

UK - FØDSEL

og Anæstesi



Fig. 499. Frank (or single) breech presentation.

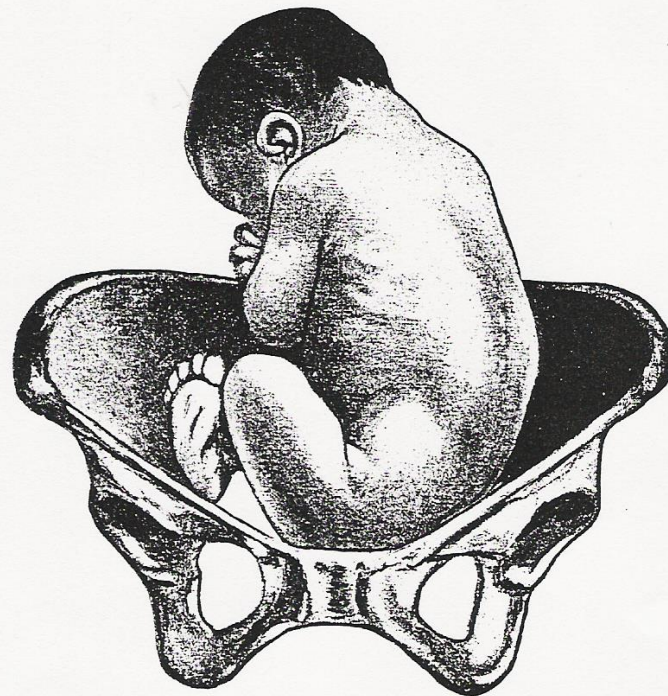


Fig. 500. Complete (or full) breech presentation.



Vaginal UK fødsel

Hvilke forventninger har obstetrikeren til anæsthesien ved akutte problemer i fremhjælpsfasen ?

Beredskab ?

Relaxering - Hvordan ?

Narkose - Hvilken ?

IMOD:

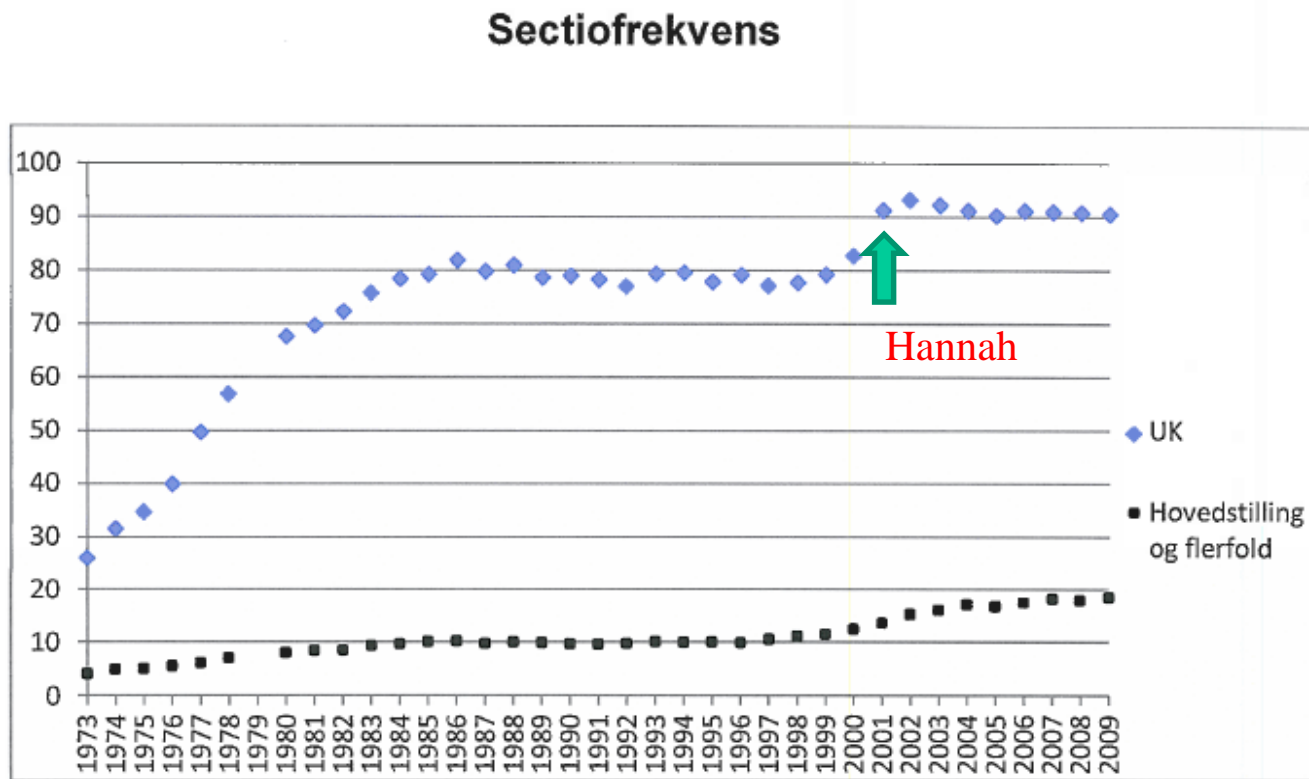
Hannah, Mary Elisabeth

Ca. 2100 ptt.(vag. ell. sectio)
(26 lande, 131 avd.)

Hannah, ME. Lancet 2000;356:1375-83

Sectio i DK 1973 - 2009

Figur 1



Fødselsregisteret, Sundhedsstyrelsen

Hannah's "problemer"

1. Mangelfuld selektion af fødende og
insuff. intrapartum håndtering

(ingen ekstern validitet, bl.a. 32 % fødsler uden senior obst.)

2. Fødesteder ikke-sammenlignelige
3. Kort tids opfølgning af børn og mødre

Kotaska et al.

