

	<h2>VSV Samen Protocol schouderdystocie in de anamnese</h2>
Documentgebied	Verloskunde
Groep(en)	Alle leden aangesloten bij het VSV Samen Nijmegen
Autorisatie	Programmaraad VSV Samen Nijmegen
Beoordelaar(s)	M. Peeters, PA-klinisch verloskundige Radboudumc
Documentbeheerder(s)	Werkgroep protocollen VSV Samen
Auteurs	Martine Hollander, perinatoloog Radboudumc, Rianne Aalbers-Dinnessen, 1 <sup>e</sup> lijns verloskundige Nijmegen West
Datum publicatie	25-08-2022
Openbaar document	Ja
Controledatum	25-08-2023
Versie document	4.0

## Doel

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

## Definitie schouderdystocie

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)
- Obesitas
- 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 degene die de partus heeft begeleid een advies op schrift stelt voor een eventuele volgende partus.
- Gewichtsschatting blijft onbetrouwbaar, een combinatie van echo en handmatige schatting zou het meest in de buurt komen van het echte gewicht.
- Voer tijdig in de huidige zwangerschap een counselingsgesprek over de aanstaande baring. Op verzoek van de cliënte of verloskundige kan dit eventueel in de 2<sup>e</sup> lijn plaatsvinden. Geadviseerd wordt het vorige baringsverslag op te vragen ter voorbereiding op dit gesprek. Minimaal te bespreken punten zijn:
  - Risicofactoren op herhaling inschatten
  - Restschade navragen (maternaal en foetaal)
  - Gevoelens van de zwangere (en partner) peilen
  - Eventuele mogelijkheden voor preventie inschatten
  - Adviezen naderende partus en maken geboorteplan bespreken
  - Opties bij eventuele keuzes bespreken (een sectio is bespreekbaar)
- Tijdens de zwangerschap een inschatting maken van de foetale groei bij voorkeur m.b.v. echografie bij 26, 30, 34 en eventueel 36 weken. Indien de geschatte grootte van het kind gelijk is aan of meer is dan het vorige kind met de schouderdystocie: consult en counseling in de 2<sup>e</sup> lijn sterk overwegen.

## **Locatie huidige baring**

Het herhaalrisico van een schouderdystocie is 5-12%. In principe zal de baring medium risk (B/D) plaatsvinden. Hiervan kan worden afgeweken in de volgende situaties:

### 1. Thuispartus

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

### 2. Partus in de tweede lijn

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

## **Procedure bij plaats indicatie partus**

Eerstelijns verloskundige:

- brengt bij aankomst op de VK de dienstdoende arts-assistent en betrokken verpleegkundige op de hoogte.
- verstrekt dossier van cliënte ter inzage aan de arts-assistent
- meldt aan de dienstdoende arts-assistent als de uitdrijving start
- 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”.
- Overweeg om na de geboorte van het hoofd te wachten op de volgende wee.

## **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 duw de schouder naar opzij, bij voorkeur buiten een wee!
- **E:** Enter: arm afhaken aan de buikkant van de baby of Woods dan wel Rubin manoeuvre.
- **R:** Roll: in “All fours”. Dan arm afhaken 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 manoeuvres.**

Als de schouders na alle manoeuvres nog niet zijn geboren: herhaal de gehele procedure opnieuw. Voorkeur wordt gegeven om 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<sup>e</sup> lijns verloskundige belt collega-verloskundige die mede aanwezig zal zijn bij de partus om indien nodig te assisteren.
- Kraamzorg wordt ingelicht voor partusassistentie thuis.
- Overweeg om ambulance ter plaatse te laten komen.

## **Literatuur**

Herziene NVOG richtlijn schouderdystocie 2020