

HANDBOEK

ACUTE VERLOSKUNDE

Vaardigheden in spoedeisende situaties

Onder redactie van:

Barbara Havenith

Jacobien van der Ploeg

Marrit Smit

Jeroen van Dillen



H A N D B O E K

A C U T E V E R L O S K U N D E

Vaardigheden in spoedeisende situaties

Onder redactie van:

Barbara Havenith

Jacobien van der Ploeg

Marrit Smit

Jeroen van Dillen

LANNOO
CAMPUS

D/2017/45/49 – ISBN 978 94 014 4156 8 – NUR 870, 871

Vormgeving omslag: Nanja Toebak, 's-Hertogenbosch

Zetwerk: Scriptura, Westbroek

Anatomische tekeningen: Ron Slagter, Haarlem

Foto's, stills en video's: Maker District, Amsterdam

© Uitgeverij Lannoo nv, Tiel, 2020

Dit boek is een uitgave van Uitgeverij LannooCampus (Amsterdam). LannooCampus maakt deel uit van Uitgeverij Lannoo nv.

Eerste druk, 2020

Alle rechten voorbehouden.

Behoudens de uitdrukkelijk bij de wet bepaalde uitzonderingen mag niets van deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, door middel van druk, fotokopie, microfilm, of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Uitgeverij LannooCampus

Postbus 23202

1100 DS Amsterdam (Nederland)

www.lannoocampus.nl

Vaartkom 41

3000 Leuven (België)

www.lannoocampus.be

INHOUD

WOORD VOORAF	11
INLEIDING	13
REDACTEURS EN AUTEURS	15
DEEL 1 ALGEMEEN EN BASISPRINCIPES	19
1 GESTRUCTUREERDE AANPAK	21
<i>Jacobien van der Ploeg, Karin Theeuwen en Jeroen van Dillen</i>	
Kernpunten	21
1.1 Quick scan	22
1.2 Eerste onderzoek (primary survey)	24
1.3 Vervolgonderzoek (secondary survey)	29
1.4 MEWS	29
Referenties	32
2 CREW RESOURCE MANAGEMENT	33
<i>Nicole Snaphaan, Alwin Vos en Jeroen van Dillen</i>	
Kernpunten	33
Casus 2.1 'Just a routine operation' bij Elaine	34
2.1 Inleiding	34
2.2 Informatiemanagement	35
2.3 Communicatie	37
2.4 Stressmanagement	40
2.5 Groepsprocessen	41
2.6 Leiderschap	42
2.7 Besluitvorming	43
2.8 Risicomanagement	44
2.9 Debriefen	45
Referenties	46
3 VERLOSKUNDIGE TRIAGE	47
<i>Bernice Engeltjes en Marrit Smit</i>	
Kernpunten	47
Casus 3.1 Violette heeft pijn boven in de buik	47
3.1 Geschiedenis van triage	48

3.2	Triage in de verloskunde	48
3.3	Het triagegesprek	50
	Referenties	52
4	ACUTE TAS/ACUTE KAR	53
	<i>Jacobien van der Ploeg</i>	
	Kernpunten	53
4.1	Acute tas	54
4.2	Acute kar	56
4.3	Acute bak	57
5	AMBULANCEVERVOER BIJ DE ACUTE OBSTETRISCHE VERWIJZING	59
	<i>Pierre van Grunsven, Miriam Peelen en Jeroen van Dillen</i>	
	Kernpunten	59
	Casus 5.1 Mehlika verliest veel bloed	59
5.1	Epidemiologie, oorzaken, risicofactoren	60
5.2	Preventie	62
5.3	Praktisch in de thuissituatie	62
5.4	Praktisch vervoer	62
5.5	Praktisch in het ziekenhuis	63
	Referenties	64
6	SECOND VICTIM	65
	<i>Gerda Zeeman en Elske Aarts</i>	
	Kernpunten	65
	Casus 6.1 Marchien reanimeert een zwangere vrouw	65
6.1	De zorgverlener als second victim	66
6.2	Begeleiding van second victims	68
6.3	Fasen van steun	70
6.4	Niveaus van steun	72
6.5	Conclusie	73
	Referenties	74
	DEEL 2 SPECIFIEKE SITUATIES	77
7	SHOCK	79
	<i>Emer Hageraats, Karin Theeuwen en Jeroen van Dillen</i>	
	Kernpunten	79
	Casus 7.1 Maaïke in shock	79

