

Gäller för: Kvinnosjukvård

Innehållsansvar: Dag Prebensen, (dagpr), Överläkare

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-06-19

Giltig till: 2026-06-19

Sätesbjudning

Revidering i denna version

Planerat kejsarsnitt: *Om barnet har vänt till huvudläge ska vaginal förlossning planeras.*

Bakgrund

Under senare år har antalet vaginalförlösta barn i sätesbjudning minskat, på förlossningsavdelningen NÅL föds cirka 10 – 15 barn vaginalt i sätesläge per år (cirka 15 % av barn i sätesläge). Förlossningssätt har diskuterats utifrån olika studier där en stor utländsk multicenterstudie (Hannah et al, 2000) talar för att planerat sectio är till fördel för barnet. En svensk registerstudie från 2003 visar också att mortaliteten vid sätesbjudning var något lägre vid planerat sectio än vid planerad vaginal förlossning. I absoluta tal är mortalitetsrisken dock mycket liten. Slutsatsen från studien var att föräldrar med barn i sätesbjudning bör informeras om dessa förhållanden, liksom om riskerna vid kejsarsnitt, och det bör också framhållas att komplikationsriskerna är små oavsett förlossningssätt. Efter information och utifrån individuella förhållanden och obstetrisk anamnes beslutas förlossningssätt i samråd med föräldrarna.

OBS! Säte eller tvärläge på tvilling 2 är *inte* indikation för sectio, såvida inte tvilling 2 är <1,5 kg eller prematur < graviditetsvecka 32.

Planering av förlossningssätt vid sätesläge

Via barnmorskemottagningen får patienten tid till antenatalmottagningen första vardag efter graviditetsvecka 35+0 för obstetriska förstföderskor och graviditetsvecka 36+0 för obstetriska

omföderskor.

Förlossningsläkaren ger information och undersöker med ultraljud.

En individuell planering ska göras i samråd med patienten.

Vändning rekommenderas och lyckas i drygt 50 % av försöken.

Om vändningen inte lyckas ges information om sectio respektive vaginal förlossning med möjlighet för patienten att välja förlossningssätt.

Om det är goda förutsättningar (se nedan) samt önskemål från mamman planeras för vaginal sätesförlossning. Bäckensmätning och viktskattning ska då göras.

Vid planering av sectio på grund av sätesbjudning ges preliminär tid cirka 7 dagar innan beräknad partus (BP). Föräldrarna informeras om att barnet kan vända spontant och att det då blir vaginal förlossning.

Yttre vändning

Tidpunkt

≥35+0 graviditetsveckor för obstetriska förstföderskor, ≥36+0 för obstetriska omföderskor. Vid mycket rörligt och växlande läge avvaktas med vändning enligt individuell bedömning till vecka 36 – 38.

Kontraindikationer

- Placenta previa eller om mamman nyligen haft vaginal blödning.
- Barnet gravt tillväxthämmat.
- Oligohydramnios (AFI <5 cm)
- Känd uterusmissbildning som försvårar vändning

Rutiner

Mamman behöver inte vara fastande utan kan äta en lättare frukost med "flytande föda", till exempel fil eller yoghurt utan fruktkött.

Undersökning med ultraljud och information av förlossningsläkare.

Fosterläget konfirmeras. Bedömning görs av fostervattenmängd och placentalkalisation. Viktskattning görs endast om klinisk misstanke om tillväxthämning. Utförligt ultraljud vid eventuell misstanke om fosteravvikelse (viss överrisk vid sätesläge).

CTG registrering 20 minuter innan och minst 30 minuter efter vändningsförsök. Venflon sätts för fri venväg. Bricanyl 0,25 mg ges långsamt intravenöst för tocolys när läkaren som ska utföra vändningen är på plats. (Injiceras under 5 minuter, god effekt cirka 15 minuter.)

Efter vändning/vändningsförsök ges Rophylac 1500 E till Rh-negativa patienter. Läkare dokumenterar operationsberättelse i Obstetrix.

Vid misslyckat vändningsförsök uppsätts patienten för elektivt sectio eller planeras för vaginal sätesförlossning enligt nedan.

Planerat kejsarsnitt

Sectio planeras till 7 dagar innan BPU (beräknad partus enligt ultraljud).

OBS kontroll ska göras av fosterläge vid inläggning. **Om barnet har vänt till huvudläge ska vaginal förlossning planeras.**

Vid sectio av prematurt barn i sätesläge ges Nitroglycerin för uterusrelaxation vid extraktion (0,5 mg i intravenös injektion eller sublingual spray just innan hysterotomi. Effekt inom 1 minut.

