

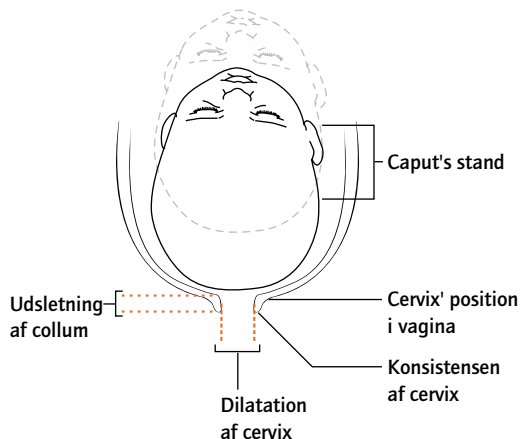
30 Fødslen 3: specielle forhold

Igangsættelse af fødsel

Ved igangsættelse af fødsel starter man fødslen kunstigt. Det er helt forskelligt fra vé-stimulation^[189], hvor man stimulerer veerne i en fødsel, som allerede er gået i gang. Igangsættelse anvendes, når en fortsættelse af graviditeten udsætter mor og/eller barn for en øget risiko, større end risikoen ved igangsættelse. I praksis er det således, at i mange tilfælde af igangsættelse er en vurdering af risiko faktisk ikke mulig.

Metoder til igangsættelse af fødsel

Om fødslen går i gang afhænger af forholdene i cervix – om cervix er moden. Det relateres til »konsistensen« af cervix, om collum er udslettet eller til orificiums størrelse, hvor dybt caput står i pelvis, og hvordan positionen af cervix er – anterior eller posterior indenfor vagina. Disse forhold er ofte scored ud af 10, som »Bishop's score«: jo lavere score, jo mere umoden er cervix (Fig. 30.1).



Figur 30.1 Bishop's score.

Igangsættelse med prostaglandin – *partus provocatus medicamentalis* (p.p.med.)

Prostaglandin (PGE₂) gel eller stikpiller indføres i fornix posterior i vagina. Normalt indføres en dosis på 2 mg x 2 med 6 timers mellemrum. Det er den bedste metode til de fleste nullipara og til multipara, når cervix er umoden. Prostaglandin enten starter veerne eller modner cervix, hvorefter man kan foretage hindsprængning.

Igangsættelse med hindsprængning (HSP) +/- oxytocin

Der foretages hindsprængning med en hindsprænger (et spids instrument, formet som en strikkepind eller hæklenål). Veeerne rejser sig normalt inden for 24 timer, men mange centre opstarter oxytocin drop^[189] umiddelbart efter HSP. Oxytocin bruges sjældent alene.

Partus provocatus medikamentalis

Medicinsk	Prostaglandiner/analoger Oxytocin (efter HSP)
Kirurgisk	HSP (hindsprængning)

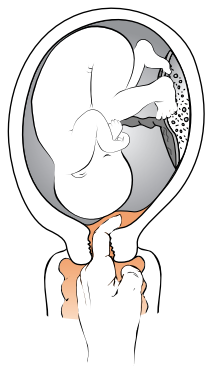
»Naturlig igangsættelse« – hindeløsning

Løsning af hinder indebærer, at man fører en finger op gennem cervix og skubber hinderne væk fra det nedre segment af uterus (Fig. 30.2). Hindeløsning øger chancen for en »spontan« fødsel (BJOG 1992; 99: 455). Det kan godt give smerter.

Indikationer for igangsættelse

I praksis er beslutningen om at sætte fødslen i gang, om tidspunktet og om valg af metode helt afhængig af hvert enkelt tilfælde.

Føtale indikationer omfatter høj-risiko situationer som graviditas prolongata^[170], mistanke om IUGR eller asfyksia intrauterina imminens, hæmopteria in graviditate, og belastet obstetrisk anamnese, som langvarig vandafgang hos prætermel^[207].



Figur 30.2 Hindeløsning. En finger indføres gennem cervix og drejes rundt: hinder løsnes fra nedre segment.

Materno-føtale indikationer, hvor både moder og barnet skal tilgodeses, som f.eks. præeklampsi og diabetes. *Maternelle indikationer* kan være sociale årsager eller *mors in utero*.

