



Zorgpad 15 Schouderdystocie

©2023, Geboortezorg Consortium Limburg (GCL)

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in welke vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs. Na verkregen toestemming is reproductie van dit document of delen ervan alleen toegestaan mits de authentieke bron als volgt vermeld wordt: "Geboortezorg Consortium Limburg Zorgpad 15 Schouderdystocie, versie V2.2 nov 2023".

Disclaimer

Dit document is samengesteld onder redactie van de werkgroep Schouderdystocie in het kader van het GCL project zorgpaden en vastgesteld door de mandaatgroep. Hoewel aan de samenstelling de uiterste zorg is besteed, is het mogelijk dat de inhoud onjuist en/of onvolledig is. De samenstellers aanvaarden deswege geen aansprakelijkheid voor (de gevolgen van) eventueel voorkomende fouten en onvolledigheden in de teksten.

Het GCL project is mede mogelijk gemaakt door financiering van ZON MW (projectnummer 05430012220007).





Revisie vastgesteld op 3 november 2023

Zorgpad 15 Schouderdystocie

In het revisiedocument wordt het volledige zorgpad weergegeven. De vastgestelde wijzigingen worden in rood omkaderd aangeduid.

De onderbouwing van de revisie is te vinden in Revisiedocument Zorgpad 15 – Schouderdystocie V2.2

15.1 Definitie

- Er wordt gesproken van een schouderdystocie bij toepassing van andere handelingen dan de standaard ontwikkeling van de schouders (bimanueel omvatten en sacraalwaarts bewegen van het caput).
- Er wordt gesproken van een ernstige schouderdystocie bij toepassing van 2 of meer extra (naast bovengenoemde) handgrepen en/of letsel van het kind.

15.2 Beleid Schouderdystocie in de voorgeschiedenis

- **Gewichtsschatting**
Bij een schouderdystocie in de voorgeschiedenis dient tijdens de huidige zwangerschap rond 36⁺⁰ weken door de hoofdbehandelaar een adequate gewichtsschatting gemaakt te worden, d.m.v. een echo biometrie in combinatie met uitwendige palpatie. Deze gewichtsschatting in combinatie met de echo biometrie en uitwendige palpatie rond 36 weken, bepalen mede de plaats van de baring (zie onderstaand).
- **Plaatsindicatie**
Voor de baring bestaat ten minste een plaats indicatie bij een schouderdystocie in de voorgeschiedenis en in de huidige zwangerschap een **vergelijkbaar groot** kind (maximaal 500 gram zwaarder t.o.v. geboortegewicht van het kind waarbij de schouderdystocie optrad).
- **Klinische baring**
 - Een klinische baring is geïndiceerd bij een schouderdystocie in de voorgeschiedenis en in de huidige zwangerschap een kind met een geschat gewicht dat **>500 gram zwaarder** is t.o.v. het geboortegewicht van het kind waarbij de schouderdystocie optrad.
 - Bij een ernstige schouderdystocie in de voorgeschiedenis wordt een primaire sectio caesarea besproken.
- Na het optreden van een schouderdystocie documenteert de parteur een advies ten aanzien van de volgende baring (vaginale (proef)baring of primaire sectio caesarea) en bespreekt dit met relevante zorgverleners, de zwangere en haar partner.



- Als na de geboorte van het hoofd de wee voorbij is, wordt gewacht op de volgende wee, (als de klinische situatie het toelaat), om een mogelijke schouderdystocie en neonatale complicaties te voorkomen.