

	<p>VSV-SAMEN protocol: Hoogstaand caput in de à terme periode</p>
Documentgebied	Verloskunde
Groep(en)	Alle partijen aangesloten bij het VSV-Samen Nijmegen
Autorisatie	Programmaraad.
Beoordelaar(s)	M. Peeters, PA-klinisch verloskundige Radboudumc Cara Simons, 1 <sup>e</sup> lijns verloskundige
Documentbeheerder(s)	VSV werkgroep protocollen
Auteur	N.W.A. de Vocht PA-klinisch verloskundige Radboudumc
Datum publicatie	15-11-2022
Openbaar document	Ja
Controledatum	15-11-2023
Versie document	1.0

## **Inleiding**

Bij een primigravida met een eenling in hoofdligging daalt het caput over het algemeen rond 34/35 weken zwangerschapsduur in. Bij een multigravida vindt de indaling soms later plaats, meestal ten gevolge van ‘meer ruimte in de buik’ als gevolg van een slappere buikwand.

Ondanks dat het frequent voorkomt dat er sprake is van een persisterend hoogstaand caput in de à terme periode en durante partu, is er landelijk en internationaal geen consensus over het beleid in deze situatie. Dit protocol is gemaakt op basis van consensus binnen het VSV-SAMEN Nijmegen en omstreken.

Primigravida met een niet ingedaald caput aan het begin van de baring, hebben een groter risico op een uitgezakte navelstreng, foetale nood, perinatale sterfte, een langdurige ontsluiting en uitdrijving en grotere kans op een sectio caesarea. Ongeveer 60% van deze zwangeren bevalt vaginaal <sup>2,4-6</sup>. Opgemerkt dient te worden dat de beschikbare literatuur zeer beperkt is, en in het algemeen van matige kwaliteit met een moeilijk met de Nederlandse populatie te vergelijken studiepopulatie.

## **Doel**

- Kwaliteitsverbetering door handelen op eenduidige wijze bij een hoogstaand caput in de à terme periode.
- Adequaat handelen bij een verhoogd risico op/ter preventie van het uitzakken van de navelstreng en/of foetale kindsdelen.

- Opsporen van pathologie welke ten grondslag kan liggen aan een persisterend hoogstaand caput in à terme periode.

### **Definitie**

- Vanaf 37 weken zwangerschapsduur
- Bij uitwendig zwangeren onderzoek caput beweeglijk boven bekkeningang (CBBBI)
  - Vierde handgreep van Leopold
  - Lege blaas
  - Na opgeheven lordose door het bekken te kantelen
- Bij het vaginaal toucher is de maximale indaling op Hodge 1 en is het caput opdrukbaar. Het vaginaal toucher wordt niet verricht om een CBBBI vast te stellen.

### **Predisponerende factoren voor CBBBI à terme**

- Obstructies bekkeningang
  - Ovariumtumor
  - Uterus myomatosus
- Maternaal
  - Uterus anomalieën
  - Afwijkende bekkenvorm
  - Multipara (ten gevolge van slappere buikwand)
  - Negroïde vrouw (mogelijk ten gevolge van sterke lordose)
- Foetaal
  - Polyhydramnion
  - Macrosomie
  - Placenta praevia
  - Congenitale afwijkingen bij foetus
  - Navelstreng omstrengeling
  - Afwijkende stand caput
- Combinatie maternaal en foetaal
  - Caput-bekken dyscongruentie

### **Contra-indicaties**

Artificieel breken van de vliezen (AROM) bij een hoogstaand caput, afgeweken hoofdligging en/of instabiele ligging is (relatief) gecontra-indiceerd.

### **Werkwijze prenataal**

#### **1. Beleid bij AD >37wk en CBBBI antepartum:**

- Bepalen indaling (bij opgeheven lordose). Indien het caput ook dan niet in de bekkeningang indaalt:
- Echo bij verdenking pathologie (zie predisponerende factoren)

Overweeg bij het vermoeden van pathologie die ten grondslag kan liggen aan een caput BBI, deze echo bij een nullipara tijdens een consult in de tweede lijn te laten plaatsvinden.

- Bepaal bij iedere controle de indaling en geef belinstructies t.a.v. breken van de vliezen:

- Belinstructies:

Wat te doen wanneer de vliezen breken en bij de laatste controle sprake was van CBBBI:

- Bel zo spoedig mogelijk de betrokken verloskundig zorgverlener wanneer de vliezen breken.
- Indien zwangere buitenshuis is: naar huis gaan en contact opnemen met betrokken verloskundig zorgverlener.
- De meerwaarde van liginstructie is niet bewezen zinvol.

## **2. Beleid bij AD >37 weken en CBBBI en PROM:**

### Eerstelijns setting

- Melding vliesbreuk door de zwangere.

