**SchouderdystociIntegraal 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, obstetrieverpleegkundigen, 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 Rotterdam West   
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**

**Voorbereiding - 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 macrosoom/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

**Overzicht rolverdeling**

| **Eerstelijns-verloskundige** | **Kraamzorg** | **Jongste arts** | **Verpleegkundige (OC/ster/AVZ/Vpk)** | **Oudste arts** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Meld binnenkomst aan OC/ster/AVZ/ vpk  (010-7036236/  010-7037669) | Partusassistentie |  | Opnemen in HiX (locatie elders) en op het schipholbord |  |
| 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 registeren | 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 |  |  |
| Initieert de debriefing met alle betrokkenen en vult debriefing formulier in | Bewaart debriefing formulier in map op GCS |  |  |  |

**Behandeling - nageboortetijdperk**

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

**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 symfysiotomie

**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 bloedafbraak
  + 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 zenuwschade
  + Armpje waar de breuk of zenuwschade 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,](https://protocollen.kckz.nl/werkinstructie/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 bloedafbraak 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)