

**Protocol Schouderdystocie / Schouderdystocie in anamnese
gebaseerd op de Richtlijn “Schouderdystocie”
van de NVOG, 17-09-2008**



Verloskundig Samenwerkingsverband

Afspraken tussen verloskundigen welke lid zijn van het VSV Zwolle e.o.
en de gynaecologen maatschap Zwolle

Protocol opgesteld met medewerking van:
Ingrid Nijeboer (eerste lijns verloskundige)
Henriëtte van den Bor (eerste lijns verloskundige)
Roos Nijhoff (tweede lijns verloskundige)
Esther van den Essenburg (tweede lijns verloskundige)
Gerald Mantel (gynaecoloog)

1. Definitie schouderdystocie

Er is sprake van schouderdystocie wanneer na de geboorte van het hoofd en het naar sacraal bewegen hiervan, additionele handelingen nodig zijn om de schouders geboren te laten worden.

Oorzaak is het uitblijven van rotatie van de borstkas tijdens de uitdrijving waardoor de schoudergordel in voor-achterwaartse stand blijft staan en de voorste schouder verhaakt boven de symfyse. Ook is beschreven dat de achterste schouder door het promontorium kan worden tegengehouden.

2. Incidentie

Afhankelijk van de gebruikte definitie: 0,2 - 3,0%.

3. Gevolgen voor het kind

- Plexus brachialis laesie: 12 %
 - Erbse parese: C5 en 6: 66 %
 - Klumpke: 2 %
 - plexus oedeem: 32 %

Herstel van plexus-oedeem binnen enkele dagen. Bij beschadiging van de zenuwvezels, zonder verscheuring van de schacht, treedt herstel in enkele maanden op. Bij complete verscheuring van de plexus treedt incompleet of geen herstel op. Bij 10 - 20 % blijft een zekere mate van functieverlies bestaan

- Fracturen:
 - claviculafractuur: 8 %
 - humerusfractuur: 2 %

Het ontstaan van letsel is onafhankelijk van de gekozen manoeuvre. Fracturen genezen over het algemeen zonder nadelige gevolgen.

- Asfyxie:

Een langdurig tijdsinterval tussen geboorte van de schedel en het lichaam kan leiden tot asfyxie, mogelijk door navelstrengcompressie. Het is aannemelijk dat eerder tijdens de baring ontstane asfyxie of infectie hierbij een relevante factor is. Sterfte in relatie met schouderdystocie is zeldzaam: 0,004%.

In diverse studies werd een lineair verband gezien tussen tijdsinterval en Apgar-score. Het maximale tijdsinterval was 6 minuten. Er is geen duidelijk tijdsinterval aan te geven waarna irreversibele asfyctische schade met enige zekerheid kan worden voorspeld.

4. Gevolgen voor de moeder

- Laceraties van het geboortekanaal: 20 %
- Totaalruptuur: 4 %
- HPP: 11 %

Deze complicaties zijn waarschijnlijk meer te wijten aan de bestaande foetale macrosomie dan aan de schouderdystocie op zich.

5. Risicofactoren

Risico indicatoren voor schouderdystocie hebben een te geringe voorspellende waarde om klinisch bruikbaar te zijn.

- Schouderdystocie in anamnese, herhalingskans: 12 - 17 %
- Diabetes (DM / DG): 1,9 %
- Obesitas:
 - kans op schouderdystocie bij BMI < 29 0,1 %
 - kans op schouderdystocie bij BMI 29 – 35 0,2 %
 - kans op schouderdystocie bij BMI 35 – 40 0,3 %
 - kans op schouderdystocie bij BMI > 40 0,4 %
- Multipariteit 1,4 %
- Herkomst Sub-Sahara Afrika 1,4 %
- Inleiding van de baring 0,6 - 1,4 %
- Langdurige uitdrijving 0,6 - 2,1 %

- Kunstverlossing 0,2 - 0,6 %
- Epiduraal analgesie 1,2 %
- Geboortegewicht
Schouderdystocie komt niet vaak voor onder de 3500 gram.
De incidentie stijgt evenredig met het gewicht.
Bij een geboortegewicht van > 3500 gram is de incidentie 3 %

