

Yttre vändning och förlossning vid sätesbjudning

Innehåll

Syfte och omfattning	1
Inför vändningsförsök.....	1
Vändningsförsök	2
Tillvägagångssätt.....	2
Efter vändningen.....	2
Pelvimetri.....	3
Indikation för kejsarsnitt vid sätesändläge.....	3
Sätesbjudning förlossning	3
Vaginal sätesförlossning	3
Vem förlöser - läkaren eller barnmorskan?.....	4
Referenser	4
Dokumenthistorik	5

Syfte och omfattning

Dokumentet gäller handläggning vid sätesbjudning under graviditet och förlossning vid Akademiska Sjukhuset i Region Uppsala.

Inför vändningsförsök

Förfödelska: Lämpligast tidpunkt: Från vecka 35 + 0.

Omfödelska: Lämpligast tidpunkt: Från vecka 36 + 0.

Vid fall av sätesändläge vid denna tidpunkt eller senare bokas tid på Bedömningsmottagningen, sekreterare telefonnummer 018-611 57 24, för bedömning och försök till yttre vändning samt information om sätesförlossning.

Patienten får tid till Bedömningsmottagningen klockan 08.00 enligt tidbok. Hon behöver inte vara fastande.

På Bedömningsmottagningen kontrolleras fosterläget med ultraljud av barnmorska. I fall av huvudändläge skickar barnmorskan hem patienten. I fall av sätesläge utförs ultraljudsundersökning av behörig barnmorska för skattning av fostervikt, typ av sätesläge, fosterhuvudets hållning (flexion eller deflexion), placentaläge och Single deepest pocket (SDP). Därefter kontakt med ansvarig specialist eller överläkare som ska utföra vändningsförsöket.

Vändningsförsök

Vändning eller ställningstagande till yttre vändning ska utföras av eller under överinseende av erfaren obstetriker.

Yttre palpation och ultraljudsundersökning utförs för att verifiera sätesändläget samt för placentalokalisation och bedömning av flexion eller deflexion.

Följande är kontraindikationer till vändningsförsök:

- Placenta previa.
- Blödning under senare hälften av graviditeten.
- Svår tillväxthämning.
- Svår preeklampsi.
- Vattenavgång.
- Uttalat deflexionsläge.

Tillvägagångssätt

CTG-registrering ska utföras i cirka 20 minuter innan vändningsförsöket.

Ansvärg specialist eller överläkare samtalar med patienten om vändning ska utföras. Patienten erhåller ID-band.

0,5 mg Bricanyl (1 ml) ges subcutant och vänta därefter 15–20 minuter innan vändningsförsök utförs.

Vid vändningsförsöket ska ultraljudsapparat finnas tillgänglig i rummet. Modern bör ligga på rygg, eventuellt i Trendelenburgläge. Viktigast för att lyckas med en vändning är att få upp fostrets säte ordentligt ur bäckeningången. Framstupa vändning är oftast att föredra.

Direkt efter vändningsförsöket kontrolleras fosterhjärtljud med ultraljud.

Efter vändningen

Ny CTG-registrering utförs under cirka 20 minuter, vare sig man lyckats eller ej.

Rh-profylax om Rh-negativ moder.

Om vändningen lyckats, modern mår bra och CTG är utan anmärkning får hon därefter åka hem.

Om vändningen inte lyckats ska erfaren obstetriker informera om alternativa förlossningsätt. Om patienten är intresserad av vaginal förlossning utförs pelvimetri och bedömning enligt nedan.

Om patienten inte är intresserad av vaginal förlossning planeras ett kejsarsnitt och läkare gör anmälan i Orbit och ansvarar för att operationsplaneringen utförs i tid. Patienten informeras om att om barnet spontant vänder sig till huvudbjudning innan kejsarsnittstiden så försvinner indikationen för snittet och vaginal förlossning får inväntas. Barnets läge ska alltid undersökas med ultraljud på operationsdagens morgon.

Pelvimetri

Om en pelvimetri ska utföras skriver läkaren en remiss för CT bäckenmätning i Cosmic med begäran om preliminär svar. Viktigt att det i remissen tydligt framgår hur akut det är att få den utförd. Röntgen kontaktar själva patienten om en tid, om det inte är akut. Röntgenjour nås på anknytning 147 21.

Uppföljning av pelvimetri – den läkare som skrivit remissen för pelvimetri är ansvarig för att kontakta patienten och vidare planering.

Indikation för kejsarsnitt vid sätesändläge

Indikation för kejsarsnitt föreligger vid följande:

- Skattad fostervikt över 4000 gram.
- Pelvimetri visar sagittal ingång under 11,5 centimeter. Summa utgångsmått under 32,5 centimeter.
- Deflekterat fosterhuvud.
- Före graviditetsvecka 32 + 0 eller vid uppskattad fostervikt under 2000 gram.

