

SLL PM Sätesbjudning:

Cirka 3–4% av alla foster i fullgången tid ligger i sätesbjudning. Yttre vändning rekommenderas för förbättrad förutsättning för vaginal förlossning. Vändningsförsök lyckas i ungefär hälften av fallen. Vid vändningsförsök finns risk för övergående fosterljudspåverkan och liten risk för akut kejsarsnitt (<0,5 %).

Vändningsförsök

Vändningsförsök erbjuds ca v. 36+0 – 37+0, företrädesvis tidigare för förstföderskor och senare för omföderskor (eller vid instabilt fosterläge). Via mödrahälsovården ges muntlig och skriftlig information, tid för vändningsförsök bokas på valt sjukhus. Förlossningsenheten bedömer om eventuell kontraindikation till vändningsförsök finns.

Kontraindikationer

- Förlossningshinder (t.ex. myom, placenta previa, absolut bäckenträngsel)
- Hög risk för placentaavlossning och/eller fosterpåverkan
 - svår preeklampsi
 - tillväxthämning < -28% eller BFK >0
 - stor eller upprepad blödning den senaste tiden

Relativa kontraindikationer (låg sannolikhet för lyckad vändning)

- oligohydramnios (SDP <2cm)
- vattenavgång
- säte fixerat i bäckeningången
- omfattande uterusanomali

Ej kontraindikationer

- tidigare sectio
- trombosprofylax (avvakta morgondos LMH)
- hepatit B med låg transmissionsrisk
- välbehandlad HIV (HIV-RNA < 150 kopior/ml)
- framväggsplacenta

Individuell bedömning vid mild immunisering, hepatit B med hög transmissionsrisk, hepatit C, HIV med > 150 kopior/ml. Rådgör med sakkunnig kollega vb

Yttre vändning

- patient behöver ej vara fastande
- normal CTG-registrering i 30 minuter
- infart sätts och BAS-test tas (behöver inte skickas)
- ultraljudsundersökning för bedömning av foster- och placentaläge samt foster-vattenmängd
- Knäkudde/saccosäck, eventuellt lätt Trendelenburgsläge

- tokolys: Bricanyl 0.25 mg iv, alt Tractocile bolusdos (0,9 ml = 6,75 mg iv) eller T. Adalat 10 mg
- Operatör lyfter säte och gör ett försök att rotera fostret framåt eller bakåt, erfaren obstetriker konsulteras vid svårigheter

Efter avslutat vändningsförsök (oavsett lyckad eller misslyckad vändning)

- CTG-registrering i 45 min
- observation i minst 1h
- kontroll fosterläge innan hemgång
- Rh-negativa kvinnor med Rh-positivt foster ges anti-D-profylax (ej vid immunisering).
- patientinformation: söka vid blödning, buksmärta, vattenavgång eller minskade fosterrörelser.
- ytterligare ett vändningsförsök kan erbjudas till motiverad och lämplig patient, eventuellt i spinal

Förlossningsplanering

I samband med vändningsförsöket erbjuds förlossningsplanering. Information ska ges om kort- och långsiktiga för- och nackdelar både för den gravida och barnet angående planerad vaginal födsel och planerat kejsarsnitt.

Optimala förutsättningar för vaginal sätesfödsel

- välmotiverad patient (informerat samtycke)
- förväntad fostervikt vid partus 2500–4000 g
- bäckenmått inom referensvärde för vaginal sätesförlossning, v.g. se bilaga nr 1
- spontan start
- grav v 34 - 41
- god progress i förlossningsförloppet
- flekterad/neutral huvudposition vid värkstart
- rent säte eller fotsäte

Kontraindikationer till vaginal sätesfödsel med rekommendation om sectio

- tillväxthämning (skattad vikt under -22% eller delta > -10% eller BFK > 0)
- prematuritet före graviditetsvecka 34+0 eller fostervikt < 2500 g
- hyperextension av fosterhuvudet ("stargazing"), ultraljudsbedömning vid förlossningsstart
- dubbel fotbjudning under öppningsskede (deflekterade höftleder)
- föreliggande navelsträng under aktiv födsel