Vaginal Delivery of Breech Presentation. J Obst Gyn Can. 2009;31(6):557-66

Og:

Whyte H, Hannah, ME et al. AJOG 2004

2 års follow-up:

Ingen forskel mellem vaginal og sectio UK-børn!
(m.h.t. mortalitet, neuro-psykol. udvikling (RR 1.09 (0.52-2.3)))

Glezerman M. Five years to TBT:
The rise and fall of a randomized controlled trial.
AJOG 2006;194:20-5

- "Rarely in medical history have the results of a single research project so profoundly changed medical practice"
- **"..not only awaited anxiously by OBs i western countries but also almost gratefully accepted."**
- **Conclusion:** "The original TBT recommendations should be withdrawn!"

Su M et al (Hannahs TBT group).
BJOG 2004;111:1065-74

- Specifik analyse af cases fra TBT
- 9 (af 16) dødsfald ikke havde relation til forløsningsmåden!
- Af alle 69 cases (16 døde og 43 "syge") kunne 43 ikke relateres til forløsningsmåden!!

PREMODA Study 2006

Observationelt prospektivt studie, 1 år: **FRANKRIG og BELGIEN**

8105 UK ved termin (174 fødeafd.)

- 68 % planlagt sectio
- 32% planlagt vaginal, heraf fødte 71% (i alt 1772 ptt.)

Resultat:

- **Ingen forskel i perinatal/neonatal mortalitet**
- **Kombineret dårligt neonatalt udkomme: Ingen forskel**

Konklusion:

- Vag UK fødsel berettiget i afd. med ekspertice og strenge kriterier for fødslen.
- Dårligt udkomme ikke en følge af fødselsmåden

**[Goffinet F et al., 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;194:1002-11.

DANMARK

Krebs L, Disputats, 2005

10 årgange, retrospektivt (19.999 UK)

Per 1000 vaginale UK-fødsler:

1,2 døde

17 med lav APGAR (<7/5min)

3 udvikler handicap

(PM: 0.12%)

Konklusion:

900 sectio for et dødsfald ved vag. UK

"Breech at term is associated with a slightly increased risk of cerebral palsy and epilepsy.

This relation can be explained by an increased occurrence of SGA among breech infants"

Lignende opgørelser i

Norge:

400 sectio for et sparet vag. UK dødsfald
70 sectio for et barn med lav Apgar-score

SINTEF rapport (Øian P), Oslo 2003

Sverige:

500 sectio for et sparet vag. UK dødsfald

1981-1998: 27.433 UK (>50% vaginalt).
Swedish collaborative Breech Study Group

Finland:

Vaginal UK-fødsel lige sikker som UK-sectio.

2 årgange: i alt 189.030 fødsler

Ulander VM, AOGS 2004 (retrospektiv undersøgelse)

RCOG 2017

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

How should the woman be informed:

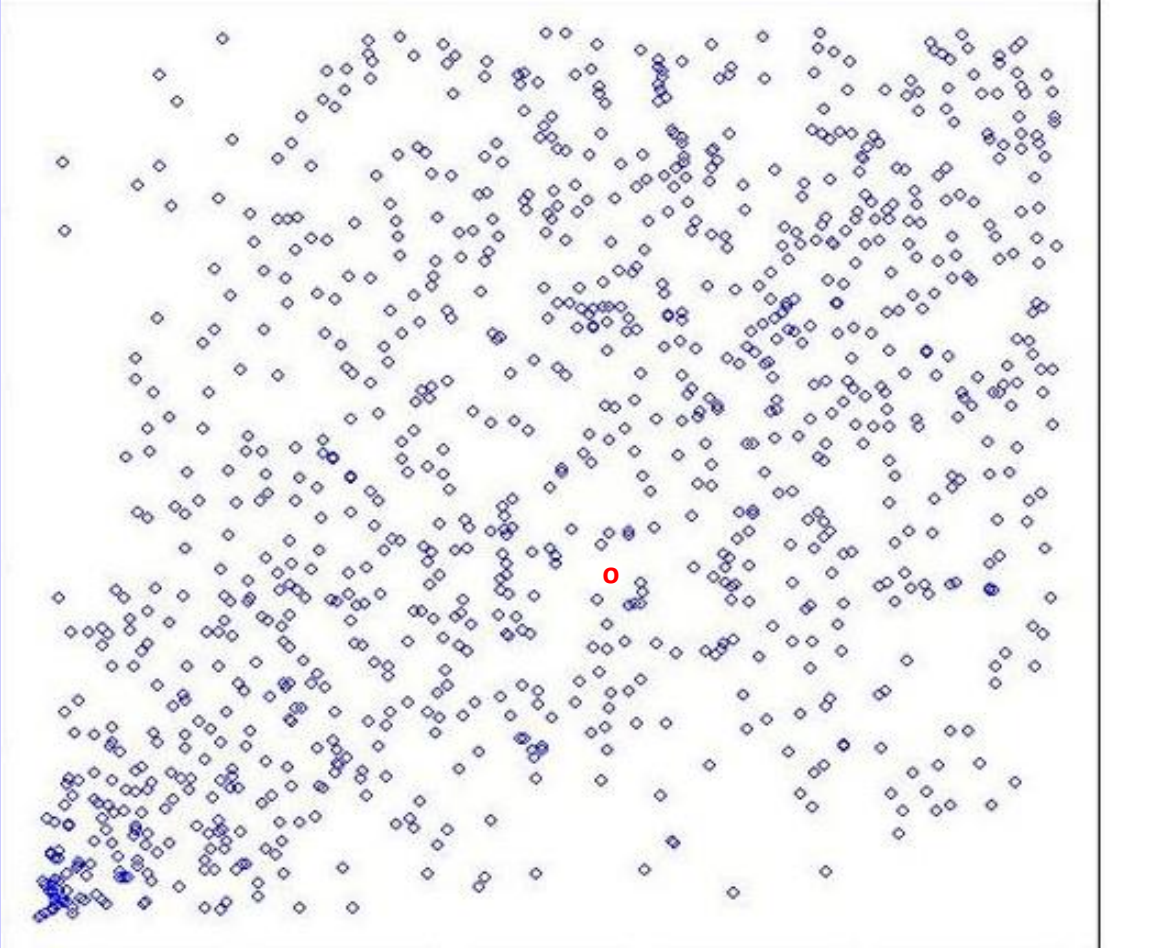
About the baby

- **Planned caesarean section carries a small reduction in perinatal mortality (0.5 vs 2.0/1000 vs 1.0/1000 in cephal.)**
- **and early neonatal morbidity for babies with a breech presentation at term compared with planned vaginal birth**

