

# Riehemmende medikament kan hjelpe ved ytre vending av barn i seteleie



Omtalt av Marita S. Fønhus, Elisabeth Jeppesen og Therese K. Dalsbø

**Utvendig håndgrep for å snu barn som ligger i seteleie, fører trolig til færre setefødsler og keisersnitt når det i tillegg gis riehemmende medikamenter. Det er usikkert hvorvidt dette har en negativ effekt på barnet og om det gir bivirkninger hos mor. Det viser en ny Cochrane-oversikt.**

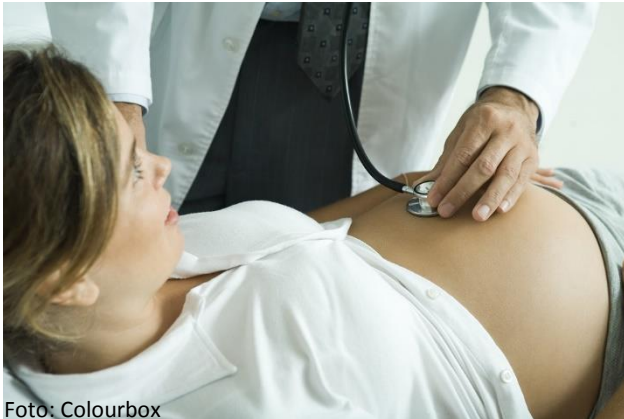


Foto: Colourbox

## Hva sier forskningen?

I systematiske oversikter oppsummeres forskning. I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet forskning om og vurdert effekt av ulike tiltak for å snu barn i seteleie. En mye brukt metode for å snu barn fra sete- til hodeleie er å forsiktig snu barnet ved utvendig håndgrep (på kvinnens mage) sent i svangerskapet. En rekke tilleggsbehandlinger kan hjelpe, som riehemmende

medikamenter. Forfatterne sammenliknet effekt av riehemmende medikamenter med placebo.

Hos gravide med barn i seteleie hvor ytre vendingforsøk gjøres, vil riehemmende medikamenter:

- muligens føre til at flere barn ligger i hodeleie ved fødsel (liten tillit til resultatet)
- trolig føre til at færre gjennomgår fødsel hvor barnet ikke er i hodeleie (middels tillit til resultatet)
- trolig føre til at færre føder ved hjelp av keisersnitt (middels tillit til resultatet)
- trolig føre til at færre kvinner gjennomgår mislykkede ytre vendingforsøk (middels tillit til resultatet)
- ha usikker effekt på barnets helse (svært lav tillit til resultatet eller mangelfull datarapportering) og bivirkninger hos mor (mangelfull datarapportering)

Tilliten til resultatet angir hvor sannsynlig det er at forskningsresultatet ligger nær den sanne effekt. Jo større tillit, desto sikrere kan vi være på at resultatet ligger nær den sanne effekt.

## Resultattabell

Resultater: hva skjer?	Ytre vending og placebo	Ytre vending og riehemmende	Tillit til resultatet
<b>Hodeleie ved fødsel</b> flere barn ligger muligens i hodeleie ved fødsel	294 per 1000	494 per 1000 (335 til 729 per 1000)*	⊕⊕○○ Liten
<b>Vaginal fødsel hvor hodeleie ikke er oppnådd</b> færre gjennomgår trolig fødsel hvor barnet ikke er i hodeleie	727 per 1000	545 per 1000 (436 til 669 per 1000)*	⊕⊕⊕○ Middels
<b>Keisersnitt</b> færre føder trolig ved hjelp av keisersnitt	670 per 1000	516 per 1000 (449 til 590 per 1000)*	⊕⊕⊕○ Middels
<b>Mislykket ytre vending</b> færre kvinner gjennomgår trolig mislykkede ytre vendingforsøk	654 per 1000	458 per 1000 (393 til 537 per 1000)*	⊕⊕⊕○ Middels
<b>Unormalt lav puls på barnet (fetal bradycardia)</b> Det er usikkert hvilken effekt tiltaket har på dette utfallet da tilliten til resultatet er vurdert til å være svært liten	Vi rapporterer ikke tall som har svært liten tillit		⊕○○○ Svært liten
<b>Død eller sykkelighet hos barnet (perinatal)</b> Det er usikkert hvilken effekt tiltaket har på disse utfallene da disse ikke ble rapportert	Ingen rapporterte data om dødelighet eller sykkelighet		

\* Tallene i parentes viser en spennvidde for tiltakets effekt. Det er 95 % sannsynlig at effekten ligger et sted innenfor denne spennvidden

