



**Sociedade Portuguesa
de Obstetrícia e
Medicina Materno-Fetal**

NORMAS DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA

SPOMMF

2021

NORMAS DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA SPOMMF

PARTO PÉLVICO VAGINAL

Andreia Fonseca, Cristina Nogueira-Silva, Isabel Santos Silva,
Ester Casal, Luísa Pinto, Nuno Clode

1. Introdução

A apresentação pélvica corresponde à situação fetal longitudinal, na qual a pelve fetal se apresenta ao canal de parto. A incidência de apresentação pélvica no termo é de 3-4%, variando inversamente com a idade gestacional¹. A apresentação pélvica constitui um fator de risco para morbilidade e mortalidade perinatal e a via de parto é, particularmente desde a publicação do *Term Breech Trial* (TBT), um tema controverso da Obstetrícia moderna²⁻⁷. No seguimento desta publicação assistiu-se a uma diminuição do número de partos pélvicos vaginais, com um conseqüente compromisso da formação dos profissionais de saúde na assistência a este tipo de parto. Por este motivo, a formação na abordagem do parto pélvico vaginal, através do treino em simuladores, é de extrema importância.

A apresentação pélvica classifica-se em **três tipos ou modalidades** (figura 1), de

acordo com a parte fetal que se apresenta ao canal de parto⁸. Deste modo, a apresentação pélvica pode ser **completa** (feto com membros inferiores totalmente fletidos, em que a pelve fetal e os pés se apresentam ao canal de parto), **incompleta modo de nádegas** (ancas em flexão e joelhos em extensão, apresentando-se apenas a pelve ao canal de parto) ou **incompleta modo de pés** (pelo menos um dos membros inferiores totalmente em extensão, apresentando-se um ou dois pés ao canal de parto). A modalidade incompleta modo de nádegas é a mais frequente no termo.

O principal risco associado à apresentação pélvica é o **prolapso do cordão umbilical**⁸, o qual é mais elevado nos fetos em apresentação pélvica modo de pés, pelo que esta é uma indicação para parto por cesariana⁹.

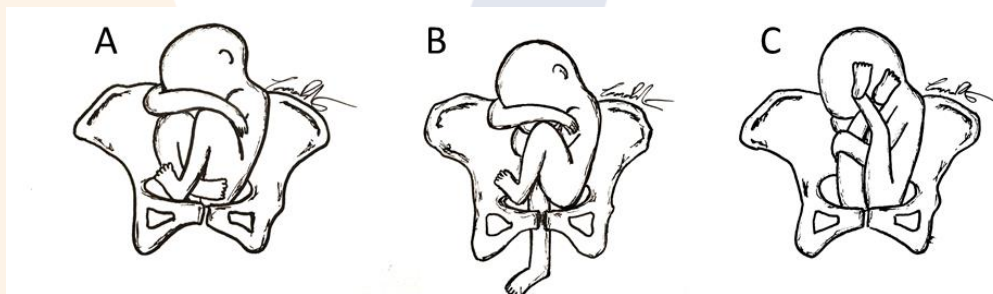


Figura 1. Modalidades da apresentação pélvica: A) apresentação pélvica completa; B) apresentação pélvica incompleta, modo de pés; C) apresentação pélvica incompleta, modo de nádega

2. Critérios de seleção para parto pélvico vaginal

De uma forma geral, qualquer grávida cujo feto se encontre em apresentação pélvica, desde que devidamente esclarecida e motivada, e que não apresente contraindicações para parto vaginal ou outra indicação para cesariana, pode ter um parto pélvico vaginal. No entanto, este apenas deve acontecer se estiverem reunidas **condições de segurança**. Para isso, deve estar disponível uma **equipa multidisciplinar** (obstetra experiente, neonatologista, anestesiolologista e enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica), sendo imprescindível que existam condições que permitam a realização de uma **cesariana emergente**.

Se não estiverem reunidas as condições de segurança, não existirem contraindicações para um parto vaginal e a grávida estiver muito motivada, é fundamental a sua **referenciação** atempada para um centro onde seja possível a realização de um parto pélvico vaginal com segurança.

Não existe consenso quanto às situações que contraindicam um parto pélvico vaginal¹⁰. A estimativa do peso fetal é provavelmente o critério mais controverso. A **cesariana anterior** não é uma contraindicação formal para parto pélvico vaginal, uma vez que não parece associar-se a maior incidência de desfechos adversos¹¹, devendo o aconselhamento e a decisão ser individualizados. Nesta situação, a indução e aceleração do trabalho de parto devem seguir as indicações gerais para a grávida que deseja uma tentativa de parto vaginal após cesariana.

