

Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2022;184:V205092

Det vanskelige kejsersnit

Lone Hvidman

Ugeskr Læger 2022;184:V205092

Hyppigheden af kejsersnit i Danmark har ligget stabilt på ca. 20% i de seneste 10-15 år. Oftest er kejsersnit, også det akutte, en relativ ukompliceret operation, hvor barnet fødes inden for få minutter efter operationens start. I nogle tilfælde kan det være vanskeligt at fremhjelpe barnets hoved, hvis det er kilet fast i moderens bækken, hvilket er en tilstand, der er forbundet med øget morbiditet for mor og barn. Den foreliggende viden om vanskelig forløsning ved kejsersnit er begrænset, og det er derfor værdifuldt, at *Kujabi et al* belyser dette vigtige emne [1].

Hyppigheden af fastkilet fosterhoved synes at være stigende, selvom opgørelserne er belastede af mangel på en klar definition og registrering. I en engelsk undersøgelse fandt man en hyppighed på 11% blandt akutte kejsersnit [2]. Såvel yngre som meget erfarne læger oplever disse kejsersnit udfordrende [3]. Der er ingen entydig forklaring på den stigende forekomst, men bl.a. flere gravide med højt BMI og større fødselsvægt hos børnene formodes at have betydning [2, 4]. Fokus på at øge andelen af vaginale fødsler og nedbringe hyppigheden af kejsersnit kan også have betydning [4]. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) og Jordemoderforeningen har i fællesskab taget initiativ til at styrke den vaginale fødsel. Indsatsen indebærer, at længere fødselsforløb inklusive længere presseperiode accepteres, hvis mor og barn er i velbefindende. Som konsekvens anvendes indgreb som vestimulation og instrumentel forløsning senere i fødselsforløbet. Der er således en tendens til, at de planlagt vaginale fødsler varer længere – i bedste fald fører de til en vaginal fødsel, i andre tilfælde resulterer de i, at et kejsersnit bliver vanskeligere med flere komplikationer på kort og lang sigt.

Obstetrikken er kendetegnet ved sjældne, alvorlige, akut opståede komplikationer, der kræver umiddelbar handling. Det drejer sig f.eks. om fastsiddende skuldre ved fødsel i hovedstilling og fastsiddende hoved ved fødsel i sædestilling. Det er afgørende, at jordemødre og læger er forberedt på at kunne håndtere disse komplikationer. Da hændelserne er sjældne, vil den enkelte fagperson ikke kunne opnå rutine i det daglige kliniske arbejde. Det er derfor nødvendigt at gennemføre tilbagevendende simulationstræning, og det er oplagt, at træning i at udføre det vanskelige kejsersnit med fastkilet fosterhoved bør indgå i afdelingernes simulationstræning i et tværfagligt setup med deltagelse af obstetrikere, anæstesiologer og jordemødre.

Kujabi et al [1] præsenterer en strategi, der omfatter dels forebyggende tiltag for at undgå det

fastkilede fosterhoved, dels systematisk håndtering, når problemet er manifest. Det er utvivlsomt værdifuldt at have en systematisk tilgang til håndtering af akutte problemer, og forfatterens forslag er et glimrende bud herpå.

Om led i behandlingen skal hæftes op på en mnemoteknisk huskeregel, som det foreslås, kan imidlertid diskuteres. Huskeregler er ofte konstrueret af hensyn til det mnemotekniske ord, mere end fordi det er logisk i forhold til den enkelte aktivitet. Det er således påvist, at fagpersoner kan have vanskeligt ved at huske, hvad de enkelte bogstaver dækker [5]. Det må derfor overvejes at fokusere på at træne de konkrete indsatser i en logisk rækkefølge fremfor at øve en mnemoteknisk huskeregel.

DSOG har netop nedsat en gruppe, der skal udarbejde en national guideline for det vanskelige kejsersnit, og statusartiklen vil naturligt indgå heri.

Der er et stort behov for at få mere viden om årsager og den mest hensigtsmæssige håndtering, når fosterets hoved er fastkilet ved kejsersnit. Det forudsætter enighed om definition med tilhørende diagnoser og behandlingskoder, og at vi som obstetrikere bliver bedre til at anvende disse. Der er desuden vigtigt at blive klogere på, hvornår man bør konvertere fra at stile mod vaginal fødsel til forløsning ved kejsersnit, hvis vi ønsker at reducere hyppigheden af det vanskelige kejsersnit, samtidig med at den vaginale fødsel fremmes.

Korrespondance Lone Hvidman, Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital. E-mail: lonehvid@rm.dk

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på ugeskriftet.dk

REFERENCER

1. Kujabi ML, Brooks L, Pedersen LM et al. Fastkilet fosterhoved ved akut kejsersnit. *Ugeskr læger* 2021;183:V03210232.
2. Cornthwaite K, Draycott T, Bahl R et al. Impacted fetal head: a retrospective cohort study of emergency caesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2021;261:85-91.
3. Cornthwaite K, Bahl R, Lenguerrand E et al. Impacted foetal head at caesarean section: a national survey of practice and training. *J Obs Gynaecol* 2021;41:360-6.
4. Manning JB, Tolcher MC, Chandharan E et al. Delivery of an impacted fetal head during cesarean: a literature review and proposed management algorithm. *Obstet Gynecol Surv* 2015;70:719-24.
5. Jan H, Guimicheva B, Gosh S et al. Evaluation of healthcare professionals' understanding of eponymous maneuvers and mnemonics in emergency obstetric care provision. *Int J Gynecol Obstet* 2014;125:228-31.