

SCHOUDERDYSTOCIE

DE NACHTMERRIE VAN ELKE ZORGVERLENER ?

VERLOSKUNDE IN BEWEGING 01 DECEMBER 2016

Dr. BART DEMYTTENAERE

GYNAECOLOOG-ADVISEREND GENEESHEER

MEDISCH EXPERT

STUDIEDIENST-JURIDISCHE DIENST

Nvsm



**Socialistische
Mutualiteiten**

SCHOUDERDYSTOCIE

DE NACHTMERRIE VAN ELKE ZORGVERLENER

- Inleiding
- Definitie en incidentie
- Morbiditeit en mortaliteit
- Prenatale en peripartale risicofactoren
- Preventie van schouderdystocie
- Beleid bij schouderdystocie
- Opleiding en training
- Besluit en aanbevelingen

inleiding

- Een van de belangrijkste schadeclaims in obstetrie
- NHSLA : in 10 jaar 250 claims voor een bedrag van 103,520,832 £
- 3 weerkerende aspecten
- De arts of verloskundige moest de schouderdystocie voorzien hebben en zonodig de noodzakelijke preventieve maatregelen genomen hebben
- Er waren voldoende risicofactoren opdat de moeder de keuze voor een keizersnede moest gehad hebben
- Het neurologisch letsel kan enkel veroorzaakt zijn door het "te hard trekken" door de verloskundige.

definitie

- *“requirement of additional obstetric maneuvers when gentle downward traction has failed to affect the delivery of the shoulders”*



incidentie

- Geschatte incidentie 0,2-3%

Indien men de objectieve criteria van 60 sec interval tussen de geboorte van het hoofd en de geboorte van de schouders(lichaam) hanteert bekomt men incidenties van 10% en meer

De incidentie van schouderdystocie blijkt over de jaren niet wezenlijk toegenomen te zijn .In de toekomst dient echter gewaakt te worden over het toenemende geboortegewicht evenals de toename in gewicht van de moeders. Dit is een belangrijk aandachtspunt voor toekomstige studies

In België zijn de materniteiten niet zo omvangrijk en is het aantal jaarlijkse bevallingen niet zo groot zodat kan gesteld worden dat de gemiddelde materniteit in België slechts enkele gevallen van schouderdystocie per jaar zal noteren. Dit heeft belangrijke implicaties voor het management van deze ernstige verwikkeling

Morbiditeit en mortaliteit

- Materneel :
 - Scheuren 3^e en 4^e graad
 - Meer postpartumbloedingen
- Neonataal
 - Erb's paralyse en neurologische letsels
 - Perinatale asfyxie

Prenatale en perinatale risicofactoren

- Geboortegewicht
- Andere risicofactoren
 - Voor de zwangerschap
 - Vorige schouderdystocie
 - Diabetes
 - Obesitas
 - Multipariteit
 - Prenatale risicofactoren
 - Peripartale risicofactoren

geboortegewicht

- Het foetaal geboortegewicht is in de meeste studies een constant aanwezige risicofactor waarbij het risico op schouderdystocie evenredig toeneemt met het gewicht.
- Foetale macrosomie (> 5000 gr geschat en >4500 g effectief geboortegewicht) is een significante risicofactor doch er mag niet vergeten worden dat 40-60% van schouderdystocies optreedt bij een geboortegewicht < 4000gr en dat 70-90% van de macrosome neonaten (zelfs > 5000gr) bevallen zonder enige verwikkeling of sequel

Andere risicofactoren

- Factoren voor de zwangerschap
- Prenatale factoren
- Peripartale factoren

Factoren voor de zwangerschap

- Vorige schouderdystocie
- Diabetes (buiten zwangerschap)
- Obesitas
- multipariteit

Prenatale factoren

- Diabetes gravidarum
- inductie

Peripartale factoren

- Langdurige uitdrijving
- Kunstverlossing
- epidurale

Het geboortegewicht blijft de belangrijkste risicofactor doch de prenatale inschatting blijft onnauwkeurig en daarom klinisch niet echt bruikbaar

Andere geassocieerde risicofactoren zoals diabetes (pre- zowel als gestationele) zijn risicofactoren op macrosomie en daarom ook onrechtstreeks op schouderdystocie.