A **tabela 1** apresenta os critérios aceites como **indicação para parto por cesariana** na apresentação pélvica no termo¹²⁻¹⁵. Alguns destes critérios devem ser avaliados ecograficamente aquando do aconselhamento do casal e reavaliados no momento da admissão.

Tabela 1. Indicações para cesariana na apresentação pélvica no termo

Critério	
Ecográficos	Apresentação pélvica incompleta modo de pés
	Feto com hiperextensão cervical
	Estimativa do peso fetal <P10 ou <2500 g ou >3800 g
	Procidência do cordão umbilical
Clínicos	Canal de parto não adequado
	Anomalia fetal incompatível com parto vaginal
	Evidência pré-natal de compromisso fetal
	Qualquer outra contraindicação para parto vaginal

Um dos critérios para cesariana é a existência de um **canal de parto não adequado**. No entanto, tendo a **pelvimetria imagiológica** um papel pouco claro na prática clínica e devendo ser utilizada apenas no âmbito da investigação^{16,17}, para muitos autores é a

adequada **progressão do trabalho de parto** o melhor indicador de sucesso.

3. Como esclarecer o casal?

Na era do acesso facilitado à informação científica e/ou de cariz médico, é importante desmistificar e **esclarecer todas as dúvidas** que possam surgir ao casal, para que a decisão seja tomada de forma informada.

Uma grande parte da **informação acessível ao casal** é ainda influenciada pelos achados do TBT, cuja metodologia foi fortemente criticada^{3,5}. As conclusões deste estudo indicam que a cesariana reduz em cerca de dois terços a mortalidade perinatal e a morbilidade neonatal grave, principalmente se realizada antes do início do trabalho de parto^{18,19}. A avaliação aos dois anos após o parto mostrou desfechos infantis idênticos para as duas vias de parto²⁰. Não se verificaram diferenças clinicamente relevantes nos desfechos maternos²¹. Uma nova análise dos dados do TBT, cumprindo os pressupostos do protocolo do estudo, revelou que não existiram diferenças estatisticamente significativas nos desfechos maternos, neonatais e infantis relacionadas com a via de parto³.

O estudo PREMODA, com mais de 8000 casos, concluiu que o parto vaginal está mais frequentemente associado a um índice de Apgar inferior a 7 ao 5º minuto, a maior risco de traumatismo fetal e a maior necessidade de intubação neonatal¹². Neste estudo, a mortalidade e a morbilidade grave não diferiram significativamente com a via de parto. Existe igualmente um estudo multicêntrico português, cujas conclusões estão em concordância com os achados do PREMODA²².

Em conclusão, o casal deve ser informado de que o parto pélvico vaginal poderá condicionar sobretudo **risco aumentado de hipóxia e de traumatismo fetais**^{12,22}. A mortalidade e a morbilidade neonatal resultantes de um parto vaginal é 2 a 5 vezes superior à descrita para a cesariana eletiva por apresentação pélvica². No

entanto, esta comparação deve ser contextualizada. A mortalidade neonatal é 2:1000 para um parto pélvico vaginal e 1:1000 para um parto vaginal de feto cefálico¹². A morbilidade grave absoluta a curto prazo, após um parto pélvico vaginal, é baixa e a longo prazo é idêntica à de uma cesariana eletiva^{23,24}. Por sua vez, a cesariana associa-se a um maior risco materno a curto prazo e a risco de complicações em gestações futuras²⁴⁻²⁶.

Depois de prestados todos os esclarecimentos, é fundamental que a grávida assinie um **consentimento informado**.

4. Indução do trabalho de parto e conduta durante o trabalho de parto

a) Maturação cervical e indução do trabalho de parto

Não existem contraindicações para a maturação cervical ou para a indução do trabalho de parto na apresentação pélvica^{27,28}. A indução do trabalho de parto está associada a uma maior taxa de cesarianas e condiciona maior risco de internamento do recém-nascido na unidade de cuidados intensivos neonatais²⁹. No entanto, estes eventos têm um baixo risco absoluto, não havendo diferenças significativas nos restantes desfechos neonatais ou maternos.

b) Conduta durante o trabalho de parto e assistência ao parto pélvico vaginal^{8,30,31}

O sucesso do parto pélvico vaginal está fortemente dependente da realização de esforços expulsivos adequados e do grau de tolerância do obstetra. A **equipa de profissionais de saúde** que assiste ao parto deve ser constituída por dois obstetras, um dos quais experiente em parto pélvico vaginal, um enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, um anesthesiologista e um neonatologista. Esta equipa deve estar preparada para gerir e resolver rapidamente eventuais complicações que

possam surgir no decurso do trabalho de parto.

