

	<p>Protocol schouderdystocie in de anamnese</p>
Documentgebied	Verloskunde
Groep(en)	Alle leden aangesloten bij de geboorteorganisatie Nijmegen en omstreken “samen zorgen voor nieuw leven”
Autorisatie	Professor Vandenbussche, perinatoloog Radboudumc, voorzitter Programmaraad
Beoordelaar(s)	Martine Hollander, perinatoloog Radboudumc, Rianne Aalbers-Dinnessen, 1 ^e lijns verloskundige Nijmegen West
Documentbeheerder(s)	Martine Hollander, perinatoloog Radboudumc, Rianne Aalbers-Dinnessen, 1 ^e lijns verloskundige Nijmegen West
Auteur	Martine Hollander, perinatoloog Radboudumc, Rianne Aalbers-Dinnessen, 1 ^e lijns verloskundige Nijmegen West
Datum publicatie	2018
Openbaar document	ja
Controledatum	2019
Versie document	2.0

Doel

Het doel van dit protocol is hoe te handelen bij iemand met een schouderdystocie in de anamnese.

Definitie

Het niet geboren worden van de schouders ondanks routine obstetrisch handelen; d.w.z. er is meer nodig dan normale uitdrijvende kracht in combinatie met sacraalwaarts bewegen van het hoofd zonder buitengewone tractie uit te oefenen.

Werkwijze

Risicofactoren

- Schouderdystocie in de anamnese
- Macrosomie (>p95) in de anamnese
- Macrosoom kind in huidige zwangerschap (>p97.7)
- Diabetes (zowel DM als DG)
- Adipositas

- Afrikaanse afkomst
- NVO/NVU
- Vacuümextractie (met name bij multiparae)

Aanbeveling bij schouderdystocie in de anamnese

- Belangrijk is dat de handgrepen van de eerder plaatsgevonden schouderdystocie goed genoteerd zijn. Dit geeft een inschatting van de ernst van de dystocie. Daarnaast is het aan te bevelen dat degenen die de partus heeft begeleid een advies op schrift stelt voor een eventuele volgende partus.
- Gewichtsschatting blijft onbetrouwbaar, combinatie van echo en handmatige schatting zou het meest in de buurt komen van het echte gewicht.
- Tijdig in de huidige zwangerschap een counselingsgesprek over de aanstaande baring. Op verzoek van de cliënte of verloskundige kan dit eventueel in de 2^e lijn plaatsvinden. Geadviseerd wordt het vorige baringsverslag op te vragen ter voorbereiding op dit gesprek. Minimaal te bespreken punten zijn:
 - Risicofactoren op herhaling inschatten
 - Gevoelens van de zwangere (en partner) peilen
 - Eventuele mogelijkheden op preventie
 - Adviezen naderende partus en maken geboorteplan
 - Opties bij eventuele keuzes
- Tijdens de zwangerschap een inschatting maken van de foetale groei bij voorkeur m.b.v. echografie bij 28, 32 en 36 weken. Indien de geschatte grootte van het kind gelijk is aan of meer is dan het vorige kind met de schouderdystocie: consult in de 2^e lijn sterk overwegen.

Locatie huidige baring

In principe zal de baring medium risk (B/D) plaatsvinden. Hiervan kan worden afgeweken in de volgende situaties:

1. Thuispartus

- Er is sprake van een verklaarbare oorzaak van de schouderdystocie uit het vorige baringsverslag (zgn. iatrogene oorzaak), **EN**
- In de huidige zwangerschap wordt een significant kleiner kind geschat, **EN**
- Er was de vorige maal sprake van een milde schouderdystocie, **EN**
- Het is de nadrukkelijke wens van de cliënte om thuis te bevallen.

2. Partus in de tweede lijn

- Bij ernstige schouderdystocie in de anamnese waarbij sprake was van tijdelijke of blijvende schade aan het kind (fractuur, parese of asfyxie)
- Op verzoek van cliënte of verloskundige.

Procedure bij plaatsindicatie partus

- 1^e lijns verloskundige brengt bij aankomst op de VK de dienstdoende arts-assistent en betrokken verpleegkundige op de hoogte.
- 1^e lijns verloskundige verstrekt dossier van cliënte ter inzage aan de arts-assistent
- 1^e lijns verloskundige meldt aan de dienstdoende arts-assistent als de uitdrijving start
- 2^e lijns zorgverlener(s) informeert de kinderarts
- 1^e lijns verloskundige blijft zelf eindverantwoordelijk wanneer en hoe hulp in te roepen.

Maatregelen bij te verwachten schouderdystocie

- Instrueer de barende en omstanders t.a.v. de verwachte manoeuvres.
- Zorg dat je op de hoogte bent van de ligging van de rug van het kind.
- Zorg voor een lege blaas!
- Voeteneinde van het bed omlaag.
- Overweeg uitdrijving te starten in “All fours”.

Maatregelen bij schouderdystocie

- **H:** Hulp halen: arts-assistent, gynaecoloog, kinderarts en noodbel.
- **E:** Episiotomie. Overweeg episiotomie bij weinig ruimte vaginaal (meestal niet nodig).
- **L:** Legs: Mc Roberts manoeuvre.
- **P:** Pressure: suprapubische impressie. Ga aan de kant van de rug van het kind staan en dus de schouder naar opzij, bij voorkeur buiten een wee!
- **E:** Enter: arm afhalen aan de buikkant van de baby of Woods dan wel Rubin manoeuvre.
- **R:** Rollo n: in “All fours”. Dan arm afhalen aan buikkant van de baby of Woods dan wel Rubin manoeuvre.
- **S:** Symfyiotomie.
- **Z:** Zavanelli.

NB: Iedereen heeft een eigen volgorde van de te gebruiken manoeuvre.

Als de schouders na alle manoeuvres nog niet zijn geboren: herhaal de gehele procedure opnieuw. Voorkeur wordt gegeven aan de “All fours” methode verder naar voren te halen in de volgorde, bijvoorbeeld na de suprapubische impressie.

Vergeet niet tijdig, bijvoorbeeld na één of twee minuten, een collega te vragen de baring over te nemen.

Indien de baring onverwacht thuis plaats vindt omdat er geen tijd is voor vervoer naar het ziekenhuis:

- 1^e lijns verloskundige belt collega-verloskundigen die mede aanwezig zal zijn bij de partus om indien nodig te assisteren.
- Kraamzorg wordt ingelicht voor partusassistentie thuis.
- Overweeg om ambulance te plaatste te laten komen.

Literatuur

NVOG richtlijn schouderdystocie 2008