7.1	Epidemiologie, oorzaken, risicofactoren	80
7.2	Hypovolemische shock	80
7.3	Cardiogene shock	83
7.4	Distributieve shock	83
7.5	Obstructieve shock	86
7.6	Praktisch in de thuissituatie	86
7.7	Praktisch vervoer	88
7.8	Praktisch in het ziekenhuis	88
	Referenties	92
8	SEPSIS	93
	<i>Karin Theeuwes en Jeroen van Dillen</i>	
	Kernpunten	93
	Casus 8.1 Esther krijgt post partum een sepsis	94
8.1	Epidemiologie, oorzaken, risicofactoren	94
8.2	Symptomen bij een sepsis	95
8.3	Symptomen bij een septische shock	95
8.4	Preventie	96
8.5	Praktisch in de thuissituatie	96
8.6	Praktisch vervoer	96
8.7	Praktisch in het ziekenhuis	96
	Referenties	99
9	ACUTE BUIKPIJN IN DE ZWANGERSCHAP	101
	<i>Inge van Empel en Jeroen van Dillen</i>	
	Kernpunten	101
	Casus 9.1 Ineke heeft heftige buikpijn rechts onderin haar buik	101
9.1	Achtergrond en incidentie	103
9.2	Pathofysiologie van buikpijn in de zwangerschap	103
9.3	De eerste aanpak tot een diagnose: anamnese en lichamelijk onderzoek	105
9.4	Praktisch in de thuissituatie	107
9.5	Praktisch vervoer	107
9.6	Praktisch in het ziekenhuis	107
9.7	Aanvullende diagnostiek	108
9.8	Chirurgische behandeling: overwegingen	108
	Referenties	109

10 MATERNALE RESUSCITATIE	111
<i>Anouk van der Knijff-van Dortmont, Anneke Dijkman en Anjoke Huisjes</i>	
Kernpunten	111
Casus 10.1 Samira krijgt een hartstilstand	111
10.1 Epidemiologie, oorzaken, risicofactoren	112
10.2 Reanimatie in de zwangerschap	113
10.3 Praktisch in de thuissituatie	114
10.4 Praktisch vervoer	116
10.5 Praktisch in het ziekenhuis of met meerdere zorgverleners	116
Referenties	119
11 NEONATALE RESUSCITATIE	121
<i>Arjan te Pas</i>	
Kernpunten	121
Casus 11.1 Joost ademt niet bij zijn geboorte	121
11.1 Achtergrond	123
11.2 Fysiologie en pathofysiologie	123
11.3 Praktisch in de thuissituatie	126
11.4 Praktisch vervoer	128
11.5 Praktisch in het ziekenhuis	128
11.6 Praktische tips en tricks	129
Referenties	132
12 NAVELSTRENGPROLAPS	133
<i>Marrit Smit en Thomas van den Akker</i>	
Kernpunten	133
Casus 12.1 Navelstrengprolaps bij geboorte derde kind van Anna	133
12.1 Epidemiologie, oorzaken, risicofactoren	134
12.2 Preventie	136
12.3 Praktisch in de thuissituatie	136
12.4 Praktisch vervoer	137
12.5 Praktisch in het ziekenhuis	137
Referenties	140
13 SCHOUDERDYSTOCIE	141
<i>Marieke Veenhof, Isabelle Grillis, Annemieke Middeldorp en Marrit Smit</i>	
Kernpunten	141
Casus 13.1 Teamwork bij schouderdystocie van de zoon van Shanti	142
13.1 Inleiding	142
13.2 Definitie	142