## Bakgrunn

### *Seteleie*

Omtrent tre til fire prosent av alle fødsler er setefødsler. Setefødsler kan bli mer kompliserte enn hodefødsler fordi barnets skuldre og hode kommer sist. Seteleie defineres som lengdeleie med hodet i toppen av livmoren (*fundus uteri*) og sete og fot som ledende del (den delen som er nederst i fødselskanalen). I Norge forløses omtrent halvparten av alle kvinner med barn i seteleie med keisersnitt, den andre halvparten føder på vanlig måte. Mens forløsningen av kroppen går av seg selv ved en setefødsel, trenger forløsningen av skuldrene og hodet hjelpe ved å bruke bestemte håndgrep og dreininger for å forløse skuldrene. Seteleie er forbundet med økt dødelighet og sykkelighet, men ikke nødvendigvis på grunn av forløsningsmetoden. Det er viktig å selektere kvinnene til optimal forløsningsmåte og redusere risikoen for komplikasjoner ved seteforløsning. Det er bestemte kriterier for om det skal gjøres keisersnitt eller om fødselen kan gå på vanlig måte når barnet ligger i seteleie.

### *Riehemmende medikamenter*

For å lettere kunne snu et barn i seteleie kan riehemmende medikamenter gis. Beta-agonister er én type riehemmende medikamenter, og gis ofte intravenøst (det er restriksjoner ved bruk av orale og rektale beta-agonister). Beta-agonister stimulerer reseptorer (beta-2 adrenerge reseptorer) i det sympatiske nervesystemet som blant annet fører til frisetting av glukose (sukker) fra leveren og fettstoffer fra fettvev, øker hjertets frekvens og sammentrekning (kontraksjon), hemmer kontraksjon av glatt muskulatur i bronkier, blodårer, fordøyelsesorganene og i livmoren. Siden beta-agonister virker på mer enn bare glattmuskulaturen i livmoren, kan en rekke bivirkninger oppstå, spesielt økt hjerterefrekvens (takykardi). Beta-agonister virker raskt, gjerne innen fem minutter og har effekt i flere timer.

Andre typer riehemmende medikamenter er kalsiumkanal-hemmere og nitrogenoksid-donorer.

### *I Norge*

I veileder for fødselshjelp 2014 (Legeforeningen) anbefales ytre vending av barn i seteleie etter 36 fullgatte uker. Ytre vending vil si at barnet vendes fra sete- til hodeleie ved utvendige håndgrep. Denne metoden reduserer antall setefødsler og keisersnitt på grunn av seteleie, som begge er forbundet med alvorlige komplikasjoner. Ytre vending skal kun utføres ved fødeavdelinger som har keisersnittberedskap. Det anbefales å gi riehemmende medikament (tokolyse) cirka 30 minutter før vendingsforsøket.

Effekten av å stimulere barnet med lyd og lokalbedøvende medikamenter for å minske smerte (epidural eller spinal bedøvelse) ved ytre vending, er uavklart (Albrechtsen og medarbeidere, Tidsskriftet). Hvorvidt fødende kvinner med barn i seteleie tilbys ytre vending er varierende ved norske sykehus.

### **Hva er denne informasjonen basert på?**

Forfatterne av Cochrane-oversikten gjorde systematiske søk i aktuelle forskningsdatabaser i september 2014, og fant 28 studier med til sammen 2786 kvinner som de inkluderte i oversikten. Studiene omhandlet ulike riehemmende medikamenter, lydstimulering av barnet gjennom morens mage, øke væskemengden som omgir barnet, lokalbedøvelse for å minske smerte (epidural eller spinal bedøvelse), opioide medikamenter for å få den fødende til å slappe av, hypnose, gel eller talkumpudder på den gravides mage. Det var til sammen 24 sammenlikninger. Vi har omtalt effekten av riehemmende medikamenter (beta-agonister) sammenliknet med placebo ved ytre vendingsforsøk. De beta-agonistene som ble brukt i studiene var salbutamol, ritodrine, hexoprenaline og terbutaline. Disse er såkalte korttidsvirkende beta-agonister og det er restriksjoner ved bruk av disse i tablettform (Legemiddelverket).

Forfatterne fant også at lokalbedøvelse i tillegg til riehemmende medikamenter er mer effektive enn riehemmende medikamenter alene når man ser på utfallet 'mislykket ytre vending'. Det er usikkert hvilken effekt denne kombinasjonen har på utfallene 'hodeleie ved fødsel', 'vaginal fødsel hvor hodeleie ikke er oppnådd', 'keisersnitt', 'unormalt lav puls på barnet' og 'død eller sykkelighet hos barnet'.

Det var ikke nok informasjon fra studiene om smertestillende medikamenter, hypnose, opioider, talkum, lyd-stimulering av barnet og epidural/spinal anestesi til å konkludere med sikkerhet om deres effekt og sikkerhet.

### **Kilde**

Cluver C, Gyte GML, Sinclair M, Dowswell T, Hofmeyr GJ. Interventions for helping to turn term breech babies to head first presentation when using external cephalic version. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 2. Art. No.: CD000184.