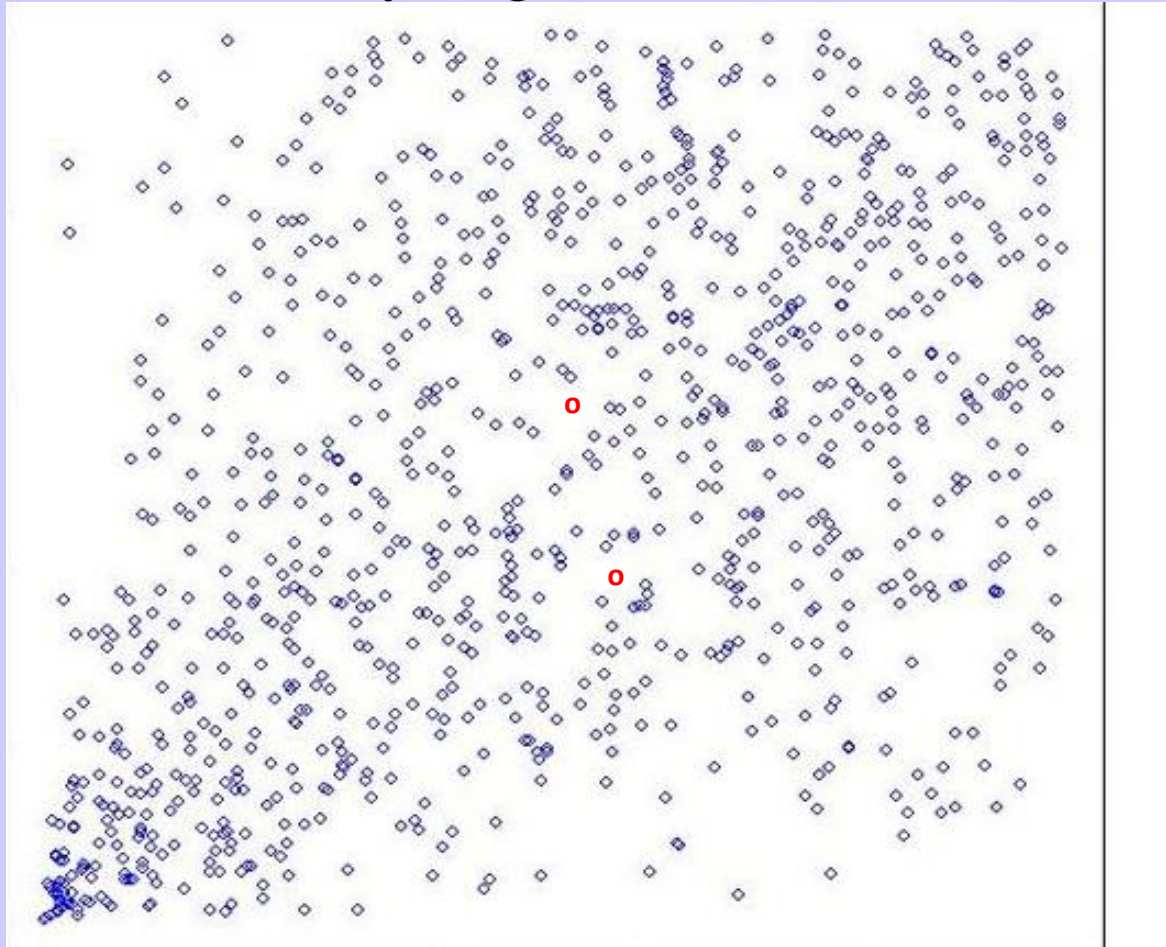
but

- **no evidence for increased long-term morbidity of breech babies born vaginally compared with planned C.S.**

Perinatal mortality cephalic presentation: 1 / 1000 (ref RCOG)



Perinatal mortality vaginal breech: 2 / 1000 (ref RCOG)



RCOG

- 2. stage:
 - If no visible breech after **2 hours**
passive 2. stage -> caesarean s.
- 5 min from delivery of buttocks to head
- 3 min from delivery of umbilicus to head

RCOG

NB. Hvis barnets krop og lår desenderer ukompliceret gennem bækkenet er fastsiddende caput ikke sandsynligt

Fødselshåndgreb:

- **Løvset**
- **Suprapubisk pres for at fremme caputs fleksion**
- **Mauriceau-Levret (Bracht kan være risiko)**

RCOG

Teoretisk beregning:

- **4 år efter TBT vil extra 8500 elekt. UK-sectio teoretisk forebygge 19 perinatale dødsfald**
- **MEN 4 døde mødre**
- **Fremtidigt vil der dø 9 børn som følge af ruptur, og 140 mødre vil opleve potentielt livstruende komplikationer pga arret.**

RCOG

Teoretisk beregning:

- **4 år efter TBT vil extra 8500 elekt. UK-sectio teoretisk forebygge 19 perinatale dødsfald**
- **MEN 4 døde mødre**
- **Fremtidigt vil der dø 9 børn som følge af ruptur, og 140 mødre vil opleve potentielt livstruende komplikationer pga arret.**

