



VSV: Verloskundige kringen van: de Kempen-Eindhoven-Strabrecht en Máxima Medisch Centrum,

Transmurale richtlijn : 14

Datum invoering: september 2008

Datum revisie: januari 2015

Schouderdystocie

In deze richtlijn worden aanbevelingen gegeven voor zowel de eerste lijnsverloskundige, de tweede lijnsverloskundige en de (assistent)gynaecoloog.

Deze richtlijn behandelt het voorspellen van schouderdystocie, hoe te handelen bij het optreden van een schouderdystocie, en het beleid bij zwangeren met een schouderdystocie in de anamnese.

Definitie en prevalentie:

Schouderdystocie kan gedefinieerd worden als het niet geboren worden van de schouders, waarbij voor schouderdystocie bedoelde obstetrische manoeuvres echt nodig zijn voor de geboorte van het kind. (m.a.w. > 60 seconden na de geboorte van het caput)

In de literatuur worden diverse gradaties aangegeven, zoals licht, matig, ernstig. Hierdoor wisselt de gerapporteerde prevalentie, maar meestal wordt ongeveer 0,2 -3% aangegeven.¹

Schouderdystocie is een zeldzame complicatie die vaak onverwacht optreedt en ernstige perinatale morbiditeit (8-20%), zoals laesie van de plexus brachialis en cerebrale schade, en zelfs mortaliteit kan veroorzaken. Ook vergroot schouderdystocie de kans op maternale morbiditeit, zoals het optreden van een HPP (11%) en (sub)totaal ruptuur (3.8%) .² Door het onvoorspelbare karakter van schouderdystocie is preventie niet goed mogelijk en daarom dient de zorgverlener steeds te zijn toegerust met een adequaat actieplan.¹

Voorspellen van een schouderdystocie

Risicofactoren:

Risicofactoren voor schouderdystocie zijn

- Preconceptioneel bekende risicofactoren:
eerder kind met schouderdystocie, eerder macrosoom kind, diabetes mellitus of eerdere zwangerschapsdiabetes, obesitas (BMI>30), afwijkend maternaal bekken.
- Antepartale risicofactoren:
Excessieve maternale gewichtstoename, gestoorde suikerstofwisseling, macrosomie en serotiniteit.
- Intrapartale risicofactoren:
Traag verloop van de ontsluiting en de uitdrijving, kunstverlossing wegens niet-vorderende uitdrijving, met name bij multiparae, traag of onvolledig geboren worden van het caput. ¹

Bij de volgende zaken wordt geadviseerd om poliklinisch te bevallen:

- Diabetes mellitus gravidarum met dieet (DM of DMG met insuline is per definitie klinisch)
- Eerdere schouderdystocie (wel of geen letsel bij het kind)
- Na 30 minuten persen bij een multipara
- Maternale obesitas BMI >35

Preventie:

Het optreden van een schouderdystocie kan moeilijk voorspeld worden. Een schouderdystocie berust niet op een fout maar moet gezien worden als een complicatie. Preventieve maatregelen, zoals een sectio caesarea, zijn niet geïndiceerd. Een uitzondering hierop zou gemaakt kunnen worden indien er een eerder kind met ernstige schouderdystocie is geboren. In dat geval is overleg met de ouders nodig, en kan een primaire sectio overwogen worden.

Inschatten van het risico

Antenatale controles

Bij vermoeden groot kind

- Overweeg echo bij 36 weken
- Controle glucose middels OGTT (indien random glucose > 7mmol/l, een glucose belastingstest/ dagcurve)

Inleiden bij vermoeden op macrosomie om schouderdystocie te voorkomen is op dit moment nog niet bewezen zinvol.

