstetrisk historie:

- Tidligere placentaløsning
- Tidligere keisersnitt
- Gjentatte spontanaborter
- Maternell komorbiditet (inkludert kronisk hypertensjon, anemi (særlig sigdcelle anemi), trombofili, uterine misdannelser, endometriose og myomer).

Aktuelle svangerskap:

- Hypertensive svangerskapskomplikasjoner
- Oligohydramnion
- Intrauterin veksthemming
- Intrauterin inflammasjon og infeksjon
- Preterm vannavgang
- Placenta previa
- Retroplacentært myom
- Flerlingsvangerskap
- Polyhydramnion
- Traume
- Rusmidler (røyking, kokain)
- Høy maternell alder
- Lav sosioøkonomisk status
- Blødning tidligere i svangerskapet
- Assistert befruktning

Klinisk presentasjon

Subjektive symptomer og kliniske funn varierer og er avhengig blant annet av omfanget av løsningen og plasseringen av placenta.

- Magesmerter og/eller vaginalblødning er de vanligste symptomene og kan oppstå før eller under fødsel.
- Akutt placentalsløsning vil ofte også medføre hyppige og smertefulle kontraksjoner, palpasjonsøm uterus, økt uterintonus og smerte mellom kontraksjonene.
- CTG-forandringer sees kun ved omfattende placentalsløsning.
- Omfattende løsning kan påvirke mors vitalia og gir høy risiko for disseminert intravaskulær koagulasjon (DIC)^{4,13}.
- Sentral og omfattende placentalsløsning ledsages ikke alltid av vaginalblødning, men må mistenkes ved magesmerter, kontraksjoner, irritert uterus og tegn til fosterstress.
- Ved bakreveggs-placenta kan placentalsløsning gi lave ryggsmertor.
- Kronisk partiell løsning kan noen ganger gi få eller ingen symptomer, men bør være en differensialdiagnose ved gjentatt vaginal blødning. Økt oppmerksomhet ved hypertensive svangerskapslidelser, oligohydramnion, IUGR og ved prematur vannavgang med vedvarende blodtilblanding^{8,14}. Noen ganger diagnostiseres slik løsning først etter fødselen.

Diagnostikk

- Placentalsløsning er en klinisk, ikke ultralydbasert diagnose.
- Ved vaginalblødning og magesmerter samlet eller hver for seg i 2. eller 3. trimester bør placentalsløsning vurderes/utelukkes.
- Ledsagende kontraksjoner, palpasjonsøm uterus, økt uterintonus og/eller påvirket fosterovervåkning gir økt mistanke om placentalsløsning.
- En normal ultralydundorsøkelse kan ikke *utelukke* placentalsløsning (Ultralydundorsøkelse har lav sensitivitet (24%)). Men positive ultralydfunn har høy spesifisitet og korrelerer med alvorlig tilstand^{13,15-17}.

- Ultralydundersøkelse må ikke forsinke behandling, men ved stabil mor og fosterovervåkning kan ultralyd være nyttig, også mhp. differensialdiagnoser.
- Blod under placenta ("retroplacentært hematom") og/ eller hinner kan av og til sees ved ultralyd; ekkofattig, ofte med heterogent ekko (både ekkotette og ekko-fattige partier), velavgrenset, elliptoide oppklaring retroplacentært eller subchorionisk (mellom amnion og uterus). Placenta kan sees fortykket, og ha ujevn tykkelse^{3,13,15,16}.
- Ved lett press med proben kan man demonstrere en annen vevstetthet i hematomet enn i placenta, «gelé-tegn»³.
- Doppler-undersøkelse kan være nyttig for å skille koagler fra placentavev, men slike funn er uspesifikke og avhengig av operatørens erfaring.
- Vi *foreslår* å overvåke mors klinikk og fosterets hjerteaksjon i minimum fire timer ved normale stabile funn hos mor og foster etter kraftig traume mot magen³. Vi *foreslår* å vurdere videre observasjon i avdeling avhengig av traumets omfang.
- Den diagnostiske nytteverdien av å teste for føto-maternell blødning/ kvantifisere føtalt hemoglobin i mors blod ved mistenkt placentalsøsning er usikker fordi det er dårlig korrelasjon mellom testresultat og funn av placentalsøsning^{3,4}. I enkelte situasjoner kan det likevel være nyttig å diagnostisere føto-maternell blødning for å tilpasse overvåking og evt. behandling.
- Liten til moderat løsning gir ofte få endringer i blodprøveverdier.
- Omfattende løsning (>50%) kan raskt gi DIC-utvikling³.