13.3	Incidentie	143
13.4	Risicofactoren	143
13.5	Morbiditeit	145
13.6	Preventie	145
13.7	Actieplan bij een schouderdystocie	146
	Referenties	155
14	STUITBEVALLING	157
	<i>Leonie van Rheenen en Simone Valk</i>	
	Kernpunten	157
	Casus 14.1 Een onverwachte onvolkomen stuitbevalling bij Ariane	157
14.1	Epidemiologie, oorzaken, risicofactoren	158
14.2	Risico's voor de foetus	158
14.3	Bijzonderheden bij de stuitbevalling	158
14.4	Praktisch in de thuissituatie	159
14.5	Praktisch in het ziekenhuis	160
14.6	De stuitbevalling	160
	Referenties	169
15	VAGINAAL BLOEDVERLIES IN TWEEDE HELFT VAN ZWANGERSCHAP	171
	<i>Yvette Timmermans-ter Horst en Mallory Woiski</i>	
	Kernpunten	171
	Casus 15.1 Eva heeft bloedverlies bij 28 weken	171
15.1	Epidemiologie	172
15.2	Oorzaken	173
15.3	Placenta praevia	173
15.4	Abruptio placentae (solutio)	175
15.5	Vasa praevia	176
15.6	Uterusruptuur	178
15.7	Praktisch in de thuissituatie	179
15.8	Praktisch vervoer	180
15.9	Praktisch in het ziekenhuis	180
	Referenties	181
16	FLUXUS POST PARTUM	183
	<i>Lotte Beers, Liesbeth Scheepers en Jeroen van Dillen</i>	
	Kernpunten	183
	Casus 16.1 Dagmar verliest veel bloed na de bevalling	183
16.1	Epidemiologie, oorzaken, risicofactoren	184
16.2	Preventie	186

16.3	Verloskundige interventies	187
16.4	Praktisch in de thuissituatie	191
16.5	Praktisch vervoer	193
16.6	Praktisch in het ziekenhuis	194
	Referenties	196
17	RETENTIO PLACENTAE	197
	<i>Jacobien van der Ploeg en Barbara Havenith</i>	
	Kernpunten	197
	Casus 17.1 De placenta zit vast bij Paula	197
17.1	Epidemiologie, oorzaken, risicofactoren	198
17.2	Praktisch in de thuissituatie	199
17.3	Praktisch vervoer	201
17.4	Praktisch in het ziekenhuis	201
	Referenties	203
18	INVERSIO UTERI	205
	<i>Marrit Smit en Tom Witteveen</i>	
	Kernpunten	205
	Casus 18.1 Buikpijn, shock en een uitpuilende zwelling, na de geboorte bij Anouk	205
18.1	Inleiding	206
18.2	Epidemiologie, oorzaken, risicofactoren	206
18.3	Preventie	206
18.4	Praktisch thuis en in het ziekenhuis	206
	Referenties	210
19	PRE-ECLAMPSIE	211
	<i>Bianka Bijsterveld en Joost Zwart</i>	
	Kernpunten	211
	Casus 19.1 Pre-eclampsie en eclamptisch insult durante partu bij Faith Akuwa	211
19.1	Epidemiologie, oorzaken, risicofactoren	212
19.2	Praktisch in de thuissituatie	213
19.3	Praktisch vervoer	216
19.4	Praktisch in het ziekenhuis	217
	Referenties	218
	LIJST VAN AFKORTINGEN	220
	REGISTER	223
	DANKWOORD	229

WOORD VOORAF

Het is zo ver! Voor u ligt het eerste Nederlandse *Handboek acute verloskunde*. Met de introductie van de MOET (Managing Obstetric Emergencies and Trauma) en later de POET (Pre-hospital Obstetric Emergency Training) in Nederland werd de behoefte aan een goed Nederlands handboek steeds groter. Het boek zelf is een voorbeeld van hoe ver je kunt komen als mensen vanuit verschillende disciplines met hart voor de zaak, hun kennis met elkaar delen en afstemmen. De behoefte aan een Nederlands boek werd vooral ingegeven door twee factoren. Engels is niet bij iedere opleiding een standaard onderdeel meer van het onderwijs. Met het gebruiken van een Engelstalig boek werd hierdoor een onnodige drempel opgeworpen voor bijvoorbeeld de ambulancezorgverleners, terwijl juist zij een onmisbare schakel zijn in de zorg voor zwangeren en kraamvrouwen.

