

GynObstetrik



Fosterbjudning

Health Department

the33 ©

Innehållsförteckning

Huvudbidning.....	2
Occipitoposterior.....	2
Lång rotation.....	3
Kort rotation.....	4
Handläggning av occipitoposterior bidning.....	4
Ansiktsbidning.....	5
Sätesbidning.....	6
Handläggning av sätesbidning.....	7
Referenser.....	8

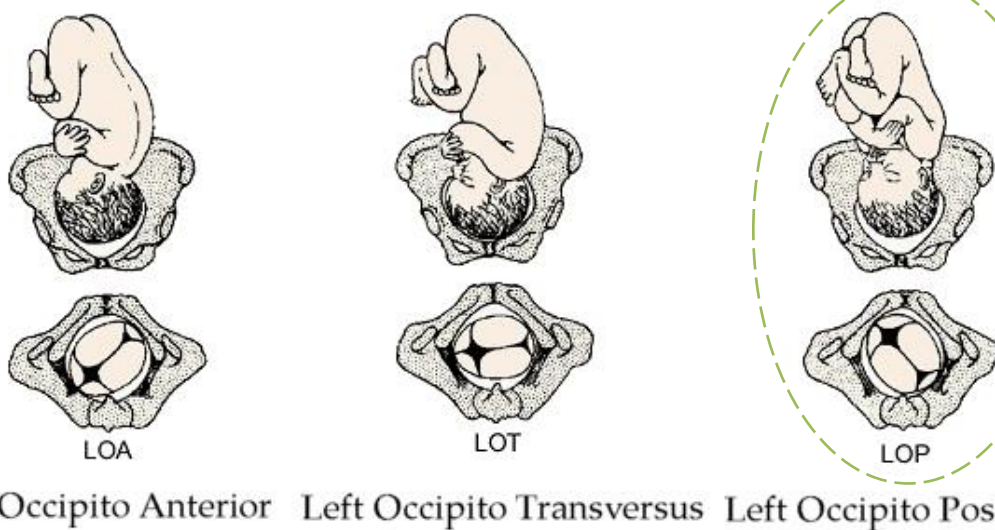
Huvudbjudning

I omkring 10 % av graviditeter fostrets huvud kommer in i moderns bäckenet med occipitala delen i en av de bakre segment av bäckenet.

Via yttre buk palpation kan diagnosen ställs och detta kännetecknas av när fostrets rygg palperas i en av moderns flanker, fostrets hjärta är högljudda här (LOP).