Differensialdiagnoser

- Tegningsblødning eller annen blødning fra cervix
- Placenta previa
- Vasa previa
- Randsinus-blødning
- Uterusruptur

Behandling av mistenkt placentalsøsning/abruptio^{3,4,8,18,19}

Uansett svangerskapslengde:

- Vi *anbefaler* at umiddelbare tiltak gjøres for å overvåke av foster med CTG og stabilisere mor. Dette inkluderer:
 - Intravenøs tilgang, monitorering av BT, puls, temperatur.
 - Blodprøver: Hb, hematokrit, trombocytter, leukocytter og full DIC-status (APTT, INR, fibrinogen og evt antitrombin) og blodtypeantistoffscreening
 - Vurdering av behov for væske, blodprodukter og behov for å overvåke væskebalanse (Mål: Hb over 10 g/dl).
 - Forsterovervåking kontinuerlig til situasjonen er avklart
- Vi *foreslår* at Tranexamsyre (1g langsam i.v. injeksjon (1 ml/min)) gis tidlig i forløpet ved akutt stor blødning²⁰
- Vi *anbefaler* at umiddelbar forløsning vurderes ved kraftig ante- eller intrapartum-blødning og mistanke om placentalsøsning med påvirket føtal eller maternell status (hyperton uterus, hemodynamisk ustabil mor, patologisk/preterminalt CTG)
- Vi *anbefaler* anti D-immunoglobulin til rhesus-negative mødre

Ved levende foster til termin (≥37 uker):

- Vi *anbefaler* å initiere forløsning ved mistanke om placentalsøsning etter uke 37. Dersom stabil mor og upåvirket barn kan vaginal forløsning vurderes, med kontinuerlig fosterovervåking og høy beredskap for rask konvertering til keisersnitt.

Ved svangerskapslengde <34 uker og stabil mor og barn:

- Vi *foreslår* at konservativ behandling med overvåking av mor og foster kan vurderes ved stabil mor og normal fosterovervåking. Videre tiltak må da vurderes i henhold til kapittelet for preterm fødsel, men med noen særskilte avveininger (se nedenfor) (se kapittel; **Preterm fødsel**).

- Vi *anbefaler* å overveie lungemodning til foster dersom man forventer snarlig forløsning (se kapittel; **Preterm fødsel**).
- Vi *foreslår* å være svært tilbakeholden med tokolytisk behandling, men det kan overveies ved sparsom blødning, stabil kvinne, svak mistanke om abruptio og behov for lungemodning, forutsatt tett klinisk overvåkning av maternell og føtal helse med CTG, BT og kliniske symptomer^{3,19}.
- Vi *foreslår* ved svangerskapslengde <32 uker, føtal nevroproteksjon med MgSO₄ overveies avh klinisk situasjon (har potensiell tokolytisk effekt) (se kapittel; **Preterm fødsel**)^{8,21,22}.
- Ved mistanke om kronisk partiell løsning *anbefaler* vi at fosterovervåkning, tilvekstkontroller, overvåkning av mors vitalia og blodprøver vurderes og tilpasses individuelt.
- Vi *foreslår* at tranexamsyre (1g i.v. 3-4 daglig) overveies ved pågående frisk blødning. Vi foreslår ikke at tranexamsyre brukes profylaktisk for å forebygge gjentatt blødning hos pasienter uten koagulopati. Tranexamsyre passerer placent. Effekt og eventuelle bivirkninger av langvarig/gjentatt behandling med tranexamsyre i svangerskapet er lite studert. Det er ikke publisert studier som viser at tranexamsyre minsker risikoen for gjentatt blødning eller forlenger tid til forløsning¹⁹.

