

Schouderdystocie

Geboortezorg



VSV's:

Eindhoven, Anna, Veldhoven

Datum: mei 2018, herziene versie juli 2019

DUO: T.Hasaart en C.van de Donk

Doelstelling

Deze richtlijn behandelt het voorspellen van schouderdystocie, hoe te handelen bij het optreden van een schouderdystocie, de uniforme verslaglegging van het verloop van een schouderdystocie en het beleid bij zwangeren met een schouderdystocie in de anamnese.

Doelgroep

Verloskundigen 1^e en 2^e lijn

Gynaecologen (in opleiding)

Definitie en prevalentie

Er is sprake van 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. Deze definitie wordt ook door de richtlijnen van zowel de Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG richtlijn 42, 2005) en de American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG richtlijn 40, 2002) gehanteerd. Op basis van deze definitie kunnen ook geringe problemen bij het ontwikkelen van de schouders als schouderdystocie uitgeoekt worden. Zorgvuldige beschrijving van de verrichte handelingen is van belang om de ernst van de complicatie aan te geven.

In de literatuur worden diverse gradaties aangegeven, zoals licht, matig, ernstig. Hierdoor wisselt de gerapporteerde prevalentie, maar meestal wordt ongeveer 0,2 -3% aangegeven.

Schouderdystocie is een zeldzame complicatie die vaak onverwacht optreedt en ernstige perinatale morbiditeit (8-20%), zoals laesie van de plexus brachialis en cerebrale schade, en zelfs mortaliteit kan veroorzaken. Ook vergroot schouderdystocie de kans op maternale morbiditeit, zoals het optreden van een HPP (11%) en (sub)totaal ruptuur (3.8%) . Door het onvoorspelbare karakter van schouderdystocie is preventie niet goed mogelijk en daarom dient de zorgverlener steeds te zijn toegerust met een adequaat actieplan.

Schouderdystocie in de anamnese

Het risico op een recidief schouderdystocie wordt geschat rond 10% (1-17%).

Bij neonataal letsel of zeer ernstig verlopen schouderdystocie i.a. wordt een primaire keizersnede geadviseerd.

In alle gevallen van een schouderdystocie i.a., die opgelost is d.m.v. meerdere manoeuvres, is een consult in de 2^e lijn aangewezen. Bij de schouderdystocie i.a., die d.m.v. McRoberts en/of suprapubische impressie is opgelost, wordt een consult in de 2^{de} lijn ter overweging gegeven.

Tijdens het consult worden alle risicofactoren voor een recidief schouderdystocie (verschil in BMI tussen vorige partus en nu, gewichtstoename in de huidige zwangerschap, geschat foetaal gewicht, glucosecontroles etc) op een rij gezet. Ook zullen de gegevens van de vorige partus meegenomen worden in het maken van een beleid in de huidige zwangerschap. Indien gekozen wordt voor een vaginale partus, kan een inleiding bij 37-38 weken overwogen worden. Het is niet bewezen dat hiermee een schouderdystocie voorkomen kan worden.

Bij ernstige schouderdystocie i.a. en 2^e lijns partus wordt geadviseerd dat een gynaecoloog op het verloskamercomplex aanwezig is tijdens de uitdrijving.

Risicofactoren

- Preconceptioneel bekende risicofactoren:
eerder kind met schouderdystocie, eerder macrosoom kind, diabetes mellitus of eerdere zwangerschapsdiabetes, obesitas (BMI>35), afwijkend maternaal bekken.
- Ante partum risicofactoren:
Excessieve maternale gewichtstoename, gestoorde suikerstofwisseling, macrosomie (FAC>p97 en/of FAC>35cm en/of ratio FL/FAC <0.20) en serotiniteit.
- Intra partum risicofactoren:
Traag verloop van de ontsluiting en de uitdrijving, kunstverlossing wegens niet-vorderende uitdrijving, met name bij multiparae, traag of onvolledig geboren worden van het caput (turtle sign).¹

Plaats van partus

In de navolgende gevallen wordt geadviseerd om in de 1^e lijn poliklinisch te bevallen:

- Diabetes mellitus gravidarum met dieet (DM of DMG met insuline is 2^e lijns zorg)
- Eerdere schouderdystocie (wel of geen letsel bij het kind)
- Na 30 minuten persen bij een multipara
- Maternale obesitas (BMI >35) (Maternale obesitas met BMI >40 is 2^e lijns zorg)

Literatuur

- NVOG richtlijn Schouderdystocie, september 2008.
- Gherman R.B, Chauhan S, Ouzounian J.G. et al. Shoulder dystocia: the unpreventable obstetric emergency with empiric management guidelines. Am J. Obstet Gynecol 2006;195:657.
- Crofts JF, Fox R, Ellis D, Winter C, Hinshaw K, Draycott TJ. Observations from 450 shoulder dystocia simulations: lessons for skills training. Obstet Gynecol 2008;112:906–12.
- Sanchez-Ramos L, Bernstein S, Kaunitz A.M. Expectant management versus labor induction for suspected fetal macrosomia: a systematic review. Obstet Gynecol 2002;100:997.
- Henriksen R. The macrosomic fetus: a challenge in current obstetrics. Acta Obstet Gynecol Scand 2008;87:134-145.
- Irion O, Boulvain M. Induction of labour for suspected fetal macrosomia. Cochrane database Syst Rev 2000; :CD000938.
- Witkop CT, Neale D, Wilson LM, Bass EB, Nicholson WK. Active compared with expectant delivery management in women with gestational diabetes: a systematic review. Obstet Gynecol 2009; jan : 113(1):206-217.
- Moore H.M, Reed S.D., Batra M and Schiff M.A. Risk factors for recurrent shoulder dystocia, Washington stat, 1987-2004. Am. J. Obstet.Gynecol 2008; May.
- Cluver CA, Hofmeyr GJ. Posterior axilla sling traction: a technique for intractable shoulder dystocia. Obstet Gynecol 2009;113:486–8.
- Bruner JP, Drummond SB, Meenan AL, Gaskin IM. All-fours maneuver for reducing shoulder dystocia during labor. J.Reprod Med 1998; 43: 439-43.