Doel
Gezamenlijke en eenduidige VSV afspraken maken met betrekking tot het beleid bij een hoogstaand caput à terme en de daarbij mogelijke complicaties voorkomen.

Doelgroep
Gynaecologen, Klinisch verloskundigen, Verloskundigen 1e lijn, Obstetrieverpleegkundigen

Definitie
We spreken van een hoogstaand caput à terme wanneer het caput bij nullipara bij een van AD 37 weken en bij multipara bij de aanvang van de partus nog beweeglijk is boven de bekkeningang. Het caput kan daarbij centraal boven de bekkeningang zijn of afgeweken.
De belangrijkste complicatie van hoogstand caput à terme is navelstrengprolaps. Daarnaast is de kans op een niet vorderende baring verhoogd. Dit geldt met name voor nulliparae

Incidentie
Onbekend

Mogelijke Oorzaken/Risicofactoren
Maternaal:
- Afwijkende bekkenvorm
- Obstructies in het kleine bekken; bijvoorbeeld; myoom, ovariumtumor
- Uterusanomalie
- Negroïde vrouw, mogelijk als gevolg van sterke lordose
- Multipariteit

Foetaal:
- Congenitale afwijkingen van de foetus
- Afwijkende stand van het hoofd
- Placenta praevia
- Positieve dyscongruentie door macrosomie of polyhydramnion
- Dysmaturiteit
- Navelstrengomstrengeling

Combinatie van beide:
- Caput-bekkendiscongruentie

Diagnostiek
- Uitwendig onderzoek, handgrepen van leopold.
- Echoscopisch onderzoek
  - Biometrie
  - Placenta lokalisatie
  - Ligging foetus
  - Positie navelstreng
  - Aanwezigheid myomen / adnextumor
  - Aanwezigheid hydrocephalie
- Inwendig onderzoek op indicatie. Aanwezigheid van (nog onbekende) baring belemmerende factoren, voorbeeld; cervicaal myoom

Werkwijze en beleid Prenataal
- Indien er bij een AD vanaf 37+0 weken sprake is van een hoogstaand caput, ga dan na of cliënte een SEO heeft gehad. Als daar geen bijzonderheden zijn gezien is een consult in de 2e lijn niet noodzakelijk, tenzij er een vermoeden is op risicofactoren.

- Indien de cliënte geen SEO heeft gehad laat je haar voor consult zien op de poli gynaecologie om echoscopisch risicofactoren zoals een placenta praevia uit te kunnen sluiten. Als daar geen bijzonderheden worden gevonden kan cliënte retour 1e lijn.

Geef iedere cliënte waarbij sprake is van een hoogstaand caput bij een amenorroeduur vanaf 36+0 weken uitleg en belinstructies m.b.t. de risico's van een hoogstaand caput (kleine kans op een navelstreng prolaps of ander voorliggend deel indien spontaan breken van de vliezen).

- Vraag cliënte bij SROM te bellen met haar verloskundige 1e of 2e lijn, laat haar benoemen; gebroken vliezen, bij laatste controle hoofd nog niet ingedaald.
- Laat de zwangere vervolgens gaan liggen, indien elders, zo spoedig mogelijk naar huis te gaan om te gaan liggen. Anders, indien mogelijk, naar het Maasziekenhuis te gaan.

Werkwijze en beleid Nataal

- <u>Bij gebroken vliezen zonder weeënactiviteit</u>
  - Indien in eerstelijn:
    Ga bij melding van gebroken vliezen op huisbezoek, controleer de cortonen en beoordeel middels uitwendig zwangerenonderzoek of het caput is ingedaald.
  - > Indien ingedaald en goede cortonen dan mag mevrouw weer mobiliseren en mag er 24 uur afgewacht worden indien er geen andere risicofactoren zijn (MHVW, koorts etc.)
    - Laat de zwangere 4x per 24 uur haar tempratuur opnemen.
      Indien de temperatuur gelijk is aan of boven 37,8 graden, laat de zwangere dan na 1 uur nogmaals haar temperatuur controleren.
      Is deze na 1 uur nog steeds gelijk aan, of boven 37,8 graden contact op nemen met verloskundige
  - > Indien het caput niet is ingedaald en er zijn goede cortonen, moet de zwangere blijven liggen. Zij mag alleen op voor toiletbezoek.
    (Indien afwijkende ligging, enkel mictie in po op bed)
    Overleg met dienstdoende gynaecoloog voor verdere beoordeling en observatie door de tweedelijn. In principe mag mevrouw met eigen vervoer/vervoer van verloskundige naar het ziekenhuis komen. Indien het hoofd zodanig hoog staat dat eigen vervoer niet vertrouwd wordt, wordt de ambulance A2 opgeroepen om mevrouw liggend naar het ziekenhuis te vervoeren. Indien het caput later alsnog goed is ingedaald kan cliënte retour 1e lijn.
    - > Indien het caput niet is ingedaald en er zijn geen of afwijkende cortonen hoorbaar, doe dan inwendig onderzoek om een eventuele navelstrengprolaps te detecteren. Indien sprake of verdenking van een navelstrengprolaps: laat A1 ambulance komen, zorg dat je de blaas vult met 500 ml NaCl en breng de dienstdoende gynaecoloog op de hoogte.

- <u>Staande vliezen en in partu</u>
  - Luister cortonen, beoordeel middels uitwendig onderzoek en inwendig onderzoek de mate van indaling en beoordeel het voorliggend deel/of er geen sprake is van een voorliggende navelstreng. Indien hier geen sprake van is en het caput het voorliggend deel is, kan er afgewacht worden of de contracties zorgen voor verdere indaling. In geval van onvoldoende vorderen van de ontsluiting, indaling of uitdrijving, cliënt insturen naar de 2e lijn.