

Oplæg til

SANDBJERG GUIDELINES 2003 FOR INFORMATION AF GRAVIDE m.h.t. FØDSEL AF BARN I UNDERKROSPRÆSENTATION med særlig reference til M. Hannahs undersøgelse

Arbejdsgruppen: Bente Sørensen, Jeannet Lauenborg, Hans Rebling, Merete Hein, Henrik Nyholm (tovholder)

Præsentation af:

- 1) Praksis på danske fødeafdelinger (spørgeskema-undersøgelse)**
- 2) Forslag til information til gravide med barn i sædestilling**

Afgrænsning:

Gruppens kommissorium har ikke været en generel gennemgang af problemet underkropspræsentation, der omfatter mange problemstillinger: Spørgsmålet om UK-barnets evt. særlige antenatale patologiske/biologiske karakteristika, muligt medførende en selvstændig øget risiko for peri/neonatale problemer, uanset forløsningsmåde, den prognostiske betydning af UK-barnets status lige efter vaginal fødsel, bedømt ud fra Apgar score og NS-pH, betydningen af fødselshjælpernes erfaring og uddannelse ved vaginal forløsning, og en mere detaljeret gennemgang af komplikationer ved sectio versus vaginal fødsel (med hensyn hertil henvises til Sandbjerg Guidelines: Maternelle komplikationer ved vaginal fødsel og sectio sandbjerg 2001).

Man har ej heller diskuteret anerkendte forudsætninger for vaginal UK-fødsel eller principperne for ledelsen af UK-fødsel (forslag til en procedure herfor er beskrevet i Sandbjerg Guidelines 1998)

Opgaver:

1) Man har registreret holdningen til UK-fødsel på alle danske fødeafdelinger i en spørgeskemaundersøgelse. Man har adspurgt om praksis m.h.t. forløsning af underkropsfødsler, og vi har spurgt om afdelingens principper herfor, herunder om man foretager rutinemæssigt vendingsforsøg, og tillige, hvorvidt Hannahs undersøgelse (Lancet 2000) har påvirket afdelingers UK-forløsningsprocedurer.

2) I forbindelse hermed har gruppen evalueret Hannahs arbejde m.h.t., hvorvidt dette arbejdes konklusioner er overbevisende dokumenterede og i sig selv kan berettige forslag om elektivt sectio til alle fødende med barn i UK. Man præsenterer spørgsmålet, hvorvidt en begrænset, let øget føtal risiko ved vaginal sædefødsel berettiger til rutinemæssig elektiv sectio-forløsning af alle gravide med barn i sædestilling med heraf følgende øget maternel risiko m.h.t. mortalitet/morbiditet/sequelae.

3) Gruppen har desuden udarbejdet forslag til en patientvejledning til gravide med barn i sædestilling med speciel reference til Hannahs artikel. Baggrunden herfor er, at Hannahs artikel i betydelig grad har påvirket danske obstetrikere i deres holdning til UK-fødsel, og at den gravide og hendes partner bør informeres om artiklen, men også om den fra flere sider udtalte kritik heraf. Vejledningen er tiltænkt kommende forældre (uden et særligt resume af Hannahs artikel, og tillige evt. fagpersoner (med resume af Hannahs artikel).

1) Resultat af Spørgeskema-undersøgelse.

36 fødeafdelinger er udspurgt om deres generelle holdning til forløsning af UK i henholdsvis 1999 og 2001, således før og efter publicering af Hannahs arbejde. 29 afdelinger besvarede spørgeskemaet helt eller delvist.

- Resultaterne præsenteres på Sandbjerg mødet.

Kort kan resumeres, at antal vaginalt forløste UK-børn fandtes mere end halveret "efter Hannah", og at antal afdelinger, der rutinemæssigt tilbyder sectio til alle med barn i UK, øgedes fra 6/28 til 18/28. Hele 22 afdelinger af 28 angav at have ændret politik m.h.t. forløsning af UK "efter Hannah".

2) Kritisk gennemgang af Hannahs artikel:

Kommentar til

Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR, for the term breech trial group. Planned caesarean scetion versus planned vaginal birth for breech presentation atterm: a randomized controlled trial. Lancet 2000;356:1375-83.

Hannahs multicenterundersøgelse, med udspring i Canada, har sat sig for at bestemme (én gang for alle!) om vaginal fødsel af UK-barnet ved termin er en rimelig fødselsmåde (*"to give the option of vaginal breech delivery its best, and perhaps last, chance to be proven a reasonable method of delivery"*).

Hermed har forfatterne påtaget sig et stort ansvar, som må forventes afspejlet i en meget kritisk evaluering og kommunikation af undersøgelsens resultater. Således må konklusionen, at planlagt sectio er *"substantially better"* for barnet og ikke (indenfor 6 uger efter fødslen) udgør en risiko for moderen, og at sectio derfor generelt må foretrækkes som forløsningsprincip, forventes at hvile på et meget sikkert grundlag. Er dette da tilfældet?

Undersøgelsen randomiserede fødende, der opfyldte fastsatte inklusionskriterier for vaginal fødsel, til planlagt vaginal fødsel eller sectio forløsning. Der indgik 121 fødselscentre i 26 lande over hele verden, således at ca.halvdelen var lande med høj perinatal mortalitets rate (defineret som >20/1000) og den anden halvdel var lande med lav perinatal dødelighed (<20/1000), heriblandt Danmark, som bidrog med én fødende (generelt var der mange gravide, som ikke ønskede at deltage (indebærende en betydelig selektionsbias)). Da der var indgået lidt over 2000 fødende, standsedes undersøgelsen, idet der var fundet statistisk signifikant forskel mellem grupperne, således at der i planlagt vaginal fødsel-gruppen (1039 fødende) var konstateret flere tilfælde af perinatal/neonatal død og alvorlig neonatal morbiditet end i planlagt sectio-gruppen (ligeledes 1039 fødende). Hver gruppe var bedømt som en enhed (efter princippet "intention to treat"), uanset at

mange fødende (43%) i vaginal-gruppen faktisk forløstes ved sectio, og at 10% i sectio-gruppen fødte vaginalt.

Således fandt man, at kun 3 børn døde perinatalt/neonatalt i sectio-gruppen, mod 13 i planlagt vaginal fødsel-gruppen, en signifikant forskel. Ligeledes, at 14 børn i sectio-gruppen udviste tegn på "*serious neonatal morbidity*" (asfyksi m.m.) mod 39 i vaginal-gruppen. Dermed skulle der ikke være tvivl om, at sectio er sikrest, hvis vel at mærke de fødende i planlagt vaginal fødsel-gruppen var behandlet i overensstemmelse med de krav til fødslen, som var fastsat i protokollen. Ligeledes bør det kræves, at de perinatale/neonatale dødsfald med rimelighed kan relateres til fødselsmåden, og at de variable, udfra hvilke man bedømmer neonatal morbiditet, er sikkert prognostisk betydningsfulde.

Problemet i Hannahs undersøgelse er, at disse forudsætninger ikke opfyldt til fulde.

Perinatal/neonatal mortalitet. 13 af i alt 16 perinatale dødsfald sås i vaginal fødsel-gruppen (og heraf kun de 3 i lande med lav perinatal dødelighed). Imidlertid kan kun 6 af disse 13 dødsfald med rimelighed relateres til selve den vaginale fødselsproces (og heraf kun de 2 i lande med lav perinatal mortalitet). De 7 øvrige dødsfald må skønnes at være uafhængige heraf (artiklens *table 4*). Det er da diskutabelt at inkludere disse dødsfald i statistikken vedrørende en forskel mellem de 2 fødselsmåder.

Det er herudover bemærkelsesværdigt, at 5 ud af de 6 fødselsrelaterede dødsfald i den vaginale gruppe ramte førstegangsfødende (som udgjorde 52% af alle indgående)- et forhold, som ikke kommenteres af forfatterne. I den overordnede statistiske analyse (multipel logistisk regressionsanalyse) af evt. interaktioner mellem basale maternelle karakteristika og fødselsgruppe med hensyn til kombineret uheldigt udfald (perinatal/neonatal mortalitet + neonatal morbiditet), findes paritet ikke at have indflydelse på forskelle mellem grupperne. Imidlertid må risikoen for en type 2 fejl her anses for stor, når man betragter de relativt få "statistiske begivenheder" (uheldige udfald) i de 2 grupper. En afvisning af type 2 fejls risiko ville kræve en flerdobling af den undersøgte population. Det må anføres, at når paritet findes særligt relateret til et af effektmålene (perinatal/neonatal mortalitet), bør dette forhold tildeles særlig interesse, selvom fundet ikke er statistisk signifikant.

Neonatal morbiditet. Med hensyn til fødselstraumer fandtes kun en marginal forskel mellem 2 fødselsgrupper, men herudover fandtes sectio signifikant bedre for barnet ud fra de givne definitioner af neonatal morbiditet. Disse definitioner af alvorlig neonatal morbiditet er afgørende for undersøgelsens konklusion. Definitionerne er anvendt tidligere i en undersøgelse af Hannah (1) vedrørende håndtering af overbåren graviditet og antages da at have samme prognostiske relevans for den aktuelle undersøgelses population. Der kan i så fald ikke rokkes ved, at de vaginalt fødte børn kommer noget dårligere ud end de sectioforløste med hensyn til neonatal morbiditet, men det kan diskuteres, om forskellen er så stor som angivet. Hvis nogle af de mere usikre mål for dårlig prognose (varighed af sondeernæring og ophold på neonatalafsnit (artiklens *table 6*)) udelades, vil nogle tilfælde udgå. Med hensyn til de tungere prognostiske effektmål, er der stadig usikkerhed om langtidspåvirkning af barnet (neurologiske sequelæ), og undersøgelsen planlægger da også en 2-årig follow-up af børn i udvalgte centre.

Resultaterne af en sådan opfølgning burde afventes, før undersøgelsens resultater endeligt evalueres.

Udover de ovenfor nævnte forhold må det fremhæves, at næsten halvdelen af de vaginalt fødende havde fået foretaget vestimulation, og at 5,8% af børnene viste sig at veje over 4000 gram (hvor et af indgangskriterierne for randomisering var et vægtskøn under 4000 gram). Ved nogle fødsler var der ikke den erfarne specialist til stede ved fødslen som forudsat, og andre afvigelse var ikke-rene sæde- eller sæde/fodpræsentationer. Disse forhold, som er velkendt uhensigtsmæssige (relative kontraindikationer) for vaginal sædefødsel, kan tænkes at spille en rolle for den påviste øgede risiko i vaginal fødselsgruppen. Dette erkendes da også af forfatterne i en del-analyse, hvor de ekskluderer vaginale sædefødsler, som var karakteriserede af et prolongeret fødselsforløb, igangsætning eller vestimulation, fodpræsentation eller usikre underkropspræsentationer, samt tilfælde uden erfarne obstetriker til stede ved fødslen. Herved reduceredes den statistiske forskel mellem grupperne m.h.t. uheldigt fødtalt udkomme (perinatal/neonatal mortalitet og morbiditet), og når man yderligere ekskluderede tilfælde uden epidural analgesi, var forskellen mellem vaginal fødsel og sectio med hensyn til barnets udkomme ikke længere statistisk signifikant (relativ risiko 0,5 (95% CI 0,24 - 1,03)).

Maternelle komplikationer og senfølger af sectio. Der fandtes ingen forskel i mødremorbiditet de første 6 uger efter forløsningen, og der var ingen mødredødsfald i sectiogruppen, men et i vaginalgruppen (der ikke havde relation til fødselsmåden). I et begrænset patientmateriale som det aktuelle, kan man da heller ikke forvente at påvise en forskel i maternel mortalitet i relation til forløsningsmåde.

Det er imidlertid givet, at sectio som foretrukken fødselsmåde ved underkropspræsentation i alle dele af verden vil skabe betydelige problemer. I vor del af verden har man påvist en flerfold øget risiko for maternel død i forbindelse med sectio (f.eks. findes i Holland en retrospektiv stor opgørelse en samlet 7-fold øget risiko(2)), og mange undersøgelser påviser alvorlige maternelle konsekvenser af øget sectiofrekvens i udviklingslandene (3). I den forbindelse er det vigtigt at nævne, at forfatterne tydeligere burde understrege, at i lande med høj perinatal dødelighed (>20/1000) var der absolut ingen gunstig effekt af sectio på føtal mortalitet eller morbiditet (det anføres blot, at effekten af sectio var "reduced" i disse lande).

Et meget væsentligt aspekt, som artiklen ikke diskuterer, er de maternelle senfølger af sectio og påvirkningen heraf i efterfølgende svangerskaber. En alvorlig konsekvens af sectio er risikoen for uterusruptur ved senere vaginale fødsler. Denne risiko findes i lande med høj obstetrisk standard at være fra 0,3 - 0,8% (4-6) op til 2 - 3% (7-10), men betydeligt større i U-lande (11). Andre følger er øget hyppighed af blødning ved senere fødsler (bl.a. p.g.a. placenta prævia) og mindre synlige, men ikke ubetydelige følger af sectio er negativ påvirkning af det umiddelbare mor/barn forhold, amning, samt signifikant færre efterfølgende svangerskaber (12,13). Disse forhold bør indgå i den aktuelle debat med større vægt, end tilfældet er.

Kommentar. Det er ikke ud fra Hannahs undersøgelse overbevisende dokumenteret, at elektivt kejsersnit bør være generelt foretrukken metode for fødsel af børn i sædestilling. Artiklen modsiger således ikke, at udvalgte fødende med barn i sædestilling kan tilrådes vaginal fødsel under forudsætning af, at fødslen overvåges nøje med tilstedeværelse af en kompetent obstetriker ved fødslen og relevant indgriben ved utilfredsstillende progression.

Skandinaviske undersøgelser har vist, at en vel overholdt protokol for varetagelse af vaginal underkropsfødsel kan sikre, at vaginal fødsel ikke giver øget risiko for perinatal/neonatal mortalitet eller langtids-sequelae hos børnene i forhold til sectio-forløste børn (14,15). Dette er også fundet af andre steder (16).

Hannahs undersøgelse er tillagt en autoritet, som bevirker, at flere, også danske, fødeafdelinger ændrer rådgivning af fødende med barn i sædestilling. Dette er betænkeligt, når resultaterne af Hannahs undersøgelse ikke er mere overbevisende, og når de desuden reelt ikke afspejler skandinaviske forhold. En ændring af en velfungerende dansk obstetrisk praksis for varetagelse af sædefødsler indarbejdet gennem mange år på danske fødeafdelinger ud fra en velorganiseret svangreomsorg og et højt neonatologisk serviceniveau, synes ikke berettiget ud fra Hannahs undersøgelse.

Referencer:

- Fejl! Ukendt argument for parameter.** Hannah ME, Hannah WJ, Hellmann J, Hewson S, Milner R, Willan A, and the Canadian Multicenter Postterm Pregnancy Trial Group. Induction of labor as compared with serial antenatal monitoring in postterm pregnancy: a randomized controlled trial. *N Eng J Med* 1992; 326: 587-92.
- 2 Schuitemaker N, van Roosmalen J, Dekker G, van Dongen P, van Geijn H, Gravenhorst JB. Maternal mortality after caesarean section in The Netherlands. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996; 75: 332-4.
 - 3 Onsrud L, Onsrud M. [Increasing use of caesarean section, even in developing countries.] *Tidsskr Nor Laegeforen* 1996; 116 (1): 67-71.
 - 4 Targett C. Caesarean section and trial of scar. *Aust NZJ Obstet Gynecol* 1988; 28(4): 249-62.
 - 5 Gardeil F, Daly S, Turner MJ. Uterine rupture in pregnancy reviewed. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994; 56(2): 107-10.
 - 6 Appleton B, Targett C, Rasmussen M, Readman E, Sale F, Permezel M. Vaginal birth after Caesarean section: an Australian multicenter study. *Aust NZJ Obstet Gynaecol* 2000; 40(1): 87-91.
 - 7 Khan KS, Rizvi A, Rizvi JH. Risk of uterine rupture after the partographic alert line is crossed - an additional dimension in the quest towards safe motherhood in labour following caesarean section, *JPMA J Pak Med Assoc* 1996; 46(6): 120-2.
 - 8 Rozenberg P, Goffinet F, Philippe HJ, Nisand I. Ultrasonic measurement of lower uterine segment to assess risk of defects of scarred uterus. *Lancet* 1996; 347(8997): 281-4.
 - 9 McNally OM, Turner MJ. Induction of labour after 1 previous casarean section. *Aust NZJ Obstet Gynaecol* 1999; 39(4): 425-9.
 - 10 Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Caughey AB, Lieberman E. Uterine rupture during induced or augmented labor in gravid women with one prior cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 882-6.
 - 11 Ola ER, Olamijulo JA. Rupture of the uterus at the Lagos University Teaching Hospital, Nigeria. *West Afr J Med* 1998; 17(3): 188-93.
 - 12 Albrechtsen S, Rasmussen S, Dalaker K, Irgens LM. Reproductive career after breech presentation: pregnancy rates, interpregnancy interval, and recurrence. *Obstet Gynecol.* 1998; 92(3): 345-50.

13 Wagner M. Choosing caesarean section. Lancet 2000; 356:1677-80.

14 Lindquist A, Norden-Lindeberg S, Hanson U. Perinatal mortality and route of delivery in term breech presentations. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104: 1288-91.

15. Albrechtsen S, Rasmussen S, Reigstad H, Markestad T, Irgens LM, Dalaker K. Evaluation of a protocol for selecting fetuses in breech presentation for vaginal delivery or caesarean section. Am J Obstet Gynecol 1997; 177: 586-92.

16. Giuliani A et al. Mode of delivery and outcome of 699 term singleton breech deliveries at a single center. Am J Obstet Gynecol. 2002 Dec;187(6):1694-8.

Yderligere kritik af Hannas undersøgelse:

Der er efterhånden i øvrigt publiceret en del kritiske kommentarer til Hannah's artikel, med fremhævelse af, at hendes dokumentation ikke er tilfredsstillende, og at undersøgelsens konklusioner ikke er overbevisende, specielt at de m.h.t. neonatal morbiditet "generate more questions than giving answers" (van Roosmalen, 2002), at designet af undersøgelsen, skønt RCT, indebærer store muligheder for bias af snart sagt enhver type.

Hälmesmaki E. Vaginal term breech delivery - a time for reappraisal? Acta Obstet Gynecol Scand 2001;80:187-90.

Øian P, Maltau JM. Setefødsler - hva nå? (Leder) Tidsskr Nor Lægeforen 2001;121(4):405.

Hauth JC, Cunningham FG. Vaginal breech delivery is still justified (comment). Obstet Gynecol 2002;99(6):1115-6.

Sommerset D. Term breech trial does not provide unequivocal evidence (letter). BMJ 2002;324:49

Roosmalen J van, Rosendaal F. There is still room for disagreement about vaginal delivery of breech infants at term. BJOG 2002-;109:967-9.

m.fl.

Fælles for disse indlæg er, at man ikke betvivler, at sædefødsel er en risikofaktor, men at behandlingen ikke bør være sectio i til alle.

En tankevækkende gennemgang af negative sider af sectio er fremført af *Marsden Wagner, 2000*. Kort resume :Hans artikel omhandler ikke mindst CS on maternal request, men også ved UK. Hans synspunkter er præget af, at han er amerikaner, og de tilstande, der hersker derovre. Der er nu tiltag til, at man i USA skal nedsætte CS frekvensen, men med den politik, der nu føres på de obstetriske afd., er det svært, og der er disse problemstillinger, han tager op. Ingen evidens for at en sectiorate over 7% redder liv! WHO anbefaler sectiorate på 10-15%.

Udgangspunktet: Det er ikke en sygdom at være gravid, og at føde vaginalt er en konsekvens af at være gravid.

Nogle citater: "Midwifery paradigm: To a midwife a breech delivery is a variation of the normal, to a doctor it is a pathological condition", "promoting more CS is part of a campaign to keep the obstetric profession in control of maternity care".

Referer til Al-Mufti et al. s artikel i Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1997;73:1 en survey over kvindelige obstetrikkeres valg , hvor 31% ville vælge et sectio trods ukompliceret singleton graviditet. "CS is doctor friendly, VD is not"

Risici ved CS: Et statement er, at CS er så sikkert som aldrig før. Men der er en graduering af risici fra det planlagte CS på fetal eller maternal indikation til kvinders valg af elektiv CS på ingen medicinsk begrundet indikation. Hvor sikkert er et sectio? Det afhænger af, hvem der svarer på spørgsmålet. Hvis et sectio gøres, tager moderen og barnet en risiko, laves det ikke, tager lægen en risiko. Lægerne kan frygte for en vaginal fødsel, dette påvirker patienterne og gør at de træffer et valg af CS. Citerer "*Maternal mortality data fra UK Confidential Enquiries (1998)*:", der fandt en forøget risiko for maternal mortalitet på 2.84 ved elektiv CS sammenlignet med normal vaginal fødsel. Wagner nævner alle de risici, der er forbundet med CS: Anæsthesien, karlæsion, blærelæsion, infektioner etc, samt risiko ved efterfølgende graviditeter. For barnet er der bl.a. risikoen for RDS. Kvinden skal have et optimalt grundlag at vælge på. unbiased information.

Wagner M. Choosing caesarean section. Lancet 2000; 356:1677-80.

Støtte til sectio-forløsning af UK-barnet

Tidligere studier af risiko for UK-barnet er fremfor alt retrospektive opgørelser baseret på registerdata og obstetriske journaler. Inklusionskriterierne for de nedenfor refererede studier var singletons til termin (>37 uger) uden malformationer og levende ved fødselens begyndelse.

Golfier 2001, Frankrig (1)

Blandt 1116 sædepræsentationer (2,4% af totalpopulationen) var vaginal fødsel (VD=vaginal delivery) planlagt i 37%. Af disse fik 17% foretaget akut sectio. To døde i VD gruppen og nul i elektivt sectio (ES) gruppen. Relativ risiko i VD gruppen for Apgar < 7 efter 5 minutter var 3,1 og 4,2 for fødselstraumer. Overordnet var morbiditeten signifikant større i VD gruppen. I ES gruppen indgår 7 der fødte spontant vaginalt. Tyve procent af de akutte sectioer i ES gruppen skyldtes navlesnorsfremfald. Den materielle morbiditet var højere i ES gruppen men det drejede sig om små komplikationer.

Krebs 1999, Danmark (2)

Dette studie er et case-control og går den modsatte vej, nemlig at se på hvor mange med apgar under 7 efter 5 minutter der var vaginale sædefødsler. Blandt 639.338 fødsler fra 1982-92 var 24.100 sædefødsler (3,8%) hvoraf 19.479 var "non-malformed", levende ved fødselens start, til termin og med fødselsvægt over 2.500 g. Cases(n=175) omfattede de børn der døde under eller kort efter fødslen, eller med apgar under 7 efter 5 minutter. For hver case blev de to efterfølgende fødsler af børn i sædestilling fra samme hospital valgt som kontroller (n=438). Planlagt VD var forbundet med en 15 gange øget risiko for lav apgar/intrapartum død/neonatal død. I gruppen med uerkendt sædestilling ved fødselens begyndelse var der to gange øget risiko for lave apgar hvis man valgte VD frem for ES.