2

Ref: <http://midwiferyandnurse.blogspot.se/2011/08/dissapointing-day.html>

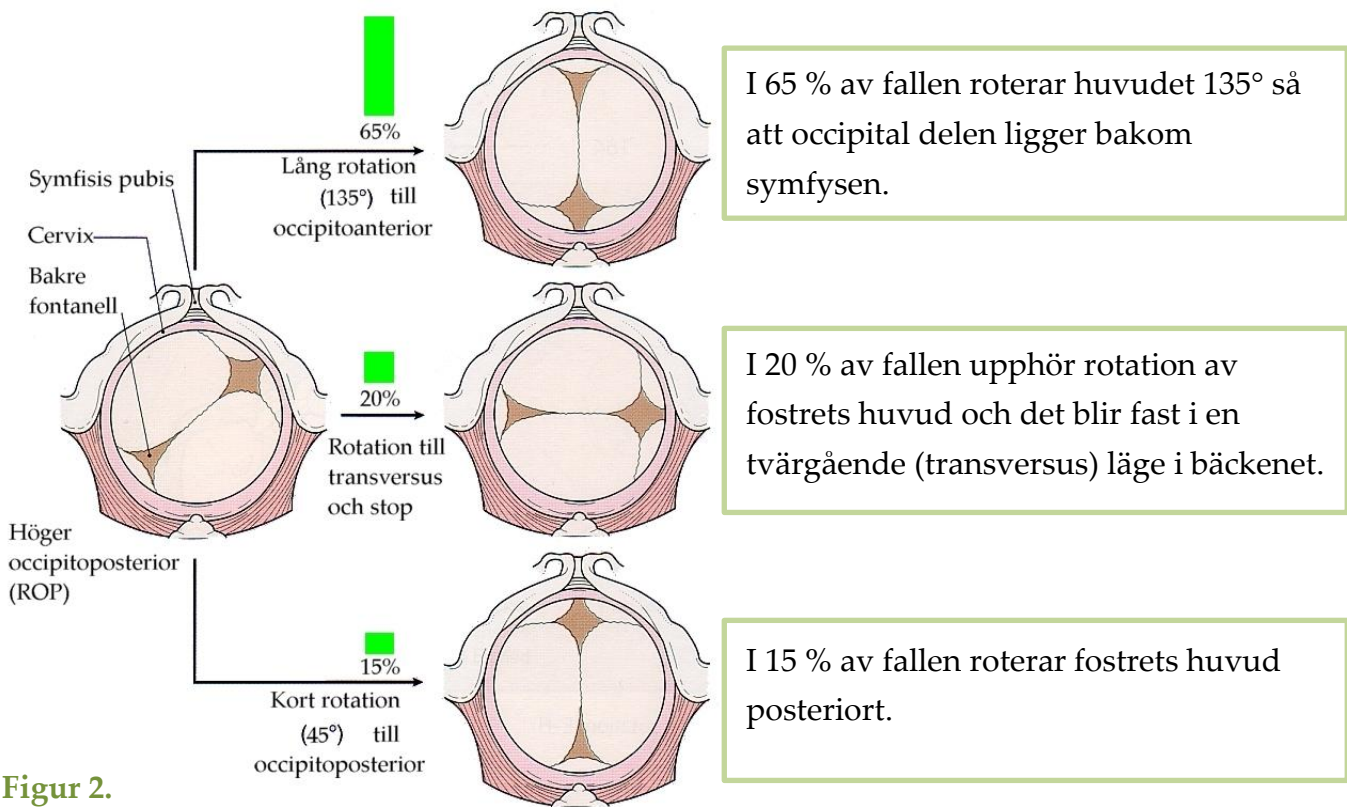


Figur 1.

Huvudbjudning

Under värkarbetet, ger vaginal undersökning mer information om huvudrotationen, då occipitala delen och främre fontanellen kan identifieras (figur 2). Under värkarbetet pressas det fetala huvudet djupare i bäckenet, då förekommer första rotationen (hakan mot bröstet) det vill säga oftast böjning på fostrets nacke. När full dilatation av cervix har inträffat kan rotationens progress vara i ett av tre sätt (figur 2):

Ref: Oatis, J. et al. Kap. 21 sida 161.

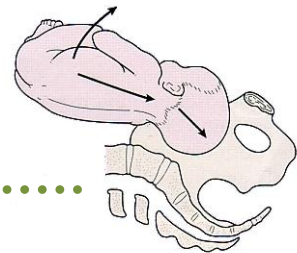


Figur 2.

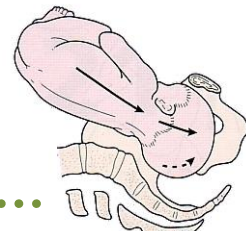
Följaktligen, i de flesta fall, undergår fostrets huvud en lång eller en kort rotation:

Lång rotation

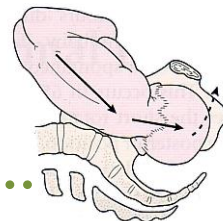
1. Uterus och fostrets axel rör sig framåt så att huvudet böjs då den tvingas ner i bäckenet.



2. Early second stage → Den occipitala delen har nått bäckenbotten. Anterior rotation börjar nu och huvudet böjs ännu mer.

