

Skulderdystoci

Innehåll

Skulderdystoci.....	1
Definition	1
Riskfaktorer.....	1
Morbiditet och mortalitet.....	2
Handläggning (Evidensgrad III-IV)	2
Teamarbete	2
Sista utväg metoder	5
Referenser.....	5
Dokumenthistorik.....	5

Definition

Främre axeln fastnar mot symfyssen efter det att huvudet fötts fram. Fostrets axelbredd överstiger bäckeningångens bredd.

Incidensen beror på viktklassen hos fostret.

0.3 % i viktclass 2500–4000 gram

5–7% 4000–4500 gram

50 % av skulderdystocier inträffar dock hos foster med normal födelsevikt.

Riskfaktorer

Antenatala:

Tidigare skulderdystoci.

Diabetes.

Överburenhet.

Makrosomi.

Kortvuxen kvinna.

Avvikande bäckenanatomi.

BMI över 30.

Intrapartala:

Värksvaghet.

Instrumentell förlossning.

Induktion.

Riskfaktorerna predikterar dock dåligt, de flesta skulderdystocier inträffar utan att riskfaktor föreligger.

Morbiditet och mortalitet

Maternella: perinealbristning grad tre och fyra, blödning, (uterusruptur).

Fetala: asfyxi, plexus brachialis pares (Erbs pares) samt klavikel – och humerusfraktur.

Handläggning (Evidensgrad III-IV)

Det är viktigt med klara roller och tydlig ansvarsfördelning i den akuta situationen.

Systematisk approach har visat sig fördelaktigt.

Teamarbete

- Läkaren leder teamet.
- Barnmorskan är ledare så länge läkare ej finns på plats.
- Undersköterskan har kontroll på tiden för händelser, ansvar för utrustning och deltar i de olika manövrarna efter instruktion från läkare eller barnmorska.
- Se till att intravenös infart finns.

All personal som arbetar med förlossning ska vara bekant med de åtgärder som skall vidtas vid skulderdystoci. Mnemonic enligt ALSO, Advanced Life Support in Obstetrics. Se schema nedan:

HELPER₄

Help

KALLA PÅ HJÄLP!

Erfaren personal, överläkare, barnläkare/neonatolog tillkallas. På jourtid larmas 58888 "Förlossningslarm" om inte både förlossningsjour och husjour är på plats. Överväg att ringa in bakjour.

Evaluate /explain

Utvärdera, är det verkligen en skulderdystoci? Se till att alla i salen är informerade.

Legs

MC ROBERTS MANÖVER

Hyperflexion i höftleder – låren upp mot buken. Ökar ingångsdiametern. Löser > 40 % av skulderdystocier. Se figur 1.

Pressure

SUPRAPUBISKT TRYCK

Tryck mot fostrets bakre axel nedåt och åt sidan – trycker ihop axlarna vilket gör axelbredden mindre och axeln kan glida bakom symfyssen. Se figur 2.

Enter +/- episiotomi

EPISIOTOMI

Ska övervägas om det är trångt och svårt att komma åt. Episiotomi i sig löser ej dystoci eftersom problemet sitter i bäckenet.

R₄

Remove
Rotate
Roll over
Repeat

Börja med ett av handgreppen
först och gå över till nästa om
dystocin inte löser sig.

BAKRE ARMEN LÖSES

Den bakre armens underarm och armbåge letas upp djupt i vagina. Böj i armbågen så att underarmen kan svepas över bröstkorgen och komma ut i förlossningskanalen. Fostret roterar och föds fram. Se figur 3.

INRE MANÖVRAR

Suprapubiskt tryck kan hållas samtidigt

1. Rubins manöver – fingrar/hand mot baksidan av den främre axeln, syftet är att trycka ihop axlarna och minska diametern genom att applicera tryck på axeln.
2. Woods rotation – kan kombineras med 1. Den andra handens fingrar på framsidan av den bakre axeln och försök rotera den bakre axeln mot symfyssen. Se figur 4.
3. Omvänd Woods rotation – fingrar/hand på baksidan av den bakre axeln och försök rotera fostret åt andra hållet. Se figur 5.