ACOG

- Elective breech delivery an option with available obstetric experience

DSOG

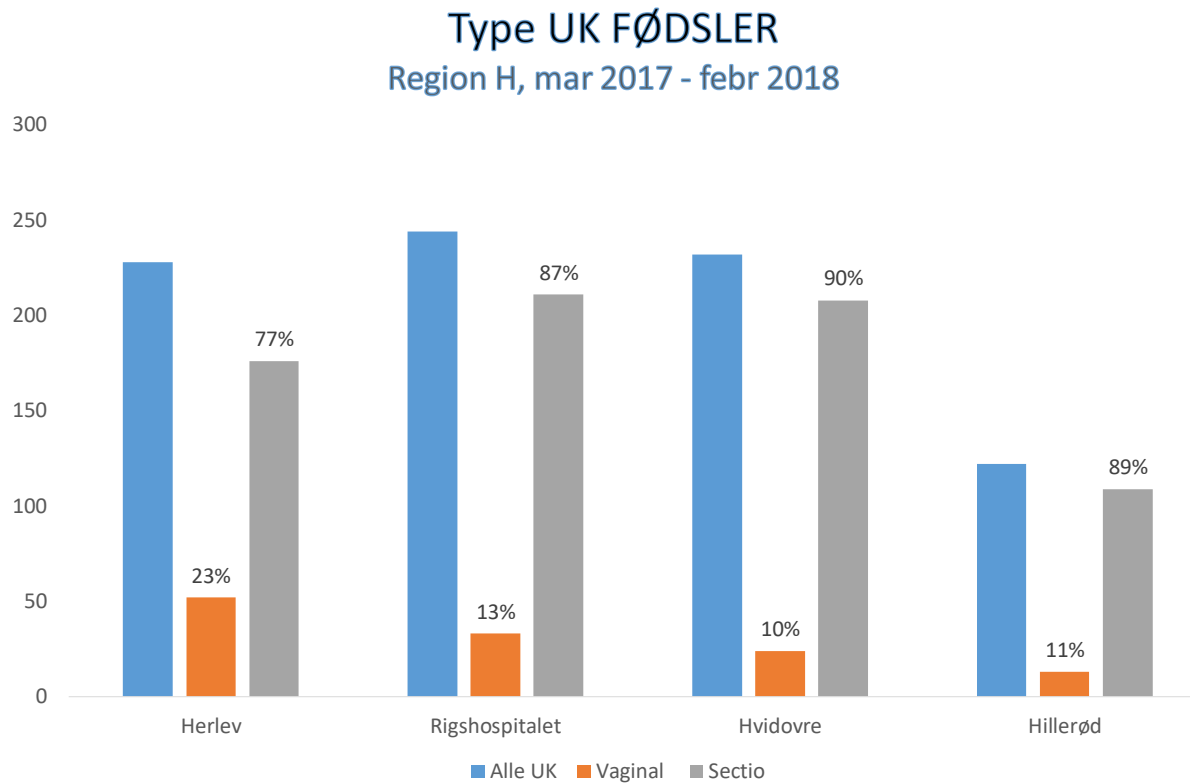
Vaginal UK-fødsel kan tilbydes afhængigt af
det enkelte fødesteds kompetencer

Se Sandbjerg guidelines 2011

Konklusion

Vaginal sædefødsel er, m.h.t *barnets sikkerhed*, sammenlignelig med elektivt sectio, når man, efter nøje selektion, overholder en strikte protokol for ledelse af fødslen og har den fornødne erfaring

UK fødsler, Region H

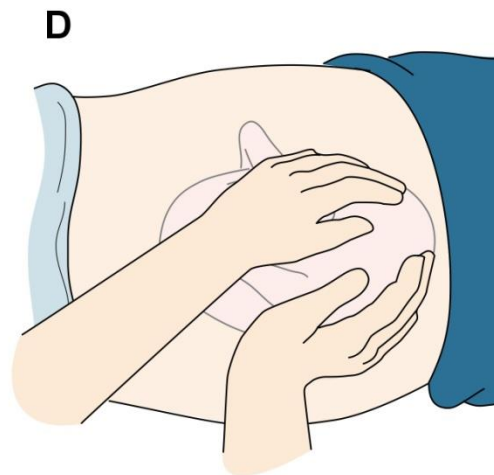
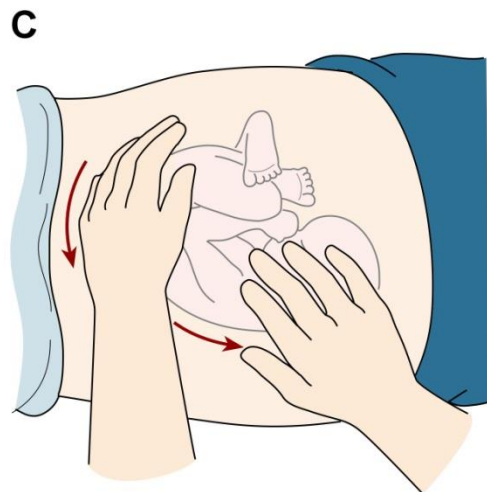
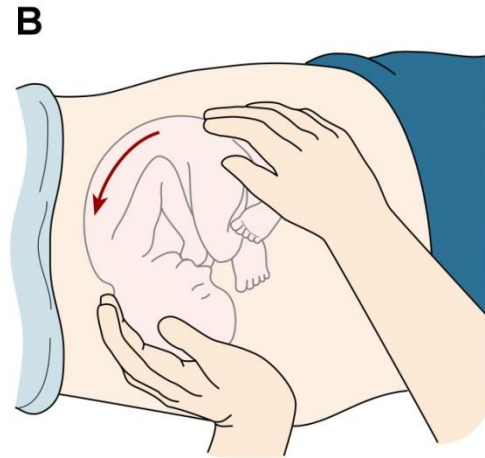
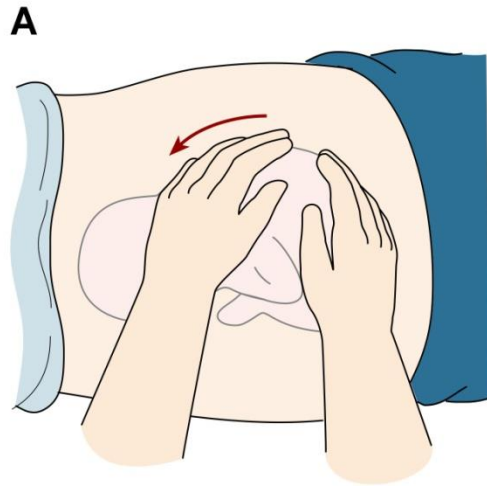