Als tweede nadeel van de Engelstalige literatuur moet worden genoemd dat de wijze waarop in Engeland de verloskundige taken zijn verdeeld op essentiële punten anders zijn dan in Nederland. Ook de, in de Engelse literatuur genoemde, medicatie is in Nederland vaak niet voorhanden of niet gebruikelijk.

Het heeft wel enige tijd geduurd voor de principes zoals in dit boek beschreven algemeen aanvaard werden. Met name bij de introductie van de POET in Nederland bleek dat er een hele grote praktijkvariatie was. Die variatie vond voor een deel haar oorsprong in de grote verschillen in de curricula en lesinhoud op de verschillende verloskundige academies. Met de introductie is er een proces op gang gekomen dat ik vaak de stille revolutie in de verloskunde noem: Er heeft zich een brede beweging in gang gezet om het onderwijs op de academies meer op elkaar af te stemmen. Hierbij werd er niet alleen fantastisch samengewerkt, maar werden er ook inhoudelijke discussies gevoerd op hoog niveau, waarbij er steeds zo veel als mogelijk naar een evidence based aanpak werd gestreefd. Het resultaat is dat niet alleen de in dit boek beschreven werkwijze standaard is geworden voor de drie academies, ook de hele verdere opleiding tot verloskundige heeft hierdoor een enorme ontwikkeling doorgemaakt. In dit kader mag in dit voorwoord de naam van gynaecoloog Johan Creemers niet ontbreken. Hij heeft zich zowel voor de introductie van de MOET maar zeker ook van de POET onvermoeibaar ingezet. Zijn enorme werklust en doorzettingsvermogen heeft de weg gebaand voor mij en vele anderen om de basisprincipes zoals beschreven in het voor u liggende boek, op een hele generatie jonge studenten over te brengen.

Een bijzondere plek in de hele acute verloskundige keten hebben de ambulancemedewerkers. Met name bij de tweedaagse cursussen acute verloskunde zoals ze nu op de drie academies worden gegeven, hebben juist zij een essentiële rol. Doordat in de am-

balancewereld de ABCDE(F) systematiek al veel langer bestaat en zij ook al standaard een gestructureerde overdracht kennen, is hun rol in het onderwijs op dit gebied van groot belang. Andersom is het voor hen van enorme betekenis om voldoende basiskennis te hebben van de verloskunde om zo, in samenwerking met de verloskundige en het ziekenhuis, optimale zorg in acute obstetrische situaties te kunnen leveren.

In de vele jaren dat ik onderwijs in de acute verloskunde heb mogen geven, samen met zeer bevlogen collega's uit de betrokken disciplines waren er altijd twee dingen die ontroerden. Het enorme gevoel van competentie dat door het gebruik van een gestructureerde aanpak, in heel korte tijd kon worden verkregen, zowel bij de gynaecologen, de verloskundigen als bij de ambulanceverpleegkundigen. En het feit dat het inleven in elkaars situatie niet alleen tot een groter begrip maar ook tot een veel betere samenwerking en effectiviteit leidde.

Het *Handboek acute verloskunde* vormt de condensatie van deze hele ontwikkeling. Ik wens u veel lees- en leerplezier!

Eric Hallensleben

Course Director MOET en POET in ruste

INLEIDING

Sinds eind vorige eeuw is het handelen in acute geneeskundige situaties geprofessionaliseerd. In de luchtvaart ontstond het besef dat veiligheid niet bepaald wordt door de som van de kennis en kunde van de verschillende crew members. CRM (Crew Resource Management), werd ingevoerd en dat heeft de veiligheid in de luchtvaart enorm verbeterd. Hierbij functioneert een goed op elkaar ingewerkt team optimaal door middel van een vaste protocollaire werkwijze en een gezamenlijke taal. Hiërarchie is daarbij ondergeschikt aan veiligheid en protocol.