Idealmente, o parto deverá ocorrer espontaneamente, ou seja, com a menor manipulação possível. A pelve fetal nunca deverá ser tracionada, pelo risco de extensão dos membros superiores ou da cabeça. O obstetra deve abster-se de manipular o feto durante a expulsão espontânea da pelve e até ao momento da visualização do umbigo fetal. O **parto pélvico ajudado** está indicado se ocorrer diminuição do tónus corporal do feto, se se verificarem alterações cardiotocográficas sugestivas de hipóxia ou se ainda não tiver ocorrido exteriorização da cabeça 3 minutos após a visualização do umbigo.

Pontos-chave na vigilância e conduta do trabalho de parto do feto em apresentação pélvica:

- A grávida deve ter uma veia periférica canalizada desde o momento da admissão
- A emissão de mecónio é comum e não é indicadora de hipóxia fetal
- A analgesia do trabalho de parto não está contraindicada e deve ser realizada precocemente
- A **aceleração do trabalho de parto com ocitocina** não está contraindicada^{12,32,33}
- Deve ser mantida **monitorização cardiotocográfica contínua**, considerando-se a monitorização interna, na ausência de contraindicações, após rotura de membranas, se o registo externo não for adequado (colocar elétrodo numa das nádegas do feto)
- Após a exteriorização do corpo fetal, a monitorização pode ser realizada de forma direta, colocando o sensor Doppler no tórax do feto
- A **amniotomia** deve ser tardia, idealmente em dilatação cervical quase completa e com a pelve fetal bem descida
- Deve ser realizado toque vaginal imediatamente após a rotura de

membranas para excluir **prolapso do cordão umbilical**

- A grávida deve evitar esforços expulsivos até à dilatação completa
- Caso seja necessária a realização de manobras durante o parto, a perfusão de ocitocina deve ser suspensa e deve ser solicitado à parturiente que se abstenha de fazer esforços expulsivos
- Deve ser sempre colhido sangue do cordão umbilical para **gasimetria arterial e venosa**
- Rever cuidadosamente o canal de parto após a dequitação.

A **fase latente do segundo estágio do trabalho de parto**, na qual a parturiente não faz esforços expulsivos ativos, pode durar até 90 minutos desde que se verifique descida da apresentação. Na **fase ativa**, que não deve exceder os 60 minutos, a parturiente deve ser estimulada a realizar esforços expulsivos o mais intensos possíveis durante as contrações. Se estes intervalos de tempo forem excedidos, deve ser considerada a realização de cesariana^{12,19}.

O segundo estágio deve decorrer numa sala ampla, onde seja possível a realização de cesariana emergente. O **material** disponível na mesa deve incluir um fórceps de Piper e uma compressa grande. A bexiga da parturiente deve ser esvaziada.

As recomendações relativas à **posição da parturiente** durante o período expulsivo são escassas. Por norma, a grávida é posicionada em litotomia dorsal e as manobras que se descrevem decorrem nesta posição. No entanto, a posição de quatro apoios ou *upright position*, independentemente da apresentação, parece aumentar o diâmetro da pelve materna em cerca de 15%, promover o alinhamento do canal de parto, potenciar o efeito da gravidade, reduzir a compressão aortocava, diminuir a duração do segundo estágio e reduzir a incidência de lacerações perineais^{34,35}. Especificamente na apresentação pélvica, esta posição

parece reduzir a taxa de cesarianas, a necessidade de manobras e a incidência de traumatismo fetal³⁶.

Parto da pelve e dos membros inferiores:

- Considerar a realização de episiotomia se o períneo for pouco distensível e oferecer resistência à progressão da apresentação ou se a laceração perineal parecer iminente
- Permitir a exteriorização espontânea da pelve até à visualização do umbigo fetal
- Habitualmente, neste momento, o sacro roda para uma posição anterior mas se tal não acontecer, deve ser promovida a sua rotação manual

- Tracionar ligeiramente o cordão umbilical, formando uma ansa
- Se a expulsão dos membros inferiores for muito lenta, proceder à **manobra de Pinard**, ou seja, introduzir dois dedos ao longo da coxa do feto, até à região popliteia, empurrando a coxa para cima e para fora, de forma a promover a sua exteriorização, repetindo a manobra para o membro inferior contralateral (figura 2)
- A partir deste momento, o ajudante deve exercer pressão ligeira mas contínua imediatamente acima do polo cefálico de forma a manter a flexão da cabeça fetal (**manobra de Credé**), acompanhando a sua progressão.

