

Integraal protocol: Schouderdystocie ia GCS 2.0

Beoordelaars

Expertise groep geboortecentrum Sophia
Staf verloskunde
Staf neonatologie

Doel

- Dit protocol draagt bij aan het bevorderen van adequate en eenduidige opvang, beleidsbepaling en behandeling van patiënten met een schouderdystocie in anamnese.
- Preventie van herhaling op schouderdystocie.
- Afspraken over werkwijze hoe te handelen als er sprake is van een schouderdystocie.

Doelgroep

Dit protocol is bestemd voor kraamverzorgenden in het geboortecentrum, eerstelijnsverloskundigen, obstetrie verpleegkundigen, klinisch verloskundigen, arts-assistenten, kinderartsen* en gynaecologen.

* de kinderarts kan zijn de verpleegkundig specialist, physician assistant, neonatoloog, ANIOS/AIOS, fellow IC Neonatologie

Opgesteld door

Werkgroep schouderdystocie ia

Dr. J. van der Kooy, gynaecoloog perinatoloog Erasmus MC
Dr. J.M.J. Cornette, gynaecoloog perinatoloog Erasmus MC
L. Lagarde, klinisch verloskundige Erasmus MC
R. Keuken-van Osnabrugge, manager kliniek verloskunde Erasmus MC
E.H. Ter Riet, manager kliniek verloskunde Erasmus MC
D. Spaanderman-Verkuil, Manager Geboortecentrum Sophia
S. Groenewout-van Ruiven, opnamecoördinator verloskunde Erasmus MC
S.R. Kiel, opnamecoördinator verloskunde & IC neonatologie Erasmus MC
R. Prins-van den Bogerd, opnamecoördinator verloskunde Erasmus MC
M. Roon, verpleegkundig specialist neonatologie Erasmus MC
J. Simonse, eerstelijnsverloskundige
M.H. van Gelder-de Kievit, eerstelijns verloskundige
Drs. H.E. Ernst-Smelt, directeur/bestuurder Geboortecentrum Sophia

Definities

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

Inleiding

Prevalentie is 0.2-3%. Kans op herhaling is 12-17%

Risico neonaat:

- Plexus brachialis laesie (12%). Bij ongeveer 10-20% blijft een zekere mate van functieverlies bestaan.
- Fracturen; claviculafractuur (8%) en humerusfractuur (2%). Herstellen over het algemeen goed.
- Asfyxie (0.8%)
- Sterfte (0.3%)

Risico moeder:

- Totaalruptuur 4%
- HPP 11% (normaal 6%)

Risicofactoren: Schouderdystocie ia, diabetes mellitus, diabetes gravidarum, obesitas, Afrikaanse afkomst, inleiding. Langdurige uitdrijving, epidurale anesthesie en kunstverlossing laten alleen in sommige studies een verhoogd risico zien.

Inhoud

Vorbereiding - Antenataal

Eerstelijns verloskundige

- Voor afgeven BD-indicatie door gynaecoloog is er een consult op de poli Erasmus MC of poli op locatie bij AD 30 weken. Indien dit niet heeft plaatsgevonden, is een BD-indicatie **niet** mogelijk en is er automatisch sprake van een tweedelijnsindicatie.
- Zwangerschapskaart via zorgdomein mailen
- Groeiecho bij 31-36 weken.

Tweedelijns zorgverlener

- Consult/ poli op locatie bij AD 30 en/of 36 weken voor afgeven BD-indicatie.
- Afhankelijk van beloop vorige partus besluit tot BD-indicatie GCS of overname tweedelijnsziekenhuis:
 - Criteria voor tweedelijnsindicatie zijn: duur schouderdystocie, gebruikte manoeuvres, restschade kind;
 - Criteria voor BD-indicatie GCS zijn: korte duur schouderdystocie , kind geen restschade en groei in huidige zwangerschap is niet macrosom/veel groter dan eerste kind) is.

- Administratie in orde:
 - DBC aanmaken Z11
 - Intake compleet in HiX (voorblad up to date, G/P en huidige graviditeit)
 - Zwangerschapskaart via zorgdomein binnenhalen

Behandeling - Nataal

BD-indicatie Geboortecentrum Sophia (GCS)

- Partus cliënt met schouderdystocie ia op bevalkamer in het geboortecentrum
- Contra indicatie: bad-bevalling
- Eerstelijnsverloskundige meldt aankomst aan opnamecoördinator (010-7036236)/ster SP (010-7037669 Erasmus MC.
- Partus door eerstelijnsverloskundige met kraamverzorgende (durante partu letten op lege blaas!).
- Eerstelijnsverloskundige brengt klinisch verloskundige/jongste (010-7037663) op de hoogte bij start persen en belt als het kind geboren is.
- Bij opnieuw optreden van een schouderdystocie wordt de oudste (010-7037662) gebeld.
 - Klok aan/tijdstip vastgelegd
 - Stoppen met persen
 - Inzetten verschillende manoeuvres zie bijlage
 - Taken kraamverzorgende zie bijlage

Behandeling - nageboortetijdperk

Fysiologisch, bij ruim bloedverlies handelen volgens bestaande afspraken (zie protocol fluxus).