6. Beleid bij schouderdystocie i.a.

ALGEMEEN BELEID

Zwangerschap

Bij intake volgende aspecten bekijken en mee laten wegen in beleid:

- hoe verliep de partus: weeënkracht, caput geboren aan het begin van de wee?, uitdrijvingsduur
- grootte van het kind + termijn waarbij de schouderdystocie optrad
- hoe ernstig was de schouderdystocie; hoeveel minuten duurde het tot de geboorte van het kind + welke manoeuvres waren nodig om de schouderdystocie op te heffen
- gevolgen voor het kind; apgarscore + schade aan het kind
- het bevaladvies, indien beschreven, door parteur bij de schouderdystocie

Partus

- fantoom oefening van handgrepen en procedures met al het betrokken personeel leiden tot een betere uitvoering van de behandeling van schouderdystocie. Hierdoor kan bij optreden van een schouderdystocie de behandeling adequaat en gecoördineerd uitgevoerd kan worden, waardoor het risico op morbiditeit bij de foetus en de moeder kan verminderen.
- optimaliseer bij iedere partus de uitdrijvende kracht: zorg voor goede weeën en een goede perstechiek: instrueer en coach de barende
- laat het caput aan het begin van de wee geboren worden, zodat er voldoende uitdrijvende kracht bestaat om de romp in dezelfde wee geboren te laten worden: indien het caput geboren wordt aan het einde van de wee verdient het aanbeveling om te wachten tot de volgende wee, mits de foetale conditie dit toe laat

BELEID 1^e LIJN

Zwangerschap:

- biometrie bij 30 en 34 weken met als doel op basis van het geschatte foetale gewicht de herhalingskans op schouderdystocie bij huidige partus in te schatten
- indien biometrie in huidige zwangerschap > P95; OGTT en consult 2^e lijn voor GUO2
- indien bij vorige partus het kindsgewicht > P95: OGTT tussen 24 en 28 weken
- consult 2^e lijn in de zwangerschap niet standaard, alleen bij schouderdystocie i.a. met ernstig verloop:
 - trauma aan de neonat: clavicula- of humerusfractuur, ernstige asfyxie (AS < 7 na 5 min)
 - schouderdystocie welke moeizaam op te heffen was (na gebruik meerdere handgrepen)
 - schouderdystocie optredend bij neonat < 3500 gram

Partus:

- partus BD / Medium Risk
- partus aanmelden via coördinator : 038 – 424 7978, deze vermeld partus op het partusbord, met vermelding BD schouderdystocie i.a., en doet doormelding aan dienstdoende arts-ass en gynaecoloog
- blaas leeg voor aanvang uitdrijving
- krukje/opstapje op de verloskamer aanwezig
- arts-assistent op de hoogte brengen van start persen, deze doet doormelding aan de gynaecoloog
- gynaecoloog in consult roepen indien na geboorte van caput de romp niet spontaan volgt, na evt. Mc Roberts
- 1^e lijn verantwoordelijk voor bovenstaande stappen, tot aan evt. overdracht
- dossiervorming voor 2^e lijn alleen nodig indien er consult of overdracht is gedaan
- verpleegkundige vermeldt in Mosos dat de partus BD was, vanwege vervallen eigen bijdrage voor cliënte; 1^e lijn vermeldt in eigen declaratiesysteem ook dat er sprake was van partus op BD-indicatie

Zwangerschap

- bespreken van casus bij de nieuwe zwangere bespreking
- primaire sectio caesarea overwegen bij eerder perinatale sterfte of ernstige perinatale morbiditeit wegens schouderdystocie in de voorgeschiedenis

Partus

- dienstdoende gynaecoloog informeren over opname in partu van zwangere met een schouderdystocie in de voorgeschiedenis
- dienstdoende gynaecoloog informeren bij het starten van persen
- dienstdoende gynaecoloog oproepen indien na geboorte van het caput de romp niet spontaan volgt, na evt. Mc Roberts

7. Beleid bij optreden schouderdystocie

Onderstaande acties dienen systematisch en zonder aarzelen te worden uitgevoerd. Genoemde volgorde is niet verplicht. Oefening van handgrepen en procedures leiden tot een betere uitvoering van de behandeling van schouderdystocie.