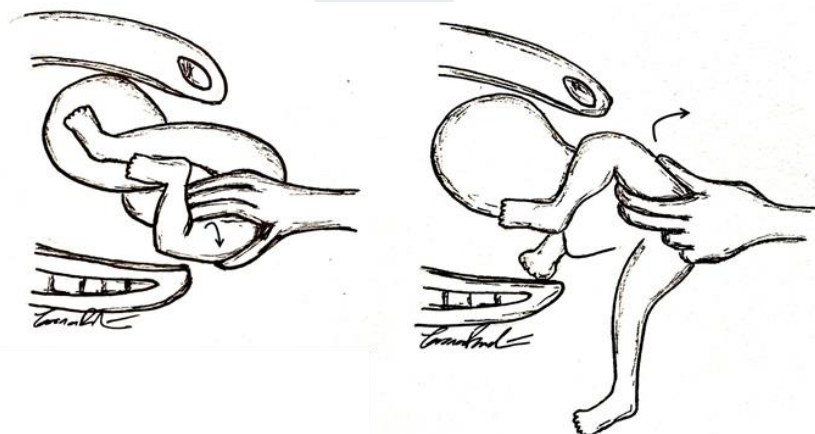


Figura 2. Exteriorização dos membros inferiores

Parto dos membros superiores:

- Enrolar o corpo fetal numa compressa grande para facilitar a preensão
- Segurar firmemente o corpo fetal com ambas as mãos, colocando os polegares sobre o sacro
- Tracionar o corpo fetal para baixo de forma suave e contínua, aproveitando os esforços expulsivos maternos
- Observar a saliência das omoplatas:
 - ⇒ Se o bordo da omoplata estiver paralelo à coluna fetal, o membro superior homolateral está fletido e a exteriorização espontânea é expectável; caso esta não ocorra, dois dedos do operador devem seguir o braço até ao cotovelo e fazer a sua

- tração para baixo e para fora, na direção da face ventral do feto
- ⇒ Se o ângulo inferior da omoplata estiver saliente e rodado para fora, o membro superior homolateral está em extensão e é necessário promover a sua flexão e libertação
- Libertar primeiro o membro superior que esteja fletido
- Para libertar o membro superior em extensão, rodar o corpo do feto 180° na direção oposta ao mesmo (**manobra de Lövset**) e, com dois dedos, seguir o braço até ao cotovelo, fazendo tração para baixo e para fora, na direção da face ventral do feto (figura 3)

- Se ambos os membros superiores estiverem em extensão, após libertar o primeiro, rodar o corpo do feto 180° na direção oposta e repetir as manobras
- Caso não se consiga libertar o membro superior com as manobras descritas, o ajudante deve diminuir a pressão suprapúbica e, no intervalo

intercontrátil, o operador deve elevar ligeiramente o corpo do feto, rodando-o 45° para o lado oposto, e introduzir um dedo à volta do ombro respetivo, deslizando-o até ao cotovelo e puxando suavemente para baixo e para fora.

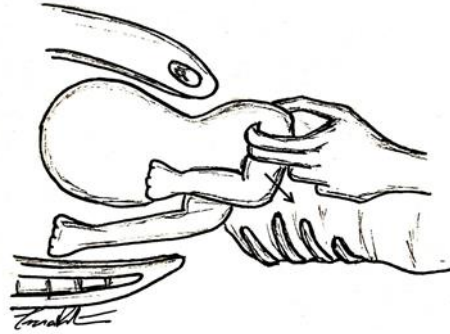


Figura 3. Exteriorização dos membros superiores.

Parto do polo cefálico

- Deve evitar-se exteriorização brusca e sem apoio, bem como a hiperextensão excessiva da coluna
- Os esforços expulsivos maternos e a pressão mantida imediatamente acima do polo cefálico permitem o parto espontâneo da cabeça na maioria dos casos
- Se tal não ocorrer, deve realizar-se a **manobra de Mauriceau-Smellie-Veit** (figura 4):
 - ⇒ O corpo do feto deve repousar sobre um antebraço do operador
 - ⇒ O operador coloca o dedo médio e indicador dessa mão de cada lado do nariz fetal (não no maxilar inferior nem na boca), promovendo a flexão da cabeça, auxiliada pela

pressão no abdómen materno acima do polo cefálico realizada pelo ajudante

- ⇒ Coloca o dedo médio da mão contralateral sobre a nuca fetal, ajudando à sua flexão, os dedos mínimo e anelar sobre o ombro esquerdo do feto e o indicador sobre o ombro direito, fazendo tração para baixo e para fora até à visualização da nuca fetal
- ⇒ Se necessário, promover a hiperflexão das coxas da parturiente (**manobra de McRoberts**), pois aumenta ligeiramente o diâmetro da bacia materna
- ⇒ De seguida, o corpo do feto é elevado na direção do abdómen materno.