Ved avdødt foster:

- Ved omfattende placentalløsning som har ført til intrauterin fosterdød er det høy risiko for DIC hos mor^{3,4}.
- Vi *foreslår* å ha blod i beredskap, overvåke DIC-status og å beholde kvinnen på sykehuset inntil forløsning.
- For generell håndtering av IUFD (se kapittel; **Intrauterin fosterdød**).

Etter fødsel

- Det er økt risiko for postpartumblødning både pga økt risiko for atoni og koagulasjonsforstyrrelse hos mor.

- Vi foreslår økt oppmerksomhet og vurdering av profylaktiske tiltak for postpartum-blødning inklusive tranexamsyre og gjentatt koagulasjonsstatus (se kapittel; Postpartumblødning).
- Vi foreslår å måle Hb fra navlesnorsprøve og at den nyfødte observeres med tanke på anemi, og at denne risikoen formidles til teamet som tar imot barnet. Risikoen for anemi hos den nyfødte etter placentalsøsning er usikker, enkelte studier angir anemi hos 16%²³.

Forebygging i senere svangerskap

Placentalsøsning gir 5-10 ganger økt risiko for løsning i et eventuelt senere svangerskap og er assosiert med økt forekomst av hypertensive svangerskapskomplikasjoner, prematur fødsel og SGA i påfølgende svangerskap^{9-11,24,25}. Det anbefales at kvinner med tidligere placentalsøsning følges opp som risikosvangerskap med tilvekst kontroller og vurdering av forløsningstidspunkt^{10,25}. Se forøvrig retningslinjer (se kapitler Hypertensive svangerskapskomplikasjoner og eklampsi, Preterm fødsel og IUGR).

Det er foreløpig ikke data som entydig støtter antitrombotisk behandling (acetylsalisylsyre eller lavmolekylært heparin) for å forebygge placentalsøsning i neste svangerskap^{14,26-28}, men mange gravide vil omfattes av retningslinjene ved høy risiko for preeklampsi (se kapittel; Hypertensive svangerskapskomplikasjoner og eklampsi).

Diagnostikk postpartum

- Det anbefales at placenta sendes til histopatologisk undersøkelse med god beskrivelse av klinisk bilde, placentaforløsning, og placenta etter forløsning.
- Akutt og komplett løsning av hele placenta kan ofte være vanskelig å skille fra fysiologisk løsning av placenta etter fødsel, både makroskopisk og mikroskopisk. Diagnosen baseres da ofte på kliniske funn.

Dersom blødningen har pågått over tid, kan det ses impresjoner/ groper i maternelle placenta-flate og fasthengende koagler

Referanser

1. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011; **90**(2): 140–9.
2. Chen AL, Goldfarb IT, Scourtas AO, Roberts DJ. The histologic evolution of revealed, acute abruptions. *Hum Pathol* 2017; **67**: 187–97.
3. Oyelese YV, AM. Placental Abruption. Jul 17, 2024 2024. <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/1117> (accessed Nov 2025).
4. Ananth CK, WL. Acute placental abruption: Pathophysiology, clinical features, diagnosis, and consequences. In: Rebecca Connor M, Senior Director of Clinical Content for UpToDate, ed. UpToDate: Wolters Kluwer.; Assesed sept 2025.
5. Tikkanen M, Nuutila M, Hiilesmaa V, Paavonen J, Ylikorkala O. Clinical presentation and risk factors of placental abruption. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; **85**(6): 700–5.
6. Wright GL, Friedman A, Ananth CV, Wen T. Placental Abruption: Temporal Trends, Risk Factors, and Associated Adverse Maternal Outcomes. *Am J Perinatol* 2025.
7. Maeland KS, Morken NH, Schytt E, Aasheim V, Nilsen RM. Placental abruption in immigrant women in Norway: A population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2021; **100**(4): 658–65.
8. Brandt JS, Ananth CV. Placental abruption at near-term and term gestations: pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management. *Am J Obstet Gynecol* 2023; **228**(5s): S1313–s29.
9. Rasmussen S, Irgens LM. Occurrence of placental abruption in relatives. *BJOG* 2009; **116**(5): 693–9.
10. Rasmussen S, Irgens LM, Albrechtsen S, Dalaker K. Women with a history of placental abruption: when in a subsequent pregnancy should special surveillance for a recurrent placental abruption be initiated? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; **80**(8): 708–12.
11. Oyelese Y, Peltier M, Donovan B, et al. Placental abruption: Incidence and risk of recurrence in subsequent pregnancies. *J Obstet Gynaecol Res* 2024; **50**(5): 821–7.

