

Ytre vending av foster i seteleie til termin

Sammendrag

Bakgrunn. Ytre vending av foster i seteleie til termin kan være et alternativ til vaginal fødsel eller keisersnitt.

Metode. En systematisk litteraturgjennomgang av ytre vending ved seteleie til termin ble utført.

Resultater. Antall setefødsler og antall keisersnitt på grunn av seteleie kan reduseres ved å tilby ytre vending.

Fortolkning. Antall keisersnitt ved seteleie kan antakelig reduseres i Norge ved å tilby ytre vending til termin, men dette vil ikke redusere perinatal dødelighet.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessenkonflikter: Ingen

Ved ytre vending korrigeres barnets leie fra seteleie til hodeleie. Formålet med å tilby ytre vending ved seteleie til termin er å redusere antall barn som fødes i seteleie og antall keisersnittsforløsninger utført på denne indikasjon.

Ytre vending ved seteleie bør redusere dødelighet og sykkelighet for barnet ved at det fødes i hodeleie sammenliknet med keisersnitt eller vaginal setefødsel, samtidig som dødelighet og sykkelighet ikke øker for kvinnen.

Metode

Bakgrunnen for artikkelen er en utredning om forløsningsmåte ved seteleie til termin utført ved Senter for medisinsk metodevurdering (SMM). Mandat og styringsgruppen er beskrevet i referansene (1, 2).

Her presenteres resultatene for det systematiske litteratursøket etter kontrollerte studier av ytre vending ved seteleie (1, 2). Studiene ble vurdert etter studietype og evidensnivå. For hver artikkel ble det utfyllt et registreringskjema. Av 502 utvalgte artikler om seteleie omhandlet 110 ytre vending. Resultatene ble sammenfattet i en SMM-rapport (1, 2), der finnes detaljert informasjon.

Resultater

Kvinner som tilbysforsøk på ytre vending selekteres etter en rekke kriterier, med eksklusjon hvor det antas å være en økt risiko for fosteret eller kvinnen, som for eksempel morkakens lokalisering, mengden av fostervann og maternell eller føtal sykdom (3–14, 18). Antall eksklusjonskriterier varierer fra tre (4) til 12 (3–10). Ingen av kriteriene baserer seg på randomiserte, kontrollerte studier.

Andel vellykkede vendinger varierer fra 27 % (6) til 97 % (10). Den høyeste andel er rapportert fra annen etnisk populasjon enn den norske. Etter vellykket vending til termin kan opptil 7 % (5, 10, 12, 14) av barna vende seg spontant tilbake til seteleie.

Ifølge en Cochrane-oversikt reduseres andelen setefødsler (relativ risiko 0,42; 95 % KI 0,35–0,50) samtidig med at antall keisersnitt reduseres (relativ risiko 0,52; 95 % KI 0,39–0,71) (9, 10, 15, 16).

Andelen vellykkede vendinger kan økes ved å gi tokolyse. I en Cochrane-oversikt rapporteres en relativ risiko på 0,77 (95 % KI 0,64–0,92) for mislykket vending ved å anvende tokolyse, dvs. at ca. 23 % flere fostre lot seg vende i den gruppen som fikk

tokolyse (15). Ingen studier rapporterer om alvorlige bivirkninger relatert til tokolyse.

Det finnes ingen generelle anbefalinger for tokolyse, idet det anvendes forskjellige medikamenter, varierende administrasjonsmåte og behandlingstid og forskjellig mengde (5, 7, 9, 10). Effekten av føtal akustisk stimulering og epidural/spinal anestesi ved ytre vending er uavklart (3, 6, 8, 15).

Hos flergangsfødende er andel vellykkede vendinger 74 % (11, 14, 18) mot 43 % (14, 18) hos førstegangsfødende. For andre faktorer så som fostervannsmengde, morkakens plassering, maternell vekt, estimert fødselsvekt og type seteleie er betydningen uavklart (5, 9, 11, 13, 14, 18).