Risikfaktorer, individuell bedömning

- tidigare sectio
- känd uterusanomali
- induktion

- graviditetslängd över v 41+0
- fostervikt >4000 g
- bäckenmått utanför referensvärden för vaginal sätesförlossning

Informera patienten om följande (för faktaunderlag v.g. se bilaga 2):

1. Bakgrund

- Sätesfödsel är en riskförlossning jämfört med födsel i huvudbjudning
- Vaginal sätesfödsel eller kejsarsnitt kan planeras beroende på patientens önskemål och förutsättningar (inklusive kriterier enligt ovan, paritet och obstetrisk anamnes samt framtida reproduktiva planer)
- Absoluta majoriteten av kvinnorna och barnen mår bra oavsett förlossningsätt

2. Kortsiktiga konsekvenser för barnet

- Vaginal sätesfödsel medför ökad risk för låga Apgar-poäng och behov av neonatal hjälp jämfört med födsel i huvudläge och planerat snitt men detta leder vanligtvis inte till några negativa konsekvenser för barnet i framtiden
- Efter planerat kejsarsnitt finns det risk för neonatal andningsstörning men de flesta barn återhämtar sig efter kort tid

3. Långsiktig prognos för barnet

- Evidens är sparsam
- Den långsiktiga neurologiska hälsan för barn som föds i sätesbjudning verkar inte påverkas av förlossningsätt
- Andel barn som behöver uppsöka sjukvård är lägre vid planerad vaginal sätesfödsel jämfört med dem som fötts med planerat snitt

4. Kortsiktiga konsekvenser för mor

- Oavsett förlossningsätt är risk för svåra komplikationer för den födande liten
- Stor blödning, postpartum infektion, smärta och långsammare återhämtning är vanligare efter kejsarsnitt jämfört med vaginal förlossning
- Sällsynta men svåra komplikationer som är vanligare efter kejsarsnitt är trombos, organskada och hysterektomi
- Vaginal födsel medför viss risk för bristning men det finns ingen evidens för riskökning jämfört med vaginal födsel i huvudbjudning
- Vid planerad vaginal sätesfödsel finns något ökad risk för akut kejsarsnitt under värkarbete jämfört med födsel i huvudändläge, ffa pga höga krav på god progress vid sätesfödsel

5. Långsiktig prognos för mor

- Långsiktiga risker för kvinnan är små oavsett förlossningsätt
- Kejsarsnitt medför ökade risker i samband med framtida graviditet och födsel och ju fler kejsarsnitt man gör desto högre blir risken

6. Hur förlossningen går till

- Smärtlindring, förlossningsställning, personal på rummet
- Risk för akut situation och interventioner som kan behövas
- Motivation, gott samarbete och erfaren personal är förutsättningar för vaginal födsel i sätesbjudning

Vid uppfyllda kriterier enligt ovan kan kvinnan rekommenderas vaginal födsel men hon ska inte avrådas från kejsarsnitt om hon föredrar det. Om aktuell förlossningsenhet saknar kompetens för vaginal sätesfödsel kan patient remitteras till ett annat sjukhus inom regionen. Elektivt sectio planeras på patientens önskan eller om vaginal sätesfödsel avrådes pga kontraindikationer. Erfaren obstetriker upprättar individuell förlossningsplanering vid ev. riskfaktorer eller tveksamheter

Vaginal födsel i sätesändläge

Odiagnostiserat säte

Vid nyupptäckt säte under aktiv födsel ska patienten få information enligt ovan. Pelvimetri och tillväxtultraljud kan utföras akut om tid och möjlighet finns men kan ersättas med klinisk bedömning vid

- långt framskriden födsel
- hos omföderskor (tidigare vaginal födsel med normalstort barn)
- om födsel startar prematurt (efter grav v 34+0).

Vid odiagnostiserat säte utan kända riskfaktorer med samtidig god progress av förlossningsförloppet rekommenderas inte sectio enbart pga fosterläge.