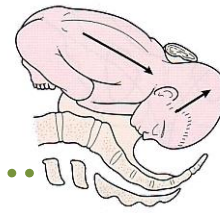


3. Anterior rotation med 135°



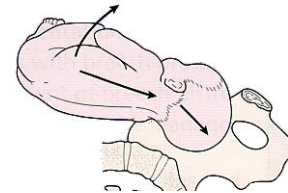
Ref: Oatis, J. et al. Kap. 21 sida 162.

- 4. Anterior rotation är komplett och förlossningen sker i en occipitoanterior ställning.



Kort rotation

- 5. Uterus och fostrets axeln förs framåt och huvudet komma in i bäckenet.



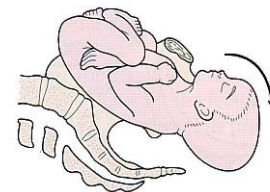
- 6. Huvudet låter bli att böjas och sjunker ner istället i bäckenet i vidöppet läge (posterior position).



- 7. Occipitala delen av huvudet (bakhuvudet) roterar bakåt cirka 45° när den når bäckenbotten placeras den i ihåliga bågformade delen av moderns sakrum.



- 8. Födelse av huvudet sker genom extra flexion för att kunna tillåta bakhuvudet att kröna och utträda perineum. Sedan genom extesion utträdas panna, näsa, ansikte och haka så att de bli synliga bakom symfysen.



Ref: Oats, J. et al. Kap. 21 sida 162.

Handläggning av occipitoposterior bjudning

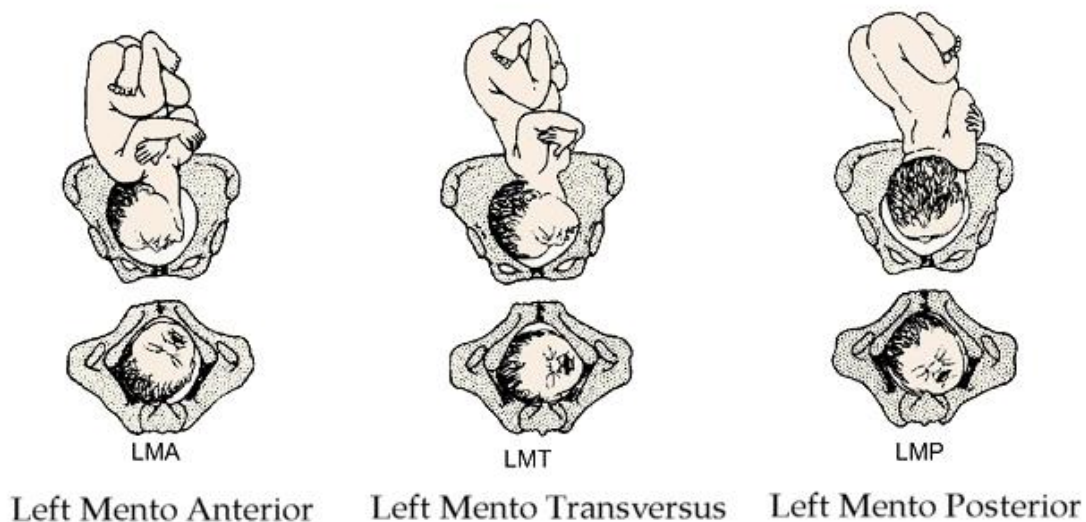
Det finns ingen evidens som stödjar rotation från occipitoposterior till en occipitoanterior läge innan förlossningen börjar. När förlossningen har börjat, tenderar durationen av förlossningen att vara längre i den occipitoposteriora positionen och modern kräver mer stöd, smärtlindring och hydrering. Nära partogram övervakning. Huvud sänkning, och dess ställning kontrolleras regelbundet.

Någon påtaglig försening i "First stage of labour" leder till utdragen förlossning och ett beslut måste fattas om man ska fortsätta eller att utföra ett akut kejsarsnitt.

Försening i "Second stage of labour" på mer än 1,5-2 timmar pekar på behovet av en assisterad förlossning. Om fostrets huvud undergår den långa rotation en spontan vaginal förlossning kan förväntas. Detta förekommer i 65 % av fallen.

