

Sätesändläge + yttre vändning

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

Om inga kontraindikationer finns föreslås vändningsförsök på förlossningsavdelningen efter vecka 36+0.

Patientinformation

Kontraindikationer

- Tillväxthämning, placentainsufficiens, oligohydramnion.
- Tidigare ablatio.
- Placenta praevia.
- Trångt bäcken för huvudbjudning.
- Vattenavgång.
- Maternell komplikation t.ex. grav preeklampsi

Handläggande vid yttre vändning

Får inte äta från kl. 24. Får dricka klara drycker på morgonen, därefter fastande. BAS-test. Iv-nål. CTG-undersökning. Ultraljudskontroll av fosterläget. Om allt är väl ges 0,25 mg Bricanyl (0,5 ml) iv. Patienten ska vara informerad om att hon kan känna av hjärklappning. Vändningsförsöket görs direkt med patienten i lätt bäckenhögläge, lätt åt sidan. Försöket skall gå lätt och inte utlösa obehag. Ultraljudsapparaten intill, fosterljud kontrolleras intermittent under hela vändningen. Vändningsförsöket avbryts om det inte går lätt, om maternella smärtor eller om påverkade fosterljud.

Efter vändningsförsöket göres CTG-registrering 1 timme, gärna i sidoläge, vanlig säng. Om allt går väl får patienten fika och därefter gå hem. RhD-negativ kvinna som väntar RhD-positivt barn eller där RhD-gruppen inte kunnat bestämmas och där ingen immunisering uppstått rekommenderas Rh-profylax i form av Rhophylac förfylld spruta 1500 IE intramuskulärt eller Rhesonativ 625 IE/ml 2ml intramuskulärt. Rh- profylaxen ska upprepas vid eventuell revändning och vid förlossning. Patienten informeras om att hon inom ca 1 vecka skall ha Bm-besök (lyssna och kontrollera fosterläge) Detta bokas av ansvarig MHV-barnmorska. Om allt är väl går patienten hem efter information och lägeskontroll. Fortsatt kontroll på MVC

• Misslyckat vändningsförsök

1. Diskussion om förlossningssätt. Förstfödorskor som önskar vaginal förlossning och som uppfyller kriterierna erbjuds vaginal förlossning. Omfödorskor med tidigare bra förlossningsupplevelse kan föda vaginalt om kriterierna uppfylls. Patienter som föredrar vaginal förlossning skall gå på pelvimetri med poängbedömning enl. nedanstående protokoll.
2. Om absolut sectioönskan erbjuds elektivt sectio omkring v 39+0
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	80-86	87-94
	>99	95-99	87-94
bjudning	dubbel fot	enkel fot	rent säte
	omogen cervix	omogen cervix	mogen cervix
	rigid b-botten	rigid b-botten	mjuk b-botten

Modifierat efter B Westin, Acta Obstet Gynecol Scand 1977.

Sätesförlossning

• Kriterier för en optimal vaginalförlossning

1. Inga kontraindikationer till vaginal förlossning(t.ex placenta praevia, bäckenträngsel, navelsträngprolaps).
2. Ej tidigare sectio.
3. Ingen fostermissbildning som kan orsaka skulderdystoci, uppskattad vikt till minst 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 värkrubbning, 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

- Erfaren obstetiker 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 upprätta förlossningsställningar leds förlossningen av ansvarig barnmorska. En assisterande barnmorska sköter oxytocindropp och utför vid behov suprapubisk press vid ufoforskaffandet 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 infördstådd 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.
- Syntocinon/ Oxytocindropp skall vara anslutet.
- 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.
- För att hålla barnets huvud flekterat och underlätta huvudets framfödande utförs yttre press ovan symfyssen av en assistent samtidigt som förlösande barnmorska/läkare håller pek- och långfinger på var sida om barnets näsa. Om ovanstående inte fungerar kan en assistent hjälpa till genom att trycka på barnets huvud med ett finger i rectum på mamman. 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.

Om en patient inkommer med värkar och god progress i förlossning bör erfaren obstetriker tillkallas för bedömning av möjlighet till vaginal förlossning

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