

Seteleie og ytre vending

Gjelder for: Kirurgisk klinikk/Kreft- og kirurgiavdeling/Føde- og barselseksjon
Dokumenttype: Retningslinje
Sist endret: 17.01.2023

1. HENSIKT

Sikre god oppfølging av kvinner med barn i seteleie, i svangerskap og fødsel.

2. ANSVAR

Lege og jordmor

3. FREMGANGSMÅTE

Se Nasjonal veileder i fødselshjelp 2020 – [Seteleie og ytre vending](#)

3.1 Vaginal fødsel foreslås/anbefales ved:

- Svangerskapsvarighet ≥ 34 uker. Individuell vurdering <34 uker
- Rent seteleie eller sete-fotleie (enkelt/dobbelt)
- Estimert fødselsvekt $\geq 2000g$ og $\leq 4000g$. Individuell vurdering ved 4000-4500g
- Vaginal fødsel anbefales ikke hvis det er kontraindikasjoner mot vaginal forløsning
- Det foreslås at vaginal setefødsel vurderes ved for tidlig fødsel i seteleie, i samråd med kvinnen

Undersøkelse før fødsel:

- Ultralyd med vurdering av fosterleie og vektestimering, med mindre det er gjort de siste 14 dager
- CTG undersøkelse
- Pelvimetri anbefales ikke, men kan tas $>$ uke 36, det er ikke nødvendig for seleksjon for vaginal fødsel. Sagittal inngang (conjugata vera) $\geq 11,5$ cm, mellom 11,0 - 11,5 individuell vurdering. Sum utgang $\geq 32,5$ cm. Sum utgang 31,5 - 32,5 cm, individuell vurdering.
- Kvinnen har fødselssamtale med lege eventuelt jordmor i setefødselsteamet og kan få [pasientinformasjon](#) skriftlig

3.2 Ytre vending:

- Der kvinnen ønsker det og det ikke foreligger kontraindikasjoner kan man forsøke ytre vending.
- På dagen for vendingsforsøket møter kvinnen på laben kl. 08. og tar type & screen, legen som melder kvinnen til vending bestiller dette så det er klart til hun kommer.
- På føden får kvinnen innlagt en venekanyale.
- Se fremgangsmåte i Nasjonal veileder i fødselshjelp – [Seteleie og ytre vending.](#)

3.3 Fødselsforløpet

- Induksjon på samme kriterier som ved hodeleie.
- Det anbefales å gi adekvat smertelindring. Epidural og pudendusblokade kan brukes.
- Setefødsel overvåkes med CTG eller STAN.
- Det anbefales å anvende ristimulerendebehandling (oksytocin) ved behov.
- Det anbefales å være tilbakeholdende med amniotomi pga økt risiko for navlesnorsfremfall spesielt ved sete-fotleie.
- Det anbefales å utføre vaginalundersøkelse umiddelbart etter spontan vannavgang for å utelukke navlesnorsfremfall.
- Det anbefales at aktiv trykkesid ikke overstiger 60 min.
- Kvinnen kan føde liggende på rygg eller knestående. Dette avhenger av kvinnens preferanser og fødselshjelperens kompetanse.

3.4 Setefødsel i ryngleie

- Det foreslås å legge episiotomi etter vurdering.
- Det foreslås å anvende vanlig fremhjelp som hovedmetode dvs. at barnet fødes spontant til navlestedet er synlig, deretter aktiv forløsning av skuldre og hode.
- Det foreslås å bruke Løvsets manøver og Pipers tang ved behov.
- Total uttrekning anbefales ikke, men kan i sjeldne tilfelle vurderes etter at mormunnen er utslettet.
- De som ikke oppfyller betingelsene for vaginalforløsning anbefales forløsning med keisersnitt.
- Link til [praktiske tips](#) ved setefødsel.

3.5 Knestående setefødsel

- Jordmor i setefødselteamet tilkalles når kvinnen er i aktiv fødsel.
- Lege i setefødselteamet tilkalles når det nærmer seg trykkesid.
- Setefødselteamet avklarer rollefordeling med vakthavende team.
- I åpningstiden kan varierende stillinger brukes slik som ved andre fødsler.
- I trykkesiden oppfordres kvinnen til å stå i knestående, som kan være gunstig for fosterlyd og barnets descens i fødselskanalen.
- Når barnets benede del av bekkenet står i utskjæringen, vil en hvit ring komme til syne på barnets hud over bekkenet.
- Når hvit ring er synlig, start klokka. Barnet bør være forløst innen 5 min. Barnet må nå fødes vaginalt (point of no return).
- Kvinnen skal trykke kontinuerlig, ikke vente til neste ri. Oppfordre til bevegelse.