Handelen:^{1,2}

Als de kans op een schouderdystocie vooraf hoog is (door aanwezigheid van meerdere risicofactoren, echter zonder schouderdystocie i.a.):

Bevalling poliklinisch

Zorg voor een **lege blaas**

Wat te doen bij het optreden van een schouderdystocie

Raak niet in paniek, organiseer de mensen om u heen/druk de noodbel in

Niet meer trekken of draaien aan het caput

Stop met persen

Geen fundusexpressie

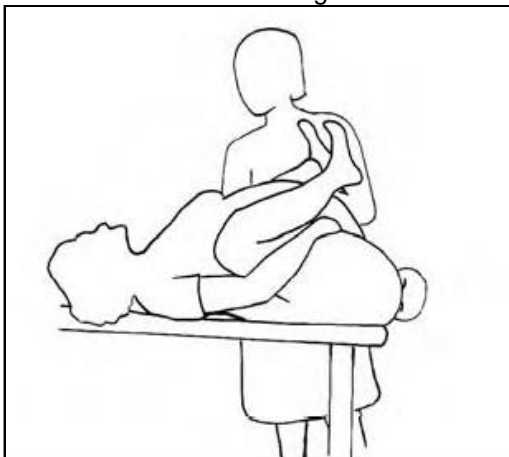
Maak een dwarsbed, dan wel een alternatief

Overweeg het plaatsen van een episiotomie

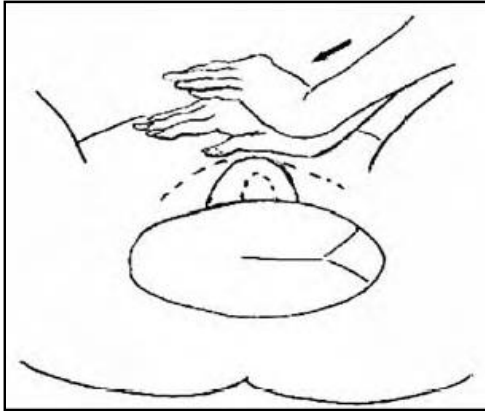
Bel de kinderarts bij een bevalling in het ziekenhuis, laat bij thuissituatie een ambulance bellen

1. Mc Roberts manoeuvre:

Maximale flexie in de heupen, geeft meer ruimte voor voorste schouder van het kind. Opnieuw het hoofd sacraalwaarts bewegen.



Zijwaartse suprapubische impressie vanuit de kant van de rug van de baby en hoofd sacraalwaarts bewegen.



2. All fours

Het advies is om, indien Mc Roberts niet leidt tot het geboren worden van de schouders, direct op de All Fours-methode over te gaan:

Zet patiënte op handen en knieën.

Op deze manier kan meer ruimte gecreëerd worden om schouders alsnog geboren te laten worden. De all-fours positie leent zich ook goed om rotatiemanoeuvres uit te voeren.

Rotatie-manoeuvres

Tijdens rotatiepogingen niet persen en ook geen expressie geven

Methode Woods:

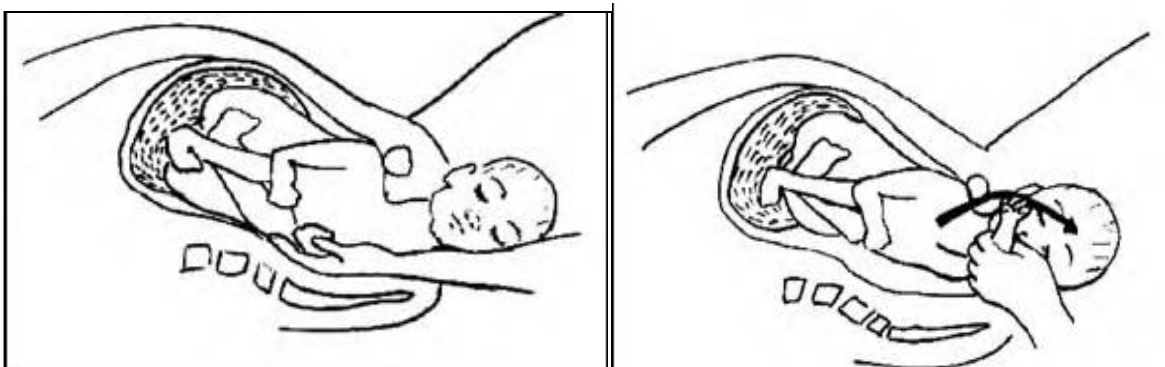
Schroefbeweging: dmv druk op achterste schouder trachten schouders 180° te draaien en zo voorste schouder vrij te maken.