Vaginal UK fødsel

Antenatale overvejelser:

- Årsag til UK?
- Opfordre til "breech maneuvers"
- Ekstern versio
- Beslutte forløsningsmåde

Ekstern versio



Kontraindikationer for versio

- IUGR
- CTG ikke-reaktiv
- Uterine anomalier
- Uforklarlig blødning
- Placenta prævia

Komplikationer ved versio*

- Bradycardi (evt. fysiologisk) ("*LYT*" med *UL!*)
- CTG decelerationer
- Abruptio placentae (*sjældent!*)
- NS-omslyngning, føtal død (*meget sjældent!*)

(*akut risiko for barn = ca. 1 promille)

Vaginal UK fødsel

- Selektion af UK til vaginal fødsel
 - Normalt Bækken
 - Barn vægt 2000-4000 (3800) g
 - Gestation \geq 34+0
 - Ikke IUGR
 - (Ikke hyperextenderet caput)
 - Ikke fodpræsentation (NB i fødslen!)
 - Ikke PROM
 - Accept fra den fødende

Vaginal UK fødsel

- Krav til fødslen:
 - Spontan fødsel med progression (1 cm/t)
 - Undgå ve-stimulation i første del af udvidelsen
 - Nedtrængning:
max 60-90 min passiv, 60 min aktiv
(SOGC 2009/DSOG 2011)
 - Evt. føde-epidural
 - Erfaren obstetriker i presseperioden
 - Pædiater tilstede
 - Anæstesi stand-by

Vaginal UK fødsel

- Forløsningsprincipper:
 - Fødes spontant til scapulae
 - Armløsning a.m. Løvset
 - Caput hænge 30 sek.
 - Caputs forløsning a.m. Mauriceau-Levret
 - Evt. tang på sidstkommende caput

Jørgen Løvset (1896-1981)

”Denne yndefulde procedure har sparet mange sædefødsler fra traume og har bragt tryghed og en følelse af veludført gerning til mange accoucheurs ”

(oversat fra eng. 1936)

BREECH PRESENTATION

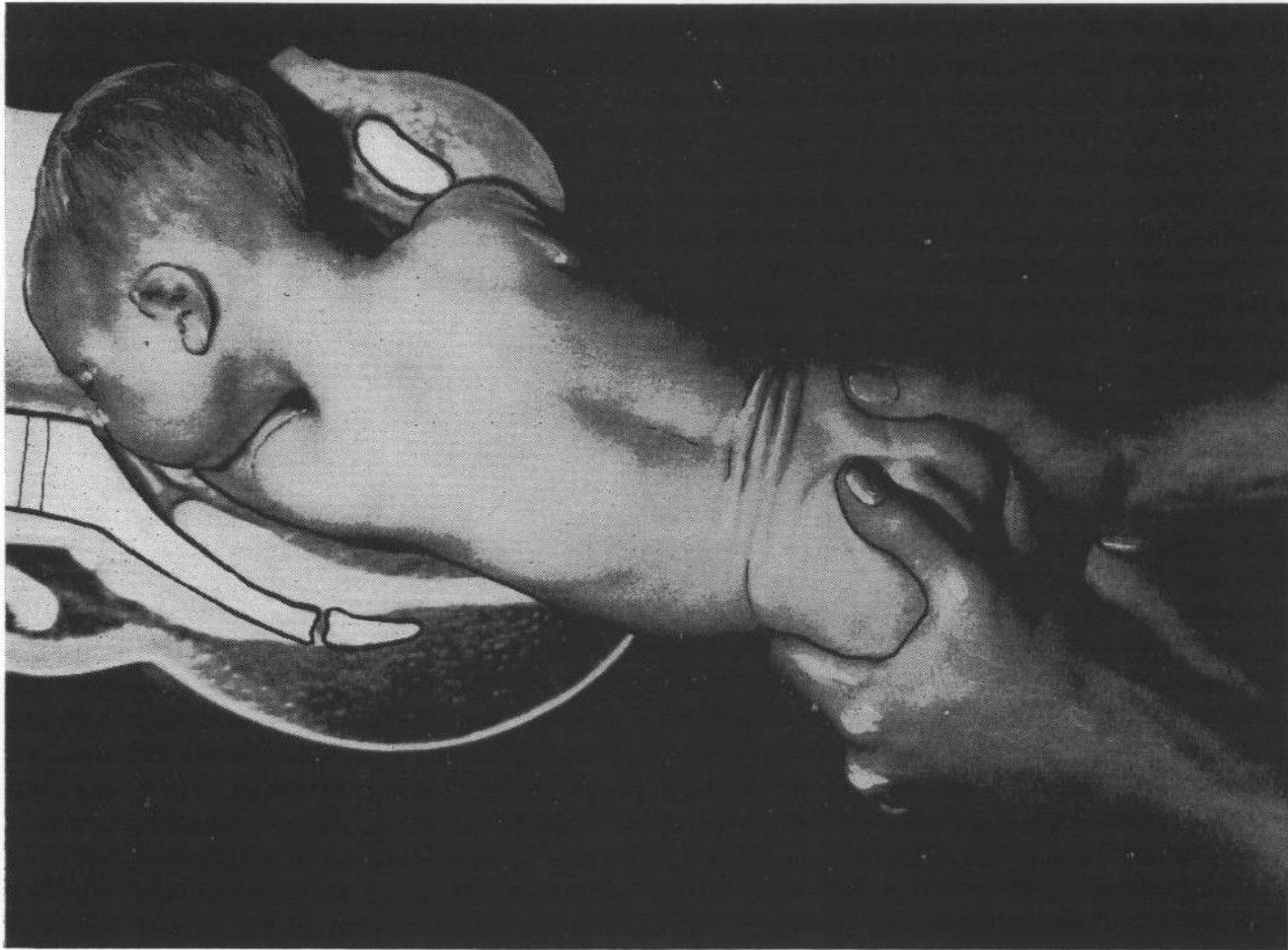


Figure 162—The shoulders are delivered by Lovset's manoeuvre. The posterior shoulder enters the pelvis first. When this shoulder is rotated to the front it emerges beneath the symphysis pubis and the other shoulder enters the pelvis.

