
Stort foster – store problemer?

REDAKSJONELT

PÅL ØIAN

Pål Øian (f. 1948) er professor og overlege ved Kvinnekinikken, Regionsykehuset i Tromsø og nestleder i Norsk perinatalmedisinsk forening. Kvinnekinikken
Regionsykehuset i Tromsø
9038 Tromsø

Norske barn blir stadig større ved fødselen. I løpet av 30 år er fødselsvekten økt med ca. 100 g (1). Det er fullbårne barn (≥ 37 uker) som er blitt større. De som fødes før 37. svangerskapsuke er faktisk blitt mindre, men friskere. En viktig grunn er at kvinner med preeklampsi og veksthemmet foster forløses på et mer optimalt tidspunkt for barnet.

Fra et klinisk synspunkt er kanskje ikke den moderate økningen i fødselsvekt hos fullbårne så interessant. Viktigere er det at andel barn med høy fødselsvekt øker. I 1980 var 18,0 % av alle fødte $> 4\,000$ g og 3,2 % $> 4\,500$ g. I 1999 er andelen steget til hhv. 21,3 % og 4,8 % (Medisinsk fødselsregister, personlig meddelelse). Ikke bare barna blir større, men mødrene også. 11 % av ikke-gravide kvinner i Norge i alderen 40 – 42 år defineres som fete (kroppsmasseindeks ≥ 30) (2). Både store barn og fedme hos mor er assosiert med en rekke fødselskomplikasjoner, f.eks. langvarig fødsel, lav apgarskåre, økt hyppighet av instrumentelle forløsninger og maternelle komplikasjoner som perinealskader, blødninger, tromboembolisme og infeksjoner. Kliniske problemer forbundet med stort barn og skulderdystosi omtales forbausende lite i lærebøker. Det er fortjenstfullt at Maria Wojtasinska og medarbeidere i dette nummer av Tidsskriftet presenterer et norsk materiale (3).

Skulderdystosi er en av fødselshjelpens mest fryktede komplikasjoner. Situasjonen oppstår som oftest uventet og krever rask håndtering om komplikasjoner skal unngås eller minimaliseres. Føtale komplikasjoner som plexus brachialis-skade, clavícula- eller humerusfraktur, hypoksisk hjerneskade og endog død kan oppstå. Situasjonen på fødestuen beskrives ofte av den fødende eller pårørende som panikkartet. Betegnelsen kan være dekkende og kan bety at fødselshjelperen ikke er mentalt forberedt på en slik nødsituasjon, men illustrerer også hvor vanskelig situasjonen kan være.

Skulderdystosi har følgende karakteristika: Hodet er født. Det dras så tilbake i fødselskanalen slik at halsen ikke er synlig og hodet presses mot perineum. Fremre skulder er vanskelig å forløse fordi den kiler seg fast over symfyen. Ofte blir fundustrykk og kraftig nedoverdrag av hodet forsøkt for å avslutte fødselen. Begge prosedyrer bør avsluttes raskt fordi fremre skulder bare kiler seg mer fast, og kraftig og langvarig drag fører til plexus brachialis-skade. Videre prosedyrer som anbefales varierer, men inkluderer stor episiotomi, maksimal fleksjon og abduksjon i hoften (McRoberts prosedyre), suprapubisk lateralt bakovertrykk, rotasjon av bakre skulder ved hjelp av Woods eller Rubins manøvrer og nedhenting av bakre arm. Sjeldne prosedyrer som reponering av hodet med påfølgende keisersnitt (Zavanellis manøvrer) eller symfyiotomi er beskrevet (4, 5).

Skulderdystosi er ikke et veldefinert begrep og insidensen angis til 0,15 – 2,1 % (4, 5). Man kan skille mellom vanskelig skulderforløsning der det er normale rotasjonsbevegelser av skuldrene, og unilateral eller bilateral skulderdystosi. Jeg mener den beste definisjonen er vanskelig skulderforløsning som krever obstetriske manøvrer utover vanlig nedovertraksjon og episiotomi.