- Zo spoedig mogelijk huisbezoek door verloskundig zorgverlener (zo nodig achterwacht)

- Bevestiging: gebroken vliezen?
- Bepaling van de indaling middels uitwendig zwangere onderzoek.
- Controle van de cortonen in diverse houdingen (liggend/zittend/staand) gedurende minimaal 60 seconden
- Indien huisbezoek onmogelijk of indien praktischer: consult op de praktijk of spoedconsult op verloskamers

- Indien caput ingedaald en goede cortonen:

- Normaal beleid bij gebroken vliezen (na 24 uur zie protocol langdurig gebroken vliezen)

- Indien caput persisterend hoog met goede cortonen:

- Zonder weeën verwijzing naar de 2<sup>e</sup> lijn, VT niet geïndiceerd.
- Bij weeënactiviteit > zie werkwijze “durante partu in 1<sup>e</sup> lijns setting”

- Indien caput persisterend hoog met afwijkende cortonen:

- VT: voorliggende of uitgezakt navelstreng? Ontsluiting?
- Blaas vullen met 500 cc NaCl, ook indien geen voorliggende delen of navelstreng palpabel (mogelijk toch cortonen pathologie door compressie naast ontsluitingsrand)
- Spoedverwijzing per ambulance (indien mogelijk vervoer in Trendelenburg).  
Communiceer duidelijk waar ambulance mevrouw brengt (SEH of VK)

### Tweedelijns setting

- Aanmelding telefonisch, de zwangere heeft vaak op de polikliniek al instructies gekregen meteen te bellen als de vliezen breken.

- Zo spoedig mogelijk consult op de verloskamers

- De zwangere komt met eigen vervoer

- De meerwaarde van liginstructie is niet bewezen zinvol.

- Zie verder: werkwijze nataal in 2<sup>e</sup> lijns setting

## **Werkwijze durante partu in 1<sup>e</sup> lijns setting (bijlage 1)**

### **1. Staande vliezen met weeënactiviteit en hoogstaand caput**

- Eerste beoordeling:

- Bepaling van de indaling middels uitwendig zwangere onderzoek
- Cortonen luisteren
- Verrichten van vaginaal toucher: CAVE volle blaas → na legen van de blaas (opnieuw) vaginaal toucher  
→ Bij voorliggende navelstreng blaas vullen met 500 cc NaCl 0.9% en verwijzing naar de 2<sup>e</sup> lijn per ambulance.

- In geval van weeën activiteit en persisterend hoogstaand caput bij vaginaal toucher

- Overweeg en bespreek met cliënte: poliklinische medium risk partus (neem hier in mee: pariteit, vordering ontsluiting, geschat grootte kind, verloop vorige partus)
- Herbeoordeling na twee uur  
→ Indien voldoende vordering van ontsluiting en indaling caput = partus in 1<sup>e</sup> lijn begeleiden  
→ Indien onvoldoende vordering van ontsluiting of persisterend hoogstaand caput:
  - Verwijzing naar 2e lijn naar inschatting zorgverlener
  - Persisterend hoogstaand caput kan (met name bij multipara) nog fysiologisch zijn  
→ Indien navelstreng palpabel en/of cortonen pathologie: zie beleid hierboven.

- In geval van weeën activiteit en een ingedaald caput bij vaginaal toucher

- 1<sup>e</sup> lijn thuis/verplaatste thuis partus ziekenhuis indien de barende dit wenst.

### **2. Gebroken vliezen met weeën activiteit en hoogstaand caput**

- Eerste beoordeling:

- Bepaling van de indaling middels uitwendig zwangere onderzoek
- Cortonen luisteren
- Vaginaal toucher verrichten

- Indien bij VT navelstreng palpabel:

- Spoedverwijzing per ambulance (indien mogelijk vervoer in Trendelenburg)
- Verloskamers en dienstdoende klinisch verloskundige of A(N)IOS inlichten over komst
- Communiceer duidelijk waar ambulance mevrouw brengt (SEH of VK)
- Blaas vullen met 500 cc NaCl 0.9%

- Indien bij VT geen navelstreng palpabel:

- Overweeg een poliklinische medium risk partus (neem hier in mee: pariteit, vordering ontsluiting, geschat grootte kind, verloop vorige partus)
- Bij een poliklinische partus: licht daarbij de tweede lijns hulpverleners in over de situatie.

### **3. Gebroken vliezen zonder weeën activiteit en hoogstaand caput**

Zie werkwijze “prenataal” 1<sup>e</sup> lijns setting.

## **Werkwijze nataal in 2<sup>e</sup> lijns setting (bijlage 2)**

### **1. Staande vliezen met weeënactiviteit en hoogstaand caput**

- Eerste beoordeling:

- Bepaling indaling middels uitwendig zwangere onderzoek
- CTG bewaking
- Verrichten vaginaal toucher: CAVE volle blaas → na legen van de blaas (opnieuw) vaginaal toucher verrichten

- Indien bij VT navelstreng palpabel zonder cortonen pathologie:

- Continue CTG bewaking
- Sectio

- Indien bij VT navelstreng palpabel met cortonen pathologie:

- Volg het lokale protocol “Navelstrengprolaps”
- Dienstdoende gynaecoloog inlichten
- Blaas vullen met 500 cc NaCl 0.9%, Trendelenburg, tocolyse, manueel opdrukken
- Sectio → blaas legen voor incisie!