12. Nilsen RM, Vollset SE, Rasmussen SA, Ueland PM, Daltveit AK. Folic acid and multivitamin supplement use and risk of placental abruption: a population-based registry study. *Am J Epidemiol* 2008; **167**(7): 867–74.
13. Oyelese Y, Litman E, Hecht JL, Hernandez-Andrade E, Kinzler WL. Hemorrhagic placental lesions on ultrasound: a continuum of placental abruption. *J Perinat Med* 2025; **53**(6): 741–8.
14. RCOG. Antepartum Haemorrhage (Green-top Guideline No. 63) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists London, 2011.
15. Mor L, Erteschik N, Gandelsman E, et al. Obstetric and neonatal outcomes in pregnancies complicated by placental abruption with vs. without supporting sonographic findings- A retrospective cohort study. *Placenta* 2024; **156**: 14–9.
16. Glantz C, Purnell L. Clinical utility of sonography in the diagnosis and treatment of placental abruption. *J Ultrasound Med* 2002; **21**(8): 837–40.
17. Fadl SA, Linnau KF, Dighe MK. Placental abruption and hemorrhage-review of imaging appearance. *Emerg Radiol* 2019; **26**(1): 87–97.
18. Excellence NifHaC. Evidence review for intrapartum haemorrhage 2019 NICE guideline: NICE guideline NG121 2019.
19. Mandrup CM, Klemmensen Å. DSOG Obstetriske guidelines Antepartum blødning København, Denmark: Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækolog, 2022.
20. Ker K, Sentilhes L, Shakur-Still H, et al. Tranexamic acid for postpartum bleeding: a systematic review and individual patient data meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet* 2024; **404**(10463): 1657–67.
21. Ichizuka K, Toyokawa S, Ikenoue T, et al. Risk factors for cerebral palsy in neonates due to placental abruption. *J Obstet Gynaecol Res* 2021; **47**(1): 159–66.
22. Colón I, Berletti M, Garabedian MJ, et al. Randomized, Double-Blinded Trial of Magnesium Sulfate Tocolysis versus Intravenous Normal Saline for Preterm Nonsevere Placental Abruption. *Am J Perinatol* 2016; **33**(7): 696–702.
23. Tweddell SM, Bahr TM, Henry E, et al. Placental abruption and neonatal anemia. *J Perinatol* 2023; **43**(6): 782–6.

24. Rasmussen S, Irgens LM, Dalaker K. Outcome of pregnancies subsequent to placental abruption: a risk assessment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; **79**(6): 496–501.
25. Ruiter L, Ravelli AC, de Graaf IM, Mol BW, Pajkrt E. Incidence and recurrence rate of placental abruption: a longitudinal linked national cohort study in the Netherlands. *Am J Obstet Gynecol* 2015; **213**(4): 573.e1–8.
26. Rodger MA, Gris JC, de Vries JIP, et al. Low-molecular-weight heparin and recurrent placenta-mediated pregnancy complications: a meta-analysis of individual patient data from randomised controlled trials. *Lancet* 2016; **388**(10060): 2629–41.
27. Roberge S, Bujold E, Nicolaides KH. Meta-analysis on the effect of aspirin use for prevention of preeclampsia on placental abruption and antepartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol* 2018; **218**(5): 483–9.
28. Abrahamsen KA, Anita Sylvest; Baldur-Felskov, Birgitte; Dalsgaard, Jens; Frederiksen-Møller, Britta Hansen; Ansholm, Jeanette; Kelstrup, Louise; Lange, Sara Lindquist; Munk, Sofie; Persson, Anne Cathrine Hoffgaard; Grange, Lisa; Thellesen, Line. Acetylsalicylsyre i graviditeten. København, Denmark, 2022.