BREECH DELIVERY



Figure 163—If the shoulder is not delivered at the first attempt, the infant is rotated back through a further 170 degrees, keeping the back uppermost.

Contrary to general belief Lovset's manoeuvre works more efficiently when the arms are extended and the reason for this is not far to seek. The thickness of soft tissue on the lateral aspect of the humeral head and neck is many times greater than on the medial side. By extending the arms and bringing the medial aspect of the humerus to the outside, the effective width of the shoulders is reduced to a minimum.

BREECH PRESENTATION



Figure 164—One shoulder having been delivered by Lovset's manoeuvre, the arm is released from the vagina by hooking the forefinger into the cubital fossa before rotating the foetus and delivering the other shoulder.

BREECH DELIVERY



Figure 165—The second shoulder is delivered by rotation of the infant in the opposite direction keeping the back uppermost. This is most easily effected by applying traction on the delivered arm beneath the infant's trunk.

BREECH PRESENTATION

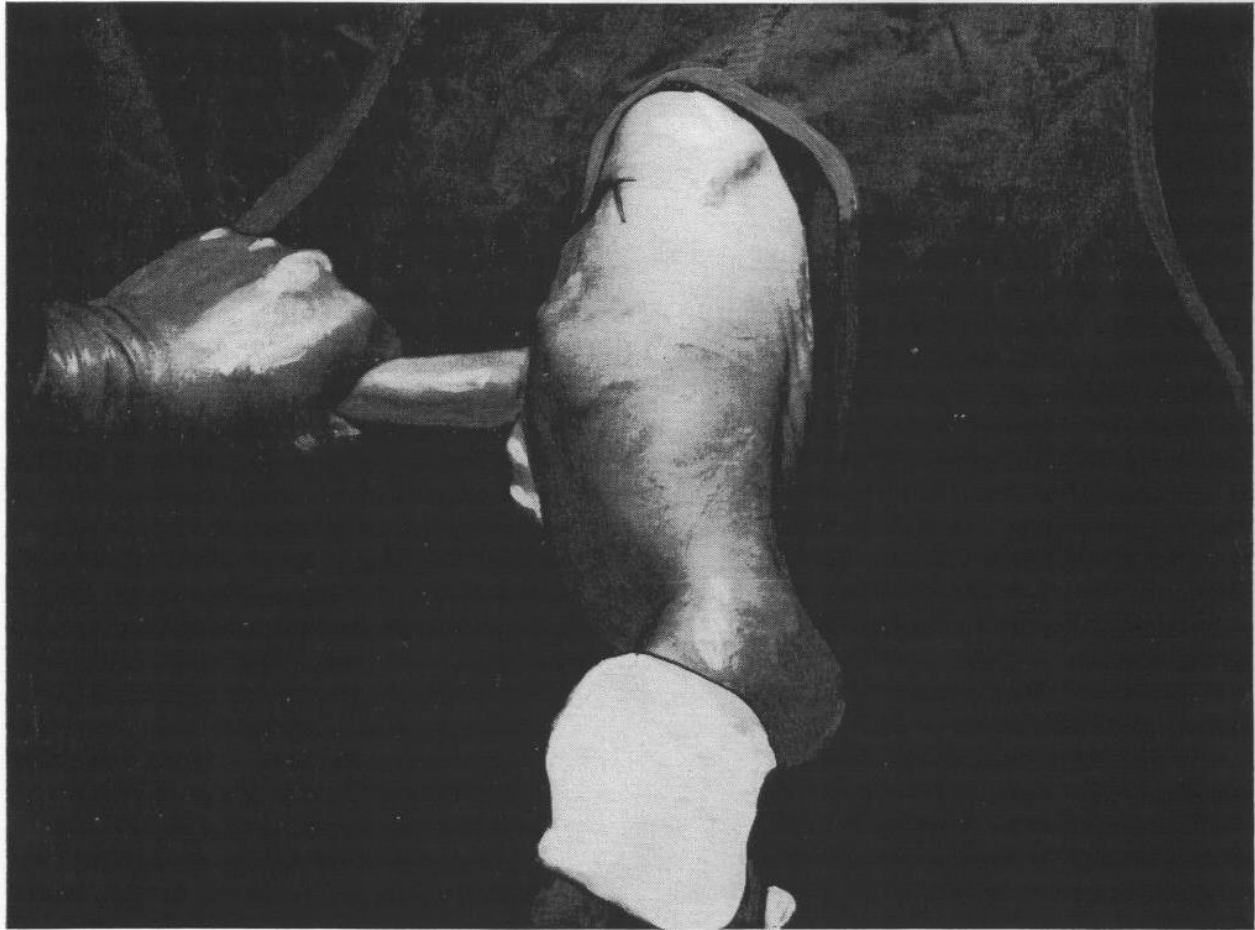


Figure 166—The infant having been rotated through 180 degrees, the second shoulder is now exposed (see also *Figure 165*).

BREECH PRESENTATION



Figure 168—The infant is allowed to hang downwards by its neck when the weight of the trunk brings the head low into the pelvis. Under no circumstances should suprapubic pressure be applied as this may cause intracranial damage.

DELIVERY OF THE HEAD



Figure 174—The midwife is not permitted to use forceps. The aftercoming head is delivered by the Mauriceau-Smellie-Veit manoeuvre. The infant lies astride the right forearm. The middle finger applies traction to the lower jaw and the fingers on either side apply traction to the clavicular area. Further flexion of the head is encouraged by pressure on the occiput with the middle finger of the left hand.

BREECH PRESENTATION

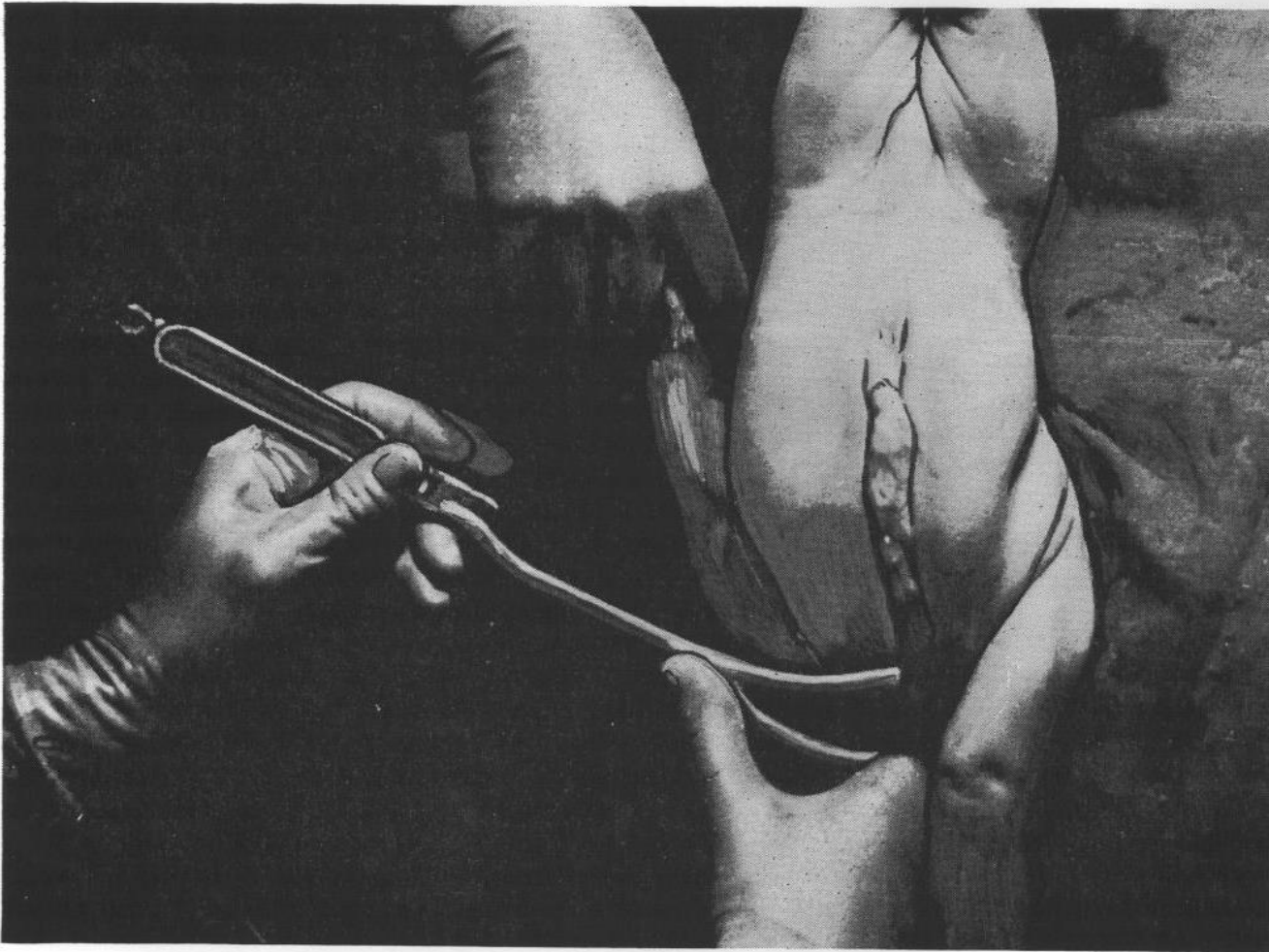


Figure 169—An assistant, who scrubs up before the delivery is begun, is instructed to grasp the infant's ankles and to hold the trunk at 45 degrees to the horizontal. The forceps are well lubricated with obstetric cream and the left blade is passed beneath the infant's trunk, over the lower border of the mandible and on to the aftercoming head.