Om bäckenbotten är i ett vidöppet läge, kan barnet födas spontant (8 % av alla fall) eller kan behöva en assisterad förlossning med tång eller sugklocka (7 %). Dessa metoder används också om fostrets huvud blir fast i ett tvärgående läge (transversus) av bäckenet. Mellan 5 och 10 % av barn med occipitoposterior position förlossas med akut kejsarsnitt.

Ansiktsbjudning



Ref: <http://midwiferyandnrc.blogspot.se/2011/08/disappointing-day.html>

Ansiktsbjudning

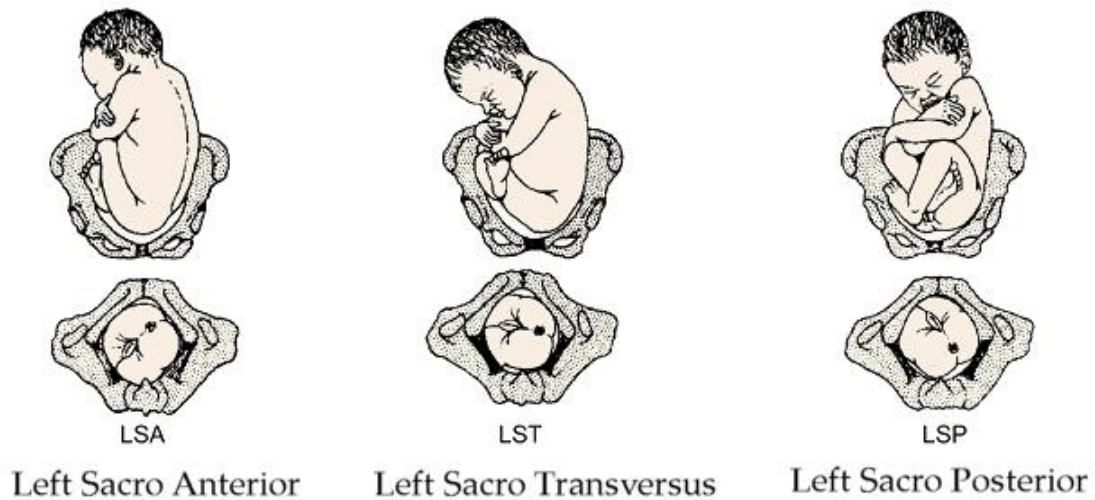
Figur 3.

Ansiktsbjudning upptäcks oftast inte förrän förlossningen startas, som i sin tur att bjudningen konverteras till ansiktet position under värkarbetet. Värkarna, särskilt om de är kraftiga gör att barnets huvud drivs bakåt, istället för framåt (som normalt är fallet). I få fall kommer ett barn att vara i ett ansikte läge innan förlossningen börjar, men detta kan fortfarande vara ganska svåra att upptäcka, och kan missas.

Om vårdgivaren misstänker ett ansikte presentation, bör kvinnan remitteras till ultraljud undersökning, för att bekräfta misstanken.

Sätesbjudning

6

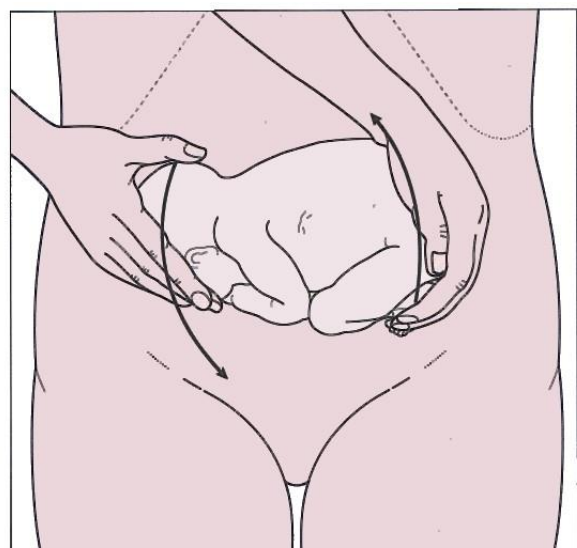


Ref: <http://midwiferyandnre.blogspot.se/2011/08/diagnosing-day.html>

Figur 4.

