

Richtlijn hoogstaand caput à terme

Geboortezorg

Datum: November 2017
DUO: T. Hassaart en C. van de Donk



Doel

Het op uniforme wijze handelen bij een hoogstaand caput à terme.

Definitie

Wanneer bij beoordeling van het voorliggend deel (caput), met behulp van de vierde handgreep van Leopold, nog niet de bekkeningang is gepasseerd of, dat de schouder van de foetus bijna een handbreedte van de symfyse is verwijderd.

Termijn waarop sprake is hiervan:

Nullipara: bij AD 37 weken of later

Multipara: bij AD 39 weken

Doelgroep

Gynaecologen

Klinisch verloskundigen

Verloskundigen 1^e lijn

Arts-assistenten

Mogelijke oorzaken

Maternaal:

- Blokkades bekkeningang: myoom, ovariumtumor, placenta praevia, uterusanomalie
- Afwijkende bekkenvorm

Foetaal:

- Macrosomie
- Congenitale afwijkingen bij de foetus
- Liggingsafwijkingen

Gevolgen voor moeder en kind

Primigravida met een hoogstaand caput hebben een groter risico op een langdurige of stagnerende ontsluiting of uitdrijving. Er is geen aantoonbaar hoger risico op een vaginale kunstverlossing, maar wel een verhoogd risico op een sectio Caesarea. Een hoogstaand caput heeft geen directe gevolgen voor de foetale/neonatale conditie. De incidentie van een navelstrengprolaps varieert van 0,14% - 0,63%.

Beleid in de zwangerschap

Nullipara:

- Consult in de 2^e lijn bij 37 weken:
 - Uitwendig zwangerenonderzoek
 - Echoscopisch onderzoek: biometrie, foetale afwijkingen, placenta lokalisatie, hoeveelheid vruchtwater, uterus afwijking.

- Evt. inwendig onderzoek naar afwijkingen in cavum Douglasi.
- Indien geen afwijkingen: retour 1^elijn. Bij afwijkingen: overname door 2^e lijn.
- Belinstructies geven.

Multipara:

- Echoscopie in de 1^elijn
 - Echoscopie: biometrie, foetale afwijkingen, placenta lokalisatie, hoeveelheid vruchtwater, uterus afwijking.
- Indien geen afwijkingen: blijft in 1^elijn Bij afwijkingen: consult in 2^e lijn voor verder beleid.
- Belinstructies geven.

Beleid tijdens partus

Bij gebroken vliezen:

- 1^elijn: Zo spoedig mogelijk (binnen 15 minuten) thuisvisite of indien niet mogelijk, ongezien insturen naar 2^e lijn, met eigen vervoer, voor controle.
- 2^e lijn: zo spoedig mogelijk controle in het ziekenhuis, met eigen vervoer.

Gebroken vliezen, zonder weeënactiviteit:

- Controle: Uitwendig zwangerenonderzoek, cortonen, temperatuur
- Beleid: indien alle controles normaal en ingedaald caput -> begeleiding 1^e lijn. Indien afwijkende controles of niet ingedaald caput -> overname door 2^e lijn.

Gebroken vliezen met weeënactiviteit:

- Controle: Uitwendig zwangerenonderzoek, cortonen, temperatuur en VT.
- Beleid: Indien afwijkende controles of niet ingedaald caput -> overname door 2^elijn.

Staande vliezen en in partu bij zwangere met hoogstaand caput:

- Controle: uitwendig zwangerenonderzoek, cortonen en VT.
- Beleid: Indien afwijkende controles of niet ingedaald caput -> overname door 2^e lijn.

Literatuur

1. Prediction of difficult vaginal birth and of caesarean section for cephalopelvic disproportion in early labour. MM Abofbol, M Bowen-Ericksen, et al J Mat Fetal Med 8:51-56; 1999
2. Niet ingedaald caput: niet plus..? YHCM van Zwam, M Hoekstra, JMJ Sporken Ned Tijd Obst Gyn 11: 185-7; 1998
3. Verloskundig Vademecum 2003; verloskundige indicatie lijst
4. Hoogstaand caput bij nullipara : scriptie A Backx, N Stienstra, Vroedvrouwen school Kerkrade, maart 2003
5. Unengaged vertex in nulliparous women in active labor. A risk factor for caesarean delivery. S Falzone, SP Chauhan et al. J Reprod Med 43(8): 676-80; 1998.
6. The fetal-pelvic index has minimal utility in predicting fetal-pelvic disproportion.

JE Fergusson 2nd, YG Newberry et al. AM J Obstet Gybaecol 179(5): 1168-92; 1998.

Samenvoeging richtlijn hoogstaand caput van VSV Eindhoven, Anna en Veldhoven