Sätesbjudning förlossning

Vaginal sätesförlossning

Förutsättningar enligt följande (använd checklista):

- Skattad fostervikt under 4000 gram och över 2000 gram.
- Graviditetsvecka över 32 + 0 veckor.
- Sagittal ingång större eller lika med 11,5 cm, summa utgångsmått över 32,5 cm.
- Ej deflekterat fosterhuvud.

1. Induktion vid sätesändläge ska endast utföras vid stark indikation. Undvik induktion med primär amniotomi på grund av risk för navelsträngsframfall. Använd i stället prostaglandin.

2. Ultraljudsundersökning ska utföras vid förlossningsstart enligt följande:

- Undersökning av halskotpelaren. Vid hyperextension (star gazing fetus) ska kejsarsnitt utföras.
- Kontroll av sätesläge. Vid dubbel fotbjudning bör kejsarsnitt utföras. Vid dubbel fotbjudning har fostret sträckta knäleder. Observera att komplett sätesläge (skraddarsits) inte är detsamma som "dubbel fotbjudning" och därmed inte en indikation för akut kejsarsnitt.

3. Vid behov av inre CTG-registrering ska elektroden placeras på säkert avstånd från fostrets anus och könsorgan.
4. Förlossningstiden är i regel längre vid sätesbjudning än vid huvudbjudning. Syntocinonstimulering får användas, men kejsarsnitt rekommenderas om stimuleringen inte normaliserar progressen. Amniotomi får utföras när cervix är retraherad och fostrets säte är väl nedträngt i bäckenet. Kontrollera vid hinnbristning, spontan eller iatrogen, att navelsträngen inte fallit fram.
5. Erbjud kvinnan god smärtlindring. Epiduralanalgesi eller paracervikalblockad (PCB) kan ges.
6. Uppmuntra till fyrfota position. Eventuell episiotomi görs efter bedömning i varje individuellt fall. Rör inte fostret förrän navelroten framfötts. Vid uppslagna ben hjälper man till att lirka fram benen, genom flexion i knälederna. Planen bör vara att förlösa barnet under en krystvärk.
7. Løvset armlösningsmetod kan användas oavsett om armarna är uppslagna eller inte, metodbeskrivning, se nedan. Pipers tång ska ligga framme i rummet men behöver inte vara uppackad ur steril förpackning. Vid tånganläggning håller assistenten barnets kropp i upphöjd ställning med hjälp av en varm handduk. Tångens vänstra blad anläggs före det högra bladet.
8. Glycerylnitrat 100mg (en ampull) ska finnas i beredskap för att underlätta framfödandet av huvudet.
9. Barnläkare ska närvara vid förlossningen. Barnläkaren kallas i så pass god tid att hen hinner hälsa på kvinnan och informera henne om att barnet kommer att undersökas direkt efter förlossningen. Barnläkare kallas senast då krystningsfasen påbörjats.

[Glycerylnitrat - Intravenös bolus för akut uterusrelaxation, Region Uppsala.se \(pdf\)](#).

Vem förlöser - läkaren eller barnmorskan?

Överenskommelsen mellan SFOG och SBF från 1993 gäller. Det innebär att det är förlossningsläkaren alternativt jourhavande läkare som förlöser vid sätesförlossning. Är den ansvariga läkaren kunnig kan hen överlåta uppgiften att förlösa barnet till barnmorskan. Läkaren är när så sker fortfarande medicinskt ansvarig för sätesförlossningen. Saknar läkaren god behövlig erfarenhet av sätesförlossning ska förlossningsöverläkare alternativt bakjour alltid tillkallas i god tid före förlossningen.

Referenser

Obstetrik. K Hagberg, K. Marsál, M. Westgren. Studentlitteratur. 2008.

Williams Obstetrics. 21st edition. Cunningham et al. McGraw-Hill Medical Publishing Division.

Dokumenthistorik

Författare:

Maria Jonsson.

Granskare:

Maria Severin, Sanaa Saghir, Madelene Jirhede, Anna Lindqvist, Maria Nelander.

Datum:

2019-10-30:

2022-09-29: Aktualitetsgranskat, inga ändringar.

2024-10-18: Förtydligande om Rh-profylax.

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

2026-01-08: Ihopslagning av PM Sätresbidning yttre vändning och Sätresbidning förlossning.
Förtydligande av ansvaret efter pelvimetri. Uppmuntra fyrfota ställning i stället för liggandes på rygg med ben i benstöd.