Goede begeleiding en oppuntstelling van zowel pregestationele als gestationele diabetes lijkt aangewezen.

Verschillende prenatale en peripartale risicofactoren kunnen niet eenduidig vastgelegd worden

Preventie van schouderdystocie

- **Preventieve inductie**

Aantal goede reviews konden geen verschil aantonen doch de statistische power van deze studies was meestal niet sterk genoeg

- **Electieve sectio**

Om 1 geval van plexusletsel te voorkomen zijn meerdere honderden tot meerdere duizenden sectio's nodig

Preventie van schouderdystocie

- **Noch preventieve inductie , noch electieve keizersnede vormen een valabel preventief instrument in het beleid rond schouderdystocie.**
- **De effecten van deze interventies tonen geen significante vermindering van het risico en de kosten-baten verhouding is zowel op medisch verloskundig als economisch vlak helemaal ongunstig**

Beleid bij schouderdystocie

- Mc Roberts
- Suprapubische druk
- Rubin
- Woods
- ‘all-fours’
- Noodingrepen
- addendum

Mc Roberts

McRobert's maneuver

- Acute flexion and abduction of thighs
 - Reduces the angle of pelvic inclination by 10degree
 - Straightens the pelvic curve
- Suprapubic pressure
 - On ant shoulder of fetus and press posteriorly to cause adduction
- Posterior traction on fetal head



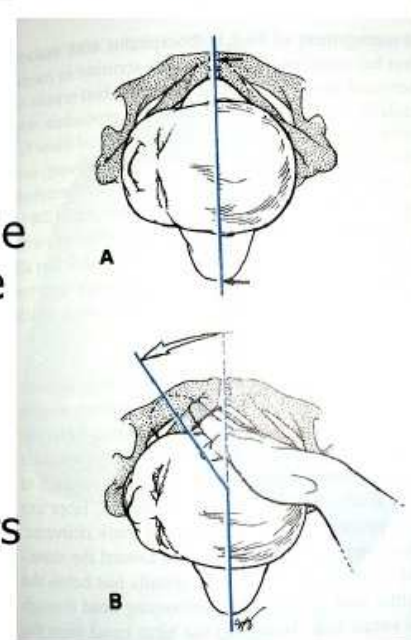
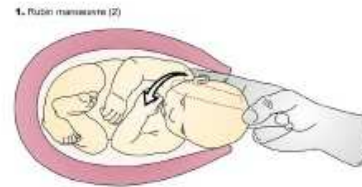
Suprapubische druk



Rubin

Rubins maneuver

- Two maneuvers
- First
 - rocking the fetal side to side by applying pressure to the maternal abdomen
- Second
 - Reverse corkscrew
 - Abduction of both shoulders



Woods

Wood's corkscrew

- 180 degree shoulder rotation of posterior shoulder
- Delivery of posterior shoulder



cop12058 www.fotosearch.com

All-fours (Gaskin maneuver)

