

Protocol hoogstaand caput a terme

Definitie

Men spreekt van een hoogstaand caput a terme indien bij een amenorroe van 37 weken het caput nog niet is ingedaald. Bij de vierde handgreep van Leopold van het uitwendig zwangerenonderzoek is ballottement van het caput op te wekken boven de bekkeningang. Bij het vaginaal toucher is de maximale indaling op H1 en is het caput opdrukbaar.

Predisponerende factoren

- Vaak geen oorzaak aanwijsbaar
- Maternaal
 - Afwijkende bekkenvorm;
 - Obstructies in de bekkeningang (myoom, ovariumtumor);
 - Uterusanomalie;
 - Lordose (met name bij negroïde vrouwen. Bij Creoolse primigravida daalt het schedel vaak pas in tijdens de baring en kan het cbbbi veroorzaakt worden door een versterkte lendenlordose. Er bestaat dan in principe geen indicatie voor evaluatie);
 - Volle blaas;
 - Polyhydramnion;
 - Placenta praevia (meestal bij SEO al uitgesloten).
- Foetaal
 - Congenitale afwijking bij de foetus (bijv., hydrocephalus);
 - Afgeweken hoofdligging;
 - Positieve dyscongruentie;
 - Navelstrengomstrengeling;
- Caput-bekken dyscongruentie.

Prevalentie

Weinig literatuurgegevens beschikbaar.

Mogelijke complicaties

Een hoogstaand caput a terme kent de volgende mogelijke complicaties: een disproportie tussen foetus en baringskanaal tijdens de baring en een navelstrengprolaps of overige uitgezakte kindsdelen bij het breken van de vliezen.

Disproportie kind/baringskanaal

Een niet ingedaald caput à terme bij een nullipara kan een aanwijzing zijn voor een disproportie, echter het vaststellen hiervan vindt enkel plaats tijdens de baring. Het risico op een sectio bij een hoogstaand caput lijkt significant verhoogd. Dit risico lijkt groter wanneer het caput niet is ingedaald en de baring wordt ingeleid. Ondanks dit verhoogde risico bevalt het merendeel van de vrouwen vaginaal.

Navelstrengprolaps

Bij het breken van de vliezen bij een hoogstaand caput is er een risico op een navelstrengprolaps. Dit is een ernstige complicatie en komt naar schatting voor bij ongeveer 2 op de 1000 geboortes (hierin worden niet alleen à terme zwangerschappen meegeteld, maar ook liggingsafwijkingen, meerlingen en partus prematurus). De exacte kans op een navelstrengprolaps bij het breken van de vliezen bij

een caput beweeglijk boven bekkeningang à terme, is onbekend maar minder dan 0,2%. In geval van een navelstrengprolaps wordt de perinatale sterfte geschat op 7-9%. Er is niet aangetoond dat liggend vervoer naar het ziekenhuis (al of niet per ambulance) het optreden van een navelstrengprolaps zou kunnen voorkomen.

Zwangerschap

Eerste lijn

- Verricht uitwendig onderzoek om indaling te beoordelen;
- Indien CBBBI, beoordeel door middel van de handgreep van Osborne. Osborne is positief bij prominieren van het caput boven de symfyse;
- Informeer zwangere m.b.t risico's van hoogstaand caput;
- Belinstructies geven. Indien spontaan gebroken vliezen dan direct bellen met verloskundig hulpverlener;
- Consult tweede lijn indien er geen SEO is verricht en/of er verdenking bestaat op pathologie.

Diagnostiek tweede lijn

- Uitwendig onderzoek (idem aan 1^e lijn)
- Echografisch onderzoek
 - Placenta lokalisatie
 - Biometrie
 - Afwijkingen van de foetus (SEO), beoordelen uterus en adnexa voor zover mogelijk.
- Indien geen afwijkingen gevonden mag patiënte retour eerste lijn en thuis bevallen. Wel inlichten over verhoogd risico op complicaties (zie bovenstaande).