BREECH PRESENTATION

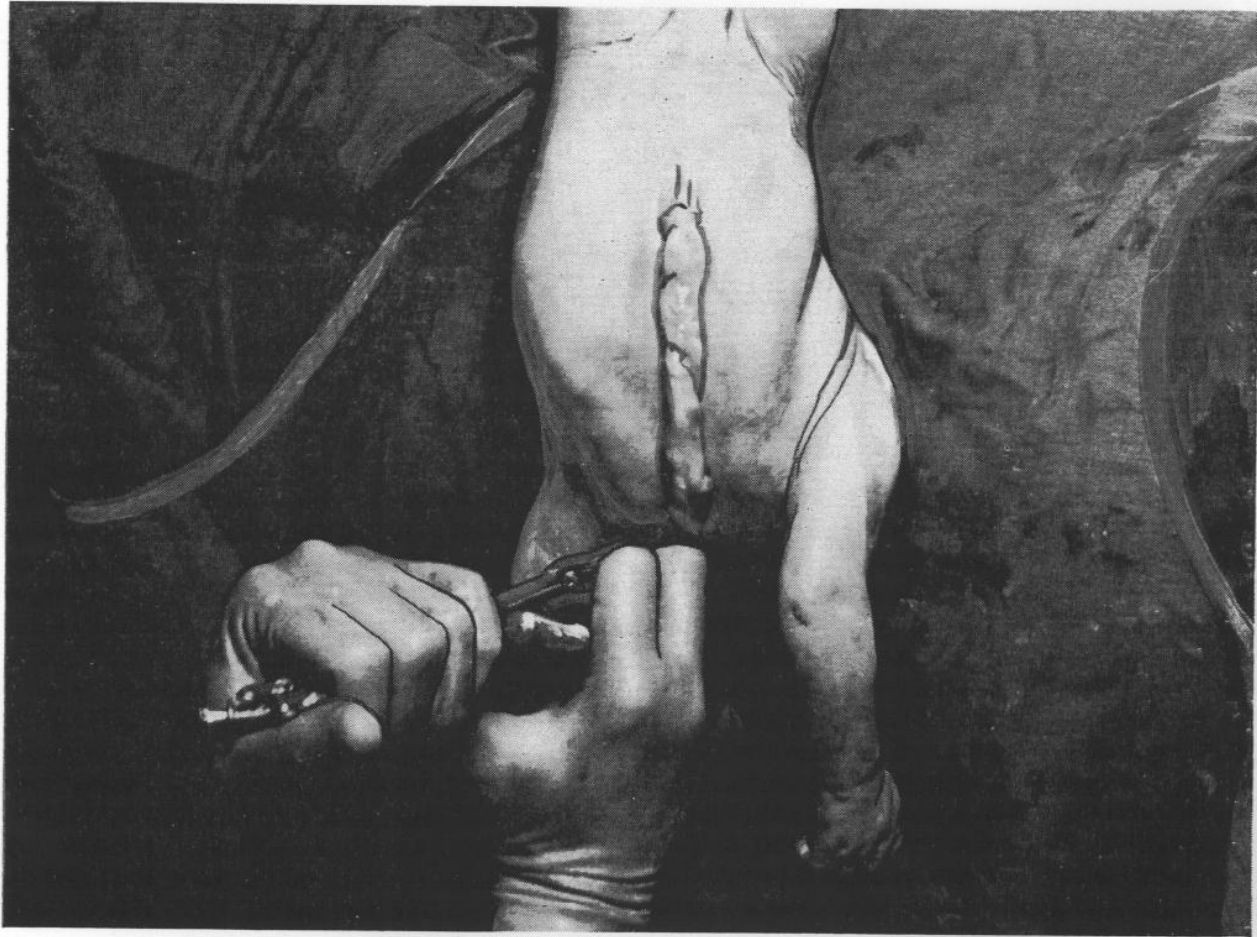


Figure 171—The umbilical cord is pushed to one side before locking the forceps handle. Gentle intermittent traction is applied in the axis of the birth canal and the head is slowly delivered over a period of 5–10 min.

DELIVERY OF THE HEAD

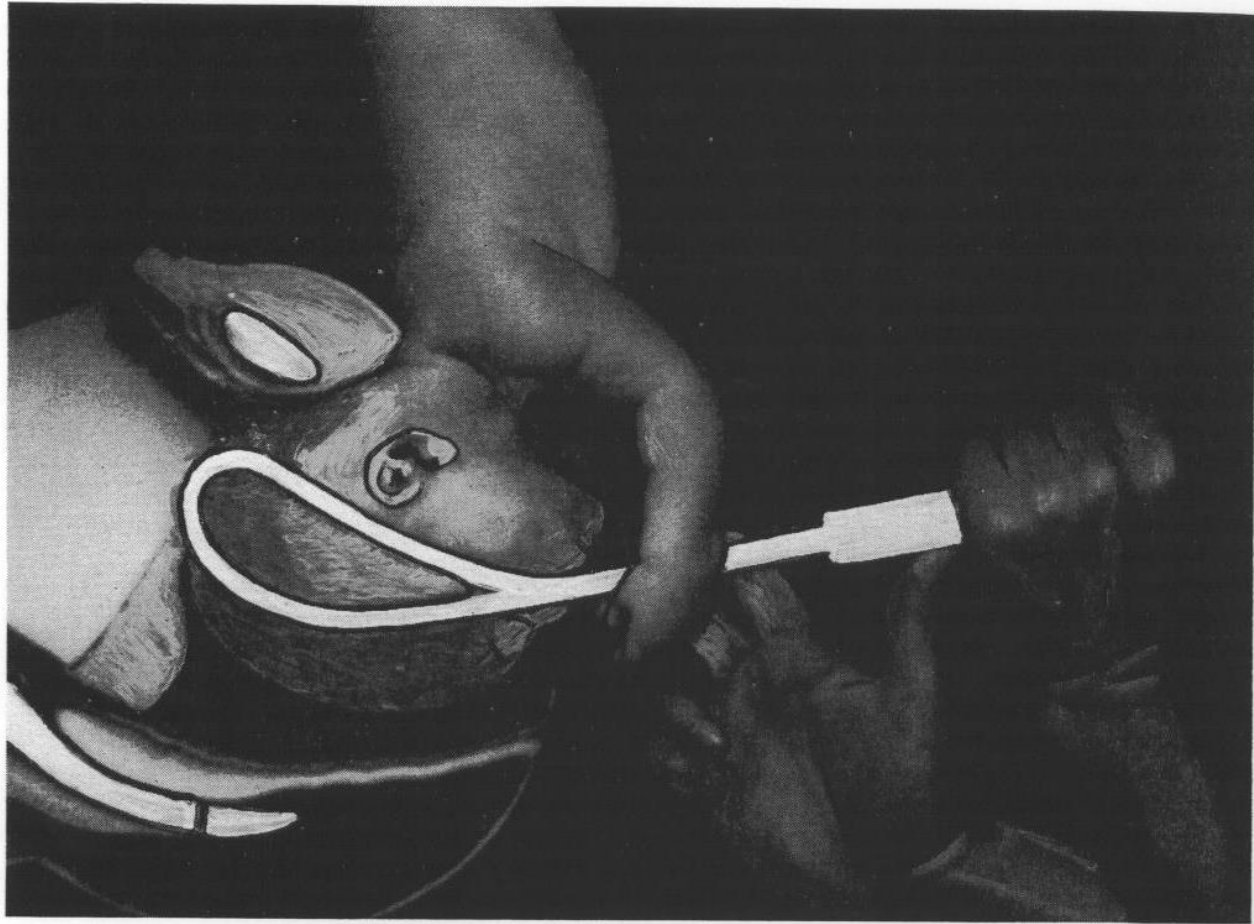


Figure 172—The traction force required is much less than with a vertex delivery. The forceps guides the head through the outlet of the pelvis and controls its rate of descent.

Vaginal UK fødsel

Hvilke forventninger har obstetrikeren til anæstesen ved akutte problemer i fremhjælpsfasen ?

Beredskab ?

Relaxering - Hvordan ?

Narkose - Hvilken ?