

Sätesändläge – patientinformation

I slutet av graviditeten lägger sig de flesta barn med huvudet nedåt så att detta föds fram först vid förlossningen. Cirka 3 % av alla barn ligger i stället i sätesändläge, vilket betyder att stjärten ligger nedåt.

Om barnet ligger kvar i sätesändläge i slutet av graviditeten kommer du att få en tid på specialistmödravården för bedömning i graviditetsvecka 37. Där kontrollerar man hur barnet ligger med ultraljud och informerar dig om vilka förlossningssätt som kan rekommenderas. Om du har fött normalt i säte tidigare kanske det finns någon faktor hos dig som gör att barnet vill ligga så och då kan du vanligtvis föda normalt igen. I de flesta fall beror fosterläget dock på slumpen och betyder inte att det är något hos mamma eller barn som gör att barnet ligger så.

Ett barn i säte kan ligga på något av följande vis:



Rent säte – barnet ligger med stjärten först och låren mot bröstet samt fötterna upp mot öronen. De flesta barn ligger på det här sättet.

Fot-/sätesbjudning – barnet ligger med stjärten först med fötterna vid stjärten. Låren ligger mot bröstet och knäna är böjda.

Fotbjudning – barnets ena eller båda fötter ligger nedanför stjärten.

Du rekommenderas oftast yttre vändning för att kunna föda normalt med huvudet först. Om vändningen inte lyckas kan man välja mellan planerat kejsarsnitt eller vaginal sätesförlossning. När barnet ligger med huvudet nedåt rekommenderar vi alltid vaginal förlossning. Vid sätesändläge vill vi att några fler saker ska vara uppfyllda för att vi ska rekommendera en vaginal förlossning, exempelvis normal storlek på barnet och ditt bäcken.

Vi hoppas att denna skriftliga information ska hjälpa dig så att vi tillsammans kan ta ett beslut som blir så bra som möjligt för just dig. Tveka inte att fråga dina barnmorskor och läkare för individuella råd!

Yttre vändning

Om detta rekommenderas görs det ungefär i vecka 37, oftast samtidigt som besöket på specialistmödravården.

Du är fastande den aktuella dagen. Före vändningsförsöket kontrolleras barnets hjärtaktivitet med CTG samt ett ultraljud görs för att kontrollera hur barnet ligger och moderkakans läge. Du får en nål satt i armen och läkemedel ges som får livmodern att slappna av. Medicinen är ofarlig för dig och barnet, men du kommer ibland uppleva hjärtklappning.

Vid själva vändningen trycker läkaren varsamt men bestämt på din mage för att få barnet att vända sig, vilket kan upplevas som lite obehagligt. Efteråt kontrolleras barnets hjärtaktivitet igen och du stannar en stund för observation. Det är mycket sällsynt med komplikationer vid vändningsförsök. Ungefär hälften av vändningsförsöken lyckas och då planeras du för vaginal förlossning. Det är ovanligt att barnet vänder sig tillbaka efter att vändningen är gjord. Om ditt barn inte alls går att vända kan man välja mellan planerat kejsarsnitt eller vaginal säteförlossning.

Planerat kejsarsnitt eller vaginal förlossning?

Det är inte alltid självklart vilket som är bästa alternativet. Man måste väga in risker både för mamman och barnet.

Även om förlossningssättet planeras utifrån ditt önskemål måste man vara medveten om att det aldrig helt går att förutse hur en förlossning ska bli. Om man planerar en vaginal förlossning kontrolleras oftast i förväg dina bäckenmått med en röntgenundersökning och dessutom bedöms barnets storlek med ultraljud. I en del fall kan dock barnet ha växt sig allt för stort när ditt förlossningsarbete senare startar och ett kejsarsnitt blir bättre. Om kejsarsnitt är planerat men du kommer in till sjukhuset i förlossningens slutskede kan du ändå bli rekommenderad att föda vaginalt. Det blir enklare för både dig och barnet när förlossningen redan har kommit så långt.