Normal fremgang i knestående stilling

- Unngå berøring av barnet, observer og vurder fremgang.
- Sete til barnet kommer ned i bekkenet i tverrvidden med fremre setehalvdel som ledende (asynklitisk).
- Benede del av bekkenet fødes, hvit linje synes.
- Barnet vil så rotere med mage mot mors rygg.
- Tykk mekonium er tegn på at barnet har det bra.
- Observer barnets hudfarge, tonus, fleksjon og bevegelse.
- Bena vil fødes spontant. Man kan evt. hjelpe til med forløsning av bena med et trykk mot knehasene.
- Betryggende tegn: kløft på barnets bryst indikerer at armene ligger foran kroppen.
- Begge armene kan fødes samtidig, eller en og en.
- Mors spontane bevegelse fremmer fleksjon av barnets hode.
- Barnet vil ofte løfte opp begge bena, dette fremmer fleksjon og fødsel av hode.
- Støtt barnet under armhulene når hodet fødes, slik at det ikke faller ned, ikke trekk/dra i barnet.

Ved 30 sekunders forsinket fremgang, diagnostiser problemet og utfør tiltak. [Se flytskjema.](#)

3.5.1 Ufullstendig rotasjon, armene fødes ikke spontant (ukompliserte armer)

- Be kvinnen løfte frem benet på samme side som magen til barnet.
- Forsøk maternelt seteløft evt. samtidig som kvinnen beveger på bekkenet.
- Kan armene til barnet palperes (ukomplisert arm), forsøk å hente ned fremre symfysearm foran på barnets bryst.

3.5.2 Får ikke hentet ned symfysearmen (kompliserte armer)

- Roter barnet med flate hender («Prayers hands») korteste vei slik at barnets rygg vender mot mors rygg.
- Friggjør fremre symfysearm og roter tilbake slik at barnets mage vender mot mors rygg.
Forløs den andre armen.

3.5.3 Hodet fødes ikke spontant (komplisert hode)

- Haken kan ikke palperes og skuldrene er ikke synlige.
- Utfør maternelt seteløft, fremmer fleksjon av barnets hode.

- Skyv barnet oppover i fødselskanalen med flate hender («Prayers hands») som omfavner nakke og hake. Hode skal roteres for å komme fri fra bekkeninngangen slik at hode til barnet kan flektre. Roter barnet til skrådiameter og før deretter barnets hode ned gjennom fødselskanalen til hode forløses.

3.5.4 Hodet sitter fast i bekkenutgangen (ukomplisert hode)

- Man kan se barnets skuldre og palpere haken.
- Forløsning av hode i bekkenutgangen hjelpes primært ved fleksjon.
- Be kvinnen løfte benet på samme side som magen til barnet.
- Utfør maternelt seteløft.
- Utfør skulderpress ved å plassere tommelfingrene dine i underkant av clavícula bilateralt på barnet, slik at barnets hode flekterer.
- Gynging av barnet. Barnet dyttes mot mors mage ved hjelp av skulderpress, slippes, dyttes igjen og slippes.
- Håndtang. Flate hender legges rundt hode til barnet slik tanglojene ville bli lagt.
- Vurder episiotomi.

3.5.5 Barnet roterer med rygg mot mors rygg (sacrum posterior)

- Avvent spontant forløp inntil navlefestet er født.
- Armene forløses, symfysearmen først.
- Dersom barnet fortsatt ligger i sacrum posterior (rygg mot rygg) legges flate hender rundt kroppen til barnet og roterer barnet korteste vei til sacrum anterior (mage mot mors rygg).
- Dersom det umiddelbart etter er normal progresjon avventer man, ellers gjøres håndgrep som beskrevet ovenfor.

Dersom tiltak ikke fører til forløsning innen 5 minutter, snus kvinnen til ryngleie, slik at man kan anvende tang på sistkommende hode.

4. GENERELT

- Pasientinformasjon: Link til [pasientinformasjon seteleie](#).

5. INTERNE REFERANSER

- [2.1.5.4.1.4.8](#) [Fosterovervåking under fødsel](#)
- [2.1.5.4.1.4.28](#) [Setefødsel knestående - flytskjema](#)
- [2.1.5.4.1.4.33](#) [Ytre vending - jordmors oppgaver](#)

6. EKSTERNE REFERANSER

- [Nasjonal veileder i fødselshjelp 2020 – Setefødsel og ytre vending](#)