Maternell sykkelighet og dødelighet ved vendingsforsøk er vanskelig å anslå, idet det kun foreligger få studier hvor dette er belyst (4, 5, 7). Episoder med vaginalblødning etter vendingsforsøk er rapportert å forekomme hos 1,1 % (4) til 1,5 % (13), og det resulterer i akutt keisersnitt hos opptil 0,9 % (7, 13) av kvinnene.

Det er rapport en høyere keisersnittsfrekvens hos kvinner som føder barn som ligger i hodeleie etter en vellykket vending, varierende fra 9 % (4, 12, 13, 14) til 34 % (5–11).

En perinatal mortalitet på opptil 1 % er beskrevet (4, 5, 9, 19). Dødsfallet opptrer oftest en tid etter at vendingsforsøket er utført, og en direkte årsakssammenheng kan være vanskelig å påvise. Kvinner som tilbys et vendingsforsøk er en selektert lavrisikogruppe. Det kan hevdes at en perinatal dødelighet på 1 % forbundet med vendingsforsøk er høyt for en slik selektert gruppe.

Føtomaternell blødning etter vendingsforsøk er rapportert å forekomme fra 0 % (12) til 18 % (5, 6). Mengden av blod er liten, men kan være nok til antistoffdanning hos rhesus-D-negative kvinner.

Den hyppigst forekommende komplikasjonen rapportert etter vendingsforsøk er påvirkning av fosterhjerterefrekvensen hos opptil 56 % (5, 10). Det kan resultere i akutt keisersnittsforløsning (4, 7, 17).



Hovedbudskap

- Ytre vending kan redusere antall setefødsler og antall keisersnitt pga. seteleie
- Perinatal dødelighet reduseres ikke

Susanne Albrechtsen

susanne.albrechtsen@helse-bergen.no
Kvinneklinnen og Medisinsk fødselsregister
Haukeland Universitetssykehus
5021 Bergen

Lillian N. Berge

Kvinneklinnen
Ullevål universitetssykehus

Per E. Børdahl

Kvinneklinnen
Haukeland Universitetssykehus

Thore Egeland

Avdeling for medisinsk genetikk
Ullevål universitetssykehus

Tore Henriksen

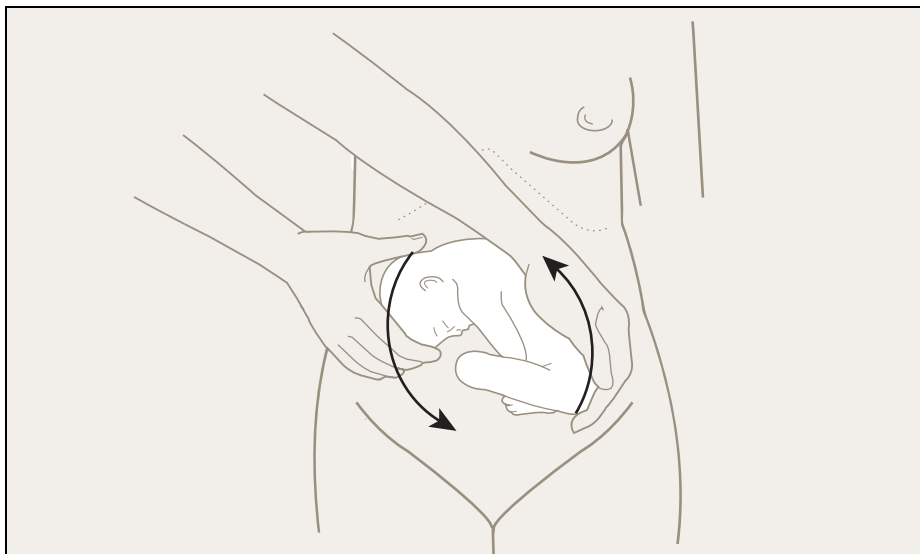
Kvinneklinnen
Rikshospitalet

Lise Lund Håheim

Avdeling for metodevurdering og kunnskapsstøtte
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Pål Øian