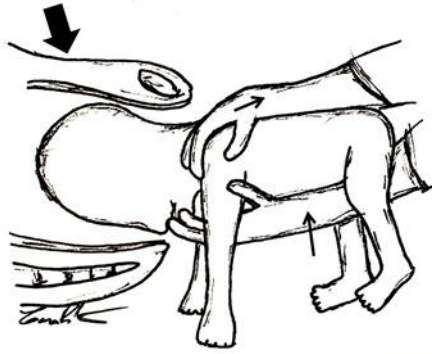


Figura 4. Manobra de Mauriceau-Smellie-Veit

Retenção de cabeça última

- É uma emergência obstétrica, pelo que toda a equipa deve ser alertada da sua ocorrência
- Consiste na incapacidade de exteriorização da cabeça fetal, mesmo após realização da manobra de Mauriceau-Smellie-Veit pelo obstetra mais experiente
- Colocar a parturiente em **posição de McRoberts**
- Realizar episiotomia, caso esta ainda não tenha sido efetuada
- Aplicar **fórceps de Piper** (figura 5):
 - ⇒ O assistente deve elevar ligeiramente o corpo do feto
 - ⇒ O operador aplica os ramos do fórceps num plano abaixo do corpo

do feto, como numa aplicação direta, começando pelo ramo esquerdo e aplicando depois o ramo direito

- ⇒ Após a articulação, o corpo do feto repousa sobre os ramos do fórceps
- ⇒ O operador segura os cabos do fórceps e os pés do feto com uma mão e coloca a contralateral sobre os ombros e nuca do feto, como na manobra de Mauriceau-Smellie-Veit
- ⇒ A tração é realizada inicialmente para baixo e, após visualização da nuca, deve elevar-se progressivamente.

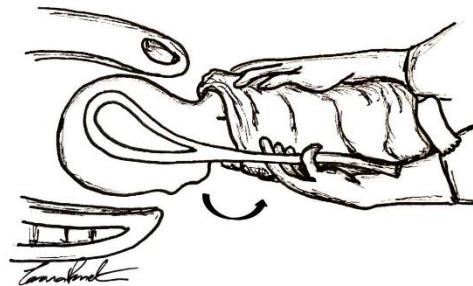


Figura 5. Aplicação do fórceps de Piper.

Manobras excepcionais (nas situações em que as manobras anteriores foram ineficazes)

- ⇒ A decisão deve ser rápida, pois existe risco de hipóxia fetal grave
- ⇒ Ponderar **relaxamento uterino** com bólus de nitroglicerina endovenosa (100-250 µg até 3 administrações) e repetir as manobras anteriores

- ⇒ **Incisões cervicais de Dürrssen:** úteis principalmente em situações de prematuridade, nas quais o corpo fetal se exterioriza antes da dilatação cervical completa; realizar 3 incisões cervicais com tesoura de pontas rombas com cerca de 1-2cm de profundidade, às 2, 6 e 10h; as incisões devem ser suturadas após a dequitação

- ⇒ **Manobra de Zavanelli:** reintroduzir os ombros do feto no canal de parto, um de cada vez, e realizar cesariana emergente, com aplicação de ventosa na cabeça fetal e tração contínua, enquanto um ajudante empurra e orienta o corpo do feto através do canal de parto
- ⇒ **Sinfisiotomia:** proceder a algaliação, realizar antibioterapia profilática (dose única de cefalosporina), tricotomia e desinfecção cutânea; dois assistentes seguram nos membros inferiores da parturiente após retirar as pernas; afastar a uretra lateralmente, colocando uma mão na vagina; realizar uma incisão vertical entre o terço superior e os dois terços inferiores da sínfise púbica, fletindo o bisturi para cima separam-se os dois terços inferiores; reintroduzir a lâmina orientada para cima e separar o terço superior; após o parto, suturar a pele e enfaixar a pelve materna com ligaduras ortopédicas; manter algaliação durante dois dias, permanecendo a puérpera preferencialmente em decúbito lateral; iniciar levantar e deambulação assistida ao 3º dia de puerpério.

5. Apresentação pélvica no feto pré-termo

O principal risco associado ao parto pré-termo do feto em apresentação pélvica é a **retenção de cabeça última**, que também pode ocorrer na cesariana. Antes das 28 semanas, o parto por cesariana reduz a morbidade e a mortalidade perinatais^{26,37,38}. Entre as 28 e as 32 semanas, a cesariana parece associar-se a uma diminuição global da morbidade e