Methode Rubin:

Door druk op schouderblad van voorste of achterste schouder trachten de omvang van de schoudergordel te doen afnemen en schoudergordel in schuine of dwarse diameter te brengen.

Achterste arm geboren laten worden

Ga met de inwendige hand via de sacraalholte en probeer de achterste arm af te halen: spalken humerus en met vinger afvegen langs hoofd. (zie afbeelding)



Breken clavicula

Om omvang schoudergordel te verkleinen

Indien niet succesvol, overgaan op herhalen rotatiemanoeuvres nu uitgevoerd als de zwangere weer teruggedraaid is op haar rug.

Zavanelli-manoeuvre

Indien al het bovenstaande mislukt dan is de Zavanelli methode te overwegen: Breng het caput terug in Aav en duw het kind geleidelijk terug in utero, zo mogelijk met een bolus ritodrine. Indien er nog foetale hartactie is kan dan een spoedsectio volgen.

Handelen:

- Aktief leiden van nageboortetijdperk
- Arteriële en veneuze pH en BE bepalen bij (poli)klinische setting

Verslaglegging

Na het optreden van schouderdystocie is een uitgebreide verslaglegging van belang, zeker ook voor het bepalen van beleid bij een eventuele volgende zwangerschap. Hierin dient tenminste vermeld te worden:

- Geboortetijdstip van het hoofd
- Geboortetijdstip van het lichaam
- Of het hoofd naar links of naar rechts draait, welke schouder de voorste is
- Welke manoeuvres uitgevoerd zijn, in welke volgorde en tijdstip
- Wie bij partus aanwezig waren, en tijdstip van hun binnenkomst
- Conditie van het kind (Apgar score)
- Gewicht van het kind en bijbehorende percentiellijn
- Arteriële en veneuze pH en BE
- Advies voor de volgende partus
- Evaluatie met alle betrokkenen

Beleid bij zwangeren met een schouderdystocie in anamnese:

In de literatuur wordt een herhalingsrisico tussen 1% en 16% beschreven.²

Tracht zoveel mogelijk informatie van betreffende partus te achterhalen.

Biedt een consult gynaecoloog aan in de eerste helft van de zwangerschap, om vorige partus en beleid rondom aanstaande partus door te spreken. Verdere prenatale controles kunnen plaatsvinden in de eerste lijn.

Verwijzen naar gynaecoloog bij 36 weken of overweeg poliklinische baring olv eigen verloskundige bij milde schouderdystocie i.a.

Op dit moment is er geen bewijs om in alle gevallen een electieve sectio te adviseren.

Bij de afweging van de keuze tussen vaginale partus en electieve sectio is het volgende te overwegen:

- Ernst van de foetale en maternale morbiditeit
- Geschat foetaal gewicht nu
- Voorkeur van de zwangere en haar partner

Bij ernstige schouderdystocie i.a. en klinische partus; gynaecoloog op de afdeling verloskamer aanwezig tijdens de uitdrijving.

Partus onder verantwoording van 2^e lijn.

Beleid bij zwangeren zonder een schouderdystocie in anamnese echter met meerdere risicofactoren:

- Bevalling poliklinisch
- Zorg voor een lege blaas voor het persen
- Aktief leiden van het nageboortetijdperk

Aanbeveling:

Het volgen van de acute training verloskunde, de schouderdystocie, eens per zes maanden, is aanbevolen.

Accreditatie voor het volgen van deze training wordt via de KNOV aangevraagd.

Literatuur:

1.NVOG-richtlijn Schouderdystocie, september 2008

2.Guideline No.42, December 2005, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

3.Bruner JP, Drummond SB, Meenan AL, Gaskin IM. All-fours maneuver for reducing shoulder dystocia during labor. *J.Reprod Med* 1998; **43**: 439-43.

Werkgroep: Annelies Penders, Cindy Roestenburg, Ben Willem Mol, Corine Verhoeven
Herziening: Ine Dirx, Corine Verhoeven, Pieter van Runnard Heimel