Spontan start vid planerad vaginal födsel i sätesbjudning

- Vid vattenavgång utan värkar utförs kontroll på förlossningsenhet utan väntetid.
- Inläggning på förlossning/antenatal avdelning pga ökad risk för navelsträngsprolaps, fostret övervakas med CTG x 2 eller enligt ordination.
- Vid PROM inväntas spontan start i 48 timmar.

- Vid PPRÖM övervakas graviditeten inneliggande, övergång till polikliniska kontroller kan eventuellt ske efter grav. v. 34 efter individuell bedömning med avsaknad av infektionstecken samt välinställt säte.
- Vid latensfas kan inläggning erbjudas.

Aktiv födsel i sätesbjudning:

- Huvudflektion kontrolleras med ultraljud efter värkstart.
- Barnläkare informeras om pågående vaginal sätesförlossning.
- PVK sätts och bastest skickas.
- Viktigt med adekvat kompetens, om detta saknas överväg att kalla in specialin-tresserad kollega alternativt remittera till annan klinik.

Intrapartala kriterier för fortsatt vaginal födsel i säte:

- God progress under öppningsskedet (tumregel ej mer än 7 timmar från 5 cm till retraherad).
- Ej längre än 1 timme retraherad för omfödorskor och 2 timmar för förstfödorskor innan aktiv krystning skall påbörjas.
- Aktiv krystfas ej längre än 30 min för omfödorskor och 30–60 min för förstfödorskor
- CTG samma kriterier som vid huvudläge, tänk på att foster ofta utsätts för navelsträngskompression vid framfödande, således bör goda reserver finnas kvar.

Om inte dessa kriterier uppfylls, bör man rekommendera kejsarsnitt.

Handläggning under öppningsskede:

- EDA på sedvanliga grunder.
- Acceptabelt med oxytocininfusion i senare delen av öppningsskede eller efter EDA om bra respons vid låg dos.
- Undvik amniotomi, speciellt om säte ej nedträngt (risk för navelsträngs prolaps)
- VU görs efter amniotomi eller vattenavgång i värkarbete
- Utökad fosterövervakning, kontinuerlig CTG under det senare skedet.
- Skalpelektrod för fosterövervakning på klinkan kan sättas vb
- Evidens för laktat vid sätesändläge saknas

Handläggning under krystskedet:

- Förlossningsposition enl patientens och personalens preferenser, gärna knästående vid framfödandet.
- 1-2 läkare, 2 barnmorskor och 1–2 undersköterskor på rummet.
- Oxytocindropp, nitroglycerin, lokalbedövning, sax, Pipers tång och spekulum på rummet.
- Aktiv krystning undviks innan sätet är på bäckenbotten.
- Tidigt i förloppet kommer man överens om arbetsfördelning och om vem som bistår födseln. Förlossningsläkaren är alltid ansvarig för förlossningen och tar över vid avvikelser.
- Handgrepp vg se bilaga.
- Viktigt med bra krystvärkar, oxytocindropp bör vara påkopplat när krystningen börjar.
- Efter navelsrotens framfödande, skall patienten krysta oavbrutet oavsett förlossningsposition, optimal tid mellan synlig navelrot och partus är mindre än 5 min.
- Dokumentation i sätesmall i Obstetrix (opstart = kryststart).

Referenser:

1. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 2000 Oct 21
2. Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D, Bréart G; PREMODA Study Group. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol*. 2006 Apr
3. Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, Gafni A, Guselle P, Helewa M, Hodnett ED, Hutton E, Kung R, McKay D, Ross S, Willan A; Term Breech Trial Collaborative Group. Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2004 Sep
4. Hutton EK, Hofmeyr GJ, Dowswell T. External cephalic version for breech presentation before term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 29
5. Hofmeyr GJ, Kulier R, West HM. External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Apr 1
6. Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 21
7. RCOG Green-top Guideline No. 20b: Management of Breech Presentation. 16 March 2017