Almindelige indikationer for igangsættelse

Graviditas prolongata
IUGR suspecta
Primær vandafgang før termin
Præeklampsi
Medicinsk sygdom: hypertension og diabetes

Komplikationer

Fødslen går måske slet ikke i gang, eller der kan være insufficient véaktivitet^[189]. Risikoen for instrumentel forløsning eller kejsersnit er sædvanligvis forhøjet, også når man tager hensyn til, at det drejer sig om højrisiko graviditeter. Paradokset er, at der kan opstå overaktivitet af uterus. Denne overstimulation er sjælden, men den kan resultere i intrauterin asfyksi og endog i ruptura uteri. Ved igangsættelse er veeerne ofte mere smertefulde. Der kan komme navlesnorsfremfald^[214] ved HSP. Post partum hæmoragi (PPH) er mere almindelig ligesom infektioner under fødslen og i puerperiet. Iatrogen præterm fødsel forekommer, enten som planlagt eller tilfældigt ved forkert terminsberegning.

Kontraindikationer

Absolutte kontraindikationer er akut intrauterin asfyksi, uregelmæssig fosterstilling, placenta prævia, eller

mistanke om mekanisk misforhold som tumor i pelvis eller bækkenedeforitet. Tidligere 2 eller flere kejsersnit. Endvidere tidligere klassisk kejsersnit.

Relative kontraindikationer er eet tidligere kejsersnit, underkropspræsentation, præmaturitet og en meget umoden cervix.

Supplerende læsning

Enkin, M., Keirse, M., Renfrew, M. & Nielson, J. (1995) Methods of inducing labour. In: *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, pp. 304–13. Oxford University Press, Oxford.

Fødsel efter tidligere kejsersnit

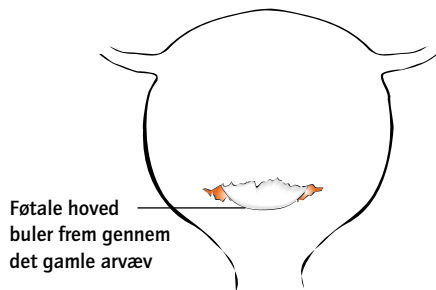
Mange kejsersnit er elektive procedurer, der udføres alene, fordi der tidligere er foretaget kejsersnit. Denne praksis er generelt unødvendig for de fleste tilfælde, når kejsersnittet er udført som tværsnit i nedre segment^[211]. Efter to kejsersnit, vil man almindeligvis ikke forsøge vaginal forløsning, selv om dette også kan diskuteres. Kvinder, der har fået foretaget klassisk kejsersnit med vertikal cicatrice i uterus, må ikke føde vaginalt, da der er stor risiko for ruptur.

Faktorer, der influerer på vaginal forløsning efter et tidligere kejsersnit

Omkring 70% af alle kvinder, som har fået foretaget kejsersnit, vil næste gang gennemføre en vaginal fødsel, hvis de forsøger (*Obstet Gynaecol* 1994; **83**: 933). Indikationen for første kejsersnit har kun lille indflydelse: hvis indikationen var manglende fremgang i fødsel, vil succes-raten være lavest; hvis underkrop, er den højest. Gentagen kejsersnit under fødslen er mere sandsynlig, hvis 2. barn er større, hvis caput ikke er indstillet ved igangsættelse, eller hvis kvinden aldrig har født vaginalt.

Sikkerheden ved vaginal fødsel efter tidligere kejsersnit

Hos kvinder med tidligere kejsersnit er mødremorbidityten og-mortaliteten lavere ved vaginal forløsning end ved gentaget elektivt kejsersnit. Mange kvinder er emotionelt mere tilfredse, selv om mange frygter den næste fødsel. Omkostningerne er meget lavere. Ruptur af cicatricen i uterus (Fig. 30.3) kan forekomme (0.5%), hvilket er relateret til tykkelsen af nedre segment (*Lancet* 1996; **347**: 281). Men dette bidrager kun lidt til den samlede perinatale mortali-



Figur 30.3 Ruptur af cicatrice fra tidligere kejsersnit.

tet: vaginal forløsning er ikke forbundet med en øget perinatal mortalitet (*Obstet Gynaecol* 1990; **76**: 750), forudsat forløsningen sker med omhu.

Ledelse af fødslen efter tidligere kejsersnit

Kardiotokografi er rutine. Epidural analgesi er sikker, men igangsættelse og véstimulation må foretages med forsigtighed. Sådanne fødsler må ikke få et forlænget forløb, og langsom fremgang behandles som hos en multi-para^[189]. Hvis der er en anden »komplikation« til graviditeten (f.eks. underkropspræsentation) foretages ofte elektivt kejsersnit. Ruptura uteri^[215] giver ofte asfyksi, somme tider ledsaget af smerter, ophør af kontraktionerne, vaginal blødning, kan endog føre til maternel kollaps. Hvis der er mistanke om ruptur, er der indikation for øjeblikkelig laparotomi og kejsersnit.

