		Fagspesifikke prosedyrer		Kliniske fagprosedyrer
Skulderdystoci ved fødsel SSHF				Side 1 av 4
Dokument ID: I.4.8.1.2-20		Godkjent dato: 06.06.2023	Gyldig til: 06.06.2026	Revisjon: 6.01

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetikk/Fødsel SSHF

MÅLGRUPPE

Kvinner som føder vaginalt

ANSVAR

Jordmor, gynekolog og barnepleier

HENSIKT

- Øke den funksjonelle diameter
- Minske fosterets skulderbredde
- Rotere skulderbredden over i en mer gunstig bekkendiameter

Definisjon:

Tilstanden er ikke klart definert og delvis subjektiv.

Ufullstendig rotasjon slik at skulderpartiet ikke passerer som normalt i en skråvidde når hodet fødes, men i likevidden slik at fremre skulder sitter fast bak symfyen (eller mer sjelden: bakre skulder over promontoriet).

- Når skuldrene ikke følger ved lett traksjon av hodet nedover og man må bruke tilleggsmanøvrer
- Når skuldrene ikke følger på neste ri etter at hodet er født

Forekomst 0,1-1,5 %.

Risikofaktorer:

Før fødsel:

- Makrosomt barn: Elektivt sectio vurderes dersom barnets vekt estimeres >4,5kg med tidligere alvorlig skulderdystoci, ved maternell diabetes eller hvis barnet nå er estimert vesentlig større enn sist det tilkom skulderdystoci.
NB! Vektestimering av foster er beheftet med stor usikkerhet. Hvis fostervekt skal ligge til grunn for at man anbefaler elektivt keisersnitt, må man tilstrebe en så god kvalitetssikring av vektestimering som mulig. Vi forstår derfor gjentatte ultralydmålinger, eventuelt målinger utført av ulike personer
- Maternell diabetes: Ved estimert vekt hos barnet >4 kg bør lege være informert når trykking startes.
- Tidligere skulderdystoci: Ved tidligere skulderdystoci, skal kvinnen vurderes i svangerskapsuke 37-38 med vekstestimering og eventuelt induksjon av fødsel
- Overtidig svangerskap
- Overtidig svangerskap, høy BMI, maternell alder og multipara er ikke selvstendige risikofaktorer, men er assosiert med skulderdystoci da dette er tilstander som medfører økt fødselsvekt.

Under fødsel:

- Indusert fødsel
- Protrahert forløp
- Epiduralanalgesi
- Operativ vaginal fødsel

Det er fosterets størrelse som betyr aller mest og forekomsten øker raskt med økende fødselsvekt over 4 kg. Selv om det er en rekke risikofaktorer som er assosiert med skulderdystoci må man være forberedt på at tilstanden også kan opptre uventet og uten at det foreligger kjente risikofaktorer.

Utarbeidet av: Prosedyreutvalg Obstetikk SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/Barsel SSK, Bente Maltby	Godkjent av: For fagdirektør, overlege Per Kristian Hyldmo	
---	--	--	--

		Skulderdystoci ved fødsel SSHF			Side: 2 Av: 4
Dokument-id: I.4.8.1.2-20	Utarbeidet av: Prosedyreutvalg Obstetrikk SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/Barsel SSK, Bente Maltby	Godkjent dato: 06.06.2023	Godkjent av: For fagdirektør, overlege Per Kristian Hyldmo	Revisjon: 6.01

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrikk/Fødsel SSHF

FREM GANGSMÅTE

Forebygging av skulderdystoci:

- Identifisere risikofaktorer
- Sikre gode rier
- Sikre tom blære
- Tilstreb at hodet forløses på begynnelsen av ri ved kjent risiko for skulderdystoci

Tiltak ved skulderdystoci:

- Seponere oksytocindrypp.
- Mor skal ikke trykke. Fundustrykk er kontraindisert.

Rekkefølgen av håndgrepene er mindre viktig! Man bruker de håndgrepene man kan best.

-Samarbeid i teamet er viktig. Tydelig informasjon fra den som har ansvaret for fødselen vedrørende barnets stilling, dvs. om barnets rygg er til høyre eller venstre. Dette har betydning for hvilken side man skal utøve det suprapubiske trykket fra og hvilken hånd man velger å bruke ved de ulike håndgrepene når man skal rotere barnet ut.

-Manipuleringen av barnet skal skje med god teknikk, ikke stor kraft.

