

Sätesändläge

Faktaägare:

Vändning

Vändningsförsöken utföres på förlossningsavdelningen enligt PM.

- Absoluta kontraindikationer

Duplex graviditet, allvarlig fostermisbildning, vattenavgång, blödning i sista trimester, placenta praevia, uterus missbildning, placentainsufficiens, tidigare graviditet med ablatio placentae.

- Förberedelser på Barnmorskemottagningen.

Vid sätesbjudning i graviditetsvecka 35 beställs vändningstid på förlossningsavdelningen av barnmorskan. Samtidigt får patienten informationsbroschyren om vändning samt information om att vara fastande inför vändningsförsöket.

- Yttre vändning

Enligt PM sätesändläge, yttre vändning

- Misslyckat vändningsförsök
 1. Diskussion om förlossningssätt. För förstföderskor rekommenderas sectio. Omföderskor som föredrar vaginal förlossning skall gå på pelvimetri med poängbedömning enl. nedanstående protokoll.
 2. Vid sectiobeslut ifylls op-anmälan.

Poängbedömning av pelvimetri samt storlek och förlossningskanal inför en ev. vaginal sätesförlossning

| PARAMETER | 0 | 1 | 2 |
|---------------------|---|--|--|
| sagital ingång | <11.5 | 11.5-12 | >12 |
| tvär ingång | <12.5 | 12.5-13 | >13 |
| interspinal avstånd | <10 | 10-10.5 | >10.5 |
| intertubar avstånd | <10 | 10-11 | >11 |
| sagital utgång | <10.5 | 10.5-11 | >11 |
| summa utgång | <32.5 | 32.5-33.5 | >33.5 |
| BPD | <80 >99 | 80-86 95-99 | 87-94 87-94 |
| bjudning | dubbel fot omogen cervix rigid b-botten | enkel fot omogen cervix rigid b-botten | rent säte mogen cervix mjuk b-botten |

Modifierat efter B Westin, Acta Obstet Gynecol Scand 1977.

Sätesförlossning

• Kriteria för en optimal vaginalförlossning

1. Inga kontraindikationer till vaginal förlossning(t.ex placenta praevia, bäckensträngsel, navelsträngprolaps).
2. Ej tidigare sectio.
3. Ingen fostermissbildning som kan orsaka skulderdystoci, uppskattad vikt till 2500 g och inte mer än 4000g.
4. Graviditetsvecka 36 eller mer.
5. Ej hyperextension av fosterhuvudet.
6. Rent säte.

7. Spontan förlossning.
8. Erfaren personal.

Absoluta sectioindikationer

1. Om pat erhåller 0 poäng vid någon bedömningspunkt eller totalt inte får >12 poäng.
2. Om pat erhåller 1 poäng vid någon bäckenbedömningspunkt och BPD överstiger 95.
3. Om BPD överstiger 99 eller understiger 80.
4. Dubbel fotbjudning.

• Handläggning av vaginal sätesförlossning

Förberedelser:

1. Välinformerade och välmotiverade föräldrar.
2. Viktskattning med ultraljud i fullgången tid, tidigare vid klinisk misstanke på stort barn eller gränsvärde på bäckenmått.
3. Undvik induktion av förlossning utom på mycket strikta indikationer.
Primär amniotomi kontraindicerad.

Öppningsskedet:

1. Täta fosterljudskontroller. Kontinuerlig CTG-övervakning under senare delen av öppningsskedet och hela utdrivningsskedet. Efter hinnbristning appliceras skalpelektrod på ledande fosterdel, undvik könsorganen.
2. Variabla decelerationer är betydligt vanligare vid sätesförlossningar (förekommer i cirka 70 %). Vid avvikande CTG-kurva bör pH/laktattagning utföras. Resultatet bedöms enligt samma kriterier som vid huvudändläge.
3. Bra värkar viktigt, oxytocinstimulering kan övervägas under senare delen av öppningsskedet och under utdrivningsskedet. Sectio bör övervägas vid värkrubbing, som ej svarar på oxytocinstimulering.
- OBS! Nedträngandet av FFD sker ofta senare än vid huvudändläge.
4. Amniotomi bör undvikas, avvakta spontan hinnbristning. Undantag är när cervix är fullvidgad och sätet väl nedträngt.
- OBS! Beakta risken för navelsträngs prolaps vid hinnbristning.
5. Smärtlindring som vid huvudbjudning.

Utdrivningsskedet

- Obstetriker är ansvarig vid alla sätesförlossningar. Vid behov ring in Bakjour. För att läkare skall kunna handlägga komplikationer vid sätesförlossning måste de få erfarenhet av normal sätesförlossning. Läkare under utbildning bör därför vara den som i första hand handlägger sätesförlossning i liggande/sittande förlossningsställning (se rek SFOG/SBF).

Vid uppräta förlossningsställningar leds förlossningen av ansvarig barnmorska. En assisterande barnmorska sköter oxytocindropp och pressar vid behov på patientens mage vid utförskaffandet av barnets huvud. Van obstetriker skall vara närvarande för övervakning och ev komplikationer och en yngre, mer oerfaren läkare för utbildning.

Barnläkare skall kallas för att vid behov omhändertaga barnet.

Undersköterska ansvarar för att tång finns på rummet och har kontroll på tiderna vid barnets framfödande.

Innan utdrivningsskedet startar bör obstetriker, barnmorskor och undersköterska samlas för en genomgång av framfödandet så att var och en är väl införstådd med sin uppgift. Likaså bör en gemensam sammanfattning av förloppet ske efter förlossningen.

- Ev EDA bör ej fyllas på när patienten närmar sig utdrivningsskedet. Undvik PDB - lägg infiltration vid behov.
- Syntocinondropp skall vara anslutet. Syntocinon skall finnas till hands för ev iv tillförsel om värksvaghet när navelsträngsfästet fötts fram (späd 1 ml Syntocinon 8,3 med 4 ml NaCl 9 mg/ml i 5 ml spruta). Ge 1 ml (1 IE) iv på strikt indikation.
- Vid liggande/sittande förlossningsställning bör kvinnan ej intaga denna position förrän sätet står i introitus mellan värkarna. Perineotomi vid behov. Framfödandet skall helst ske spontant, rör inte barnet i onödan förrän navelroten föds fram. Uppslagna armar kan i regel lösas enligt Lövset. Framfödes huvudet inte spontant löses det enligt Veit-Smellie-Mauriceau och med hjälp av yttre press ovan symfyen, som strävar att flektera huvudet. Om svårigheter att lösa huvudet kan en assistent hjälpa till genom

att trycka på huvudet med ett finger i rectum. Följer inte huvudet lägges tång på efterföljande huvud.

Dokumentation:

1. Noggrann beskrivning av förlossningsförloppet.
2. Registrera klockslag när mamman börjar krysta aktivt, när sätet skär igenom, när benen faller fram, när navelroten föds fram och när hela barnet föds fram.
3. Ev ingrepp, svårigheter.

Det blir sällan komplikationer vid en sätesförlossning där värkarbetet är normalt och där det sker en normal progress.

Referenser:

1. PM Danderyds Sjukhus. Utfärdat av överläkare Margareta Norman, överläkare Sven Lyrenäs och sektionschef Eva Östlund. Godkänt av vch Måns Edlund.
2. PM Linköpings Universitetssjukhusets.
3. Best Practise. Breech presentation.
4. Up to Date, Delivery of the fetus in breech presentation, G. Justus Hofmeyer, MD.

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare