

Underkropspræsentation

Ekstern vending, valg af fødselsmåde og håndtering ved vaginal fødsel



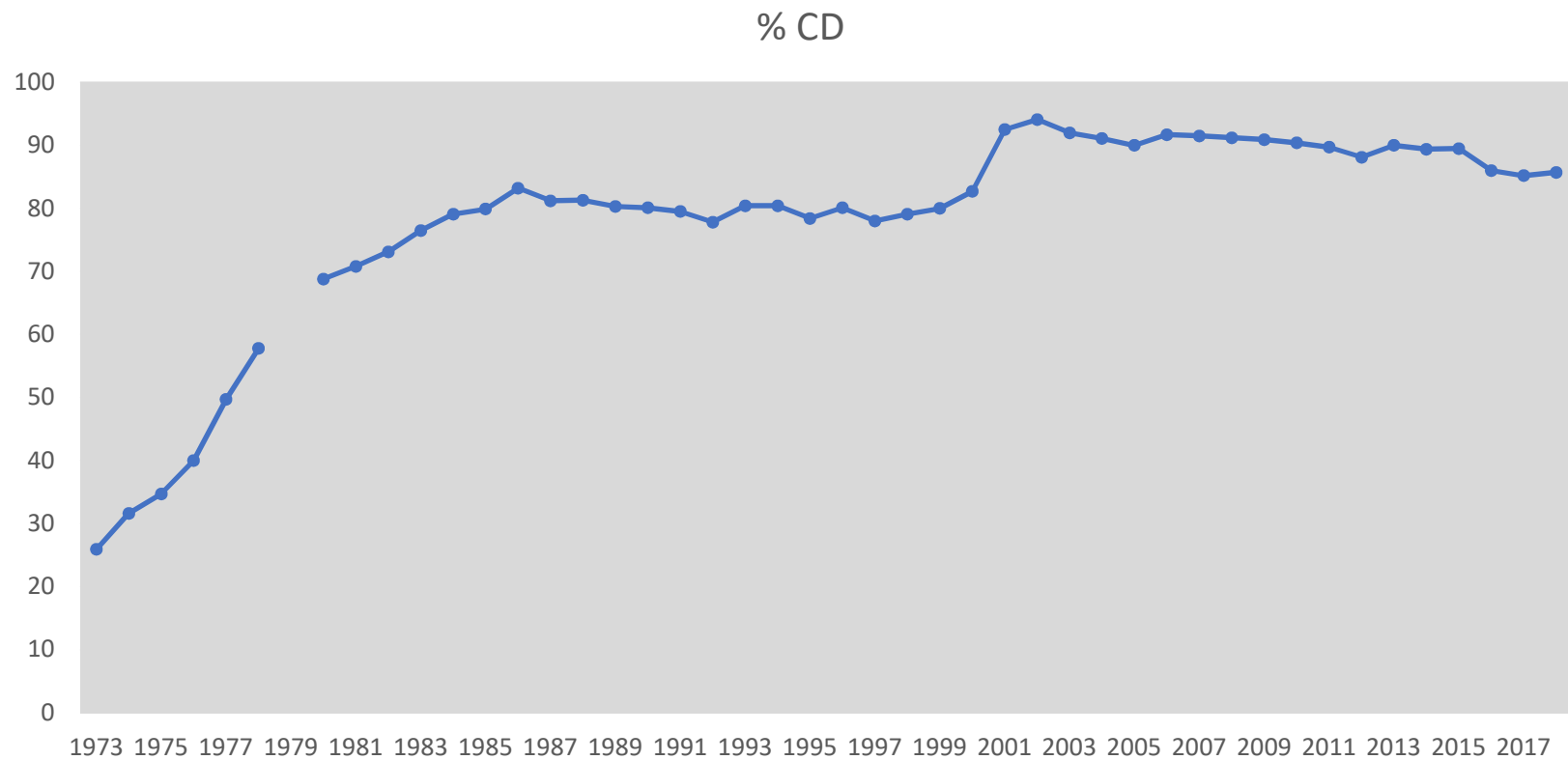
Workshop

Vending
Planlagt fødselsmåde og komplikationer
Information
Håndtering af vaginale UK-fødsler
Diskussion

Arbejdsgruppen

-  Diana Bach (Hvidovre)
-  Kamilla Gerhard Nielsen (Aabenraa)
-  Morten Lebech (Roskilde)
-  Lone Hvidman (AUH)
-  Jane Boris (Herning)
-  Malene Mie Caning (Holbæk)
-  Maria Gjaldbæk (Hvidovre)
-  Maria Ravn (Aabenraa)
-  Nathalie Panduro (Hvidovre)
-  Amalie Bøggild Schmidt (SSI)
-  Karen Hell Hansen (Holbæk)
-  Jane Lyngsø (Esbjerg)
-  Fanny Håkanson (Herlev)
-  Linda Holmberg (Herlev)
-  Dorte Ahrends (Aabenraa)
-  Camilla Hartvigsen (Kolding)
-  Sara Bergenheim (RH), tovholder
-  Lone Krebs (Hvidovre), tovholder

Fødselsmåde i Danmark



Singleton, breech at term
Danish Medical Birth Registry

Sandbjerg mødet 2020
Revideret guideline
Extern vending

Maria Gjaldbæk	Amalie Schmidt
Karen Hell Hansen	Sara Bergenheim
Camilla Hartvigsen	Diana Bach



Klinisk rekommendation

Kvinder med foster i UK efter GA 36+0 bør tilbydes forsøg på ECV, da det kan nedbringe hyppigheden af UK til termin og øge sandsynligheden for at føde et barn i hovedstilling vaginalt.

Grade A

Kvinder med foster i UK efter GA 37+0 bør tilbydes forsøg på ECV, da det nedbringer hyppigheden af UK til termin og øger sandsynligheden for at føde et barn i hovedstilling vaginalt.

Grade A

Evidens

Hofmeyr GF et al. 2015; review af otte RCTs, hvor de "pooled" analyse af data på i alt 1308 kvinder hvor ECV blev forsøgt omkring termin

- **Statistisk signifikant reduktion i andelen af gravide med "ikke-hovedstilling" ved fødslen, relativ risiko (RR) = 0,42, 95%CI 0,29-0,61.** Analysen var baseret på otte RCTs med i alt 1305 deltagere.
- **Statistisk signifikant reduktion i andelen af gravide som ikke fødte et barn i hovedstilling (HS) vaginalt, RR = 0,46, 95%CI 0,33-0,62.** Analysen var baseret på syv RCTs med i alt 1253 deltagere.
- **Statistisk signifikant reduktion i andelen med kejsersnit, RR = 0,57, 95%CI 0,40-0,82.** Analysen var baseret på otte RCTs med i alt 1305 deltagere.

Evidens

Grootscholten K. et al 2008; systematisk review af 84 studier, 13000 forsøg på ECV efter GA 36, fandt at den samlede succesrate efter vendingsforsøg var **58%** .

Melo P. et al 2019; kohortestudie, 2614 kvinder. Succesraten for **ECV = 49%**, fordelt på **40% for nullipara og 64% for multipara**. Ud af **1280 succesfulde ECV blev 1234 (97,3%) børn født i HS, hvoraf 86% vaginalt**.

Klinisk rekommendation

Relative kontraindikationer for ECV; IUGR, vaginal blødning inden for de sidste 2 uger, vandafgang, andet BT?

Grade C/D

Relative kontraindikationer for ECV; IUGR, vaginal blødning inden for de sidste 2 uger, vandafgang, oligohydramnios.

Grade C/D

Klinisk rekommendation

Ultralyd kan benyttes ved ECV til at udelukke
kontraindikationer, vurdere chancen for succes og
til kontrol af FHR

Grade B

Klinisk rekommendation

Forsøg på ECV før GA 37+0 øger risikoen for præterm fødsel, og det anbefales derfor ikke at udføre ECV før GA 36+0

Grade A

Det anbefales, at tilbyde multipara ECV i GA 37.
Nullipara kan tilbydes ECV fra GA 36.

Grade A

Evidens

Hutton EK et al. 2015: pooled analyse på 3 studier, 1906 kvinder

- **tidlig ECV (uge 34-35) reducerer andelen af ikke-hovedstillinger til fødslen (RR = 0,81 0,74-0,90) sammenlignet med ECV i uge 37 og senere.**
- Risikoen for **præterm fødsel var signifikant højere ved tidlig ECV (RR = 1,51, 95%CI 1,03-2,21).**
- Der var ikke signifikant forskel på risikoen for sectio i gruppen med tidlig vs senere ECV (RR = 0,92, 95%CI 0,85-1,00) (3).

Der er ikke stratificeret mellem nulli- og multipara

Klinisk rekommandation

Kvinder, som har fået udført succesfuld ECV, har højere risiko for sectio under fødslen end andre tilsvarende kvinder med foster i hovedstilling.

Grade B

Evidens

Hundt et al. 2014; systematisk review og metaanalyse af fødselsmåden blandt kvinder, der havde fået foretaget ECV. 3 kohortestudier og 8 case-kontrol studier, data fra over 46.000 kvinder. Gennemsnitlige andel af kejsersnit var 21%.

Kvinder som havde fået udført **suksessfuld ECV havde en øget risiko for:**
sectio grundet dystoci (odds ratio (OR) 2.2, 95%CI 1.6-3.0)
fetal distress (OR 1.4, 95%CI 1.1-1.7)
instrumentel vaginal forløsning (OR 1.4, 95%CI 1.1-1.7).

Krueger et al. 2018; "Early External Cephalic version Trial". 931 kvinder, som ved undersøgelse **mellem uge 34 og 36 havde et foster i sædeleje** og som ved termin havde et foster i hovedstilling. Blandt disse sammenlignede forfatterne udfaldet blandt dem med spontan vending (n=374) versus dem med ECV (n=557)

Der blev **ikke fundet forskel mellem SCV og ECV på:**

incidensen af sectio OR = 0,89, 95%CI 0,63-1,26

incidensen af instrumentering ved fødslen OR = 1,55, 95%CI 0,96-2,5

incidensen af normal vaginal fødsel OR = 0,92, 95%CI 0,68-1,24

Klinisk rekommandation

β -receptorstimulerende medicin anbefales som førstevalg til tokolyse i forbindelse med ECV

Grade A

Der anbefales tokolyse forud for vendingsforsøg og førstevalget er β -receptorstimulerende medicin

Grade A

Klinisk rekommandation

Ligesom børn født i UK, bør børn, der er vendt fra UK til hovedstilling henvises til ultralydsskanning af hofter efter fødslen pga. øget risiko for kongenit hofteledsdysplasi

Grade B

Diskussion

- Blæretømning Grade C
- Anbefaling om ikke at igangsætte før GA 39 efter succesfuld vending udgår
- Anbefaling om 14 dage mellem igangsættelse og succesfuld vending udgår

- Nullipara kan tilbydes ECV fra GA 36?.

Effekten af planlagt fødselsmåde ved UK til termin

Valg af fødselsmåde ved UK?

- Planlagt vaginal fødsel kontra elektivt sectio
- Risici for komplikationer i aktuelle fødsel
 - For barnet?
 - Maternelle?
 - Kort- og langsigtede
- Risici for komplikationer i efterfølgende graviditeter + fødsler
 - Maternelle?
 - Gentaget sectio?

The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies

Y Berhan,^a A Haileamlak^b

^a Hawassa University College of Medicine and Health Sciences, Hawassa, Ethiopia ^b Jimma University College of Public Health and Medicine, Jimma, Ethiopia

Correspondence: Y Berhan, Hawassa University College of Medicine and Health Sciences, PO Box 1560, Hawassa, Ethiopia.

Email yifrub@yahoo.com

Accepted 19 May 2015. Published Online 29 July 2015.

Perinatal død

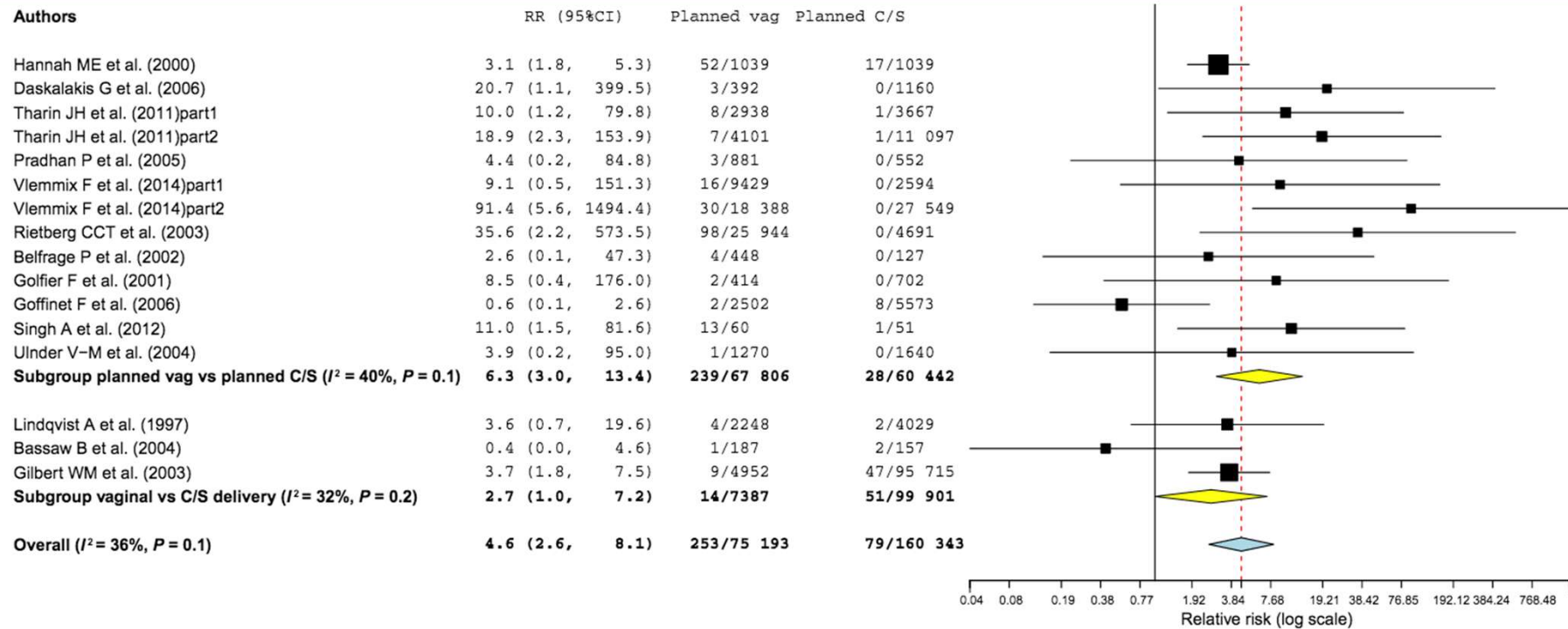


Figure 1. Meta-analysis of perinatal deaths in term singleton breech presentation (planned vaginal delivery versus planned caesarean section), multicountry ($n = 235\ 536$).^{7,16,18,20,21,25,26,28,31,43,44,51-54} In the Hannah et al.⁷ study, the perinatal/neonatal mortality, and serious neonatal morbidity data were reported together.

Apgar score <7 ved 5 minutter

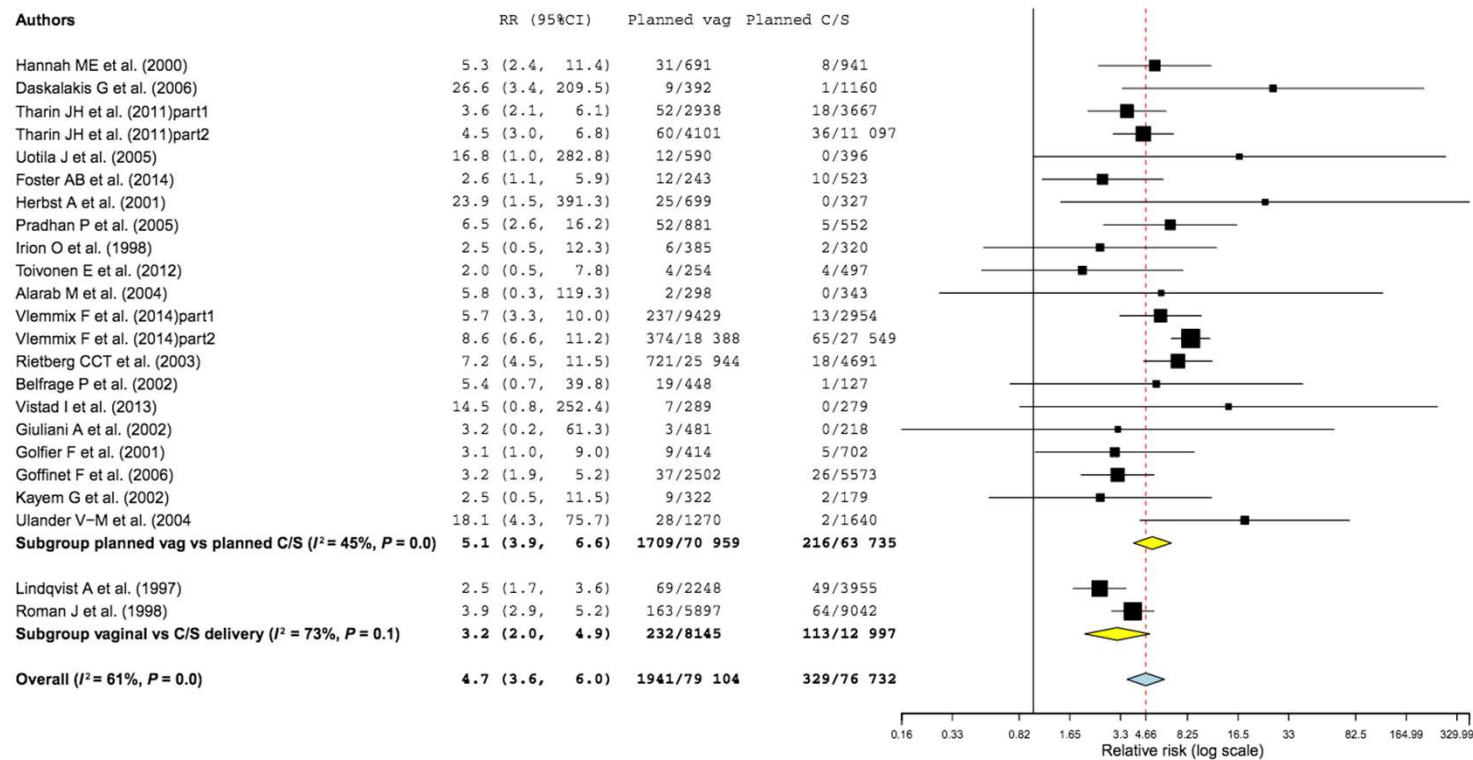


Figure 3. Meta-analysis of 5-minute Apgar score <7 in term singleton breech presentation (planned vaginal delivery versus planned caesarean section), multicountry ($n = 155\ 836$).^{7,18,20–26,28,29,31,45,46,48–54}

Fødselstraume

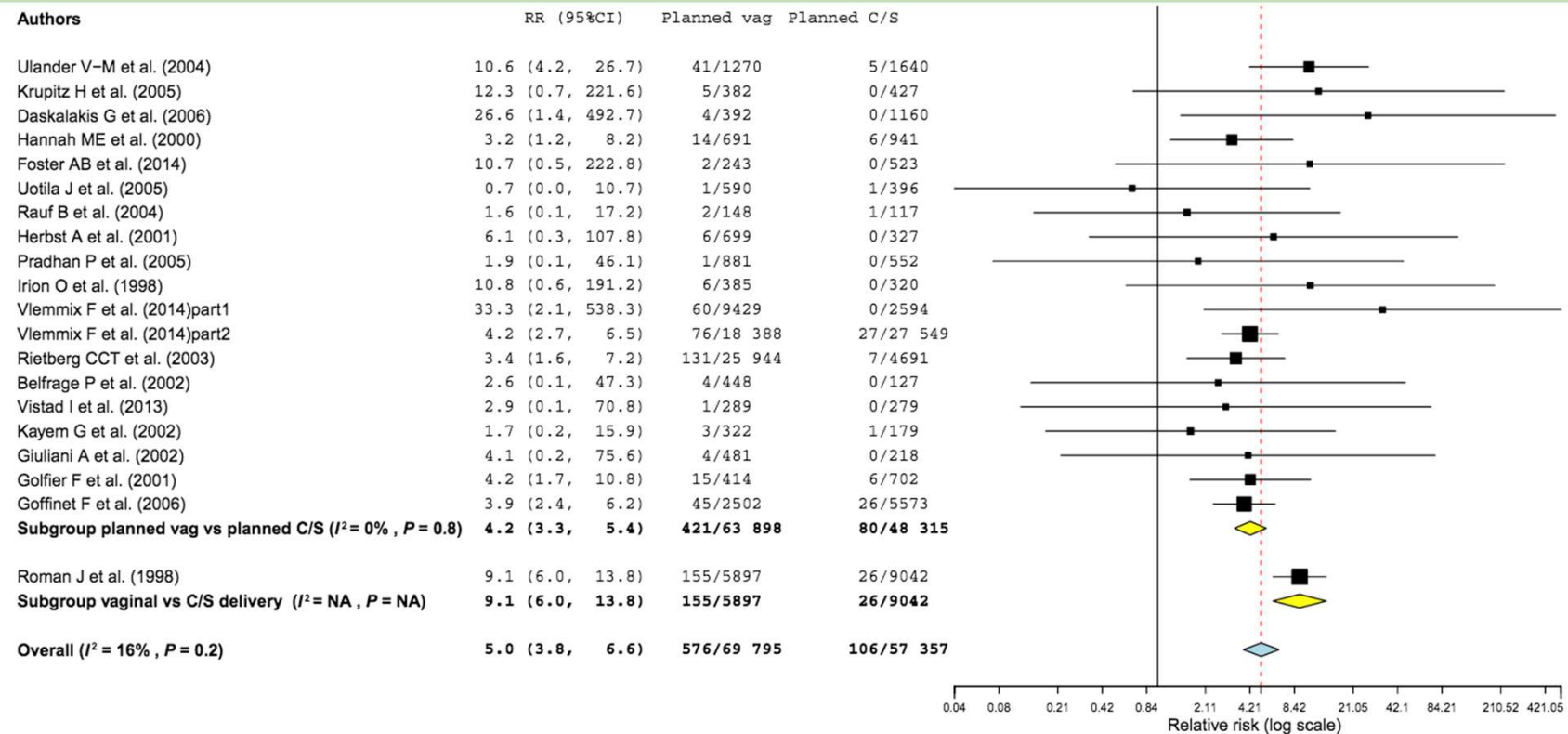


Figure 2. Meta-analysis of birth trauma in term singleton breech presentation (planned vaginal delivery versus planned caesarean section), multicountry ($n = 127\ 152$). 7,18,20,21,24,26,28,29,31,42,45-51,53,54