Supplerende læsning

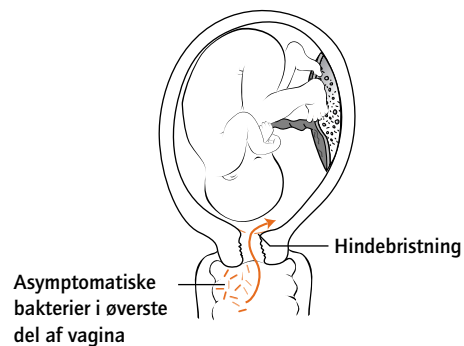
Rosen, M. & Dickinson, J. (1990) Vaginal birth after cesarean: a meta analysis of indicators for success. *Obstetrics and Gynaecology* **76**(5): 865–9.

Primær vandafgang nær termin (PROM)

Hos 10% af kvinderne efter 37. uge, er der vandafgang uden veer. Årsagen er ukendt hos de fleste. Denne tilstand skal adskilles fra præterm vandafgang uden veer^[157], (PPROM) hvor fosteret endnu ikke er maturt.

Diagnosen af primær vandafgang

Typisk afgår der en skylle klar fostervand efterfulgt af en ukontrollabel intermitterende siven. Det kan for-



Figur 30.4 Ascenderende infektion kan komplicere vandafgang før veer.

veksles med urininkontinens. Patienten opfordres til at opsamle en prøve; ultralydbedømmelse af mængden af fostervand hjælper ikke til diagnosen ved termin (*BJOG* 1990; **97**: 324); undersøgelse på objektglas, hvor man ser efter krystaldannelse og undersøgelse med nitrazin sticks har høj falsk negative og falsk positive rater henholdsvis. En del har kun afgang af »forvandet«: d.v.s. at fostervandet lækker, men fosterhinderne er fortsat til stede foran caput.

Risiko ved primær vandafgang til terminen

På dette tidspunkt er præmaturitet ikke noget problem. Kun 20% føder ikke spontant inden for 24 timer. Risiko for ascenderende infektion med chorioamnionitis er lille de første 48 timer, men tiltager ved vaginaleksploration (Fig. 30.4). Fremfald af navlesnor er sjælden og forekommer mest ved tværløje og underkropspræsentation.

Behandling

Sikring af diagnosen sker ved opsamling af lidt fostervand. Stillingen og fosterpræsentationen kontrolleres. Digital vaginaleksploration udføres under sterile kauteler; en vaginal podning udtages for at screene for infektion. Der foretages kardiotokografi. Derefter måles moderens puls og temperatur og barnets hjertelyd hver 4. time. Véstimulation er der kun lille risiko ved (*NEJM* 1996; **334**: 1005), men oftere afventes spontane veer, i det mindste op til 48 timer. Er der mekonium eller tegn på infektion^[195], skal der straks foretages véstimulation.

Supplerende læsning

O'Herlihy, C. & Turner, M. (1992) Prelabour spontaneous rupture of the membranes. *Progress in Obstetrics and Gynaecology* 9: 99–110.

Oversigt over forløsning efter tidligere kejsersnit

Incidens	Mange får igen foretaget elektivt kejsersnit, f.eks. er snævert bækken en permanent indikation. Almindelig praksis hvis sectio antea x 2 eller derover.
Succes	60–70% føder vaginalt, når vaginal forløsning forsøges.
Kontraindikationer	Vertikal cicatrice i uterus. I øvrigt sædvanlige indikationer for kejsersnit
Sikkerhed	Føtale mortalitet ikke øget; maternel morbiditet lavere, ruptur af arvæv i uterus er 0,5%
Behandling	Kardiotokografi og omhyggelig kontrol af fødslen

Oversigt over primær vandafgang ved termin (PROM)

Definition	Vandafgang efter 37. uge uden veer (ruptur af hinder før fødsel)
Incidens	10%. Af disse får 80% veer inden 24 timer.
Kliniske symptomer	Strøm af vand, kontrol af stilling og præsentation, sikre at der ikke er navlesnorsfremfald.
Undersøgelse	CTG. Vaginal podning
Behandling	Afvente spontane veer. vé-stimulation ved infektion, mekonium eller > 48 timer

Oversigt over partus provocatus medicamentalis - igangsættelse

Definition	Fødslen sættes kunstigt i gang.
Metoder	Prostaglandin vaginalt; HSP (hindsprængning), oxytocin.
Hovedindikationer	Føtale Graviditas prolongata, vandafgang uden veer, IUGR Materno-føtale Præeklampsi og diabetes
Kontraindikationer	Absolutte Placenta prævia, tværleje, tidligere klassisk kejsersnit. Relative UK, tidligere kejsersnit, umoden cervix.
Komplikationer	Overstimulation, post partum blødning, infektion, præmaturitet, smerter, navlesnorsfremfald