- laat de patiënte stoppen met persen
- zorg voor adequate assistentie: meer verpleging, dienstdoende gynaecoloog, kinderarts
- creëer ruimte: d.m.v. voeteneinde naar beneden, dwarsbed of omgekeerde ondersteek onder de billen
- beweeg het caput rustig sacraalwaarts, en stop hier niet te snel mee!
- voer de McRoberts manoeuvre uit:
 - de bovenbenen maximaal flecteren, abduceren en exoroteren in de heupen, doordat de patiënte de knieën naar zich toetrekt en zich daarna maximaal wijdt maakt (of hierbij wordt geholpen); in deze houding het caput sacraalwaarts bewegen
 - in bijna 50 % van de gevallen effectief
- voer zijwaartsgerichte suprapubische impressie uit gedurende 30 seconden:
 - indien mogelijk staat de uitvoerder aan de zijde van de patiënt waarnaar de rug van de foetus gekeerd is
 - de McRoberts positie wordt hierbij gecontinueerd
 - tijdens de suprapubische impressie wordt het caput sacraalwaarts bewogen
 - indien continue impressie geen effect heeft dient er nadien gedurende 30 seconden ook 'rocking' impressie te worden gegeven
- voer de All Fours manoeuvre uit:
 - laat patiënte op handen en knieën op het bed plaats nemen
 - ontwikkel de achterste schouder eerst door het caput symfysewaarts te bewegen
 - inwendig handgrepen zijn in deze positie eenvoudiger uit te voeren omdat er meer ruimte is in de sacrale holte
- voer een rotatiemanoeuvere uit:
 - Rubin-methode: rotatie voorste schouder naar achter door druk uit te oefenen ter plaatste van de scapula van de voorste schouder
 - Woods-methode: rotatie achterste schouder naar voren door druk uit te oefenen ter plaatse van de clavicula van de achterste schouder
 - de handelingen kunnen eventueel met 2 handen gecombineerd uitgevoerd worden en mogelijk kan de draairichting omgekeerd worden
- haal de achterste arm of schouder af:
 - de achterste foetale schouder en bovenarm worden gelokaliseerd en gevolgd tot aan de elleboog; door druk in de elleboogsplooi wordt deze geflecteerd, waarna de onderarm en de hand vastgegrepen kunnen worden en de arm langs het gezicht naar buiten worden gebracht
 - bij verdere extractie kan de schoudergordel roteren, waarbij de voorste schouder naar achter draait, meestal volgt dan de foetus, anders de procedure herhalen

Indien de schouderdystocie na het uitvoeren van deze handgrepen nog niet is opgeheven dienen de handgrepen nogmaals uitgevoerd te worden. Indien mogelijk zou een episiotomie gezet kunnen worden.

Noodgrepen:

- cleidotomie: opzettelijk breken clavicula waardoor de omvang van de schoudergordel wordt verkleind: clavicula aanhaken en naar craniaal drukken
- symfysiotomie (indien partus plaatsvindt in het ziekenhuis); stuur iemand naar de 'bulk-ruimte' om de symfysiotomieset op te halen, bij het starten van de tweede ronde van het uitvoeren van de handgepen → vraag de verpleegkundige om lidocaïne en een eenmalige katheter klaar te leggen
- Zavanelli manoeuvre: foetale schedel flecteren en terugduwen in de vagina, waarna een sectio wordt uitgevoerd → Pas tocolyse toe.

NB: In de thuissituatie zijn symfysiotomie en de Zavanelli methode niet toepasbaar.

	m.b.v. McRoberts-manoevre	m.b.v. All Fours manoeuvre
Succespercentage opheffen van schouderdystocie	40-54 %	83 %
Complicaties neonaat	12,9 %	4,9 %
Complicaties moeder	9,7 %	1,2 %

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

8. Documentatie

Zorg, na een schouderdystocie, voor een gedetailleerde beschrijving in het medisch dossier. Registreer met name de tijden en de uitgevoerde handelingen.

Beschrijf het gewenste beleid voor een volgende partus en bespreek dit met de ouders.

Meldt de partus aan voor de complicatiebespreking.