

Multidisciplinair protocol hoogstaand caput a terme

Protocol gemaakt door	J. Kreijkes, verloskundige bij praktijk Verwacht! M. Nissinen, verloskundige MST E. Schreijer, verloskundige bij praktijk De Hof K. Schut, verloskundige ZGT J. Sikkema, gynaecoloog ZGT K. Snijders, verloskundige bij praktijk M. Wissenburg, verloskundige bij praktijk Liberis Libenter
Goedgekeurd in	mei 2017
Herzien in	juni 2019, februari 2021, februari 2023
Ter revisie in	April 2025

Doel van dit protocol

Afspraken vastleggen over hoe te handelen bij een hoogstaand caput a terme.

Definitie

Hoogstaand caput: het caput is bij een nullipara vanaf 37 weken zwangerschapsduur en bij een multipara bij aanvang van de partus nog beweeglijk boven bekkeningang. Het caput kan daarbij centraal boven de bekkeningang zijn of afgeweken (het caput is bij VT niet aan te raken).

Achtergrond

Over het algemeen daalt bij een primigravida het caput in rond 34 weken zwangerschapsduur. Bij multigravida zie je vaak dat de indaling pas plaatsvindt durante partu.

Oorzaken

Maternaal

- afwijkende bekkenvorm;
- obstructies in de bekkeningang: myoom, ovariumtumor;
- uterusanomalie;
- negroïde vrouw, mogelijk als gevolg van te sterke lordose (bekken kantelen om dit op te heffen);
- multipariteit.

Foetaal

- congenitale afwijking van de foetus;
- afwijkende stand van het hoofd;
- placenta praevia;
- positieve discongruentie;
- dysmaturniteit;
- navelstrengomstrengeling;

Combinatie van beide

- caput-bekkendiscongruentie.

Complicaties

Een risico van een niet ingedaald caput is een uitgezakte navelstreng (incidentie 0.14-0.63%), met daaraan verbonden foetale nood en perinatale sterfte. Ook een langdurige ontsluiting en/of uitdrijving, met mogelijk een sectio tot gevolg, behoren tot de risico's. Slechts 20% van de primigravida met een niet ingedaald caput bevalt in de eerste lijn. 80% bevalt dus in de tweede lijn, waarvan ca 50% vaginaal. Er is dus een aantoonbaar groter risico op een langdurige ontsluiting en uitdrijving, maar geen verhoogd risico op een vaginale kunstverlossing. Wel een verhoogd risico op een SC.

Er is (inter)nationaal geen consensus over het te volgen beleid bij een niet ingedaald caput in de a terme periode of durante partu.

Behandeling eerste lijn

Vanaf 36 weken

- uitwendig onderzoek om cbbi te diagnosticeren;
- handgreep van Osborne is positief bij prominieren van het caput boven de symfyse;
- eventueel inwendig onderzoek om de indaling aan de hand van de vlakken van Hodge te bepalen en het al dan niet opdrukbaar zijn van het hoofd;
- informeer de zwangere over de risico's van een hoogstaand hoofd (kleine kans op uitzakken van de navelstreng of ander voorliggend deel als de vliezen breken);
- belinstructies geven;
- - zo snel mogelijk gaan zitten als de vliezen breken. Indien elders, ga rustig zitten en ga daarna z.s.m. naar huis als meest vruchtwater is afgelopen; Laat patiënte beoordelen of er iets uit de vagina hangt/zakt;
 - zo snel mogelijk contact opnemen met de verloskundige en aangeven dat bij de laatste controle het hoofdje niet was ingedaald;
- er is geen consult 2^{de} lijn nodig, de 1^{ste} lijn heeft doorgaans voldoende informatie uit echo's beschikbaar om pathologie uit te sluiten;
- indien groei >P90 is en er sprake is van hoogstaand caput: MR partus.

Met opmerkingen [VdM1]: Liggen is niet bewezen zinvol.

Met opmerkingen [VdM2]: Op verzoek van 1^e lijn naar aanleiding van triage wijzer toevoegen?

Tijdens partus:

Indien de zwangere belt dat haar vliezen gebroken zijn of weeën begonnen, maar het hoofdje nog niet ingedaald was tijdens de laatste controle:

Check of er geen NS prolaps is, dus vraag aan patiënte of er iets in of uit de vagina hangt of gezakt is. Ja; z.s.m. bezoek naar patiënte (protocol parallelle acties inzetten).

