

# Præmatur vaginal fødsel ved sædepræsentation

Hanne Christensen

## KASUISTIK

Familiecenteret,  
Gynækologisk/Obstetrisk  
Klinik, Sønderborg  
Sygehus

Ugeskr Læger  
2015;177:V07140411

I det følgende beskrives en vellykket præmatur fødsel i uge 24, hvor fosteret var i sædepræsentation (UK) og blev forløst vaginalt. Perinatalt havde fosteret kun behov for minimal støtte og ved seks månedersalderen var barnet psykomotorisk alderssvarende.

## SYGEHISTORIE

En 23-årig kvinde, para 0, gravid i uge 24 + 5 henvendte sig på en fødegang med smerter over symfyssen. Smerterne havde været tiltagende gennem et døgn. Ultrasonisk fandtes et foster i fuldstændig UK med en vurderet fostervægt på 850 g. Orificium var dilateret til 8 cm. Patienten havde tidligere haft anoreksi og været i antidepressiv behandling. Graviditeten havde hidtil været ukompliceret.

Der opsattes vedæmpende drop (atosiban), påbegyndtes profylaktisk behandling med antibiotika og lungemodnende medicin (kortikosteroid). Trods dette var der efter seks timer progression, og orificium var udslettet. Der var ingen kontraindikationer mod vaginal forløsning. Forløbet koordineres således, at der var en neonatolog til stede ved fødslen.

Fra fuldstændig UK fødtes en levende pige vha. klassiske håndgreb, et forsigtigt symfysetryk, nitroglycerin givet sublingvalt samt et lille collumklip. Fødselsvægten var 868 g, apgarscore 2 efter et minut

og 6 efter fem minutter. Syrebasestatus på navlesnors-pH var 7,25 (i venen)/7,20 (i arterien) og base excess var -3 mmol/l (i venen)/-4 mmol/l (i arterien). Barnet blev overflyttet til en intensiv neonatalafdeling.

## DISKUSSION

De seneste års multicenterstudier og retrospektive studier om vaginalforløsning versus sectio ved UK har vist, at komplikationsraten ved planlagte vaginale fødsler versus sectio ikke er væsentlig forskellig, og man har ikke kunnet finde evidens for at anbefale den ene forløsningsmetode frem for den anden. Såvel mortalitet som morbiditet synes at være relateret til gestationsalder og fødselsvægt mere end til fødselsmåden [1-3].

Mortaliteten for de tidligt fødte er inden for de seneste år faldet betydeligt pga. intensiverende behandling perinatalt (kortikosteroider/surfactant) og den efterfølgende støttende og opfølgende behand-



Foster i sædepræsentation.

TABEL 1

Faktorer ved præmatur fødsel i sædepræsentation.

|          |                                                                                                                                                        |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fosteret | <i>Vaginal forløsning</i>                                                                                                                              |
|          | Risiko for navlesnorkompression og -prolaps                                                                                                            |
|          | <i>Vaginal forløsning og sectio</i>                                                                                                                    |
| Kvinden  | Traumatisk forløsning og risiko for organskader oftest på grund af fastsiddende sidstkommende hoved                                                    |
|          | <i>Sectio</i>                                                                                                                                          |
|          | Øget neonatale komplikationer med mekonium-aspiration, respiratorisk distress, andre respiratoriske tilstande, hypoksi, forstyrrelser i væskebalancen  |
|          | <i>Vaginalforløsning og sectio</i>                                                                                                                     |
|          | Mortalitet ved vaginalforløsning 4/1.000 og ved sectio 28/1.000                                                                                        |
|          | <i>Ved sectio øget risiko for</i>                                                                                                                      |
|          | Aspiration, tromboemboliske sygdomme, amnionemboli                                                                                                     |
|          | Øget peri partum- og post partum-blødning                                                                                                              |
|          | Øget infektionsrisiko                                                                                                                                  |
|          | Langtidssigtede problemer med adhærensdannelse, evt. infertilitet                                                                                      |
|          | Ved efterfølgende fødsler øget risiko for placenta accreta, placenta prævia og placenta ablata, ruptur af uterus samt øget frekvens af sectio caesarea |

ling på neonatalafsnit og børneafdeling. Dette har ikke ændret på frekvensen af kort- og langsigtede neurologiske handikap [4, 5].

Ved præmatur fødsel med foster i UK vil der være individuelle hensyn at tage til mor og foster (**Tabel 1**). Der skal informeres om relationen mellem gestationsalder og barnets prognose med hensyn til mortalitet og morbiditet samt både kortvarende og blivende handikap. Dette sker oftest i samarbejde med en neonatolog. Kontraindikationer for vaginalforløsning må udelukkes. Det drejer sig om f.eks. navlesnorsfremfald, disproportio foetopelvina og foster misdannelser, som gør vaginalforløsning vanskelig eller umulig. Herefter burde en vaginal fødsel præmaturl med foster i UK kunne overvejes som værende et fornuftigt og forsvarligt valg [1-5].

## SUMMARY

Hanne Christensen:

Premature vaginal delivery with breech presentation

Ugeskr Læger 2015;177:V07140411

Only a few cases of extremely premature deliveries with breech presentation are described in the literature. We report on a vaginal breech presentation case of a living child without neurologic problems after six months. Therefore, breech presentation may be a possibility when performing a vaginal delivery of extremely premature children.

**KORRESPONDANCE:** Hanne Christensen, Kildespringet 6, 2. tv., 6400 Sønderborg.  
E-mail: hanne.christensen@dadlnet.dk

**ANTAGET:** 5. december 2014

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 9. februar 2015

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

1. Erkkola R. Selective vaginal delivery for breech presentation. *J Perinat Med* 1996;24:553-61.
2. Ismail MA, Nagib N, Ismail T et al. Comparison of vaginal and cesarean section delivery of foetuses in breech presentation. *Perinat Med* 1999;27:339-51.
3. Sekulić SR, Mirkov A, Petrovic DS. Probability of breech presentation and its significance. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2010;23:1160-4.
4. Herbst A, Källen K. Influence of mode of delivery on neonatal mortality and morbidity in spontaneous preterm delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007;133:25-9.
5. Markestad T, Kaarensen T, Rønnestad P et al. Early death, morbidity and need of treatment among extremely premature infants. *Paediatrics* 2005;115:1289-98.