

Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til: 20.10.2023/20.10.2025
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Kvinneklinikken/Fødeavdelingen	Versjon: 6.00
Godkjenner: Kessler, Jørg	Prosedyre
Dok. ansvarlig: Sindre Grindheim	Dok.id: D13905

I svangerskapet:

▪ Undersøkelser

- Kvinnen henvises til poliklinikk for gravide uke 36 - 37 for planlegging av fødselen.
- Fosterets leie beskrives.
- Estimering av fostervekt gjøres ved seteleie påvist etter uke 36 om dette ikke nylig er utført (<14dager)
- Kan klareres for vaginal fødsel om hun fyller kriterier som beskrevet under.

▪ Betingelser for vaginalforløsning

- Gestasjonsalder:
 - Svangerskapsuke <27: Vaginal fødsel foretrekkes
 - Svangerskapsuke 27-33: Individuell vurdering. Ved vurderingen skal tredjevakt legge vekt på sin kompetanse og erfaring med preterme setefødsler. Ved tvil eller usikkerhet: Sectio.
 - Svangerskapsuke >33: Vaginal fødsel anbefales ved fødselsvekt 2000g – 4500g. Mellom 4000 og 4500 g gjøres individuell vurdering.
- Maternelle faktorer:
 - CT pelvimetri er ingen betingelse for vaginal setefødsel og gjøres som hovedregel ikke. Manglende dokumentasjon for bekkenmål vurdert ut fra CT. Dersom utført brukes følgende mål:
 1. Sagittal inngang (conjugata vera) $\geq 11,5$ cm. Individuell vurdering (fosterstørrelse og bekkenform) 11,0-11,4 cm.
 2. Sum utgangsmål $\geq 32,5$ cm (sum av interspinalavstand, intertubaravstand og nedre sagittaldiameter). Individuell vurdering (fosterstørrelse og bekkenform) sum utgang 31,5-32,4 cm.
 - Risikofaktorer og komplikasjoner i svangerskapet skal inngå i vurderingen av forløsningsmetode ved seteleie. Type komplikasjon og graden av denne må vektlegges særskilt i den samlede vurdering mht anbefalt forløsningsmåte. Denne vurderingen skal dokumenteres i journalen og foretas av eller i samarbeid med overlege/legespesialist. Kvinnens tidligere obstetriske historie bør også vektlegges. Forekomst av flere samtidige komplikasjoner ved seteleie vil tale for at kvinnen anbefales forløsning med keisersnitt.
- Fosterleie:
 - Rent seteleie eller sete-fotleie (enkelt/dobbelt). Når setet står i bekkeninngangen eller høyere, er det ved enkelt/dobbelt sete-fotleie vanlig å palpere føtter og evt sete samtidig. Viktig ikke å mistolke dette palpasjonsfunn som fotleie. Fotleie forekommer sjelden ved termin. Ved sete-fotleie er det ikke uvanlig at ekstremitetene strekkes ut idet setet passerer ned på bekkenbunnen og passerer frem i utskjæringen.
- Pasientinformasjon:

- Kvinnen informeres om prosedyre og komplikasjoner ved ulike forløsningsmetoder. Hun informeres også om hvilke vurderinger som ligger til grunn for anbefalt forløsningsmetode. Kvinnens holdning og mening mht forløsningsmåte skal vektlegges og journalføres når endelig beslutning om forløsningsmåte tas. Husk - ivareta kvinnens medbestemmelsesrett. Frase i DIPS: Sete
- Kvinnen føder barnet selv, vi gir assistanse til forløsning av skuldre og hode
- Alle setefødende anbefales epidural, men det er ikke en nødvendighet
- Det er flere til stede enn ved vanlig fødsel: Alltid to jordmødre, to fødselsleger hvorav den ene skal være overlege/legespesialist, og barnelege.

Fødsel

Fødselsstart/Induksjon:

- Ultralydundersøkelse med vektestimering vurderes ved fødselens start, med mindre det er utført de siste 14 dager eller fødselen er nært forestående.
- Induksjon av fødsel gjøres på vanlige obstetriske indikasjoner.