RULLA RUNT

Patienten på alla fyra.
Bäckendiameter ökar konjugatan med 10 mm och sagittala utgången med 20 mm.
Lägesändringen kan räcka för att lösa dystocin. Om ej utnyttjas gravitationskraften och huvudet pressas försiktigt neråt och bakre axeln kan förlösas.

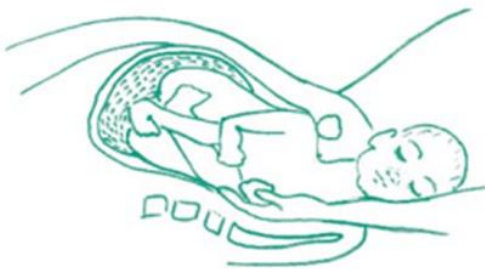
REPETERA OVAN



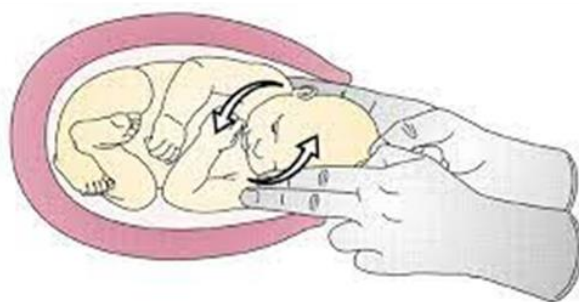
Figur 1. Mc Roberts manöver



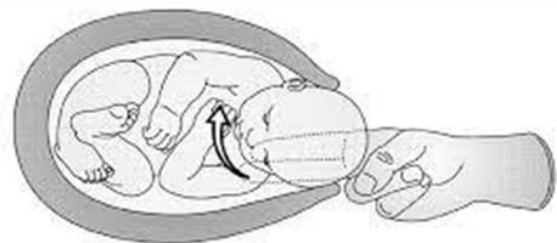
Figur 2. Suprapubiskttryck



Figur 3. Lösning av bakre armen



Figur 4. Kombinerad Rubins manöver och Woods rotation.



Figur 5. Omvänd Woods rotation

Sista utväg metoder

1. Avsiktlig klavikelfraktur.

Med ett tryck uppåt mitt på nyckelbenet fås en fraktur och avståndet mellan axlarna minskar.

2. Zavanelli manöver.

Försök till flexion av huvudet (occiput posterior) och därefter pressa tillbaka huvudet i förlossningskanalen. Konstant tryck uppåt hålls på huvudet tills kejsarsnitt kan utföras. Överväg tokolys (Bricanyl eller Nitroglycerin). Manövern är kontraindicerad om navelsträngen har delats. Överväg tokolys (Bricanyl eller Nitroglycerin).

3. Hysterotomi abdominellt.

Genom rotation av fostret uppifrån (av kirurgen som gör hysterotomin) kan fostret extraheras vaginalt.

4. (Symfyseotomi).

Delning av symfysfogen under lokalbedövning. Ingreppet tar minst två minuter och utförs endast om alla andra manövrar har misslyckats och möjlighet att utföra kejsarsnitt saknas.

Referenser

- Shoulderdystocia. Clinical Evidencebased Guideline no 42. RCOG 2012.
- Intrapartum interventions for preventing shoulder dystocia. C Athukorala, P Middleton, CA Crowther. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008 Issue 4.
- ALSO, Advanced Life Support in Obstetrics. American Academy of Family Physicians.

Dokumenthistorik

Författare:

Mariela Öberg.

Granskare:

Maria Jonsson, Maria Nelander.

Datum:

2023-04-25: Tillgänglighetsanpassat av Lovisa Sjöberg och Annelie Sköld.

2023-01-10: Genomgång av hela dokumentet.