Partus

Eerste lijn

- Indien SROM en CBBBI à terme:
 - De verloskundig hulpverlener moet direct op de hoogte gesteld worden. Liggend is niet bewezen effectief in het verlagen van mogelijke complicaties.
 - Ook is er niet bewezen dat liggend vervoer naar het ziekenhuis (al dan niet per ambulance) het optreden van een navelstrengprolaps kan voorkomen.
 - De verloskundig hulpverlener komt langs om cortonen te luisteren en te beoordelen of het caput de bekkeningang afsluit; indaling wordt uitwendig bepaald, tenzij anders noodzakelijk.
 - Indien het caput is ingedaald mag er worden afgewacht. Voor duur afwachten, zie protocol langdurig gebroken vliezen.
 - Indien het caput niet is ingedaald, maar wel de bekkenrand afsluit, kan de spontane start van de baring worden afgewacht. Bij weeën activiteit komt de verloskundige direct cortonen en indaling van het caput beoordelen, wegens de kans op compressie van de navelstreng.
 - Bij een niet afsluitend caput, een zogenaamd 'floating head', vindt er overleg met de tweede lijn plaats.

Nb: bij volledig instabiele cq afgeweken hoofd- of stuitligging of dwarsligging direct insturen naar tweede lijn. Vervoer per ambulance moet door de eerstelijns verloskundige overwogen worden.

Navelstrengprolaps of mogelijk andere kindsdelen die van invloed zijn op de conditie van het kind of *modus partus*

Mocht een zwangere bellen en er is verdenking op of sprake van een navelstrengprolaps of een overig uitgezakt kindsdeel, dan dient er knie-hoofd houding (waarbij het hoofd zo laag mogelijk ligt)

te worden aangenomen door de zwangere terwijl er op hulp wordt gewacht. Vervoer naar het ziekenhuis vindt bij voorkeur plaats in trendelenburg en left-lateral-tilt. Er vindt een overdracht naar de tweede lijn plaats volgens de SBAR methode (Situation, Background, Assessment, Recommendation), waarna een eventuele parallelle actie kan worden ingezet (zie protocol Parallelle actie). De zwangere wordt zo spoedig mogelijk naar het ziekenhuis vervoerd. Het caput wordt waar mogelijk opgedrukt d.m.v. blaasvulling of toucherende vingers. Overweeg om rechtstreeks naar de OK te gaan en een echo op de holding te maken.

Tweede lijn

- Bij het breken van de vliezen belt patiënte direct met de tweedelijns verloskundige en komt met eigen vervoer zo snel mogelijk naar het ziekenhuis.

(Nb: bij volledig instabiele cq afgeweken hoofd- of stuitligging of dwarsligging kan vervoer per ambulance door de verloskundig hulpverlener overwogen worden.)

- Verricht uitwendig onderzoek om indaling te beoordelen
- Maak een CTG gedurende in principe 30 minuten.
- Neem zo nodig kruisbloed af en bepaal bloedbeeld.
- Verricht echografisch onderzoek indien er tijdens de zwangerschap geen echo is verricht wegens hoogstaand caput
 - Placenta lokalisatie
 - Biometrie
 - Afwijkingen van de foetus (SEO), beoordelen uterus en adnexa voor zover mogelijk
- Bij weeën activiteit opnieuw CTG maken gedurende in principe 30 minuten en beoordelen indaling.
- Indien langdurig gebroken vliezen, zie protocol langdurig gebroken vliezen.
- *Geen inleiding op de indicatie hoogstaand hoofd.*

Bronnen

- Crombag, N. (2018, Juni). *Factsheet Caput beweeglijk boven bekkeningang*. Opgehaald van KNOV: <https://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/875-2/caput-beweeglijk-boven-bekkeningang/hoofdstuk/1233/caput-beweeglijk-boven-bekkeningang/>
- KNOV. (2003). *Verloskundig Vademecum*. Opgehaald van KNOV: <https://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/524-2/verloskundige-indicatielijst/hoofdstuk/733/verloskundige-indicatielijst/>
- UMCG. (sd). *Hoogstaand caput à terme*. Opgehaald van Protocollen UMCG: <https://protocollen.umcg.nl/#/documents/c8f402d1-c78f-45a3-a5ac-abdb8650f780>
- VSV Zwolle. (2007, Juli). *Protocol / werkafspraak: Cbbbi*. Opgehaald van VSV Zwolle: <https://www.vsvzwolle.nl/userfiles/file/Cbbbi.pdf>

Nienke Jansen, Lorette Heller, Bodine van Ommen en Esther Tuinman
Augustus 2020