8. RCOG Green-top Guideline No. 20a: External Cephalic Version and Reducing the Incidence of Term Breech Presentation. 16 March 2017
9. SOCG Guideline No. 384. Kotaska A, Menticoglou S. Management of Breech Presentation at Term. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019 Aug
10. Gaillard T, Girault A, Alexander S, Goffinet F, Le Ray C. Is induction of labor a reasonable option for breech presentation? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2019 Jul
11. Louwen F, Daviss BA, Johnson KC, Reitter A. Does breech delivery in an upright position instead of on the back improve outcomes and avoid cesareans? *Int J Gynaecol Obstet.* 2017 Feb
12. Jennewein L, Kielland-Kaisen U, Paul B, Möllmann CJ, Klemt AS, Schulze S, Bock N, Schaarschmidt W, Brüggmann D, Louwen F. Maternal and neonatal outcome after vaginal breech delivery at term of children weighing more or less than 3.8 kg: A FRABAT prospective cohort study. *PLoS One.* 2018 Aug 23
13. Sentilhes L, Schmitz T, Azria E, Gallot D, Ducarme G, Korb D, Mattuizzi A, Parant O, Sananès N, Baumann S, Rozenberg P, Senat MV, Verspyck É. [Breech Presentation: CNGOF Guidelines for Clinical Practice - Short Text]. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2019 Oct 31
14. Bin YS, Ford JB, Nicholl MC, Roberts CL. Long-term childhood outcomes of breech presentation by intended mode of delivery: a population record linkage study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017 Mar

Om dokumentet:

Beslutad/godkänd av: Karin Pettersson SPESAK **Datum:** 2020

Publicerat, uppdaterat: 2020-03-31

Bilaga 1:

Pelvimetri

Evidensen för pelvimetri inför sätesfödsel är svag. Metod, undersökningsteknik och referensvärden varierar i olika länder. Referensvärdena för pelvimetri fastställdes på 60-talet när slätröntgen användes. Oklart om referensvärden kan överföras till den nya metoden (datortomografi).

Pelvimetri är ett stöd vid förlossningsplanering för patienter med känd sätesbjudning som överväger vaginal förlossning. Undersökningen utförs på röntgenavdelning med god erfarenhet av metoden.

Klinisk bedömning kan ersätta pelvimetri:

- långt framskriden födsel
- hos omfödskor (tidigare vaginal födsel med normalstort barn)
- om förlossning startar prematurt (efter grav v 34).

Optimala mått för vaginal födsel i säte:

- sagital ingång ≥ 11.5 cm eller BPD +2 cm
- summa utgångsmått ≥ 32.5 cm,

Även enskilda mått värderas.

Vid stark patientönskan att föda vaginalt trots bäckenmått utanför referensvärden rekommenderas individuell bedömning av specialintresserad obstetriker. Obstetrisk anamnes, graviditetslängd, BPD samt skattad fostervikt tas med i beräkning.

Bilaga 2:

Litteratur och data som stödjer patientinformation

1. Cochrane review 2015: Planned caesarean section for term breech delivery

Results:

- Perinatal or neonatal death was reduced with planned caesarean section (RR 0.29, 95% CI 0.10 to 0.86).
- Planned caesarean section was associated with modestly increased short-term maternal morbidity (RR 1.29, 95% CI 1.03 to 1.61).
- At two years, there were no differences in the combined outcome 'death or neurodevelopmental delay' (RR 1.09, 95% CI 0.52 to 2.30)
- More infants who had been allocated to planned caesarean delivery had medical problems at two years (RR 1.41, 95% CI 1.05 to 1.89).
- Maternal outcomes at two years were also similar.
- All of the trials included in this review had design limitations, and the GRADE level of evidence was mostly low.

Conclusions:

- Planned caesarean section compared with planned vaginal birth reduced perinatal or neonatal death as well as the composite outcome death or serious neonatal morbidity, at the expense of somewhat increased maternal morbidity.
- In a subset with 2-year follow up, infant medical problems were increased following planned caesarean section and no difference in long-term neurodevelopmental delay or the outcome "death or neurodevelopmental delay" was found, though the numbers were too small to exclude the possibility of an important difference in either direction.
- The benefits need to be weighed against factors such as the mother's preference for vaginal birth and risks such as future pregnancy complications in the woman's specific healthcare setting.
- The data from this review cannot be generalised to settings where caesarean section is not readily available, or to methods of breech delivery that differ materially from the clinical delivery protocols used in the trials reviewed.