Kvinneklinnen
Universitetssykehuset Nord-Norge



Ytre vending – setet løftes ut av bekkenet og fosterets hode kontrolleres med høyre tommel

Diskusjon

Ytre vending kan redusere antall setefødsler, men det er ikke vist å ha effekt på perinatal dødelighet. Hvor stor reduksjonen kan bli, vil avhenge av hvor mange som får tilbudet (antall diagnostiserte seteleier), hvor mange som blir ekskludert fra et vendingsforsøk, andelen vellykkede vendinger, samt hvor mange fostre vender seg tilbake til seteleie etter en vellykket vending. Hvor mange keisersnitt som kan spares ved å tilby ytre vending rutinemessig i Norge, er det ikke mulig å fastslå.

I SMM-rapporten (1, 2) om forløsning ved seteleie konkluderes det at vaginal setefødsel til termin fortsatt kan gjøres forutsatt en god seleksjonsprosess, nøye fødselsovervåkning og tilstedeværelse av kvalifisert fødselshjelper anbefales. Resultater ved vendingsforsøk i Norge er dårlig dokumentert.

Litteratur

1. Fødsel av barn i seteleie til termin: assistert vaginal fødsel eller keisersnitt. SMM-rapport nr. 3/2003. Oslo: Statens senter for metodevurdering, 2003.
2. www.kunnskapssenteret.no/SMM/Publikasjoner/FramsetPublikasjoner.htm (19.1.2004).
3. Schorr AJ, Speights SE, Ross EL et al. A randomized trial of epidural anaesthesia to improve external cephalic version success. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 1133–7.
4. Impey L, Lissoni D. Outcome of external cephalic version after 36 week's gestation without tocolysis. *J Matern Fetal Med* 1999; 8: 203–7.
5. Stine LE, Phelan JP, Wallace R et al. Update on external cephalic version performed at term. *Obstet Gynecol* 1985; 65: 642–6.
6. Fernandez CO, Bloom SL, Smulian JC et al. A randomized placebo-controlled evaluation of Terbutaline for external cephalic version. *Obstet Gynecol* 1997; 90: 775–9.
7. Lau TK, Lo KW, Rogers M. Pregnancy outcome after successful external cephalic version for breech presentation at term. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176: 218–23.
8. Marquette GP, Boucher M, Theriault D et al. Does the use of tocolytic agent affect the success rate of external cephalic version? *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 859–61.
9. Mahomed K, Seeras R, Coulson R. External cephalic version at term. A randomized controlled trial using tocolysis. *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 98: 8–13.
10. Hofmeyr GJ. Effect of external cephalic version in late pregnancy on breech presentation and cesarean section rate: a controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1983; 90: 392–9.
11. Mauldin JG, Mauldin PD, Feng TI, Adams EK, Durkalski VL. Determining the clinical efficacy and cost savings of successful external cephalic version. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 1639–44.
12. Morrison JC, Myatt RE, Martin JN et al. External cephalic version of the breech presentation under tocolysis. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 154: 900–3.
13. Regalia AL, Curiel P, Natale N et al. Routine use of external cephalic version in three hospitals. *Birth* 2000; 27: 19–24.
14. Mashiach R, Hod M, Kaplan B et al. External cephalic version at term using broad criteria: effect on mode of delivery. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1995; 22: 279–84.
15. Hofmeyr GJ. Interventions to help external cephalic version for breech presentation at term. (Cochrane review). I: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software, 2002.
16. Hofmeyr GJ, Kulier R. External cephalic version for breech presentation at term. (Cochrane review). I: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software, 2002.
17. Flamm BL, Fried MW, Lonky NM et al. External cephalic version after previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 370–2.
18. Lau TK, Lo KW, Wam D et al. Predictors of successful external cephalic version at term: a prospective study. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 798–802.
19. Lau TK, Lo KW, Leung TY et al. Outcome of labour after successful external cephalic version at term complicated by isolated transient fetal bradycardia. *Br J Obstet Gynaecol* 2000; 107: 401–5.