Overzicht rolverdeling

Eerstelijns-verloskundige	Kraamzorg	Jongste arts	Verpleegkundige (OC/ster/AVZ/Vpk)	Oudste arts
Meld binnenkomst aan OC/ster/AVZ/vpk (010-7036236/	Partusassistentie		Opnemen in HiX (locatie elders) en op het schipholbord	

Eerstelijns-verloskundige	Kraamzorg	Jongste arts	Verpleegkundige (OC/ster/AVZ/Vpk)	Oudste arts
010-7037669)				
Meld start persen bij jongste (010-7037663)		Breng oudste op de hoogte		
Meld normale geboorte kind bij jongste				
Bel oudste bij optreden schouderdystocie (010-7037662)	Eventueel bellen oudste (010-7037662) Tijdstip geboorte hoofd noteren Dwarsbed maken Pakken scalpel/blaaskatheter	Indien erbij gevraagd: DBC B41. Gehele partus + PRN registreren	Verpleegkundige assisteert oudste/arts bij bevalling	Neemt bevalling over van eerstelijns-verloskundige
Bel kinderarts* als reanimatiekamer nodig is voor pasgeborene 010-7039290 /**5535	Bij langdurig beloop alvast de kinderarts bellen (010-7039290). Bel (010-70)36236 voor assistentie neonatoloog op de reanimatiekamer.			
Verantwoordelijk voor nageboortetijdperk indien fysiologisch		Indien kinderarts* nodig deze in consult vragen		

Voor alle zorgverleners: vul na afloop van de baring het debriefing formulier in:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSePG2926R_kbFYneBT4bsMVPc5Eiy8e5i9LQR_D0yL9-z026w/viewform?usp=header

Of gebruik de QR-code op de computer van de verloskamer EMC, geboortekamer GCS of post GCS

Bijlage Taken kraamverzorgenden en verschillende manoeuvres

Werkwijze – uitvoering

Wat heb je nodig?

- Ruimte naast de barende om impressie te geven
- Dwarsbed
- Voeteneind bed omlaag, zo is er meer ruimte om de schouders geboren te laten worden
- Stevige onderlaag onder de billen van de barende. Bij een heel zacht matras kan je niet voldoende impressie geven

Taken Kraamverzorgende

- Het assisteren van de verloskundige of arts bij een schouderdystocie
- Houd de tijd bij van de geboorte van het hoofd van de baby
- Het helpen van de barende bij aannemen van een andere houding op aangeven van de verloskundige
- Het geven van impressie op instructie van de verloskundige
- Klaarstaan en alles klaarleggen voor een slechte start van de pasgeborene
- Het observeren van de pasgeborene postpartum op complicaties door de moeizame bevalling (gebroken sleutelbeen/arm, plexus brachialis leasie/Erbse parese, asfyxie).
- Houd rekening met heftig bloedverlies na de bevalling. De kans hierop is erg groot na een schouderdystocie.
- Haal de scalpel (ligt in de noodkar) in geval van symfyiotomie

Welke manoeuvres ondersteun je?

- **Mc Roberts= knieën naar oren.** De barende moet hiervoor liggen. Door deze beweging wordt de onderrug vlakker en wordt de bekkeningang ruimer. De schouders kunnen makkelijker geboren worden.
- **Impressie geven=** Door drukken met de hand op de voorste schouder, draait deze schouder iets dwars. Door deze draaiing kan de schouder makkelijker door de bekkeningang. Het heeft bij schouderdystocie geen zin om fundusexpressie te geven!
- **All fours-positie= Knie-hand positie.** De bekkeningang wordt ruimer door deze houding. De schouder kan makkelijker geboren worden. De verloskundige kan helpen door met een hand naar binnen te gaan.
- Soms moeten deze handelingen herhaald meerdere keren herhaald worden voordat de schouders geboren worden.

Geef alleen impressie als de verloskundige dit aangeeft (vlak boven het schaambeen en zorg dat je aan de goede kant (de kant van de rug van de baby) van de barende staat. Impressie kan ook buiten een wee om gegeven worden.

Welke voorlichting en instructie geef je?

- Leg uit aan de barende en partner wat je gaat doen als je impressie geeft en leg uit wat er gaat gebeuren
- Gestuwd hoofdje:
 - Leg uit dat de pasgeborene een gestuwd hoofdje kan hebben door de druk die is ontstaan tijdens de bevalling, met meestal kleine bloedinkjes (petechiën) in het gezicht. Het gezichtje kan blauw ogen.
 - Dit trekt binnen een paar dagen weg maar er is wel een verhoogde kans op geelzien door de toegenomen bloedaafbraak
 - Stel de ouder(s) en eventueel bezoek hierover gerust
- Wanneer er sprake is van een breuk in sleutelbeen of bovenarm of een (Erbse parese) bij de pasgeborene geef je instructie over de verzorging van de pasgeborene na advies van de verloskundige hierover.

Zorg voor de pasgeborene postpartum, mogelijke complicaties:

- Gestuwd hoofdje, meestal met kleine bloedinkjes (petechiën) in het gezicht en het gezicht oogt blauw. Dit trekt binnen een aantal dagen weg.
- Er kan sprake zijn van een breuk in sleutelbeen of bovenarm of zenuw schade
 - Armpje waar de breuk of zenuw schade is hangt slap
 - Bij bewegen arm of op de zij geeft de pasgeborene pijn
 - Je ziet een asymmetrische Moro-reflex (schrikreflex armen bij pasgeborene iets achterover laten hellen)
 - Soms zijn bovengenoemde symptomen pas de volgende dag te herkennen
 - Erbse parese, een beschadiging van de zenuw(en) die vanuit de nek naar de arm loopt (lopen)
 - Arm is slap bij de Erbse parese
- Let op geelzien door extra bloedaafbraak na een gestuwd hoofd

Bronvermelding/literatuur:

1. NVK. Nederlandse Richtlijn Reanimatie van Pasgeborenen. Utrecht, 2020
2. CAVE. Schema's acute verloskunde voor kraamverzorgenden. Boxmeer 2022
3. Protocol Impressie bij schouderdystocie (Kenniscentrum Kraamzorg, maart 2023)