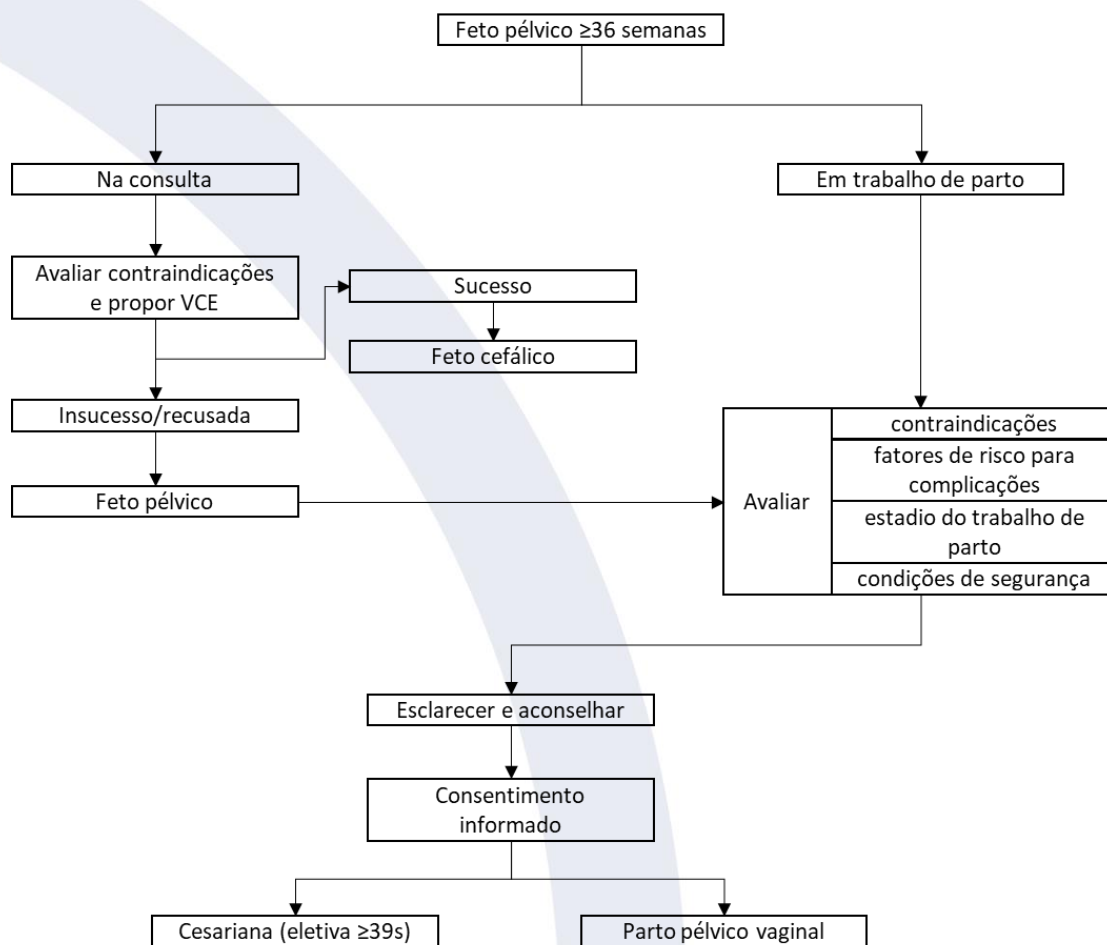
mortalidade neonatal³⁹⁻⁴³. No entanto, a literatura é controversa, existindo estudos que mostram benefício do parto por cesariana para todos os fetos pré-termo e outros que não identificam qualquer diferença estatisticamente significativa entre as 26 e as 36 semanas e em particular a partir das 32 semanas³⁹⁻⁴³. A análise destes dados deve ser realizada de forma crítica, uma vez que uma parte considerável da morbidade e mortalidade dos prematuros se relaciona necessariamente com a prematuridade propriamente dita.

Assim, o **parto vaginal** pode ser uma opção, principalmente a partir das 32 semanas, se a grávida estiver em trabalho de parto e este progredir rapidamente, desde que a estimativa de peso seja superior ao P10 para a idade gestacional e não esteja presente qualquer outra indicação que, no termo, motivasse a realização de cesariana (tabela 1). A **cesariana** é a via de parto ideal sempre que existir uma indicação eletiva para terminar a gestação.

6. Conclusões

Será candidata ao parto pélvico vaginal a grávida motivada para esta via de parto, que não tenha qualquer indicação para cesariana e que se encontre num meio em que estejam reunidas todas as condições de segurança. Caso estas não possam ser asseguradas, a grávida deve ser referenciada a um centro que disponha das mesmas. É imprescindível esclarecer todas as dúvidas e obter o consentimento informado escrito da grávida.

7. Algoritmo de abordagem



AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Dra. Mariana Pimenta pela ilustração da presente norma.