### **2. Gebroken vliezen met weeënactiviteit en hoogstaand caput**

- Eerste beoordeling:

- Bepaling van de indaling middels uitwendig zwangere onderzoek
- CTG bewaking
- Vaginaal toucher verrichten

- Indien bij VT navelstreng palpabel en/of cortonen pathologie

- Volg het lokale protocol “Navelstrengprolaps”
- Dienstdoende gynaecoloog inlichten
- Blaas vullen met 500 cc NaCl 0.9%, Trendelenburg, tocolyse, manueel opdrukken
- Bij VO: beoordeel of vaginale baring haalbaar is
- Bij sectio → blaas legen voor incisie!
- Bij geen navelstreng palpabel en wel cortonen pathologie: handel naar bevindingen bij CTG en/of echo en mate van ontsluiting/indaling.

- Indien bij VT geen voorliggende navelstreng palpabel en afwezigheid cortonen pathologie

- Opname
- Niet onnodig mobiliseren maar geen strikte bedrust (op inschatting van zorgverlener)

### **3. Gebroken vliezen zonder weeën activiteit en hoogstaand caput**

- Eerste beoordeling:

- Bepaling van de indaling middels uitwendig zwangere onderzoek
- CTG

- Bij inmiddels ingedaald caput:

- expectatief beleid, geen VT verrichten
- spontane weeën activiteit afwachten

- Bij persisterend hoogstaand caput:

- VT verrichten
- Overweeg inleiden
- Indien bij VT navelstreng palpabel: zie punt 2 hierboven beschreven.

#### **4. Indicatie tot amniotomie bij hoogstaand caput**

- Eerste beoordeling:

- Bepaling van de indaling middels uitwendig zwangere onderzoek
- CTG
- Vaginaal toucher

- AROM onder impressie bij CBBBI

- Bespreek vooraf de risico's op uitzakken van de navelstreng
- Informeer over de risico's bij uitgezakte navelstreng

#### **Risico bij CBBBI**

- Voorliggen of uitzakken van de navelstreng

- Incidentie navelstrengprolaps bij CBBBI: 0.1 – 0.6 %<sup>7</sup>
  - Foetale nood
  - Perinatale sterfte

- Verhoogd risico op langdurige ontsluiting en/of uitdrijving

- Verhoogd risico op een sectio caesarea

- Geen verhoogd risico op een vaginale kunstverlossing
- Voor nullipara staat het verhoogde risico op niet vorderen meer op de voorgrond, voor multipara staat het verhoogde risico op een navelstrengprolaps meer op de voorgrond (vaak door reeds aanwezige ontsluiting)<sup>1-6</sup>

#### **Opmerkingen/begripsverklaringen**

CBBBI = caput beweeglijk boven bekkeningang

PROM = prelabour rupture of membranes (gebroken vliezen zonder weeën activiteit)

PPROM = Preterm prelabour rupture of the membranes (prematuur gebroken vliezen)

AROM = artificial rupture of membranes (artificieel breken van de vliezen)

#### **Documentatie:**

- Documenteer indaling in de zwangerschap
- Documenteer de belinstructies bij CBBBI
- Consult bij PROM, documenteer alle bevindingen en afspraken in het dossier

## **Literatuur**

Er is zeer weinig beschikbare evidence over een gepast beleid bij een CBBBI a terme. Het protocol heeft zich met name gevormd op basis van consensus tussen de betrokken partijen.

1. Abitbol, MM. Bowen-Ericksen, M. Castello, I. Pushchin, A. (1999). Prediction of difficult vaginal birth and of caesarean section for cephalopelvic disproportion in early labour. *The journal of Maternal-Fetal and neonatol medicine.* 8, 51-56.
2. Falzone, S. Chauhan, SP. Mobley, JA. Berg, TG. Sherline, DM. Devoe, LD. (1998). Unengaged vertex in nulliparous women in active labor. A risk factor for cesarean delivery. *The Journal of Reproductive Medicine.* 43(8), 676-680.
3. Ferguson II, JE. Newberry, YG. DeAngelis, GA. Finnerty, JJ. Agarwal, S. Turkheimer, E. (1998). The fetal-pelvic index has minimal utility in predicting fetal-pelvic disproportion. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 179(5), 1168-1192.
4. Chaudhary, S. Farrukh, R. Dar, A. Humayun, S. (2009). Outcome of Labour in nullipara at term with unengaged vertex. *Journal Ayub Medical College Abbottabad.* 21(3).
5. Roshanfekar, D. Blakemore, KJ. Lee, J. Hueppchen, NA. Witter, FR. (1999). Station at onset of active labor in nulliparous patients and risk of cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology.* 93(3), 329-331.
6. Debby, A. Rotmensch, S. Girtler, O. Sadan, O. Golan, A. Glezerman, M. (2003). Clinical significance of the floating fetal head in nulliparous women in labor. *The Journal of Reproductive Medicine.* 48, 37-40.
7. RCOG. (z.j.). Umbilical cord prolapse. Geraadpleegd op 2 april 2019, 'van' <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-50-umbilicalcordprolapse-2014.pdf>





**Bijlage 2: stroomdiagram tweedelijns setting**

**Hoogstaand caput laatste controle  
Tweedelijns**

