

Senast reviderat: 2024-02-13

Dokumentet gäller för: Verksamhet Obstetrik

Innehållsansvarig: Susanna Nygren, Överläkare, Julia Wängberg Nordborg, Specialistläkare

Sätesändläge – Patientinformation om förlossningsätt

I slutet av graviditeten lägger sig de flesta barn med huvudet nedåt så att detta föds fram först vid förlossningen. Ca 3 % av alla barn ligger i stället i sätesändläge, vilket betyder att rumpan ligger nedåt och huvudet uppåt. Det finns olika typer av sätesändläge, se bilder nedan. I de flesta fall beror fosterläget på slumpen och betyder inte att något är fel på mamma eller barn. Om barnet ligger kvar i sätesändläge i slutet av graviditeten kommer du att rekommenderas yttre vändning för att kunna föda med huvudet först.



Yttre vändning

Om barnet ligger i säte rekommenderas du yttre vändning i v 36–37. För information om yttre vändning se ”[Information till dig som skall göra yttre vändning av barn som ligger i sätesbjudning](#)”.

Planerat kejsarsnitt eller vaginal förlossning?

Vid huvudbjudning hos frisk mamma rekommenderar vi vaginal förlossning. Vid sätesändläge ser dock riskerna annorlunda ut och vi hoppas att denna skriftliga information ska hjälpa dig att fatta ett beslut som blir så bra som möjligt för just dig. Tveka inte att fråga dina barnmorskor och läkare för individuella råd!

Det är inte alltid självklart vilket som är bästa alternativet. Man måste väga in risker för mamman, risker för barnet, ev. önskan om fler barn och sina önskemål om förlossningsupplevelse. I Västra Götaland föds idag ca 85 % av barnen i sätesändläge med kejsarsnitt, oftast planerat sådant.

Även om förlossningssätt planeras utifrån ditt önskemål måste man vara medveten om att det aldrig går att förutse hur en förlossning skall bli. Om kejsarsnitt är planerat men du kommer in till sjukhuset i förlossningens slutskede kan du ändå bli rekommenderad att föda vaginalt. Om du önskar föda vaginalt kontrolleras i förväg dina bäckenmått med en röntgenundersökning och barnets storlek med ultraljud. Ungefär 4 av 10 planerade vaginala sätesförlossningar slutar med kejsarsnitt, oftast på grund av värksvaghet. Detta gör att riskerna ser annorlunda ut än vid vaginal förlossning med huvudbjudning eller planerade kejsarsnitt.

Risker för barnet vid sätesförlossning

Riskerna för både mamma och barn är mycket små i samband med graviditet och förlossning i Sverige idag, oavsett läge och förlossningssätt. En granskning av alla svenska förlossningar 2001-2012 visar dock att det är farligare för ett barn i säte att födas vaginalt jämfört med planerat kejsarsnitt. Det är åtta gånger vanligare att barnet dör (1 på 217 jämfört med 1 på 1667). Det är sju gånger vanligare att barnet drabbas av svår skada i form av hjärnblödning eller kramp (1 på 175 jämfört med 1 på 1111). Det är tretton gånger vanligare att barnet får Apgar mindre än 7 vid 5 minuters ålder, vilket kan vara tecken på syrebrist (1 på 20 jämfört med 1 på 238). Det är dock viktigt att komma ihåg att risken för att barnet skall dö eller skadas svårt är mycket liten, oavsett hur det föds. Skada på armens nerver, s.k. plexusskada är 24 gånger ökad om ett barn i säte föds vaginalt jämfört med planerat kejsarsnitt (1 på 159 jämfört med 3333). Barnet är ofta lite taget efter en vaginal sätesförlossning och kan behöva hjälp av barnläkare att hämta sig. Det är fyra gånger vanligare att barnet drabbas av andningsstörning som kräver vård på barnavdelning vid planerat kejsarsnitt jämfört med om mamman varit i värkarbete och slutligen föder vaginalt eller med akut kejsarsnitt (1 på 22 jämfört med 1 på 83). Planerade kejsarsnitt görs vanligen efter 39 fullgångna veckor för att minska risken för andningsstörning.