Risker för barnet vid säteförlossning

Det finns en ökad risk för komplikationer för barnet vid vaginal säteförlossning jämfört med kejsarsnitt. Komplikationerna är dock sällsynta och det är viktigt att komma ihåg att risken för att barnet ska dö eller skadas allvarligt är mycket liten, oavsett hur det föds. På BB Skövde lyckas i dag cirka 85 % att föda normalt av de där man har planerat det. Hos cirka 15 % av patienterna får man byta till kejsarsnitt under förlossningen, oftast på grund av värksvaghet.

Lättare andningsstörning är vanligare hos barn som föds med planerat kejsarsnitt jämfört med om mamman har varit i värkarbete och slutligen föder vaginalt eller med akut kejsarsnitt. En

sådan andningsstörning är inte farlig, men kan göra att barnet behöver observeras på barnavdelning efter förlossningen. Planerade kejsarsnitt bör göras omkring 39 fullgångna veckor för att minska risken för andningsstörning.

Barn som föds med kejsarsnitt etablerar oftare bakteriefloran i tarmen senare än barn som har fötts vaginalt. Det kan påverka immunsystemet. Det finns studier som tyder på en riskökning för kroniska autoimmuna sjukdomar som astma och allergi, diabetes och glutenintolerans hos barn till kejsarsnittade patienter.

Risker för mamman vid sätesförlossning

Relativt vanliga komplikationer för mamman efter en förlossning är infektion i livmoder eller operationssår samt blodpropp. Enligt Socialstyrelsen är risken för infektion i livmoder, operationssår eller urinvägar cirka 2 % efter vaginal förlossning, cirka 10 % efter planerat kejsarsnitt och cirka 20 % efter akut kejsarsnitt. Risken för blodpropp är förhöjd för alla kvinnor under graviditet och efter en förlossning. Efter en förlossning med kejsarsnitt ökar den, även här är risken störst vid akut kejsarsnitt.

De flesta kvinnor återhämtar sig snabbare efter en vaginal förlossning än efter ett kejsarsnitt. Liksom efter alla bukoperationer kan man drabbas av ärrbräck, sammanväxningar i buken och i värsta fall tarmvred eller kronisk smärta. Alla dessa komplikationer är dock mycket ovanliga efter ett kejsarsnitt.

Risker vid framtida graviditeter

Efter ett kejsarsnitt blir det en ärrbildning i livmodern vilket ökar risken för olika komplikationer vid kommande graviditeter och förlossningar.

För varje kejsarsnitt man gör ökar risken för att i nästa graviditet drabbas av att moderkakan växer in för hårt i livmoderns vägg (placenta accreta) eller att den är lågt sittande och täcker över inre modernmunnen (placenta praevia). Båda dessa tillstånd innebär kraftigt ökad risk för stor blödning under graviditet och förlossning som kan bli farlig både för mamma och barn. Risken för placenta accreta är nästan obefintlig utan tidigare kejsarsnitt, efter ett kejsarsnitt drabbas 1 på 300 och efter tre kejsarsnitt drabbas 1 på 40. Risken för placenta praevia är 1 på 200 utan tidigare kejsarsnitt och ökar till 1 på 50 redan efter ett kejsarsnitt.

Enligt Socialstyrelsen drabbas cirka 1 av 200 kvinnor som är kejsarsnittade tidigare och sedan går in i värkarbete vid nästa förlossning av uterusruptur. Det betyder att livmodern spricker upp i ärrret och kan ibland innebära stor fara för både mamma och barn. Risken för uterusruptur ökar med varje kejsarsnitt man gör. Det är dock i princip omöjligt att drabbas om man inte är kejsarsnittad tidigare.

Efter ett kejsarsnitt rekommenderar vi oftast vaginal förlossning nästa gång, men efter två kejsarsnitt rekommenderar vi att fortsätta föda på det sättet oavsett fosterläge.