Referências

- 1 Hickok DE, Gordon DC, Milberg JA, Williams MA, Daling JR. The frequency of breech presentation by gestational age at birth: A large population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166:851–2.
- 2 Berhan Y, Haileamlak A. The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: A meta-analysis including observational studies. *BJOG* 2016;123:49–57.
- 3 Glezerman M. Five years to the term breech trial: The rise and fall of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:20–5.
- 4 Vidaeff AC. Breech delivery before and after the term breech trial. *Clin Obstet Gynecol* 2006;49:198–210.
- 5 Lawson GW. The Term Breech Trial Ten Years On: Primum Non Nocere? *Birth* 2012;39:3–9.
- 6 Vlemmix F, Bergenhenegouwen L, Schaaf JM, Ensing S, Rosman AN, Ravelli ACJ, Van der Post JAM, Visser GH, Mol BWJ, Kok M. Term breech deliveries in the Netherlands: Did the increased cesarean rate affect neonatal outcome? A population-based cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014;93:888–96.
- 7 Rietberg C, Elferink-Stinkens PM, Visser GHA. The effect of the Term Breech Trial on medical intervention behaviour and neonatal outcome in The Netherlands: an analysis of 35,453 term breech infants. *BJOG* 2005;112:205–9.
- 8 Graça LM, Clode N. O parto na apresentação pélvica; versão fetal por manobras externas. In: *Medicina Materno-Fetal (5ª edição)*. Graça LM (ed). Lidel; 2017:590–8.
- 9 Cheng M, Hannah M. Breech delivery at term: A critical review of the literature. *Obstet Gynecol* 1993;82:605–18.
- 10 Tsakiridis I, Mamopoulos A, Athanasiadis A, Dagklis T. Management of Breech Presentation: A Comparison of Four National Evidence-Based Guidelines. *Am J Perinatol* 2020;37:1102–9.
- 11 Paul B, Möllmann CJ, Kielland-Kaisen U, Schulze S, Schaarschmidt W, Bock N, Brüggmann D, Louwen F, Jennewein L, FRABAT FRANKfurt Breech At Term study group. Maternal and neonatal outcome after vaginal breech delivery at term after cesarean section – a prospective cohort study of the Frankfurt breech at term cohort (FRABAT). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020;252:594–8.
- 12 Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D, Bréart G, PREMODA Study Group. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:1002–11.
- 13 Alarab M, Regan C, O’Connell MP, Keane DP, O’Herlihy C, Foley ME. Singleton vaginal breech delivery at term: Still a safe option. *Obstet Gynecol* 2004;103:407–12.
- 14 Hinnenberg P, Toijonen A, Gissler M, Heinonen S, Macharey G. Outcome of small for gestational age-fetuses in breech presentation at term according to mode of delivery: a nationwide, population-based record linkage study. *Arch Gynecol Obstet* 2019;299:969–74.
- 15 Jennewein L, Kielland-Kaisen U, Paul B, Möllmann CJ, Klemm AS, Schulze S, Bock N, Schaarschmidt W, Brüggmann D, Louwen F. Maternal and neonatal outcome after vaginal breech delivery at term of children weighing more or less than 3.8 kg: A FRABAT prospective cohort study. *PLoS ONE* 2018;13:1–14.
- 16 van Loon AJ, Mantingh A, Serlier EK, Kroon G, Mooyaart EL, Huisjes HJ. Randomised controlled trial of magnetic-resonance pelvimetry in breech presentation at term. *Lancet* 1997;350:1799–804.
- 17 Hoffmann J, Thomassen K, Stumpp P, Grothoff M, Engel C, Kahn T, Stephan H. New MRI criteria for successful vaginal breech delivery in primiparae. *PLoS ONE* 2016;11:1–12.