Barnet forløses etter HELPERR metoden:

1. H=Help: Tilkall hjelp. Tilkall ekstra personell. Ansvarsjordmor, for- og bakvakt gyn. Barnepleier. Barnelege.
2. E=Episiotomi evalueres ved nødvendighet for ekstra rom for utførelse av håndgrepene.
E=Empty: Er urinblæren tømt?
3. L=Legs: (McRobertsManøver) Mors rygg flat. Bøy mors hofter og legg lårene mot mors mage (ikke utadrotert). Maksimal fleksjon i hofteleddet. Effekt: Strekker ut lumbosacrallordosen. Utvider bekkenets utgangsdiameter. Bøyer barnets rygg.
4. P=Pressure: Symfysetrykk av assistent bak fremre skulder for å fristille den frem under symfyisen. Prøv vedvarende, så ruggende bevegelser.
5. E=Enter the vagina. Formål: manipulasjon av fosteret slik at man roterer fosterets skuldre fra likevidden til skråvidden. Ulike håndgrep er beskrevet, men ingen er dokumentert bedre enn andre.
 - Gå inn i vagina med en hånd fra barnets ryggside kl 5 eller 7 (hvor det er best plass), avhengig av hvorvidt barnet ligger i en første eller annen stilling. For lettere å kunne gå inn i vagina med hånden er det lurt å samle fingrene («Pringles grep»). Etter at hånden er plassert i vagina bak barnets rygg, går man opp til fremre skulder og presser skulderen i retning barnets forside (Rubins manøver)

Dokument-id:
I.4.8.1.2-20

Utarbeidet av:
Prosedyreutvalg Obstetrikk
SSHF

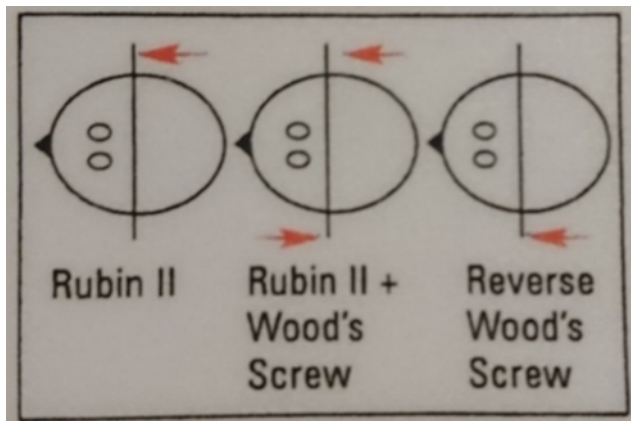
Fagansvarlig:
Seksjonsoverlege
Føde/Barsel SSK, Bente
Maltby

Godkjent dato:
06.06.2023

Godkjent av:
For fagdirektør, overlege
Per Kristian Hyldmo

Revisjon:
6.01

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrikk/Fødsel SSHF



- Man kan forsøke å hjelpe til med den andre hånden ved at man presser bakre skulder i retning barnets ryggside (Woods skrumanøver)
- Skrubevegelse motsatt vei: Man flytter hånden man har på barnets ryggside ned til bakre skulder. Man forsøker å presse bakre skulder forover (reverse Woods) og samtidig presse fremre skulder bakover fra barnets brystside.
- Man beholder hånden inne i vagina på barnets ryggside, forsøker å kile finger 2 og/eller 3 inn i bakre skuldres aksillarfold og legger tommelen mot barnets fremre skulderblad. Man får slik et godt tak og man tilstreber en rotasjon av barnet. Man roterer mot klokken hvis barnet ligger i en første stilling og med klokken hvis barnet ligger i en annen stilling (kalles ofte «pistolgrepet» eller «omvendt» Løvsets manøver). Eventuelt forsøker man en rotasjon motsatt vei.



6. R=remove the arm. Forløsning av bakre arm

Man bytter hånd og går inn på barnets brystside kl 5 eller 7 avhengig av barnets stilling. Går høyt opp i vagina og finner barnets hånd. Barnets albue flekteres, barnets arm trekkes skrått over toraks slik at barnet roteres og trekkes ut (Barnums manøver)



7. R=Roll the patient. Rull kvinnen til firfotsposisjon.

Først foretas forsiktig traksjon av hodet oppover og evt nedover, deretter går man inn i vagina og gjør det håndgrepet man føler seg mest komfortabel med (Gaskins manøver)
Bevegelse og tyngdekraft alene kan hjelpe til å løse opp fastkilingen.

 SØRLANDET SYKEHU		Skulderdystoci ved fødsel SSHF			Side: 4
					Av: 4
Dokument-id: I.4.8.1.2-20	Utarbeidet av: Prosedyreutvalg Obstetrikk SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/Barsel SSK, Bente Maltby	Godkjent dato: 06.06.2023	Godkjent av: For fagdirektør, overlege Per Kristian Hyldmo	Revisjon: 6.01

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrikk/Fødsel SSHF

Andre prosedyrer: Frakturering av clavícula. Fremre clavícula presses mot ramus ossis pubis. Risiko for alvorlige føtale komplikasjoner

Dokumentasjon

- Metodene for forløsning av skuldrene journalføres
- Tiden en bruker på de forskjellige metoder, samt samlet forløsningstid, noteres fortrinnsvis av barnepleier og journalføres.

Komplikasjoner:

Føtale/neonatale

- Asfyxi – ta blodgassanalyse
- Claviculafraktur, affeksjon av plexus brachialis, humerusfraktur, hypoxisk ischemisk encefalopati, perinatal død

Maternell komplikasjon

- Post-partumblødning
- Perinealrifter

Kryssreferanser

Eksterne referanser

[Norsk gynekologisk forening: Veileder i fødselshjelp \(2020\): Skulderdystoci](https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/skulderdystoci/) Hentet fra:
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/skulderdystoci/> (06.11.20)

ALSO-kurs