Det pågår mycket forskning kring hur ett barns långsiktiga hälsa påverkas av att födas med planerat kejsarsnitt. Det finns studier som tyder på riskökning för kroniska autoimmuna sjukdomar som astma och allergi, möjligen även diabetes och glutenintolerans.

Risker för mamman vid sätesförlossning

Risken för infektion i livmoder, operationssår eller urinvägar är ca 1 på 50 efter vaginal förlossning, ca 1 på 10 efter planerat kejsarsnitt och ca 1 på 5 efter akut kejsarsnitt. Risken för blodpropp är förhöjd hos alla kvinnor under graviditet och efter förlossning. Efter vaginal förlossning drabbas ca 1 på 1000, efter kejsarsnitt ca 1 på 150, lite fler efter akut kejsarsnitt.

Efter en bukoperation kan man drabbas av ärrbräck, sammanväxningar i buken och i värsta fall tarmvred eller kronisk smärta. Alla dessa komplikationer förekommer men är ovanliga

efter ett kejsarsnitt. De flesta kvinnor återhämtar sig snabbare efter en vaginal förlossning jämfört med ett kejsarsnitt.

Risker vid framtida graviditeter

Efter ett kejsarsnitt blir det en ärrbildning i livmodern vilket ökar risken för olika komplikationer i kommande graviditeter och förlossningar. För varje kejsarsnitt man gör ökar risken 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 previa). 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 av 300 kvinnor och efter tre kejsarsnitt drabbas 1 av 40. Risken för placenta previa är 1 på 200 utan tidigare kejsarsnitt och ökar till 1 på 50 redan efter ett kejsarsnitt.

Ca 1 av 200 kvinnor som är kejsarsnittade tidigare och sedan går in värkarbete vid nästa förlossning drabbas av uterusruptur. Det betyder att livmodern spricker upp i ärrret och kan innebära en stor fara för både mamma och barn. Detta är i princip omöjligt om man inte är tidigare kejsarsnittad och risken ökar även här med fler kejsarsnitt.

Som patient är det viktigt att du väger in hur många fler barn du önskar då du beslutar om förlossningssätt vid sätesändläge. Efter ett kejsarsnitt rekommenderar vi vaginal förlossning nästa gång, men efter två kejsarsnitt rekommenderar vi att fortsätta föda på det sättet oavsett fosterläge.

Sammanfattning sätesförlossning

- Om barnet ligger i säte rekommenderas du yttre vändning i v. 36–37.
- Riskerna är mycket små vid förlossning i Sverige, oavsett läge och förlossningssätt.
- Det är vanligare att barnet dör eller drabbas av allvarigare skador om det föds vaginalt jämfört med planerat kejsarsnitt.
- Det är vanligare att barnet drabbas av lättare andningsstörning om det föds med planerat kejsarsnitt jämfört med vaginal förlossning.
- Det finns studier som tyder på att planerat kejsarsnitt ökar risken för kroniska autoimmuna sjukdomar hos barnet som astma och allergi, möjligen även diabetes och glutenintolerans.
- Det är vanligare att mamman drabbas av infektion i livmoder, operationssår eller urinvägar efter ett kejsarsnitt jämfört med en vaginal förlossning.
- Det är vanligare att mamman drabbas av blodpropp efter ett kejsarsnitt jämfört med en vaginal förlossning.

-
- De flesta kvinnor återhämtar sig snabbare efter en vaginal förlossning jämfört med kejsarsnitt.
 - Kejsarsnitt ökar risken för onormal inväxt av moderkakan och bristning i livmoderväggen vid kommande graviditeter och förlossningar, vilket kan bli farligt för både mamman och barn.
 - Som patient är det viktigt att du väger in hur många fler barn du önskar då du beslutar om förlossningssätt vid sätesläge.