

Skulderdystoci: Et materiale fra Kvinneklinikken, Universitetssykehuset Nord- Norge, i perioden 01.01.2004-31.12.2014

Av Elise Marie Kittilsland, MK-12

emkittilsland@gmail.com

Veileder: Pål Øian, Overlege/professor ved
Kvinneklinikken UNN

Metode

Retrospektiv studie av skulderdystoci ved Kvinneklinikken (KK), Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) i perioden 01.01.04-31.12.14. Journalsystemet DIPS og fødejournalprogrammet Partus er brukt for å hente informasjon ut fra kvinnenes journaler. Risikofaktorer, behandling og komplikasjoner er registrert i alle tilfellene. Data er registrert i IBM Statistics SPSS 24.

Totalt 68 av 149 tilfeller ble inkludert. Ikke inkludert på bakgrunn av manglende informasjon, tydelig feilkoding eller at de ikke ble funnet.

Resultater

Viktigste risikofaktor er fødselsvekt!

TABELL 7. ODDS RATIO (OR) FOR SKULDERDYSTOCI DER ULIKE PREDISPOSERENDE FAKTORER FORELIGGER I PERIODEN FRA 2004-2014.

	Alle vaginale forløsninger (n=13316)	Uten skulderdystoci (n=13248)	Skulderdystoci (n=68)	OR
Maternell diabetes	445	438	7	3,36
Fødselsvekt 3000-3999 gram	10435	10415	20	0,12
Fødselsvekt 4000-4499 gram	2378	2353	25	2,69
Fødselsvekt 4500-4999 gram	489	470	19	10,54
Fødselsvekt >5000 gram	60	57	3	10,68
Vakuum	967	950	17	4,32
Induksjon	3215	3193	22	1,53

Komplikasjoner på barnet:

- Brachial plexus skade 7,4%
- Fraktur 11,8%
- Asfyksi 1,5%

TABELL 6. ANTALL OG RISIKO FOR NEONATAL SKADE (HUMERUS-, KLAVIKULA- OG PLEXUSSKADE) VED SKULDERDYSTOCI. UTREGNET ODDS RATIO (OR) OG SIGNIFIKANSNIVÅ (P) FOR NEONATAL SKADE I FORHOLD TIL INGEN NEONATAL SKADE VED ULIKE RISIKOFAKTORER.

	Skulderdystoci (n=68)	Uten neonatal skade (n=56)	Med neonatal skade (n=12)	OR	p (95% KI)
Maternell alder, år (gj.sn)	29,6	29,7	27,5		0,17 (-6,23-1,08)
BMI (gj.sn)	25,65	25,26	27,64		0,18 (-1,11-5,88)
Førstegangsfødende	32	24	8	2,67	
Maternell diabetes	7	6	1	0,74	0,795
Svangerskapslengde, dager (gj.sn)	282	281	286		0,066 (-11,13-0,37)
Fødselsvekt, gram (gj.sn)	4232	4151	4607		0,008 (126,6-796,6)
Indusert fødsel	21	16	5	1,74	
Operativ fødsel	17	11	6	4,09	0,031
Epidural	19	15	4	1,37	
Utdrivningsfase, min (gj.sn)	70	57	137		0,016 (15,64-145,36)
Antall tilleggsmanøvre (gj.sn)	2,0	1,9	2,4		0,13 (-0,16-1,18)

Resultater

Komplikasjoner hos moren

- 10,3% av kvinnene fikk perinealruptur grad 3-4
- 30,9% kvinner fikk en postpartumblødning (>500ml) og 8,8% en alvorlig blødning (1000 ml).

Behandling

- I gjennomsnitt brukt 2,0 tilleggsmanøvre på å forløse skulderen

TABELL 2. BRUK AV ULIKE MANØVRE/TILTAK FOR Å FORLØSE SKULDERNE VED SKULDERDYSTOCI. TOTALT 68 TILFELLER INKLUDERT, OG I FLERE TILFELLER BLE DET BENYTTET MER ENN EN TILLEGGSMANØVER.

Tiltak	Frekvens (n)	Prosent
McRobert	31	45,6
Symfysetrykk	19	27,9
<u>Rotasjonsmanøvre</u> (Woods/Rubin)	24	35,3
Barnum	42	61,8
Kne/håndstående	14	20,6
Fundustrykk	6	8,8

Konklusjon

Den aller viktigste risikofaktoren for skulderdystoci er fødselsvekt, og risikoen for skulderdystoci øker med økende fødselsvekt. Induksjon av fødselen og operativ vaginal forløsning er også forbundet med økt risiko for skulderdystoci. Alvorligheten og risikoen for at barnet pådrar seg skade henger sammen med høy fødselsvekt, induksjon, lang utdrivningsfase og operativ vaginal forløsning. Det blir brukt flere tilleggsmanøvre i de tilfellene der barna pådrar seg skade i forhold der de ikke gjør det, men denne forskjellen er ikke signifikant. Uthenting av barnets arm er assosiert med humerusfraktur. Risikoen for postpartumblødning er økt hos kvinner der fødselen kompliseres med skulderdystoci, sammenlignet med fødsler der tilstanden ikke foreligger.