Indlæggelse på NICU

Authors	RR (95% CI)	Planned vag	Planned C/S
Hannah ME et al. (2000)	2.6 (1.5, 4.8)	31/691	16/941
Daskalakis G et al. (2006)	6.5 (2.3, 18.6)	11/392	5/1160
Tharin JH et al. (2011)part1	1.1 (0.9, 1.4)	129/2938	143/3667
Tharin JH et al. (2011)part2	1.5 (1.3, 1.8)	175/4101	314/11 097
Foster AB et al. (2014)	0.9 (0.3, 2.2)	6/243	15/523
Herbst A et al. (2001)	2.2 (1.2, 4.0)	62/699	13/327
Pradhan P et al. (2005)	2.5 (1.2, 5.2)	36/881	9/552
Toivonen E et al. (2012)	1.0 (0.2, 5.3)	2/254	4/497
Belfrage P et al. (2002)	2.5 (1.2, 5.1)	71/448	8/127
Vistad I et al. (2013)	3.5 (1.6, 7.5)	29/289	8/279
Giuliani A et al. (2002)	2.7 (0.3, 22.5)	6/481	1/218
Golfier F et al. (2001)	3.2 (1.6, 6.6)	21/414	11/702
Kayem G et al. (2002)	0.9 (0.5, 1.7)	21/322	13/179
Goffinet F et al. (2006)	1.3 (0.9, 1.8)	54/2502	91/5573
Krupitz H et al. (2005)	1.5 (0.9, 2.4)	39/382	29/427
Overall ($I^2 = 61\%$, $P < 0.1$)	1.8 (1.4, 2.2)	693/15 037	680/26 269

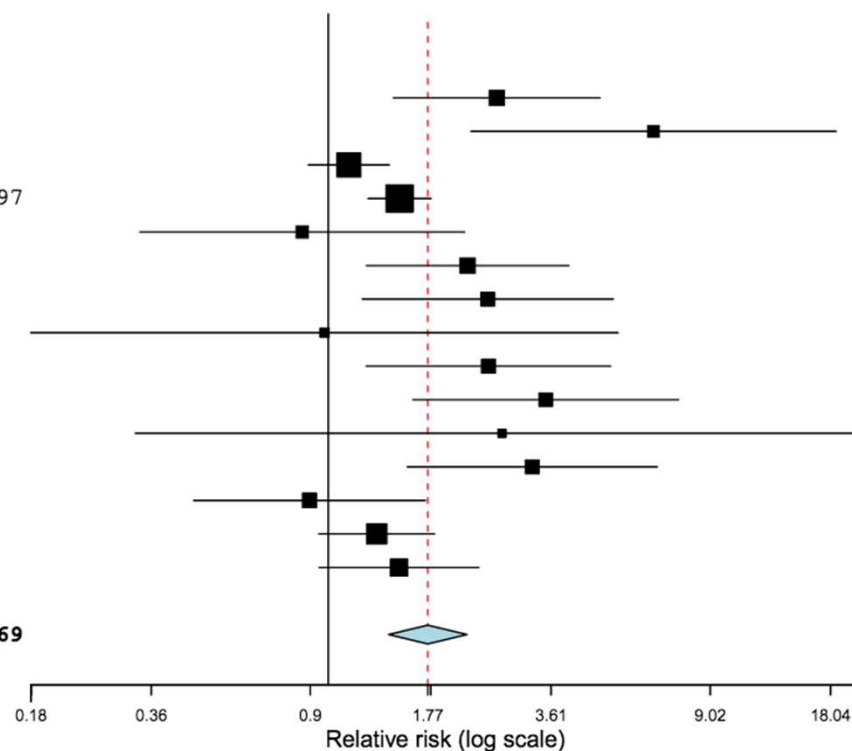


Figure 5. Meta-analysis of intensive care unit (ICU) admission in term singleton breech presentation (planned vaginal delivery versus planned caesarean section), multicountry ($n = 41\ 306$).^{7,21,22,24-26,28,42,46,48-51,54}

Neurologisk morbiditet

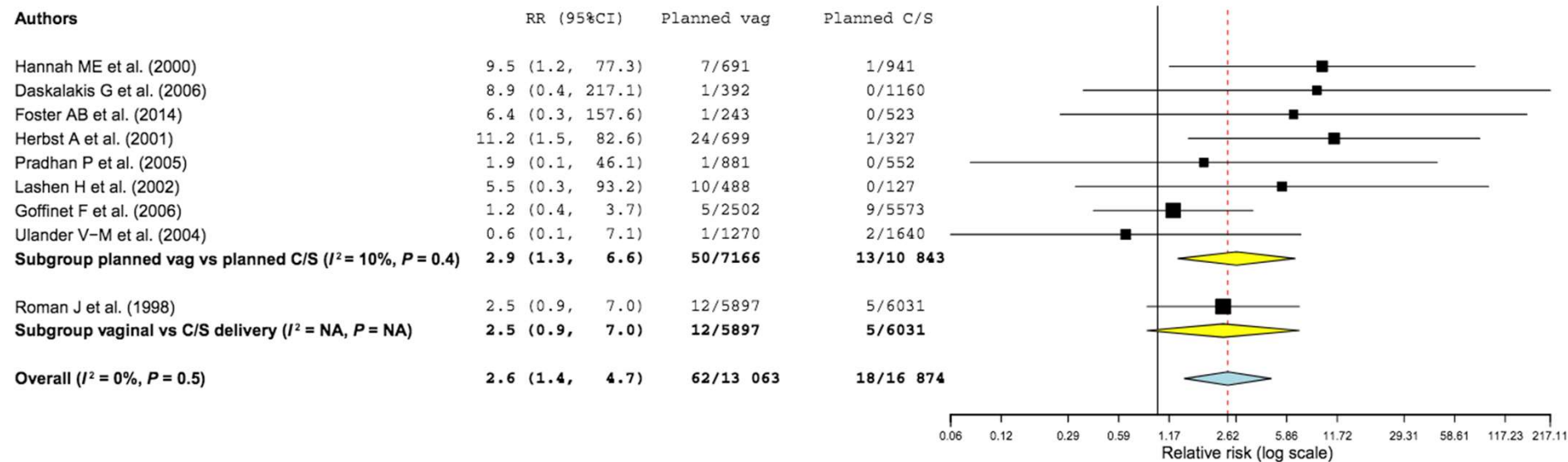


Figure 6. Meta-analysis of neurological morbidity in term singleton breech presentation (planned vaginal delivery versus planned caesarean section), multicountry ($n = 29\ 937$).^{7,20,21,26,46,50,53,54,56}

Langtidskonsekvenser for børnene?

AOGS ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

Long-term childhood outcomes of breech presentation by intended mode of delivery: a population record linkage study

YU SUN BIN^{1,2} , JANE B. FORD^{1,2} , MICHAEL C. NICHOLL^{2,3} & CHRISTINE L. ROBERTS^{1,2} 

J Perinat Med. 2018 Apr 25;46(3):323-331. doi: 10.1515/jpm-2017-0127.

Neurodevelopmental outcome at the age of 4 years according to the planned mode of delivery in term breech presentation: a nationwide, population-based record linkage study.

Macharey G¹, Väisänen-Tommiska M¹, Gissler M², Ulander VM¹, Rahkonen L¹, Nuutila M¹, Heinonen S¹.

Table 4. Hospitalization, developmental, and educational outcomes by intended mode of delivery for term breech presentation.

Outcome	Intended VBB (col%)	Planned CS (col%)	Crude HR* (95% CI)	Adjusted HR* (95% CI)
Any hospitalization in the first year of life	18.9	18.6	1.03 (0.90–1.18)	1.04 (0.90–1.20)
Any hospitalization between first and sixth birthdays	28.6	30.3	0.93 (0.83–1.04)	0.92 (0.82–1.04)

Outcome	Intended VBB (col%)	Planned CS (col%)	Crude RR* (95% CI)	Adjusted RR* (95% CI)
Developmentally vulnerable	19.3	15.6	1.22 (0.89–1.68)	1.22 (0.88–1.69)
Special needs	4.6	4.8	0.96 (0.47–1.94)	0.95 (0.48–1.88)
Low reading score	18.6	14.8	1.22 (0.95–1.56)	1.10 (0.87–1.40)
Low numeracy score	17.9	15.6	1.12 (0.87–1.46)	1.04 (0.81–1.34)

Table 2: Crude and adjusted odds ratio (OR) with 95% confidence intervals (CI) for neurodevelopment among singletons born in breech position at term.

	Planned vaginal labor (n=3907)		Planned cesarean section (n=4467)		OR (95% CI)	Adjusted* OR (95% CI)
	n	%	n	%		
Cerebral palsy	5	0.13	6	0.13	0.95 (0.29–3.12)	1.31 (0.28–6.07)
Epilepsy	23	0.59	23	0.51	1.14 (0.64–2.04)	1.39 (0.62–3.14)
Intellectual disability	11	0.28	6	0.13	2.10 (0.78–5.68)	1.26 (0.45–3.56)
Autism	5	0.13	10	0.22	0.57 (0.20–1.67)	0.20 (0.02–1.60)
Speech or language problems	42	1.07	46	1.03	1.04 (0.69–1.59)	1.21 (0.73–2.00)
Visual defects	43	1.10	50	1.12	0.98 (0.65–1.48)	0.68 (0.36–1.29)
Auditory defects	13	0.33	11	0.25	1.35 (0.61–3.02)	1.52 (0.59–3.90)
Hyperactivity	3	0.08	6	0.13	0.57 (0.14–2.29)	1.03 (0.19–5.55)
Combined adverse outcome ^a	13	3.40	142	3.18	1.07 (0.84–1.37)	1.06 (0.74–1.52)

^aInfants with more than one diagnosis.

^bAdjusted for umbilical artery pH, 5-min Apgar score <7, nulliparity, maternal age, smoking, gestational age at delivery, gestational diabetes, diabetes mellitus type 1, preeclampsia, neonatal sex (male), birth weight, infertility, history of cesarean section and body mass index (BMI) >30.

Maternelle komplikationer?

- Aktuelle fødsel:
 - Infektion eller mere alvorlige.
- Høj risiko for akut sectio

- Efterfølgende fødsler:
 - Gentaget sectio
 - Uterus ruptur
 - Abnorm invasiv placenta

Konklusion

	Styrke
Planlagt sectio er forbundet med en lavere risiko for perinatal mortalitet og morbiditet sammenlignet med planlagt vaginal fødsel	A
Sammenlignet med elektivt sectio vil der ved planlagt vaginal fødsel være 1-2/1000 flere, der mister barnet og 1/50 flere, der føder et barn med Apgar score <7 efter 5 minutter	B
Der er ikke dokumentation for en forskel i langtidsfølger for børnene	C
Hyppigheden af indlæggelse på neonatal-afdeling er 2-3 gange højere ved planlagt vaginal fødsel end ved planlagt sectio	B
Planlagt sectio er forbundet med en øget risiko for korttidskomplikationer (puerperale infektioner) for moderen	B
Planlagt vaginal fødsel indebærer en risiko for akut sectio på 30-50%. Sjældne alvorlige komplikationer til sectio er hyppigere ved akut end ved elektivt sectio	B
Kvinder, som føder ved sectio har i den efterfølgende graviditet en risiko for uterusruptur på 1/200, hvis de stiler mod vaginal fødsel	B
Kvinder, som føder ved sectio har i de efterfølgende graviditeter en risiko for abnorm invasiv placenta på 1/1000	B
Kvinder, som føder ved sectio pga. UK i første graviditet har ca. 25% risiko for sectio hvis de stiler mod vaginal fødsel i næste graviditet	B

UK – information om fødselsmåde

Sandbjerg guidelinemøde januar 2020

Forudsætning

- Fagpersoner enige om facts vedrørende fødsel med barn i UK

Rammesætning

- Skriftlig
- Mundtlig
- Hvem skal informere
- Hvornår
- Hvordan

som gravid regner man ikke med at skulle træffe en beslutning om hvordan ens barn skal komme til verden og for mig var det et valg mellem to muligheder, som var lige dårlige

Det er en utrolig svær beslutning og særligt som førstegangsfødende og derfor synes vi begge det er meget vigtigt, at samtalen og den information man får, ikke sker lige umiddelbart efter et vendingsforsøg

Vores opfattelse var, at lægen fik en sædefødsel til at lyde lige så ukompliceret, som når et barn ligger med hovedet nedad

Vi ville gerne have haft en mere dybdegående snak om alle de risici der kan opstå ved en sædefødsel. F.eks. en forklaring på eller beskrivelse af hvordan man griber ind, når hovedet sidder fast

Generelt om information

- Kvinden/parret skal forstå, hvad de kan komme ud for
- Personlige værdier og følelser af stor betydning for valg
- Konkrete tal i stedet for 'lille, stor'
- Vær forsigtig med relative risici
- "Teach back" Bryd samtalen op og bed om tilbagemelding fra kvinden/parret

Generelt om information

- Samme reference – skift ikke mellem procenter, frekvenser
- Hvis frekvenser, brug da ud af samme antal fx 1000
- Undlad ensidig positiv eller negativ "framing"-har stor betydning for det valg, der træffes.
- Test informationsmateriale på brugerne

Fælles beslutningstagning

- Systematisk proces for samarbejde mellem patient og sundhedspersonnel (SP)
- SP deler deres viden
- Kvinden/parret deler deres viden og præferencer
- Dialog -> bedste behandling

Indhold

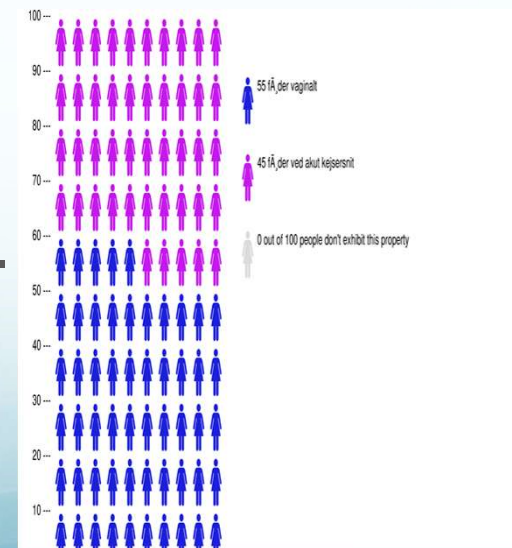
- Forudsætninger for at planlægge vaginal fødsel
- Information/demonstration af forløb ved planlagt vaginal fødsel ved UK
 - Ved vaginal fødsel
 - Ved akut sectio
- Information om forløb ved planlagt kejsersnit

Noget med tal...

- Information om forløb og udkomme
 - Sandsynlighed for at føde vaginalt ved planlagt vaginal fødsel- lokale tal
 - Hyppighed af akut kejsersnit under fødsel
 - Illustreret med piktogram?
- Udkomme for barn – piktogram?
 - Kort sigt: Død, asfyksi, neonatalafd.
 - Efter 2 år

Noget med tal...

- Information om forløb og udkomme
 - Sandsynlighed for at føde vaginalt ved planlagt vaginal fødsel- lokale tal
 - Hyppighed af akut kejsersnit under fødsel
 - Illustreret med piktogram?
- Udkomme for barn – piktogram?
 - Kort sigt: Død, asfyksi, neonatalafd.
 - Efter 2 år



Smlgn med fødsel i Hst?

- Relevant?
- Kan ikke vælge fødsel i Hst
- En højt selekteret rask population.

Barnet

- Planlagt vaginal fødsel
 - Af 1000
 - fødes 998-999 levende, 1-2 dør i forbindelse med fødslen
 - fødes 990 uden tegn på asfyksi/iltmangel, 20 med tegn på asfyksi/iltmangel
 - 960 har ikke behov for indl på neonatalafd, 40 Indlægges på neonatalafd.
- Planlagt sectio
 - Af 1000
 - Fødes 999,5 levende, 0,5 dør i forbindelse med fødslen
 - 980 har ikke behov for indl på neonatalafd og 20 Indlægges på neonatalafd980
 - 20 ud af 1000 indlægges neo pga respirationsproblemer
- Langtidsfølger sectio
 - Allergi, DM?
 - Ukendte

- Udkomme for mor aktuelle fødsel
 - Gennemført vaginal fødsel færrest komplikationer
 - Planlagt kejsersnit få komplikationer
 - Akut kejsersnit flere komplikationer
- Udkomme for mor ved fremtidig graviditet og fødsel
 - TOL: Uterusruptur 4 ud af 1000
 - Placenta prævia 9 ud af 1000 efter sectio, 5 ud af 1000 efter vaginal fødsel
 - AIP





UK fødsel

ÆNDRINGER FRA TIDLIGERE
UK GUIDELINES

OVERLÆGE KAMILLA GERHARD NIELSEN

Håndtering af UK fødslen

- ▶ Igangsættelse
- ▶ Vestimulation
- ▶ Epidural
- ▶ Dystoci
- ▶ Fødestillinger
 - ▶ Oprejst UK
 - ▶ Klassisk UK



Igangsættelse

- ▶ **Ved igangsættelse af UK-fødsler** er der ikke fundet signifikant øget risiko for perinatal morbiditet eller mortalitet, men en øget risiko for akut sectio under fødslen.
- ▶ **Rekommendation: kan hverken anbefales eller frarådes- konsensus**
- ▶ **Fælles for studier:**
- ▶ Ikke skelnet mellem indikation for igangsættelse og outcome.

Comparison of outcomes between induction of labor and spontaneous labor for term breech - A systemic review and meta analysis.

Sun W et al. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018 Mar;222:155-160

▶ **Review 2018**

▶ **7 studier**

▶ **2993 kvinder (646 igangsættelser)**

▶ **Øget risiko for sectio under fødsel 25-34%**

▶ **Ingen øget risiko for lav pH eller APGAR**

▶ **Ikke signifikant, men øget risiko for indlæggelse på neonatal**

▶ **Ingen perinatal mortalitet**

PREMODA-sekundær analyse

- ▶ 8108 kvinder med UK i Belgien og Frankrig
 - ▶ 59% fødte spontant
- ▶ 218 igangsat
 - ▶ 67 % af dem fødte vaginalt
- ▶ Tendens til at førstegangsfødende med høj Bishop score havde en lavere succesrate for vaginal fødsel.
- ▶ Ingen signifikant forskel i perinatal morbiditet mellem grupperne
- ▶ Ingen mortalitet.

Vestimulation

- ▶ Oxytocin bør kun bruges ved vesvækkelse
- ▶ Opmærksomhed på tilfredsstillende dilatation samt nedtrængning
- ▶ Oxytocin bør ikke bruges ved mangelfuld fremgang på trods af tilfredsstillende veer, da det er indikation for føtopelvin disproportion.
- ▶ *konsensus*



Dystoci

- ▶ Normal dilatation ved UK fødsel er 1 cm pr time
 - ▶ Max to timer uden progression
 - ▶ Total varighed af dilatation fra 5-10 cm på max 7 timer
- ▶ 2.stadie, passiv fase
 - ▶ Sædet bør være på bækkenbunden 60-90 minutter efter fuld dilatation
- ▶ 2. stadie, pressefasen
 - ▶ Bør ikke overstige 60 minutter, efter 30 minutter skal der være sikker fremgang
- ▶ Skyldes det vesvækkelse, kan der forsøges s-drop

Epidural

- ▶ Kan anvendes under UK fødsel, men kan medføre øget risiko for dystoci
- ▶ Man bør stille mod at kvinden på trods af epidural fortsat kan være aktiv og presse effektivt

Bekymringer ved UK fødsel

- ▶ Det fastsiddende caput
 - ▶ Skelne mellem caput i BI og bækkenudgang
 - ▶ Livsvigtigt
- ▶ Caput i bækkenindgan kan kun løses med rotation
- ▶ Caput bækkenudgang kan løses på mange måder-og hvis det ikke virker, med tang



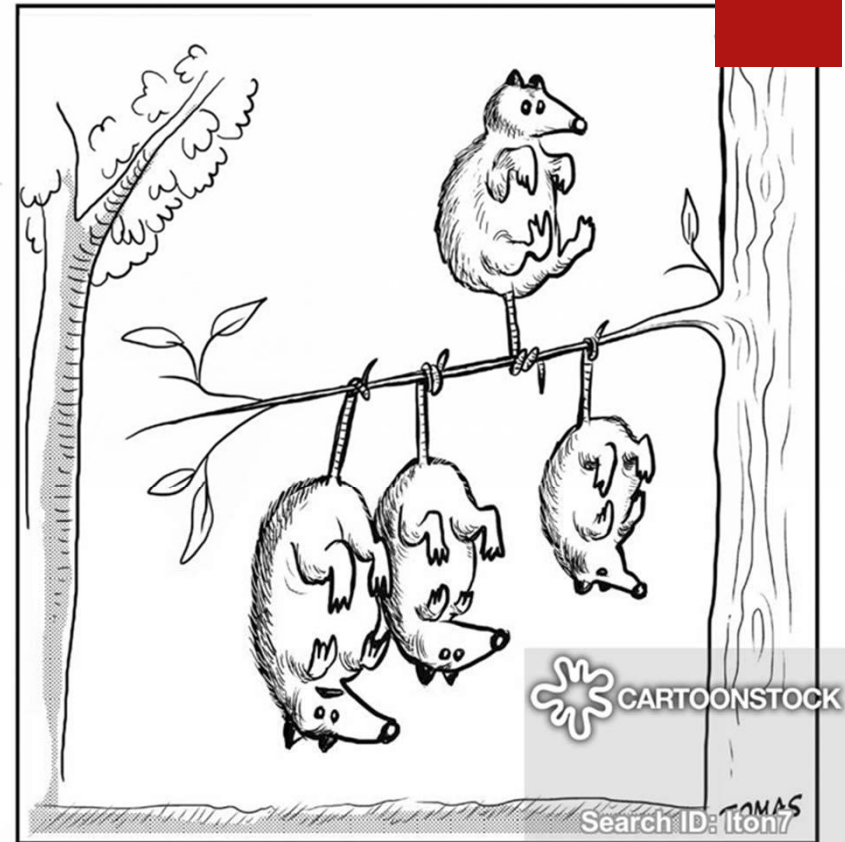
Det slappe barn

- ▶ Det slappe barn
 - ▶ Ikke vente på næste ve
 - ▶ 5 minutter fra barnets hofte er født til caput bør være født



Fødestillinger

- ▶ Klassisk UK og oprejt UK forløsning - primært baseret på empiri
- ▶ Vigtigst at fødselshjælperen er tryk ved fødestillingen !



- He was born breech.

Does breech delivery in an upright position instead of on the back improve outcomes and avoid cesareans?

- ▶ 2016. Research Gate
- ▶ Frank Louwen , Anke Reiter et al. Frankfurt
- ▶ Retrospektivt kohorte studie
 - ▶ 2004-2011
 - ▶ 750 UK fødsler
 - ▶ 315 (42%) planlagt kejsersnit
 - ▶ 229 oprejt
 - ▶ 40 liggende på ryggen

Louwen og Reiter

- ▶ MR scanning af bækken
 - ▶ -ikke tidligere født
 - ▶ -ikke født barn indenfor 500 g af det ventede barn
- ▶ Kejsersnit
 - ▶ CV <12 cm (48 stk, 15 %)
 - ▶ <2000 g
 - ▶ IUGR
 - ▶ Hvis ingen UK specialist tilstede
 - ▶ 62 % lykkedes med vaginal fødsel
 - ▶ 54% af nullipara
 - ▶ 77 % af multipara

Louwen and Reiter.

- ▶ Signifikant
 - ▶ færre manøvrer
 - ▶ færre neonatale fødselslæsioner
 - ▶ kortere 2. stadie (fra 1,77 timer til 1,02 timer)
- ▶ Ikke signifikant
 - ▶ Færre Grad 3 og 4 bristninger
 - ▶ Færre kejsersnit
 - ▶ Samme perinatale morbiditet
- ▶ Der blev aldrig lagt tang

Inkluderet oprejst UK fødsel

NYT

- ▶ Et studie viser ingen øget risiko ved den nye måde
 - ▶ Kan måske give kortere pressefase
 - ▶ Færre fødsler med håndgreb
- ▶ Bækkendiameter øges
- ▶ Barnet følger fødselskanalen pga tyngdekraft- [se billeder](#)
- ▶ RCOG:

What position should the woman be in for delivery during a vaginal breech birth?

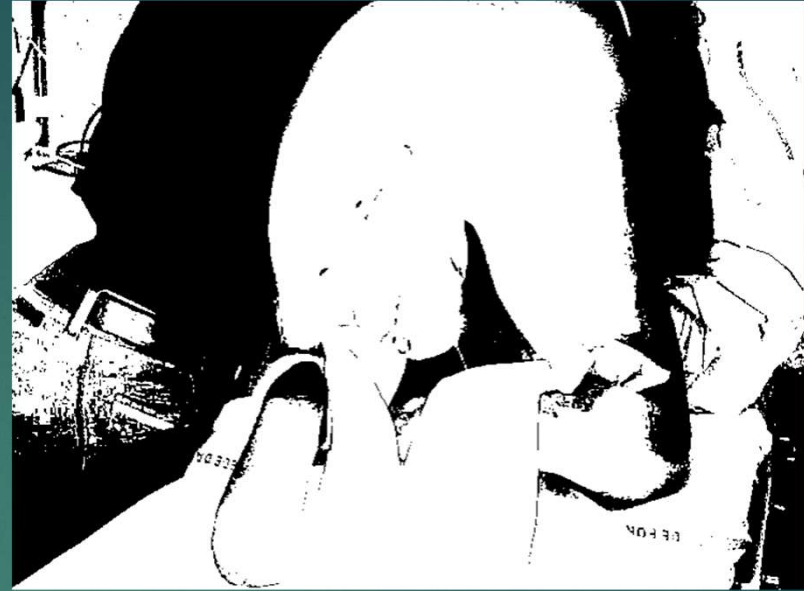
Either a semirecumbent or an all-fours position may be adopted for delivery and should depend on maternal preference and the experience of the attendant. If the latter position is used, women should be advised that recourse to the semirecumbent position may become necessary. [New 2017]



Stående, knælende, hugsiddende

- ▶ [Am J Obstet Gynecol. Reitter A¹ et al December 2014](#)
- ▶ **Does pregnancy and/or shifting positions create more room in a woman's pelvis?**
- ▶ **RESULTS:** a significant 0.9-1.9 cm increase (7-15%) in the average transverse diameters in the kneeling squat position in both pregnant and nonpregnant groups.
- ▶ **CONCLUSION:**
- ▶ A kneeling squat position significantly increases the bony transverse and anteroposterior dimension in the mid pelvic plane and the pelvic outlet.