Roman 1998, Sverige (3)

Blandt 816.908 fødsler i Sverige fra 1987-93 var 21.733 (2,7%) sædestillinger. Studiet er baseret på de 15.818 fødsler der var singletons til terminen og uden malformationer og ikke døde ved fødselsens begyndelse. 37 % var VD, 38% ES og 19% akut sectio. De sidste 6 procent var sectio, uden kendskab til om det var akut eller elektivt. Relativ risiko for død var 2 for VD gruppen sammenlignet med ES gruppen, 9 for lav apgar og 13 for fødselstraumer. Gruppen med akut sectio lå mellem VD og ES gruppen.

Belfrage 2002, Norge (4)

Et case-control studie 1996-2001 – 575 sædestillinger (cases), 582 hovedstillinger (controls). VD blev planlagt i 78% af sædestillingerne. Morbiditeten var 3,6% i VD gruppen og 0% i ES gruppen. I gruppen med VD af hovedstilling, var morbiditeten 0.5%.

Herbst 2001, Sverige (5)

Retrospektiv opgørelse af 1050 UK-børn fra 1988-2000. 67% forløst vaginalt. Lav apgar og acidose forekom hos henholdsvis 3,6% og 5,8% af VD gruppen og 0% i ES gruppen.

Kort sammendrag af de 4 skandinaviske studier

Overordnet set er morbiditeten mindst 3-4 gange hyppigere ved planlagt VD sammenlignet med ES. Det er dog ikke muligt at udlede, i hvor mange tilfælde, der har været den fornødne faglige ekspertise til stede. Det er dog heller ikke alle steder opgjort, hvor mange med planlagt VD der bliver til akut sectio og i hvilken gruppe de så er inkluderet.

Reference List

- (1) Golfier F, Vaudoyer F, Ecochard R, Champion F, Audra P, Raudrant D. Planned vaginal delivery versus elective caesarean section in singleton term breech presentation: a study of 1116 cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001; 98(2):186-192.
- (2) Krebs L, Langhoff-Roos J. Breech delivery at term in Denmark, 1982-92: a population-based case-control study. Paediatr Perinat Epidemiol 1999; 13(4):431-441.
- (3) Roman J, Bakos O, Cnattingius S. Pregnancy outcomes by mode of delivery among term breech births: Swedish experience 1987-1993. Obstet Gynecol 1998; 92(6):945-950.
- (4) Belfrage P, Gjessing L. The term breech presentation. A retrospective study with regard to the planned mode of delivery. Acta Obstet Gynecol Scand 2002; 81(6):544-550.
- (5) Herbst A, Thorngren-Jerneck K. Mode of delivery in breech presentation at term: increased neonatal morbidity with vaginal delivery. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80(8):731-737.

3) Information til den gravide med barn i sædestilling:**En vejledning til den gravide med barnet i sædestilling.**

Ved sædestilling forstås, at barnets sæde ligger nedad og derfor fødes først ved en naturlig fødsel. Dette forekommer hos tre procent af gravide ved fødselsterminen. Ofte vil man forsøge at vende barnet lidt før fødselstidspunktet ved at skubbe det rundt udvendigt fra, og det lykkes i ca. 50% af tilfældene. Men lykkes vendingen ikke, er det

spørgsmålet, om barnet kan fødes naturligt, eller om fødslen bør ske ved kejsersnit. Om den ene eller anden fødselsmåde er at foretrække, kan diskuteres, og der er blandt sundhedspersonalet forskellige holdninger. Den viden, vi har i dag om risiko ved sædefødsel, er ikke helt entydig.

Beslutningen om, hvilken fødselsmåde, der bør vælges, når barnet ligger i sædestilling, tages af dig og din partner i samråd med læge og jordemoder. Nedenfor vil vi kort beskrive nogle af fordelene og ulemperne ved henholdsvis naturlig fødsel og et planlagt kejsersnit.