Sätesbjudning

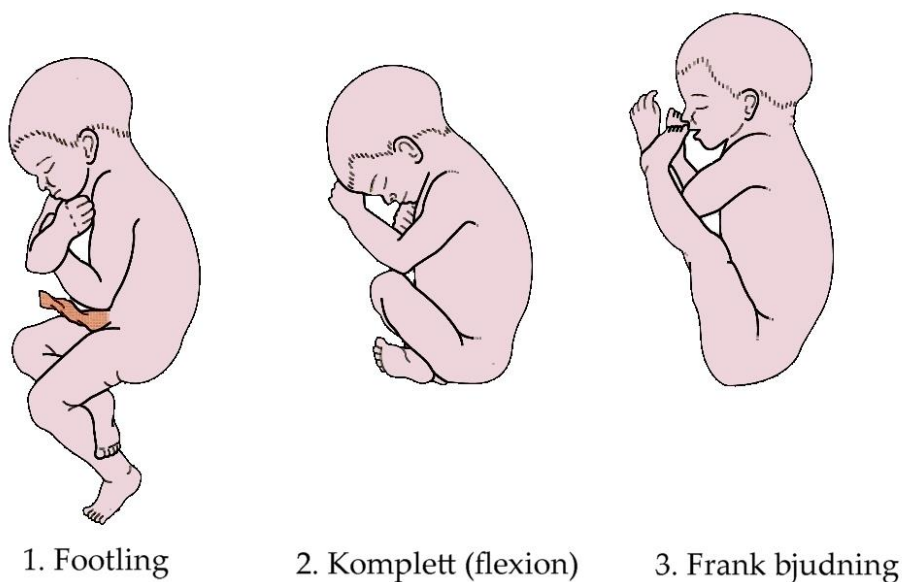
Frekvensen av sätesbjudning minskar med ökad graviditetslängden. Vid den 30:e graviditetsveckan presenterar sig cirka 15 % av fostren i en sätesbjudning, vid den 35:e veckan sjunkit andelen till 6 %, och i slutet av graviditeten endast 3 % är kvar som sätesbjudning. De flesta av sätes bebisar vänder sig spontant till huvudbjudning. Om sätesbjudning kvarstår vid 37:e graviditetsveckan en yttre vändning försök (Eng. *Cephalic version*) kan vara aktuellt (figur 5).



Figur 5. Yttre vändnings försök

Ref: Oats, J. et al. Kap. 24 sida 199.

Yttre vändningen är lättare om fostret har böjda ben, en så kallad komplett sätesbjudning (flexion läge), jämfört med de andra två typer av sätesbjudning (figur 6).



Ref: Oats, J. et al. Kap. 21 sida 163.

Figur 6. Olika typer av sätesbjudningar

Bjudningen före graviditetsvecka 32-35 har ingen klinisk betydelse. I detta skede av graviditeten kan diagnosen ställas via cervix palpation som skall vara mjukt, oregelbunden massa, fast i fundus området och rund. Fostrets hjärtslag är starkast ovanför naveln vid auskultation. Om misstanken kvarstår efter palpation och vaginal undersökningen, bör man göra ett ultraljud som kan klargöra diagnosen och utesluter fosterskador. Fostret kan lämnas som en sätesbjudning eller ett yttre vändningsförsök kan göras vid 36-37 graviditetsveckor.

Handläggning av sätesbjudning

Planera kejsarsnitt

Att förlossa kvinnan med kejsarsnitt är det säkraste alternativet vid sätesbjudning med en minskning av maternell perinatal dödlighet på cirka 1,15- 0,6 % och därför har andelen vaginala förlossningar vid sätesbjudningar sjunkit drastiskt.

Referenser

Oats, J. et al. Llewellyn-Jones-Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology, 9th edition (2010); 21:160-172.