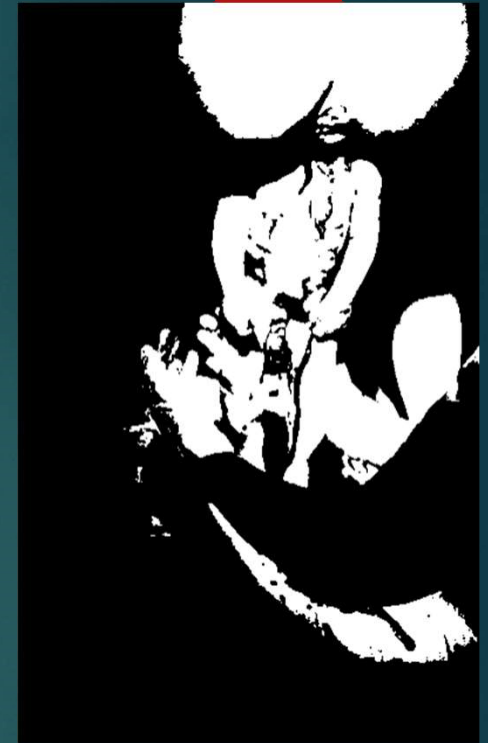
Fødselskanal



Aktiv/passiv armløsning



Fødselskanal og tyngdekraft





Spontan forløsning af caput
med tyngdekraft og tummy-tug

Bevægelse

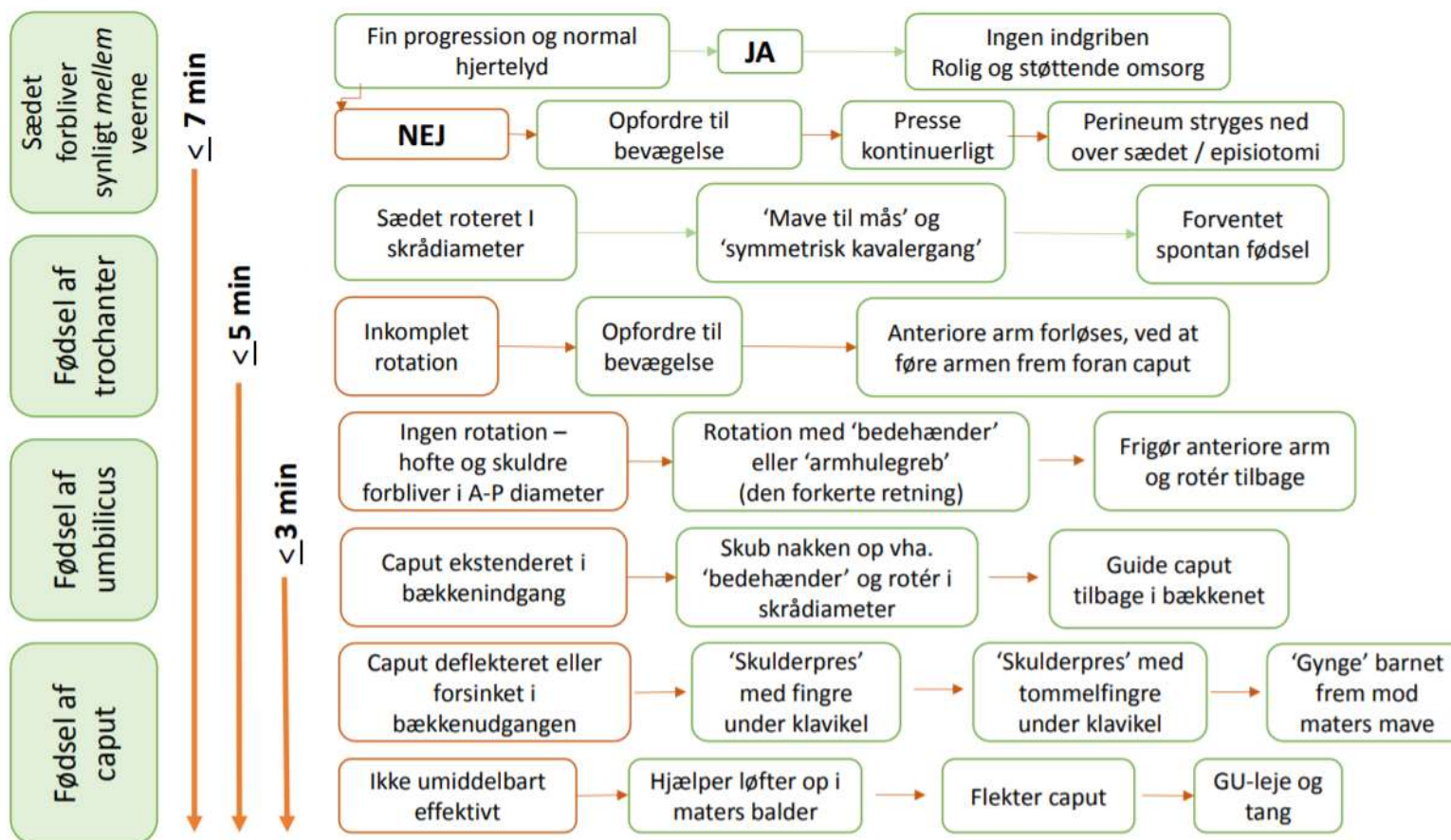
- ▶ [Cochrane Database Syst Rev. 2013](#)
- ▶ **Maternal positions and mobility during first stage labour.**
- ▶ [Lawrence A¹](#)
- ▶ There is clear and important evidence that walking and upright positions in the first stage of labour reduces the duration of labour, the risk of caesarean birth, the need for epidural, and does not seem to be associated with increased intervention or negative effects on mothers' and babies' well being.
- ▶ (Babies of mothers who were upright were less likely to be admitted to the neonatal intensive care unit)

Bevægelse

- ▶ Fremmer formentlig fostrets rotation gennem bækkenet
 - ▶ *empiri*

Oprejst UK- fødsel flowchart

© 2018 Breech Birth Network, breechbirth.org.uk
Designed by Shawn Walker, RM PhD



Vigtigst

- ▶ Fagpersonalets viden og skills
 - ▶ oplæring
- ▶ Kvindens præference

Kan dårligt outcome forebygges?

- ▶ Ikke nået at behandle
- ▶ Der foreligger litteratur
- ▶ Dansk UK-gruppe?
 - ▶ Gennemgå cases, dele viden

Kodning

Under graviditeten:

DO321 Underskopspræsentation (som indikation for vending eller elektivt sec

KMAB10 Udvendig vending

KMAB20* Mislykket udvendig vending

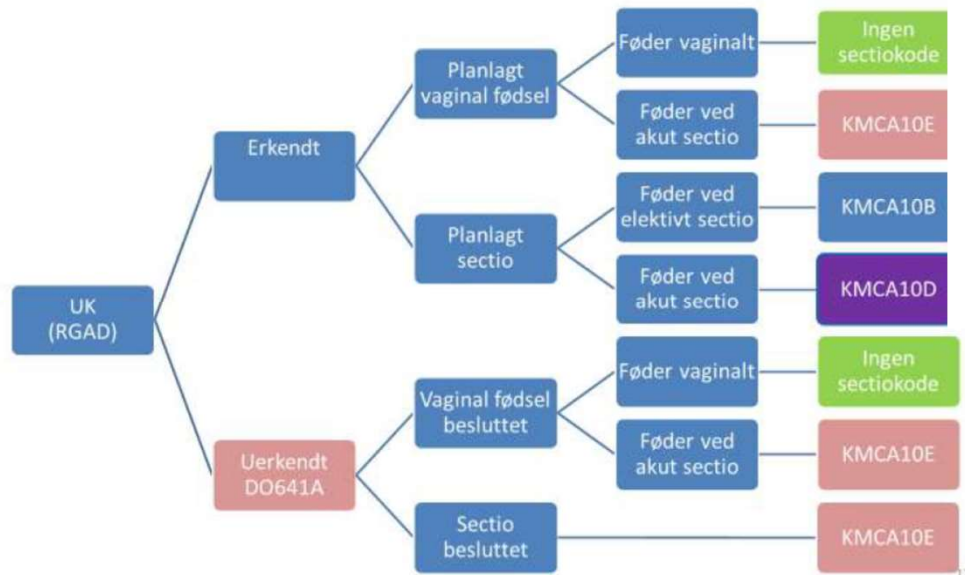
* Et vendigsforsøg kodes altid når kvinden ønsker vending, og der ikke findes selvom sædet ikke kan mobiliseres.

Under fødslen:

DO641 Underkropspræsentation (som indikation for akut sectio)

DO641A Uerkendt UK

Kodning af sectio



RGAD (barnets præsentation ved fødslen)

Ren sædepræsentation RGAD07

Fuldstændig sæde-fod-præsentation RGAD08

Ufuldstændig sæde-fod-præsentation RGAD09

Fodpræsentation RGAD10

Anden underkropspræsentation RGAD11

Tværleje/skråleje RGAD12

Uspecificeret underkropspræsentation RGAD16

KMAF00 Tangforløsning

KMAF20 Mislykket tangforløsning

Særlige situationer

Akut sectio før fødsel (f.eks.) præeklampsi, blødning: KMCA10A

Elektivt sectio, hvor indikationen er en anden end UK: KMCA10B

I disse situationer skal der ikke angives DO321 eller DO641 som indikation for sectio