De acute geneeskunde heeft deze werkwijze omarmd via de ATLS- (Advanced Trauma Live Support) methode. De basis van deze in Canada ontwikkelde werkwijze is een gestructureerde aanpak van hulpverlening bij (levens)bedreigende aandoeningen via de ABCDEFG-methodiek. Iedereen die de ATLS-structuur volgt, van EHBO-cursist tot traumatooloog, weet dat deze benadering levensreddend werkt. Een belangrijk adagium daarbij is: 'treat first what kills first' (behandel het meest levensbedreigende het eerst).

In 2001 heeft ook de verloskunde deze werkwijze ingevoerd. Juist in de verloskunde kunnen acute situaties optreden die vooraf niet goed te voorspellen zijn. In Nederland is de situatie extra bijzonder, omdat bijna de helft van de bevallingen met een verloskundige thuis of (poli)klinisch start. Bij acute situaties zijn er daardoor meerdere overdrachtmomenten en zijn er zorgverleners uit verschillende echelons bij betrokken. Een gestructureerde aanpak van hulpverlening is dan belangrijk. Werken met dezelfde protocollen, elkaars taal spreken en elkaar durven aanspreken zijn in de verloskunde steeds gangbaarder geworden.

De MOET-cursus (Managing Obstetric Emergencies and Trauma) heeft daarvoor de eerste impulsen gegeven. Hier worden vooral gynaecologen samen met anesthesiologen geschoold. Daarna kwam de CAVE-cursus (Cursus Acute Verloskunde) voor training van verloskundigen en later ook van de kraamzorg. Samenwerking tussen CAVE en MedSim (Medisch Simulatiecentrum) zorgde ervoor dat de hele keten van de verloskunde in gesimuleerde scenario's werd getraind. Voor gynaecologen (niet in opleiding, tropenartsen en klinisch verloskundigen is er de SAVE'r-training (Simulatietraining Acute Verloskunde) en voor eerstelijns verloskundigen en ambulanceverpleegkundigen de POET (Pre-hospital Obstetric Emergency Training). Ondertussen zijn er in veel verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV) ook lokaal initiatieven ontstaan om samen te trainen. In de Zorgstandaard *Integrale geboortezorg* van 2016 (College Perinatale Zorg) is integrale scenariotraining een van de adviezen.

De kwaliteit van de zorg in de hele verloskundeketen is door deze trainingen gestegen, hoewel het effect niet gemakkelijk te meten is. Wel weten we dat sinds het begin van deze eeuw de maternale sterft daalt, evenals de perinatale sterfte. Ook ernstige maternale morbiditeit laat een dalende trend zien. Deze fraaie resultaten zijn uiteraard niet alleen te danken aan de veranderde werkwijze en het effect van training, maar deze hebben er zeker positief aan bijgedragen.

Tot nu toe was er geen Nederlands handboek acute verloskunde. Wij vonden dat de tijd rijp was om hierin verandering te brengen. Met de vele auteurs die wij bereid hebben gevonden hun kennis over en passie voor de specifieke aandachtsgebieden te delen, hopen wij de kennis en werkwijze in de acute verloskunde nog beter bereikbaar te maken voor alle hulpverleners die verloskundige zorg bieden. Wij hebben ervoor gekozen om zwangeren in de thuissituatie 'cliënt' te noemen, en in het ziekenhuis 'patiënt'. Tevens worden de (verloskundige) zorgverleners aangeduid met een 'zij'.

Het boek bevat een algemeen gedeelte, waarin de gestructureerde aanpak en het principe van CRM worden beschreven, met onder andere uitleg over de geprotocolleerde overdracht, de taal van het team, het belang van time-out en debriefing. Ook zijn er enkele korte, praktische hoofdstukken over triage, vervoer en de acute verloskunde tas/kar opgenomen. Ten slotte neemt een uitgebreid en evidence-based hoofdstuk over second victim een belangrijke plaats in.