Vraag of zij kindje goed voelt bewegen en of zij denkt dat de ligging nog hoofdligging is.

Probeer bij gebroken vliezen of bij actieve weeën de zwangere zo vlot mogelijk te bezoeken. Indien dit niet mogelijk is: bel een achterwacht. Indien dit ook niet mogelijk is: stuur de zwangere in naar de 2^{de} lijn, met eigen vervoer.

Verwijzing

Beleid indien thuis bezoek mogelijk is:

Gebroken vliezen met weeënactiviteit	1. uitwendig onderzoek verrichten en cortonen luisteren; 2. VT verrichten, indien navelstreng palpabel, met spoed ambulance bellen en dienstdoend gynaecoloog op de hoogte stellen. Protocol navelstrengprolaps volgen (ROAZ); 3. Indien caput hoog, geen voorliggende navelstreng en goede cortonen: overdragen aan 2^{de} lijn; 4. Eventueel vervoer naar ziekenhuis kan met eigen auto.
Gebroken vliezen zonder weeënactiviteit	1. uitwendig onderzoek verrichten, cortonen luisteren en temperatuur meten; 2. indien caput hoog en goede cortonen: Overdragen aan 2^{de} lijn; 3. bij twijfel over cortonen: VT verrichten, indien navelstreng palpabel, met spoed ambulance bellen en dienstdoend gynaecoloog bellen. Protocol navelstrengprolaps volgen (ROAZ).
Staande vliezen en in partu	1. uitwendig onderzoek verrichten, cortonen luisteren en VT verrichten; 2. <3 cm = expectatief beleid, na 2 uur herbeoordelen Voldoende vordering = 1^{ste} lijns partus. Onvoldoende vordering = overdragen aan 2^{de} lijn, met eigen vervoer; 3. >3cm en persisterend hoogstaand caput, naar ziekenhuis met eigen vervoer, na 1,5 uur herbeoordelen. Onvoldoende vordering = overdragen aan 2^{de} lijn. Voldoende vordering maar persisterend hoogstaand hoofd = primi overdragen aan 2^{de} lijn. Multigravida mediumrisk partus.

Bij voorkeur vervoer met ambulance bij hoogstaande afgeweken hoofdligging.

Met opmerkingen [VdM3]: 1 lijn vraagt zich af bij weeen en niet ingedaald waarom er zo snel mogelijk bezoek moet plaatsvinden? Bij SROM lijkt zsm bezoek idd wel handig, bij beginnende weeen kun je toch een bezoek gaan plannen? Bij actieve weeen /in partu begrijp ik zsm een bezoek, want je wilt beoordelen hoe het VT is en wat de ligging is bij weeen.

Met opmerkingen [VdM4]: Tamara suggereerde nog blaascatheterisatie. Ja voor indaling, Nee als je bang bent voor NS prolaps, dus dit dan 1^e lijn dan doen in ZGT bij gevorderde ontsluiting of als pte niet gevorderd is?

Met opmerkingen [VdM5]: Deze zin kan weg, hoeft niet met ambulance

Behandeling tweede lijn

Gebroken vliezen zonder weeënactiviteit

- uitwendig onderzoek, CTG, echo i.v.m. positie navelstreng, evt. speculumonderzoek, vaginakweek (alleen bij langer dan 24 uur gebroken vliezen), temperatuur, laboratoriumonderzoek, opname, bedrust, eerder inleiden overwegen;
- caput ingedaald, CTG normaal, geen voorliggende navelstreng, vruchtwater helder en temperatuur normaal = retour 1^{ste} lijn met belinstructies (volgens protocol langdurig gebroken vliezen);
- in alle andere gevallen: overname zorg door 2^{de} lijn.

Gebroken vliezen met weeënactiviteit

- uitwendig onderzoek, CTG en VT;
- indien hoofd ingedaald, navelstreng niet te palperen, helder vruchtwater en CTG normaal = retour 1^{ste} lijn;
- in alle andere gevallen: overname zorg door 2^{de} lijn.

Referenties

- diverse landelijke transmurale richtlijnen Hoogstaand caput a terme;
- ZGT protocol 'Hoogstaand caput, a terme, medisch'.