Analgesi/anestesi

1. Epiduralanestesi. (Evt spinalanestesi kan brukes)
2. Pudendusanestesi bør brukes liberalt.

Åpningstiden/utdrivningstiden:

1. Overvåking:
 1. Latensfase: Ekstern CTG. Intermitterende registrering tilstrekkelig ved fravær av risikofaktorer.
 2. Aktiv fødsel, hele hinner: Ekstern CTG. Kontinuerlig registrering. Korte pauser, (toalettbesøk) tillates ved normal CTG.
 3. Aktiv fødsel, vannavgang: Skalpelektrode og STAN (>35+6 uker). Kontinuerlig registrering. Korte pauser, (toalettbesøk) tillates ved normal CTG. Laktat fra føtalt blod ved seteleie finnes ikke evidens for å bruke.
 4. Ved patologisk CTG bør intern CTG tilstrebes. Det bør også foretas en fornyet vurdering mht planlagt forløsningsmåte. Overlege/legespesialist må foreta vurderingen i samarbeide med øvrig personale.
 5. Ved patologisk CTG og samtidig mistanke om intrauterin infeksjon skal overlege/legespesialistvurdere forløsningstidspunkt og måte.
2. Oxytocinstimulering ved behov.

3. Amniotomi– generelt noe tilbakeholdenhet. Økt risiko for navle–snorsfremfall ved sete-fotleie. Gjøres i samråd med overlege/legespesialist. Kan utføres på indikasjon, f.eks dersom protrahert forløp eller det er behov for intern overvåkning.
4. Overlege/legespesialist skal alltid vurdere om mormunnen er utslettet før aktiv trykking.
5. Dersom det inntreffer komplikasjoner under fødsel (feber, CTG forandringer, mistanke om infeksjon, protrahert forløp etc.) må forløsningsmetode revurderes. Denne vurderingen må også ta hensyn til kvinnens obstetriske historie og eventuelle svangerskapskomplikasjoner. Vurderingen foretas av eller i samarbeid med overlege/legespesialist og dokumenteres i journalen.
6. Ved uerkjent seteleie på Storken skal kvinnen overflyttes til fødeavdelingen. Hvis fødselen er langt fremskreden skal overlege/legespesialist også tilkalles og denne avgjøre om det er mulig å overflytte kvinnen før fødsel.
7. Ved vannavgang utføres umiddelbar vaginalundersøkelse, spesielt ved samtidige CTG forandringer, for å utelukke navlesnorprolaps.

Forløsning:

- Dette er et samarbeid mellom vakthavende leger og jordmor. Overlege/legespesialist leder forløsningen.
- Overlege/legespesialist skal være til stede under forløsningen. Denne foretar en vurdering av kompetanse til LIS lege. Ved normalt fødselsforløp kan LIS lege forløse. Ved kompliserte fødselsforløp skal forløsningen foretas av overlege/legespesialist.
- Barnelege til stede, tilkalles av hovedvakt/stjernevakt like før forløsning.
- Kvinnen informeres.
- Tom urinblære.
- Helt utslettet mormunn. Vær oppmerksom på at mormunn (kanten) kan ligge ovenfor setet. Det må derfor kjønn langt oppe. Kontrolleres av overlege/legespesialist.
- Jordmor trykker med kvinnen ved normale forhold til setet buker. Lege er tilstede.
- Episiotomi etter vurdering. Oftest.
- Vanlig fremhjelp er regelen. Grip først inn når barnet er født til navlestedet eller for å korrigere en eventuell malrotasjon med rygg ned.
- Skuldrene forløses som regel etter Løvsets metode.
- La fosterkroppen henge loddrett ned etter hodet noen sekunder, når skuldrene er forløst. Ikke trekk. Hodet vil da oftest komme ned på bekkenbunnen og kan da forløses. Hvis hodet ikke kommer ned på bekkenbunnen må man eksplorere på nytt for å finne årsaken.
- Forløsning av hodet: Elevasjon av fosterkroppen til vertikalplanet (store bue). Samtidig suprapubisk trykk ved jordmor. Pipers tang på sistkommende hode eller Mauriceau – Smellie - Veit håndgrep kan anvendes hvis hodet ikke fødes ved store bue.

- Total uttrekning bør unngås, men kan utføres etter vurdering ved alvorlige komplikasjoner (for eksempel navlesnorsfremfall eller abruptio) hvis forløsning vaginalt antas å ville gå vesentlig raskere enn ved sectio. Skal alltid utføres av spesialist med lang erfaring.