- 18 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.
- 19 Su M, McLeod L, Ross S, Willan A, Hannah WJ, Hutton E, Hewson S, Hannah ME, Term Breech Trial Collaborative Group. Factors associated with adverse perinatal outcome in the Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:740–5.
- 20 Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, Gafni A, Guselle P, Helewa M, Hodnett ED, Hutton E, Kung R, McKay D, Ross S, Willan A, Term Breech Trial Collaborative Group. Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: The international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:864–71.
- 21 Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, Gafni A, Guselle P, Helewa M, Hodnett ED, Hutton E, Kung R, McKay D, Ross S, Saigal S, Willan A, Term Breech Trial Collaborative Group. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: The international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:917–27.
- 22 Fonseca A, Silva R, Rato I, Neves AR, Peixoto C, Ferraz Z, Ramalho I, Carocha A, Félix N, Valdoleiros S, Galvão A, Gonçalves D, Curado J, Palma MJ, Lobo Antunes I, Clode N, Graça LM. Breech presentation: Vaginal versus cesarean delivery, which intervention leads to the best outcomes? *Acta Med Port* 2017;30:479–84.
- 23 Macharey G, Väisänen-Tommiska M, Gissler M, Ulander VM, Rahkonen L, Nuutila M, Heinonen S. Neurodevelopmental outcome at the age of 4 years according to the planned mode of delivery in term breech presentation: A nationwide, population-based record linkage study. *J Perinat Med* 2018;46:333–9.
- 24 Hofmeyr GJ, Hannah M LT. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database Syst Rev* 2015:1–59.
- 25 Macharey G, Toijonen A, Hinnenberg P, Gissler M, Heinonen S, Ziller V. Term cesarean breech delivery in the first pregnancy is associated with an increased risk for maternal and neonatal morbidity in the subsequent delivery: a national cohort study. *Arch Gynecol Obstet* 2020;302:85–91.
- 26 Hills F, Way M, Sekar R. Mode of delivery for singleton extreme preterm breech fetuses: A 10 year retrospective review from a single tertiary obstetric centre. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2018;58:178–84.
- 27 Breton A, Gueudry P, Branger B, le Baccon FA, Thubert T, Arthuis C, Winer N, Dochez V. Comparison of obstetric prognosis of attempts of breech delivery: Spontaneous labor versus induced labor. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;46:632–8.
- 28 Gaillard T, Girault A, Alexander S, Goffinet F, le Ray C. Is induction of labor a reasonable option for breech presentation? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2019;98:885–93.
- 29 Sun W, Liu F, Liu S, Gratton SM, El-Chaar D, Wen SW, Chen D. Comparison of outcomes between induction of labor and spontaneous labor for term breech – A systemic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2018;222:155–60.
- 30 Fonseca A, Clode N. Parto pélvico ajudado. In: *Normas de Actuação na Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital de Santa Maria (3ª edição)*. Clode N, Calhaz Jorge C, Graça LM (eds). Hospital de Santa Maria; 2016:155–62.
- 31 Ayres-de-Campos D. Retention of the After-Coming Head. In: *Obstetric Emergencies (1st Edition)*. Ayres-de-Campos D (ed). Springer International Publishing AG; 2017: 41–50.
- 32 Kayem G, Goffinet F, Clément D, Hessabi M, Cabrol D. Breech presentation at term: Morbidity and mortality according to the type of delivery at Port Royal Maternity hospital from 1993 through 1999. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;102:137–42.

- 33 Bleu G, Demetz J, Michel S, Drain A, Houfflin-Debarge V, Deruelle P, Subtil D. Effectiveness and safety of induction of labor for term breech presentations. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2017;46:29–34.
- 34 Desseauve D, Fradet L, Lacouture P, Pierre F. Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017;208:46–54.
- 35 Reitter A, Daviss BA, Bisits A, Schollenberger A, Vogl T, Herrmann E, Louwen F, Zangos S. Does pregnancy and/or shifting positions create more room in a woman's pelvis? *Am J Obstet Gynecol* 2014;211:662.e1-9.
- 36 Louwen F, Daviss BA, Johnson KC, Reitter A. Does breech delivery in an upright position instead of on the back improve outcomes and avoid cesareans? *Int J Gynecol Obstetecol Obstet* 2017;136:151–61.
- 37 Grabovac M, Karim JN, Isayama T, Liyanage SK, McDonald SD. What is the safest mode of birth for extremely preterm breech singleton infants who are actively resuscitated? A systematic review and meta-analyses. *BJOG* 2018;125:652–63.
- 38 Niles KM, Barrett JFR, Ladhani NNN. Comparison of cesarean versus vaginal delivery of extremely preterm gestations in breech presentation: retrospective cohort study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2019;32:1142–7.
- 39 Bergenhenegouwen LA, Meertens LJE, Schaaf J, Nijhuis JG, Mol BW, Kok M, Scheepers HC. Vaginal delivery versus caesarean section in preterm breech delivery: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014;172:1–6.
- 40 Lorthe E, Sentilhes L, Quere M, Lebeaux C, Winer N, Torchin H, Goffinet F, Delorme P, Kayem G, EPIPAGE-2 Obstetric Writing Group. Planned delivery route of preterm breech singletons, and neonatal and 2-year outcomes: a population-based cohort study. *BJOG* 2019;126:73–82.
- 41 Toivonen E, Palomäki O, Korhonen P, Huhtala H, Uotila J. Impact of the mode of delivery on maternal and neonatal outcome in spontaneous-onset breech labor at 32+0 – 36+6 weeks of gestation: A retrospective cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2018;225:13–8.
- 42 Schmidt S, Norman M, Misselwitz B, Piedvache A, Huusom L, Varendi H, Barros H, Cammu H, Blondel B, Dudenhausen J, Zeitlin J, Weber T, EPICE Research Group. Mode of delivery and mortality and morbidity for very preterm singleton infants in a breech position: a European cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2019;234:96–102.
- 43 Bergenhenegouwen L, Vlemmix F, Ensing S, Schaaf J, van der Post J, Abu-Hanna A, Ravelli ACJ, Mol BW, Kok M. Preterm breech presentation: A comparison of intended vaginal and intended cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2015;126:1223–30.