All-fours maneuver

- in the knee-elbow position expand the capacity of the pelvis by about 30%



Noodingrepen

- Cleidotomie
- Zavanelli

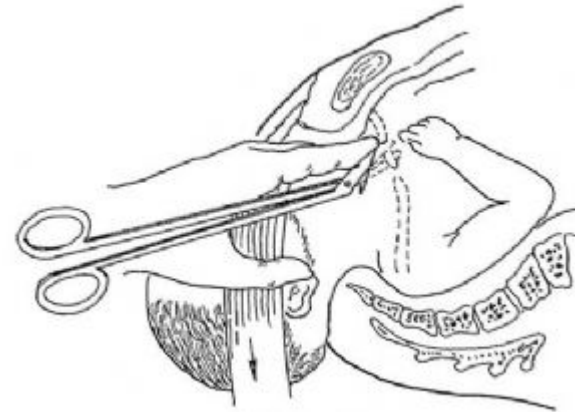
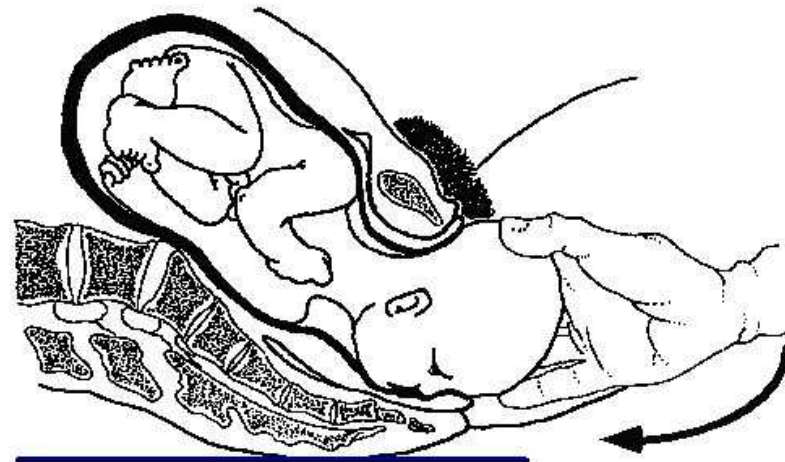
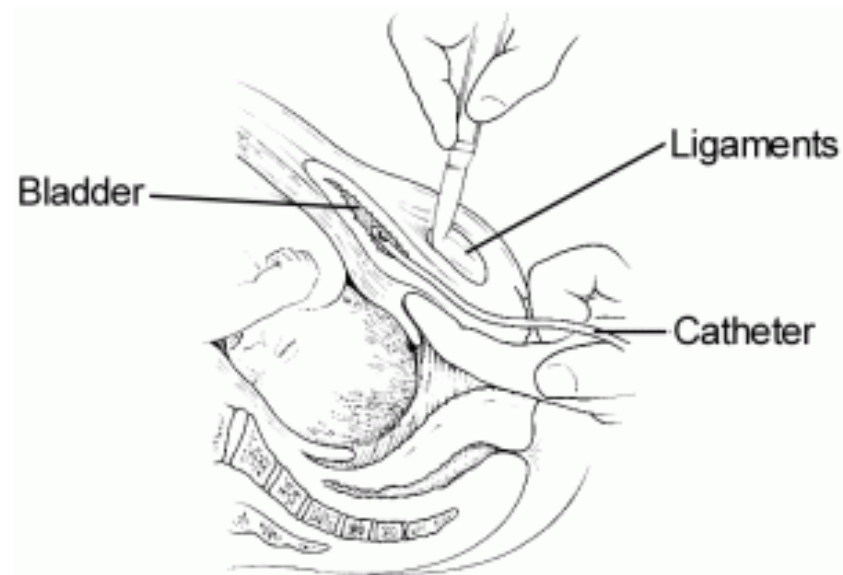


图 11.2.13.5-1



Noodingrepen

- Symfysiötomie



addendum

- Episiotomie
- Het mag duidelijk zijn dat episiotomie geen “conditio sine qua non” is bij schouderdystocie en dat er op individuele basis binnen de klinische context dient overwogen te worden of een episiotomie aangewezen is
- Fundale druk



OPLEIDING EN TRAINING

- Er zijn voldoende argumenten om een opleiding en training(simulatie) op regelmatige basis(jaarlijks,...) te organiseren voor zowel artsen als vroedvrouwen in de diverse materniteiten en voor onafhankelijke vroedvrouwen die bevallingen uitvoeren




Aanbevelingen

HELPERR
for Shoulder Dystocia

- H** Call for **H**elp
- E** Evaluate for **E**pisiotomy
- L** Legs: McRoberts Maneuver
- P** External **P**ressure – suprapubic
- E** Enter: rotational maneuvers
- R** Remove the posterior arm
- R** Roll the patient to her hands and knees

"Enter" maneuvers:



Rubin's Rubin's + Woods' Error Reverse Woods' Error

ALSO

Aanbevelingen

- Rapportage !!!!
 - Tijd nemen om een goede rapportage te maken met de aanwezige personen, de tijdslijn en de uitgevoerde handelingen → verslag in tempore non suspecto
- Communicatie
 - Gynaecoloog(arts) ↔ vroedvrouw
 - Vroedvrouwen onderling

VRAGEN ???