Ved kontrahert eller ikke fullstendig dilatert mormunn:

- Nitrolingual® munnspray, se prosedyre F48 "Nitroglycerin til akutt uterusrelaksasjon".
- Forsøk dilatasjon av mormunnen ved å innføre to fingre mellom hals og mormunn.
- Mormunnsoppklipp med saks (saks med langt skaft). Ved premature barn i seteleie bør man vurdere å finne frem saksen før forløsningen starter. Man klipper mormunnen for eksempel kl 2, 6 og 10. Saks for oppklipp av cervix skal legges frem sammen med Pipers tang.

Tips:

Når hodet ikke kommer ned på bekkenbunnen, er rotasjonen ofte ikke fullført.

Rettt opp innstillingen av hodet ved vaginal undersøkelsen og legg på tang.

Dersom hodet står over bekkenbunnen må Pipers tang under innføring følge bekkenkrumningen og anlegges rundt hodet. Traksjonsretning må også følge bekkenkrumningen ved gjeldende stasjon. Hodet kan være høyere oppe enn når Simpsons tang anvendes.

Jordmors rolle ved seteforløsning:

- Leder trykningen til setet buker så fremt alt er normalt.
- Jordmor assisterer ved forløsning av hodet med abdominalt trykk over fosterhodet i samarbeid med forløsende lege.

Ytre vending

- Aktuelt når betingelsene for vaginal seteforløsning ikke er oppfylt, men hvor fødselen sannsynligvis kan foregå vaginalt hvis hodet er foreliggende. Det vil være tilfelle hvis:
 - Antatt fostervekt er > ca 4,5 kg.
 - Røntgen pelvimetri har vist mål under de grenser som gjelder for vaginal setefødsel.
 - Forsiktighet ved tidligere sectio og ved placenta på fremre vegg.
- Kontraindikasjoner: Flerlingesvangerskap, større uterusanomalier eller kontraindikasjoner for vaginal fødsel
- Vendingsforsøk bør utføres eller superviseres av erfaren lege pga klar sammenheng mellom erfaring og suksessrate.

Pasientforløp på poliklinikken

1. Kvinnen kjører en CTG, 30 min
2. Kvinnen får Nifedipin (Adalat) 10 mg like etter oppstart av CTG
3. Vending utføres
4. Tas ny CTG etter avsluttet prosedyre (uavhengig om vellykket eller mislykket)

Time til vendingsforsøket kan gis når som helst i løpet av dagtids drift

Forberedelser

- Utføres på poliklinikk for gravide helst ved gestasjonsalder 36 – 37 uker. Kan også forsøkes senere
- Rhesus status skal være kjent.
- Kvinnen behøver ikke å være fastende.
- Normal reaktiv non-stresstest (varighet 30 min).
- Ultralydapparat skal være tilgjengelig.
- Regionalanestesi kan vurderes i særlige tilfeller som f.eks latensfase hvor vellykket vending er nødvendig for å oppnå vaginal fødsel.

Prosedyren

- Kvinnen legges til sengs, eventuelt med hevet fotende.
- Tocolyse før vendingsforsøket anbefales. Nifedipin tab. 10 mg p.o.
- Fosteret forsøkes vendt forlengs ved samtidig mobilisering av setet og hodet. Ved mislykket forsøk kan man forsøke å vende fosteret bakover.
- Det foretas hyppig kontroll av fosterets hjerteaktivitet under prosedyren (ultralyd).
- Forsøket avbrytes etter 3 mislykkede forsøk, føtal bradykardi, sterke smerter, vaginal blødning, eller hyperten uterus.

Etter vendingsforsøk:

- CTG-overvåkning i 30 min etter vending eller vendingsforsøk. Hun kan sendes hjem ved normal reaktiv CTG
- Rhesus negative kvinner skal ha anti D-profylakse dersom Rhesus positiv foster eller ukjent føtal status.
- Etter vellykket vending følger kvinnen vanlige svangerskapskontroller og henvises dersom ny mistanke om avvikende leie. Kvinnen informeres om å ta kontakt ved reduserte fosterbevegelser, smerter eller vaginalblødning.
- Induseres for fødsel på vanlige obstetriske indikasjoner.
- Dersom elektivt sectio på indikasjon tverr-/seteleie uten andre faktorer informeres kvinnen om at leiet sjekkes operasjonsdagen for å verifisere vedvarende avvikende leie.
- Prosedyren dokumenteres i kvinnens journal og kodes:
 - MAB10 Ytre vending av foster
 - MAB20 Forsøk på ytre vending av foster

Setefødsel

Ver
sjø
n:
6.0
0