

Skulderdystoci

Innehåll

Definition.....	1
Risikfaktorer.....	2
Antenatala	2
Intrapartal	2
Komplikationer.....	2
Maternella.....	2
Fetala	2
Handläggning	3
Evidensgrad III-IV	3
Teamarbete	3
HELPER.....	3
Sista linjens manövrar	6
Avsiktlig klavikelfraktur	6
Zavanelli manöver	6
Abdominell hysterotomi	6
Symfyseotomi	6
Referenser	6
Dokumenthistorik	6

Definition

Skulderdystoci innebär att fostrets främre axel fastnar mot symfyssen efter det att fosterhuvudet fötts fram. Detta beror på en utebliven rotation av axlarna till tvärvidd, vilken krävs för att axlarna ska kunna passera bäckeningången.

Den totala incidensen av skulderdystoci är 0,2 - 3%. Incidensen ökar tydligt med ökande fostervikt. Trots detta inträffar 50% av skulderdystocier hos foster med normal födelsevikt, varför tillståndet är svårt att förutse.

Riskfaktorer

Antenatala

Följande riskfaktorer finns:

- Tidigare skulderdystoci.
- Maternell diabetes.
- Fetal makrosomi.
- Kortvuxen födande.
- BMI över 30.
- Överburenhet.
- Avvikande bäckenanatomi.

Intrapartala

Följande riskfaktorer finns:

- Värksvaghet.
- Instrumentell förlossning.
- Induktion.

Riskfaktorerna predikterar dock dåligt då de flesta skulderdystocier inträffar utan att riskfaktorer föreligger.

Komplikationer

Maternella

Följande komplikationer kan uppstå:

- Perinealbristning grad III-IV.
- Blödning.
- Uterusruptur.

Fetala

Följande komplikationer kan uppstå:

- Asfyxi.
- Plexus brachialis skada (Erbs pares).
- Fraktur, klavikel eller humerus.
- Död.

Handläggning

Evidensgrad III-IV

Klara roller och tydlig ansvarsfördelning är mycket viktigt i den akuta situationen. Systematisk approach har visat sig fördelaktigt. Se till att intravenös infart finns.

Teamarbete

Teamarbete enligt följande:

- 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.

HELPER

All personal som arbetar på förlossningen ska vara bekant med de åtgärder som ska vidtas vid skulderdystoci. Mnemonic enligt ALSO, Advanced Life Support in Obstetrics.

Stäng av eventuell Oxytocininfusion. Plana sängen. Uppmana patienten att inte krysta.

Se flödesschema på nästa sida.

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.

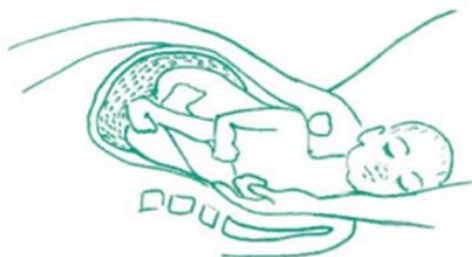
REPETERA OVAN



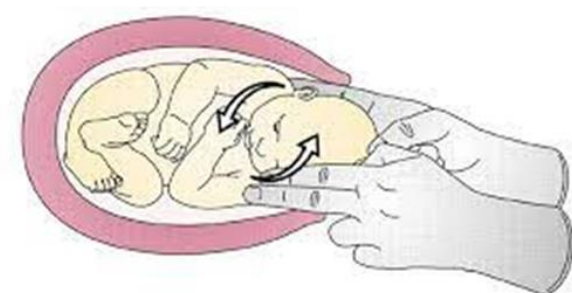
Figur 1. Mc Roberts manöver



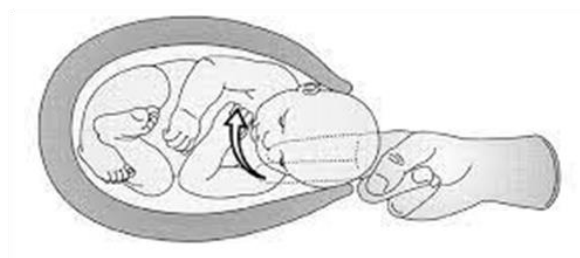
Figur 2. Suprapubiskttryck



Figur 3. Lösning av bakre armen



Figur 4. Kombinerad Rubins manöver och Woods rotation.



Figur 5. Omvänd Woods rotation

Sista linjens manövrar

Avsiktlig klavikelfraktur

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

Zavanelli manöver

Efter rotation till framstupa bjudning flekteras fosterhuvudet för att sedan pressas tillbaka upp i förlossningskanalen. Konstant tryck uppåt hålls på huvudet tills dess att kejsarsnitt kan utföras. Tokolys med Bricanyl eller Nitroglycerin kan övervägas. Manövern är kontraindicerad om navelsträngen har delats.

Abdominell hysterotomi

Genom en abdominell hysterotomi roteras fostret uppifrån av operatören så att axlarna kan passera bäckeningången och fostret extraheras vaginalt.

Symfyseotomi

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

Referenser

Shoulder dystocia. 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:

Anna Törn, Maria Nelander, Maria Jonsson.

Datum:

2023-01-10: Genomgång av hela dokumentet.

2025-02-20: Vilhelm Arvhult. Dokumentet har tillgänglighetsanpassats.

2026-07-15: Anna Törn. Genomgång av hela dokumentet och ändring av enstaka rubriker.