Het tweede gedeelte geeft een overzichtelijke bespreking van de verschillende acute situaties, behandelt de gestructureerde aanpak van hulpverlening en bevat voorbeelden van praktische stroomdiagrammen. Deze hoofdstukken beginnen alle met een voorbeeldcasus en bespreken aansluitend achtergrond (zoals epidemiologie, oorzaken en risicofactoren), beleid in de thuissituatie, eventueel parallelle acties, vervoer en beleid in het ziekenhuis. Elk hoofdstuk is voorzien van praktische tips en duidelijke kernpunten. Een aantal hoofdstukken wordt ondersteund door een instructievideo. De stills hiervan zijn voorzien van een camera-icoon in de marge. Op de website van de uitgever zijn de instructievideo's na het invoeren van een code te bekijken.

Wij hopen dat het boek zijn weg vindt naar alle teamleden die een rol vervullen bij het tijdig en zo goed mogelijk oplossen van acute situaties in de verloskunde.

Boxmeer, voorjaar 2020

De redactie,
Barbara Havenith
Jacobien van der Ploeg
Marrit Smit
Jeroen van Dillen

REDACTEURS EN AUTEURS

REDACTEURS

Barbara Havenith

Gynaecoloog, Vrouwenpoli Boxmeer, directeur /instructeur CAVE

Jacobien van der Ploeg

Gynaecoloog, Maasziekenhuis Pantein, Boxmeer, directeur /instructeur CAVE

Dr. Marrit Smit

Klinisch verloskundige n.p., directeur Schola Medica Utrecht, vicevoorzitter KNOV

Dr. Jeroen van Dillen

Gynaecoloog, Radboudumc, Nijmegen, MOET-instructeur

AUTEURS

Elske Aarts

Verloskundige en docent Academie Verloskunde Maastricht

Prof. dr. Thomas van den Akker

Gynaecoloog, LUMC, Leiden/Professor in Global Maternal Health, Vrije Universiteit, Amsterdam

Lotte Beers, MSc

Verloskundige, docent bacheloropleiding Verloskunde, Hogeschool Rotterdam, POET-instructeur

Bianka Bijsterveld, MSc

Docent Academie Verloskunde – Amsterdam en Groningen, verloskundige en physician assistant n.p., bestuurs- en organisatiewetenschapper en POET-instructeur

Anneke Dijkman

Gynaecoloog, Reinier de Graaf Groep, Delft, MOET-instructeur

Dr. Jeroen van Dillen

Gynaecoloog, Radboudumc, Nijmegen, MOET-instructeur

Dr. Inge van Empel
Gynaecoloog, Radboudumc, Nijmegen

Bernice Engeltjes
MSc, docent Masteropleiding PA klinisch verloskundige, Hogeschool Rotterdam

Isabelle Grillis
Klinisch verloskundige, LUMC Leiden

Dr. Pierre van Grunsven
Arts, Regionale Ambulancevoorziening Gelderland-Zuid

Emer Hageraats
Arts, docent Academie Verloskunde Maastricht, POET- instructeur

Barbara Havenith
Gynaecoloog, Vrouwenpoli Boxmeer, directeur/instructeur CAVE

Anjoke Huisjes
Gynaecoloog, Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn, MOET-instructeur, voorzitter bestuur MOET Nederland

Anouk van der Knijff-van Dortmont
Anesthesist, ErasmusMC-Sophia, Rotterdam, MOET-instructeur

Dr. Annemieke Middeldorp
Gynaecoloog, LUMC Leiden, MOET-instructeur

Prof. dr. Arjan te Pas
Neonatoloog, LUMC, Leiden

Miriam Peelen
Ambulanceverpleegkundige, Regionale Ambulancevoorziening Gelderland-Zuid

Jacobien van der Ploeg
Gynaecoloog, Maasziekenhuis Pantein Boxmeer, directeur/instructeur CAVE