Naturlig fødsel – for og imod

En naturlig fødsel kan indebære en let øget risiko for iltmangel for barnet i sædestilling i forhold til fødsel ved kejsersnit. Flere internationale undersøgelser, inklusive skandinaviske, har dog vist, at det må anses for temmeligt sikkert for barnet i sædestilling at blive født naturligt, når visse forudsætninger er opfyldt: Kvindens bækken skal være normalt, barnet må ikke være for stort, og den fornødne ekspertise skal være tilstede ved fødslen, således at der kan gribes ind, hvis fødslen ikke udvikler sig normalt. En normal fødsel vil som regel være en fordel for den gravide kvinde.

Kejsersnit – for og imod

En nylig international undersøgelse konkluderede, at risikoen for barnet i sædestilling var lidt større ved en naturlig fødsel end ved planlagt kejsersnit. Undersøgelsen har haft stor indflydelse på rådgivningen af gravide med barn i sædestilling og har betydet, at en del fødeafdelinger konsekvent tilbyder planlagt kejsersnit ved sædestilling. Der er dog kritikere af undersøgelsen, som mener, at den ikke berettiger til at foreslå kejsersnit til alle med barn i sædestilling. Modstand mod at foretage kejsersnit som rutine ved sædestilling skyldes, at et kejsersnit trods alt er en større operation og forbundet med risiko for flere komplikationer for den fødende end en normal fødsel, både i forbindelse med selve operationen, efter operationen, og i forbindelse med efterfølgende svangerskaber.

Til brug for fagpersonale:

Reference :

Hannah ME et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Lancet, vol. 356, oct. 21, 2000.

Den ovenfor omtalte internationale undersøgelse om sædefødsel skal her kort gennemgås, da den hyppigt citeres i såvel lægefaglige som andre medier. Den omhandler fødselsmådens indflydelse på barnets tilstand og er offentliggjort i 2000 af den canadiske læge Mary Hannah. Undersøgelsen omfattede 2083 fødsler af børn i sædestilling. For at kunne deltage i undersøgelsen, skulle den gravide acceptere, at fødselsmåden bestemtes ved lodtrækning, og der måtte ikke være forhold, der kunne tale imod naturlig fødsel. Man ville opnå, at halvdelen skulle føde normalt og den anden halvdel ved kejsersnit.

Man sammenlignede herefter antallet af børn, der eventuelt døde i forbindelse med fødslen og i den første tid derefter, samt antallet af børn, der var slappe ved fødslen eller på anden måde påvirkede og havde behov for akut lægebehandling og indlæggelse på børneafdeling.

Antallet af børnedødsfald (før, under eller efter fødslen) var meget lille, mindre end 0,8% i alt, men flertallet opstod i gruppen, der var planlagt til at føde naturligt. Tillige var der flere børn i naturlig fødsel-gruppen (3,8%), der i en eller anden grad havde behov for lægebehandling straks efter fødslen end i kejsersnitgruppen (1,4%).

Forskellene mellem de to fødselsgrupper var statistisk sikre, men ikke store, og undersøgelsen er blevet kritiseret for, at de krav, der blev stillet til de deltagende fødeafdelinger ikke altid var opfyldt. Det drejede sig f.eks. om krav om tilstedeværelse af fødselslægespecialist, børnelægeassistance, mulighed for at kunne udføre kejsersnit ved akut behov, og andre forhold, der ikke var helt i overensstemmelse med betingelserne for at gennemføre naturlig fødsel.

Med hensyn til børnedødsfald i naturlig fødsel-gruppen, havde i hvert fald halvdelen heraf ingen sammenhæng med selve fødselsmåden, og må anses for at være en tilfældighed, skabt af andre forhold end fødselsmåden. Hvis disse tilfælde udgår af beregningerne, forsvinder den statistiske forskel med hensyn til børnedød mellem grupperne. Med hensyn til de børn, der havde behov for lægebehandling efter fødslen, er det meget usikkert, om påvirkningen ved fødslen vil medføre et senere handicap.

Undersøgelsen var en såkaldt multicenter-undersøgelse med deltagelse af 26 forskellige lande rundt om i verden (i alt 121 fødesteder, heraf kun een skandinavisk), og resultaterne kan efter flere kritikeres mening derfor ikke direkte overføres til skandinavisk fødselspraksis.
