

Slutsatser och rekommendationer

Mellan 1990 och 2006 ökade kejsarsnittsfrekvensen från 11% till 18%, medan för åren 2006-2009 så har frekvensen minskat något. Ökningen är multifaktoriellt betingad. En tredjedel av kejsarsnittsnittsökningen görs p.g.a. dystoci och en tredjedel på fetal indikation. En tredjedel av alla kejsarsnitt beror på populationsförändringar, fr.a. ökande BMI och högre ålder hos mödrarna. Ungefär hälften av alla kejsarsnitt är akuta.

Kvalitetssäkring med Robson

Robson-klassificering gör det möjligt att följa förändringar över tiden och att jämföra den egna verksamheten med resultat från andra förlossningskliniker. De tio grupperna bygger på följande parametrar: paritet, tidigare kejsarsnitt, graviditetstid, fosterläge, antal foster och hur förlossningen startar. Indelning i grupper bör ske vid förlossningsstart. För varje grupp registreras totala antalet förlösta kvinnor och antalet kejsarsnittsförlossningar. Regelbunden genomgång med personalen av fall och rutiner kan påverka kejsarsnittsfrekvensen.

Aspekter vid interkurrent sjukdom

Narkosläkare bör konsulteras för planering inför vaginal förlossning respektive planerat kejsarsnitt vid: hjärtsjukdom, ökad blödningsbenägenhet, svår astma eller allergi, reumatoid artrit, njur- och leversjukdom, extrem fetma, tidigare anestesikomplikationer och misstanke om intubationssvårigheter.

Vid interkurrent sjukdom är graviditeten ofta mer besvärlig än förlossningen. Kejsarsnitt kan leda till extra belastning och indikationer bör övervägas noga. Vid maternell hjärtsjukdom och inflammatorisk tarmsjukdom är vaginal förlossning nästan alltid att föredra. Vid allvarlig interkurrent sjukdom är multidisciplinärt samarbete nödvändigt.

Obesitas

Riskökningen vid obesitas är större hos förstföderskor än hos omföderskor och är i högre grad kopplad till prekonceptionell vikt än viktökning under graviditet. En av de viktigaste orsakerna till den ökade kejsarsnittsfrekvensen hos obesa kvinnor anses vara en ökad risk för försämrat värkarbete. Hos överviktiga är det vanligare med djup ventrombos såväl under graviditeten som postpartum. Dessa kvinnor har också en ökad risk för sårinfektioner och sårrupturer. Även mortaliteten är ökad. Arton procent av maternella dödsfall är relaterade till fetma. Åttio procent av anestesi-relaterade dödsfall drabbar obesa. Risken för aspiration och blodförlust är större.

Kejsarsnitt vid prematuritet

Ibland kräver det nyfödda barnets tillstånd omedelbart omhändertagande på specialklinik, vilket kan nödvändiggöra transport in utero och kejsarsnitt. Ofta krävs multidisciplinärt samarbete.

Atraumatisk operationsteknik bör eftersträvas, med god professionell assistans, god tillgänglighet och eventuellt även nitroglycerin intravenöst.

Psykosocial indikation

För kejsarsnitt utan medicinsk indikation rekommenderas benämningen psykosocial indikation. Vid bearbetning av förlossningsrädsla krävs såväl riskgenomgång som hänsynstagande till upplevd fara. Omföderns önskan om kejsarsnitt är en viktig kvalitets-signal både vad gäller den genomgångna förlossningen och den kommande. Riktade stödåtgärder kan ge goda förutsättningar för en lyckad vaginal förlossning.

Migrationsperspektiv

I mödrahälsovård och vid förlossning är det viktigt att respektera invandrarkvinnors olika kulturella bakgrund och perspektiv. Förförståelse för invandrarkvinnans helhetssituation är en förutsättning för delaktighet i förlossningsplaneringen.

Akut kejsarsnitt

Att korrekt definiera och kommunicera tidsramen för ett akut kejsarsnitt är nödvändigt. Interdisciplinärt samarbete är väsentligt. Akuta situationer kan med fördel simuleras genom träning i team så att logistiken blir optimal.

Det är viktigt att agera lugnt och tydligt när patienten informeras inför det akuta kejsarsnittet.

Såväl tidig återkoppling som senare återbesök är av betydelse.

Misslyckad instrumentell förlossning

Misslyckad instrumentell förlossning bör avslutas med kejsarsnitt utan dröjsmål. Fostrets tillstånd får här avgöra tidsaspekten.

Antibiotika och uterotonika

Antibiotikaprofylax ges rutinmässigt vid akuta kejsarsnitt men vid elektiva endast vid särskild indikation.

Uterotonika (5 E oxytocin) ges långsamt intravenöst och spontan placentaavgång avvaktas. Vid riklig blödning evakueras placenta manuellt.

Suturering

Hysterotomin sutureras normalt två lager med fortlöpande suturer – säkerheten med sutur i ett lager har i nya studier ifrågasatts och är fortfarande inte klarlagd. Fascian försluts med en fortlöpande sutur som ej låses. Undvik subkutant fett i suturen. Det subkutana fettet sutureras om tjockleken är två cm eller mer. Suturen ska försluta framför allt de djupare delarna av fettvävnaden. Är fettlagret tjockt kan det behövas suturer i flera lager. Huden försluts med staples, enstaka suturer eller fortlöpande intrakutan sutur enligt operatörens preferens.

Komplikationer

Upprepade kejsarsnitt ökar i sig komplikationsrisken. Akuta kejsarsnitt medför komplikationer i större utsträckning än planerade. Kejsarsnitt är associerat till större blodförlust än vaginal förlossning. Stora sårytor, anemiserande blödning, kontakt med vaginalfloran efter vattenavgång och akut operation ökar infektionsrisken.

Den relativa risken för djup trombos ökar tio gånger under graviditet till en på 1000 kvinnor, och ytterligare åtta gånger vid kejsarsnitt: störst är riskökningen vid akuta och komplicerade operationer.

För att minimera risken för neonatal andningsstörning bör planerat kejsarsnitt utan medicinsk indikation inte utföras före 39 fulla graviditetsveckor.

Rådgivning vid ny graviditet

Risken för uterusruptur är cirka fem på 1000 vaginala förlossningar efter tidigare genomgången kejsarsnitt. Risken ökar ytterligare fem gånger om man inducerar förlossningen med prostaglandin. Maternell ålder över 35 år liksom förlossningsintervall kortare än 18 – 24 månader ökar också risken. Risken för ablatio och placenta previa efter tidigare kejsarsnitt är ungefär fördubblad.

Vid tidigare genomgången kejsarsnitt och placenta previa under aktuell graviditet är risken för placenta accreta kraftigt ökad varför noggrann planering och beredskap är viktig.

Rådgivning inför förlossning efter tidigare genomgången kejsarsnitt bör ges av erfaren läkare, förtrogen med tidigare anamnes. Förutsättningarna för vaginal förlossning beror delvis på orsaken till det föregående kejsarsnittet. Information och delaktighet är viktigt men beslutet ligger hos läkaren. Vid planerad vaginal förlossning: eftersträva konsensus med patienten, dokumentera förlossningsplanen och följ denna. Personalkontinuitet mellan mödravård och förlossning/BB är betydelsefull för att förmedla en samstämmig information. Argumentationen vid förlossningsplanering bör bygga på medicinsk riskbedömning och på möjligheten av en positiv förlossningsupplevelse och inte på osäkra ekonomiska data.