Leonie van Rheenen
Gynaecoloog, OLVG locatie West, Amsterdam

Dr. Liesbeth Scheepers
Gynaecoloog, Maastricht UMC

Dr. Marrit Smit
Klinisch verloskundige n.p., directeur Schola Medica Utrecht, bestuurslid KNOV

Nicole Snaphaan, PA-KV
Verloskundige, Radboudumc, Nijmegen, skills trainer Radboudumc

Karin Theeuwen
Verloskundige en docent Academie Verloskunde Maastricht, POET-instructeur

Yvette Timmermans-ter Horst
Gynaecoloog, Maasziekenhuis Pantein, Boxmeer

Simone Valk
Eerstelijns verloskundige, Rotterdam

Marieke Veenhof
Gynaecoloog, LUMC, Leiden

Alwin Vos
Communicatiedeskundige en trainer, Adviesgroep Procesverbetering & Innovatie,
Radboudumc, Nijmegen

Dr. Tom Witteveen
Kinderarts in opleiding, LUMC, Leiden

Dr. Mallory Woiski
Gynaecoloog, Radboudumc, Nijmegen

Dr. Gerda Zeeman
Gynaecoloog-perinatoloog, Tjongerschans Ziekenhuis, Heerenveen

Dr. Joost Zwart
Gynaecoloog, Deventer Ziekenhuis

13 SCHOUDERDYSTOCIE

Marieke Veenhof, Isabelle Grillis, Annemieke Middeldorp en Marrit Smit

INHOUD

Kernpunten

Casus 13.1 Teamwork bij schouderdystocie van de zoon van Shanti

13.1 Inleiding

13.2 Definitie

13.3 Incidentie

13.4 Risicofactoren

13.5 Morbiditeit

13.6 Preventie

13.7 Actieplan bij een schouderdystocie

Referenties

KERNPUNTEN

- Schouderdystocie is een zeldzame complicatie, die (meestal) onverwacht optreedt en niet te voorkomen is.
- Schouderdystocie is een acute obstetrische (nood)situatie, waarbij snel, rustig en vakkundig handelen en adequaat instrueren van assisterende hulpverleners (teamwork) en van de barenden van groot belang is.
- Schouderdystocie kan leiden tot ernstige perinatale morbiditeit (8-20%), zoals laesie van de plexus brachialis of cerebrale schade en zelfs tot mortaliteit.
- Pas na vijf minuten ontstaat een asfyxie bij de baby, als deze tot aan de geboorte van het hoofd in een goede conditie was.
- Een volle blaas neemt extra ruimte in beslag in het bekken, een lege blaas is zeer belangrijk. Zelfs na de geboorte van het hoofdje kan de blaas geleegd worden.
- De helft van de kinderen die geboren worden na een schouderdystocie weegt minder dan 4000 gram.
- Alle manoeuvres dienen elk in ieder geval 30 seconden geprobeerd te worden, daarna moet worden overgegaan op een volgende manoeuvre. Belangrijk is iemand te vragen de tijd bij te houden.
- Laat nooit fundusexpressie geven; dit is geassocieerd met een hogere kans op neonatale complicaties en het risico op een uterusruptuur.

Inwendige rotatie

Wanneer met de inwendige hand een clavicula of schouderblad kan worden gevoeld, kan worden overgegaan tot inwendige rotatie.

De rotatiemethoden kunnen zowel in rugligging als in de knie-handpositie worden uitgevoerd. Door inwendige rotatie wordt de schoudergordel van de baby in horizontale positie gebracht.

Rubin-manoeuvre

Bij de Rubin-manoeuvre (zie figuur 13.5) worden twee interne vingers achter de voorste schouder geplaatst en wordt de voorste schouder naar de buikzijde van het kind geduwd.



Figuur 13.5 Inwendige rotatie om de schoudergordel in horizontale positie te brengen.