Dessverre kan ikke skulderdystosi forutsies. Dette er godt dokumentert (4, 5). De viktigste kjente risikofaktorer er makrosomi, tidligere skulderdystosi, protraisert fødsel, middelhøy vakuumbaljon/tang, maternell fedme eller diabetes mellitus. De som har opplevd en vanskelig skulderforløsning hevder at keisersnitt burde vært utført. Dette hadde jo vært ønskelig, men sensitivitet og spesifisitet av prediktive faktorer er for dårlig. Selv om stort barn er en viktig risikofaktor, oppstår mange skulderdystosier hos barn med fødselsvekt < 4 000 g (40 % av alle plexusskader) (5). Et fundamentalt problem med ”prediction score”-systemer er at de beste baseres på retrospektive opplysninger om fødselsvekt. Denne har ikke fødselshjelperen i den aktuelle situasjon. Både over- og underestimering er et problem, spesielt hos store barn (3, 6). Kunne man estimere vekt nøyaktig og bestemme seg for å gjøre keisersnitt på alle barn > 4 000 g, ville dette føre til mer enn 10 000 ekstra keisersnitt per år, altså flere enn de 7 000 – 8 000 keisersnitt som totalt utføres i Norge. En beslutningsanalytisk modell viste at 3 695 elektive keisersnitt måtte utføres på gravide med estimert fødselsvekt > 4 500 g for å hindre en permanent plexus brachialis-skade (7).

Slike skader kompliserer 8 – 23 % av alle skulderdystosier. Rundt 80 % rammer nerverøttene C5 – C6 (Erb-Duchenne). Av disse har mer enn 90 % ikke symptomer etter ett år. Affiseres nerverøttene C8 – Th1 (Klumpke), er prognosen dårligere. Insidensen av permanent plexusskade etter skulderdystosi er bare 1,6 % (7).

Det er ofte en klar årsakssammenheng mellom en komplisert skulderforløsning og plexusskader. Nyere studier tyder på at en slik sammenheng ikke reservasjonsløst kan aksepteres. Plexusskader kan også oppstå in utero (7). Det rapporteres etter elektive keisersnitt med ukomplisert forløsning. Neonatal osteomyelitt, teratogen påvirkning, infeksjøs agenser og uterine anomalier kan ha betydning. Nesten halvparten av alle plexusskader er ikke assosiert med skulderdystosi, og ingen publiserte materialer har vist at mer enn 75 % av skadene er assosiert til skulderdystosi.

Skulderdystosi er en vanlig årsak til erstatnings- eller rettsaker. For å nå frem i slike saker vil to forhold være avgjørende. Det må påvises en årsakssammenheng mellom skaden og forløsningen. Videre må det være et avvik fra vanlig akseptert diagnostikk

eller behandling. Den første forutsetningen vil ofte, men ikke alltid, være til stede. Derimot vil det være urimelig å hevde at skulderdystosier kan forutsies eller at komplikasjoner ikke skal forekomme.

Betyr dette at vi ikke kan bli bedre? Selvfølgelig kan vi det. Alle avdelinger bør ha skriftlige rutiner, og alle fødselshjelpere bør ha tenkt gjennom hva de vil gjøre i en aktuell situasjon. Trening på fantom bør regelmessig gjennomføres selv om det gir et lite realistisk bilde av de ekstremt vanskelige biomekaniske forhold. Det må oppmuntres til kontinuerlig faglig diskusjon der sykehistorie, kliniske funn før og under fødselen vurderes og gjerne diskuteres med kolleger før det f.eks. fattes beslutning om vaginal fødsel eller anleggelse av middelhøy vakuumpompe/tang.

Også i fremtiden vil skulderdystosi være en uventet og uforutsigbar hendelse som kan være svært vanskelig å behandle. Lettkjøpt kritikk fra sakkyndige bør vi unngå.

LITTERATUR

1. Skjærven R, Gjessing HK, Bakketeig LS. Birthweight by gestational age in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79: 440 – 9.
2. Vekt og helse. Rapport nr. 1/2000. Oslo: Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, 2000.
3. Wojtasinska M, Belfrage P, Gjessing L. Stort foster – en retrospektiv studie *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1848 – 50.
4. Johnstone FD, Meyercough PR. Shoulder dystocia. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105: 811 – 5.
5. Yeo GHS, Chang TC. Shoulder dystocia. *Fetal Maternal Medicine Review* 1995; 7: 251 – 8.
6. O'Reilly-Green CP, Divon MY. Receiver operating characteristic curves of sonographic estimated fetal weight for prediction of macrosomia in prolonged pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997; 9: 403 – 8.
7. Gherman RB, Ouzounian JG, Goodwin TM. Brachial plexus palsy: an in utero injury? *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 1303 – 7.

Publisert: 20. juni 2000. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.