2. RCOG Green-top Guideline No. 20b: Management of Breech Presentation. 2017

- Planned caesarean section leads to a small reduction in perinatal mortality compared with vaginal delivery. Decision to perform a caesarean section needs to be balanced against the potential adverse consequences.
 - The reduced risk is due to three factors: the avoidance of stillbirth after 39 weeks of gestation, the avoidance of intrapartum risks and the risks of vaginal breech birth. Only the last is unique to a breech baby.
 - When planning delivery for a breech baby, the risk of perinatal mortality is approximately 0,5/1000 with caesarean section after 39+0 weeks of gestation and approximately 2,0/1000 with planned vaginal breech birth. This compares to approximately 1,0/1000 with planned cephalic birth.
 - Selection of appropriate pregnancies and skilled intrapartum care may allow planned vaginal breech birth to be nearly as safe as planned vaginal cephalic birth.
 - Planned vaginal breech birth increases the risk of low Apgar scores and serious short-term complications but has not been shown to increase the risk of long-term morbidity.
 - Planned caesarean section carries a small increase in immediate complications for the mother compared with planned vaginal breech birth.
 - Maternal complications are least with successful vaginal breech birth; planned caesarean section carries a higher risk, but the risk is highest with emergency caesarean section which is needed in approximately 40% of women planning a vaginal breech birth.
 - Caesarean section increases the risk for complications in future pregnancy including the risks of opting for vaginal birth after caesarean section, the increased risk of complications at repeat caesarean section and the risks of an abnormally invasive placenta.
 - Caesarean section has been associated with a small increase in the risk of stillbirth for the subsequent babies although this may not be casual.
3. SOCG Guideline No. 384. Management of Breech Presentation at Term. 2019
- In appropriately selected women with obstetricians skilled in vaginal breech birth, perinatal mortality is between 0,8 and 1,7/1000 for planned vaginal breech birth and between 0 and 0,8/1000 for planned caesarean section.
 - In appropriately selected women, planned vaginal breech birth is associated with greater short- but not long-term neonatal neurological morbidity. Regardless of planned mode of birth, cerebral palsy occurs in approximately 1,5/1000 breech births, and any abnormal neurological development occurs in approximately 3/100.
 - The Term Breech Trial found no difference between planned CS and planned VBB. The 2-year follow-up data provide the best prospective evidence of poor correlation between short-term neonatal morbidity and long-term neurological outcome.

- The mechanics of VBB pose a greater risk of perinatal trauma than CS; however, short-term trauma often resolves, and reliable estimates of permanent damage are lacking. Brachial plexus injury may occur in approximately 1/1000 VBBs. Permanent genital injuries are rare and associated with prolonged labour.
4. CNGOF Guidelines for Clinical Practice: Breech Presentation 2019:
- In France, 5% of women have breech deliveries. One third of them have a planned vaginal delivery of whom 70% deliver vaginally.
 - In case of breech presentation, planned vaginal compared with planned cesarean delivery might be associated with an increased risk of composite perinatal mortality or serious neonatal morbidity.
 - No difference has been found between planned vaginal and planned cesarean delivery for neurodevelopmental outcomes at two years, cognitive and psychomotor outcomes between 5 and 8 years, and adult intellectual performances.
 - Short and long term maternal complications appear similar in case of planned vaginal compared with planned cesarean delivery in the absence of subsequent pregnancies.
 - A previous cesarean delivery results for subsequent pregnancies in higher risks of uterine rupture, placenta accreta spectrum and hysterectomy.
 - It is recommended to offer women who wish a planned vaginal delivery a pelvimetry at term and to check the absence of hyperextension of the fetal head by ultrasonography to plan their mode of delivery. Complete breech presentation, previous cesarean, nulliparity, term prelabor rupture of membranes do not contraindicate planned vaginal delivery. Term breech presentation is not a contraindication to labor induction when the criteria for acceptance of vaginal delivery are met.
 - In case of breech presentation at term, the risks of severe morbidity for the child and the mother are low after both planned vaginal and planned cesarean delivery.
 - The choice of the planned route of delivery should be shared by the woman and her caregiver, respecting the right to woman's autonomy.