Woods' screw manoeuvre

De manoeuvre volgens Rubin kan gecombineerd worden met het plaatsen van de vingers aan de voorzijde van de achterste schouder, waarna de achterste schouder naar de rugzijde van het kind wordt geduwd. Dit is de Woods' screw manoeuvre (figuur 13.6). Er vindt zo *adductie* van de voorste schouder en *abductie* van de achterste schouder plaats. Om meer ruimte te creëren is bij deze gecombineerde handgreep een episiotomie overigens sterk aan te bevelen.

Wanneer rotatie in de ene richting niet lukt, kan de andere richting geprobeerd worden. Als het lastig is om met de voorkeurshand naar binnen te gaan, kan van hand worden gewisseld.



Figuur 13.6 Rubin-manoeuvre, rotatie in all fours.



Figuur 13.7 Video schouderdystocie.

13.7.8 Posterieure axillaire slingtractie

Een recent beschreven nieuwe techniek is de posterieure axillaire slingtractie. Bij deze manoeuvre wordt een uitzuigkatheter dubbelgevouwen en onder de achterste oksel van het kind doorgehaald. Vervolgens kan hieraan tractie gegeven worden. (Deze manoeuvre lijkt op het afhalen van de achterste arm, waarbij de oksel van het kind wordt aangehaakt.) Op deze manier zou de achterste arm geboren kunnen worden. Deze posterieure axillaire slingtractie is nog niet in grote studies onderzocht, maar zou gemakkelijk aan te leren zijn en daarom in een noodsituatie uitkomst kunnen bieden.^[10]

13.7.9 Andere/volgende eventuele noodgrepen die kunnen worden toegepast:

- breken van een clavicula;
- symfyiotomie;^[1]

HANDBOEK ACUTE VERLOSKUNDE

Een spoedeisende situatie in de verloskundige zorg komt gelukkig niet heel vaak voor. Toch moet je er als zorgverlener staan op het moment dat er iets aan de hand is met moeder en/of kind. Dit handboek leert je systematisch het acute probleem in de verloskundige zorg te herkennen en te benaderen. De belangrijkste situaties worden behandeld, o.a.: pre-eclampsie, schouderdystocie, fluxus postpartum en reanimatie van de neonat. Ook wordt er aandacht besteed aan (multidisciplinaire) teams, de thuissituatie, de ziekenhuissetting, de overdracht en communicatie. De hoofdstukken zijn rijk geïllustreerd, bevatten inzichtelijke schema's en zijn voorzien van stills van **instructievideo's** (die online te bekijken zijn).

‘Met de introductie van de POET is er een brede beweging in gang gezet om het onderwijs op de verloskundige academies meer op elkaar af te stemmen. Het resultaat is ook dat de hele verdere opleiding tot verloskundige hierdoor een enorme ontwikkeling heeft doorgemaakt. Het Handboek acute verloskunde vormt de condensatie van deze hele ontwikkeling.’

– **Eric Hallensleben**, course director MOET en POET in ruste

‘Voor u ligt een duidelijk, praktisch multidisciplinair handboek dat tot stand is gekomen in goede samenwerking tussen verloskundigen, gynaecologen, ambulancezorgverleners, kinderartsen, SEH-artsen, verpleegkundigen, anesthesisten en docenten. Het geeft concrete handvatten voor al deze zorgverleners en is daarmee van grote waarde voor de hele geboortezorgketen, zowel in de praktijk als tijdens de opleiding. Ik beveel dit boek dan ook van harte aan.’

– **Carola Groenen, MSc.** voorzitter Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen

‘Goede samenwerking in acuut verloskundige situaties is cruciaal. Dit Nederlandstalige handboek biedt daartoe handvatten en beschrijft de noodzaak van goede communicatie en het opstarten van parallelle acties.’ – **Klaartje Caminada**, Protocolcommissie Ambulancezorg Nederland



Barbara Havenith
is gynaecoloog,
Vrouwenpoli Boxmeer



Jacobien van der
Ploeg is gynaecoloog,
Maasziekenhuis
Pantein Boxmeer



Dr. Marrit Smit is
klinisch verloskundige



Dr. Jeroen van Dillen
is gynaecoloog,
Radboudumc Nijmegen