Planerad vaginal förlossning

Villkor för vaginal sätesförlossning

- Spontant värkarbete graviditetsvecka 33+0 – 42+0.
- Bäckensmått med sagittal ingångsdiameter $\geq 11,5$ cm och summa utgångsmått $\geq 32,5$ cm.
- Skattad fostervikt ≤ 4000 g. BPD ≤ 10 cm.
- Ej hyperextension av huvud.
- Inga obstetriska/fetala riskfaktorer av betydelse.
- Ej dubbel fotbjudning
- **Förlossningens progress är normal.**

Odiagnostiserat säte och pågående förlossning

Bedömning av optimalt förlossningssätt görs av förlossningsläkaren i samråd med patienten. Behov av bäckenmätning och viktskattning inför vaginalförlossning bedöms då utifrån aktuell situation. Vid långt framskriden förlossning och god progress kan man avstå, speciellt för omföderna som tidigare fött normalstort barn utan komplikationer. Förankra beslut också med jour/bakjour som kommer att ta över patienten.

Kortfattat om handläggning vid vaginal sätesförlossning

Förlossningen leds av erfaren gynekolog. Barnmorska med erfarenhet av sätesförlossning deltar. Ansvarig förlossningsläkare informeras i god tid innan förlossning. Läkare och barnmorska planerar handlägningsrutiner tillsammans innan förlossningen.

Ej induktion

- *Amniotomi* bör inte utföras innan cervix är fullvidgad och sätet väl nedträngt i bäckeningången.
- *Kontinuerlig CTG* i aktiv förlossningsfas. Skalpblodprov vid behov.
- *Intravenös nål* sätts och Syntocinondropp förbereds.
- *Aktiv krystning* påbörjas inte förrän sätet står på bäckenbotten.

- *Perineotomi* när sätet står i genomskärning rekommenderas på förstföderskor.

Progress – värksvagheter

Undvik Syntocinon i öppningsskede (cervix öppen <7 cm), men ha alltid kopplat och använd på liberal indikation i utdrivningsskedet.

Viss återhållsamhet EDA, som dock får ges vid behov.

Riktlinjer för dålig progress som föranleder ställningstagande till sectio vid säte

- Cervix öppningstakt <1 cm/timma efter cervix öppen 4 cm.
- Ingen progress under 2 timmar efter cervix öppen 7 cm.
- Sätet ej nedträngt på bäckenbotten två timmar efter fullvidgad cervix.
- Aktiv krystning under 30 minuter utan att omedelbar förlossning kan väntas.

Spontan förlossning

Framfödandet ska helst ske spontant utan att röra barnet i onödan. För att undvika navelsträngskompression är det en fördel att leda förlossningen så att inte navelsträngsfästet framföds i slutet på en värk. När navelsträngsfästet har framfötts övergår man till aktiv handling. Det bästa är att mamman fortfarande har värk kvar och att barnmorskan förstärker med **yttre press på huvudet** för att åstadkomma utdrivningen. Resten av kroppen föds då ofta spontant. Man kan också försiktigt föra kroppen nedåt. Då bara huvudet är kvar och nacken blir synlig under symfyssen, fattar man om barnets lår och höfter och lyfter fosterkroppen försiktigt uppåt (Brachts handgrepp). Härvid föds ansiktet och pannan fram över perineum.

Förlossning av huvudet

Vid behov används Veit-Smellie-Mariceaus handgrepp. Om heller inte detta är framgångsrikt, anläggs tång på efterföljande huvud. **Tången skall därför alltid vara framlockad i samband med sätesändläge**

Armlösning

Om armarna inte föds fram spontant måste de lösas innan ovanstående handläggning. Görs enligt Lövseth eller den metod man är mest förtrogen med. Se lärobok och anvisningar i PM-pärm på Förlossningsavdelningen.

Bolusdos Syntocinon

Vid värksvagheter under framfödandet kan **bolusdos Syntocinon ges** (blanda 1 ml = 5 IE Syntocinon med 4 ml koksalt. 1 ml = 1 IE ges intravenöst åt gången.)

Nitroglycerin

Vid cervixspasm vid prematur sätesförlossning (0,5 mg intravenös injektion eller sublingual spray).

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kvinnosjukvård

Innehållsansvar: Dag Prebensen, (dagpr), Överläkare

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10091-662869119-60

Version: 6.0

Giltig från: 2024-06-19

Giltig till: 2026-06-19