
Setefødsler – hva nå?

REDAKSJONELT

PÅL ØIAN

Email: paaloian@online.no

JAN MARTIN MALTAU

Pål Øian (f. 1948) er professor ved Universitetet i Tromsø og overlege ved Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Tromsø.

Jan Martin Maltau (f. 1938) er professor ved Universitetet i Tromsø og avdelingsleder ved Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Tromsø.

Email: kkjmm@rito.no

Kvinneklinikken

Regionsykehuset i Tromsø

9038 Tromsø

Skal alle gravide med foster i seteleie forløses med keisersnitt? Ja, ifølge resultatene av en stor randomisert prospektiv multinasjonal undersøkelse som nylig ble publisert i *The Lancet* (1, 2). Utrolig nok er dette den første store, randomiserte undersøkelsen som er utført. Artikkelen fikk umiddelbart bred medieomtale og har vakt berettiget oppsikt. Den har skapt engstelse og usikkerhet hos gravide og frustrasjon blant fødselshjelperne. Påtrengende spørsmål har oppstått. Skal vi på basis av denne ene undersøkelsen endre vår tradisjonsrike og vel innarbeidede praksis, og hva blir i såfall konsekvensene av det?

En begrunnelse for å gjennomføre undersøkelsen var at land som Canada og USA i en årrekke har forløst de fleste kvinner med foster i seteleie ved keisersnitt. Det var derfor reist tvil om at det var forsvarlig i det hele tatt å tillate vaginale setefødsler.

I undersøkelsen deltok 121 fødeavdelinger fra 26 land. Disse rekrutterte i alt 2 083 setefødsler ved termin (>37 svangerskapsuker), gjennomsnittlig 17 fra hver avdeling. Andel inkludert i forhold til samlet antall setefødsler ved termin er ikke opplyst. 90,4 % av kvinnene randomisert til keisersnitt ble forløst slik, mens 56,7 % av de planlagt vaginalforløste fødte i henhold til randomiseringen. Hovedfunnene i artikkelen er at perinatal og neonatal dødelighet og alvorlig

neonatal morbiditet var signifikant lavere i gruppen med planlagt keisersnitt (1,6 %) i forhold til gruppen med vaginalfødsel (5,0 %) (1). Relativ risiko for død eller alvorlig sykkelighet var i keisersnittgruppen 0,33 % (95 % konfidensintervall 0,19 – 0,56 %).

Undersøkelsen er vel tilrettelagt, og resultatene må derfor tillegges vekt selv om opplysningene vedrørende perinatale dødsfall kan tyde på at flere av disse ikke kan relateres til den vaginale setefødsel per se. Den positive effekt i keisersnittgruppen var størst i land med lav perinatal mortalitet definert som ≤ 20 per 1 000 fødsler (i Norge fem per 1 000). Det konkluderes med at en praksis med planlagt keisersnitt ved alle seteleier vil føre til at for hvert sjuende keisersnitt i land med lav perinatal mortalitet, vil ett tilfelle av perinatal død eller alvorlig sykdom bli eliminert. Det diskuteres om den lavere uttelling i land med høy perinatal mortalitet kan skyldes utilstrekkelig registrering av utfall hos barn utskrevet kort tid etter fødselen. En annen forklaring kan imidlertid være at fødselshjelperne i disse landene har større erfaring med vaginal forløsning.

Det er nå viktig å ta stilling til om resultatene og anbefalingene fra denne undersøkelsen kan overføres til Norge. Flere grunnleggende forhold er annerledes hos oss. Vi har en bedre systematisert og organisert svangerskapsomsorg og perinatal omsorg enn det som er tilfelle i flere av de land som deltok i undersøkelsen, eksempelvis India, Pakistan og Brasil. Bare 10 % av kvinnene fikk utført røntgenpelvimetri og kun 25 % av dem som fødte vaginalt hadde epiduralbedøvelse. Overvåking og behandling under fødsel har nok også vært gjennomgående dårligere enn det våre rutiner tilsier.

Hva er så dagens situasjon i Norge? Selv om praksis kan variere noe, har vi en vel etablert tradisjon og nasjonale retningslinjer (3), men dessverre er kunnskap om resultatene ved setefødsel begrenset. Fra den norske keisersnittundersøkelsen i 1999 vet vi at keisersnittbruk ved seteleie varierer fra 30 % til 90 % mellom avdelinger (upubliserte data). Ved svangerskapsvarighet under 34 uker forløses over 90 % operativt, etter 37 uker føder 50 – 60 % vaginalt. En undersøkelse fra Haukeland Sykehus publisert i 1997, viste at av 1 212 setefødsler ved termin, ble 53 % av kvinnene forløst vaginalt, 22 % ved elektivt- og 26 % ved akutt keisersnitt (4). Dødelighet var 0,7 %, men når letale misdannelser ble ekskludert, slik de også ble i den internasjonale studien, var dødeligheten 0,1 %. Særlig viktig er opplysningen om at ingen av barna døde eller hadde alvorlig skade på grunn av vaginal setefødsel. En eldre undersøkelse fra Rikshospitalet viste at økt bruk av keisersnitt ved seteleie (8 – 32 %) ikke gav påviselig bedring av de perinatale resultater (5). Dessverre var ingen av disse undersøkelsene randomiserte. Likevel må det være grunnlag for å hevde at resultatene ved seteleie i Norge ikke gir grunn til bekymring. Vi har en tydelig utvelgelsesprosess før akseptering til vaginal fødsel, nøye overvåking under fødsel og større erfaring i vaginal forløsning ved bruk av Løvsets unike metode enn det som er vanlig i mange andre land.

En hodestups, ureflektert endring av våre nasjonale rutiner kan få uheldige og uforutsigbare konsekvenser. Verdifull kompetanse for vaginal forløsning ved seteleie vil over tid gå tapt. Kvinner påføres et kirurgisk inngrep med ikke ubetydelig komplikasjonsrisiko. Videre vil en radikal praksisendring føre til

praktiske dilemmaer. Skal for eksempel en kvinne som kommer inn i en fremskredet setefødsel forløses med keisersnitt når det kanskje bare er minutter før hun føder vaginalt? Hvor går de faglige og legale grenser? Hva med tvillinggraviditet med en eller begge i seteleie?

Vi bør diskutere hvor setefødslene skal skje, og hvilke faglige krav som må stilles til vakthavende legers kompetanse. Det bør snarest diskuteres om en norsk, helst nordisk, randomisert studie er ønskelig og gjennomførbar. En slik undersøkelse vil kunne bekrefte eller avkrefte resultatene fra den internasjonale undersøkelsen.

Inntil mer utførlige norske og nordiske data foreligger, bør våre retningslinjer ikke endres.

LITTERATUR

1. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2000; 356: 1375 – 83.
2. Lumley J. Any room left for disagreement about assisting breech births at term? *Lancet* 2000; 356: 1368 – 9.
3. Albrechtsen S, Nesheim BI, Sande HA, Jensen TA. Seteleie. I: Dalaker K, red. *Veileder i fødselshjelp* 1998. Oslo: Den norske lægeforening, 128 – 33.
4. Albrechtsen S, Rasmussen S, Reigstad H, Markestad T, Irgens LM, Dalaker K. Evaluation of a protocol for selecting fetuses in breech presentation for vaginal delivery or cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 586 – 92.
5. Øian P, Skråmm I, Hannisdal E, Bjøro K. Breech delivery. An obstetrical analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1988; 67: 75 – 9.

Publisert: 10. februar 2001. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.