

Protocol Niet vorderende ontsluiting

Definitie

Er is sprake van een niet vorderende ontsluiting indien de toename van de ontsluiting < 1 cm/ per uur bedraagt of wanneer er gedurende twee tot vier uur geen progressie in de ontsluiting is opgetreden bij iemand die in partu is verklaard.

Doel

Definiëren/ diagnosticeren en behandelen van het niet vorderen van de ontsluiting.

Betrokkenen

- Patiënte en partner
- kraamverzorgster
- O&G verpleegkundige
- Eerstelijns verloskundige
- Klinisch verloskundige
- Arts-assistent
- Gynaecoloog

Risicofactoren

- Angst
- Positieve dyscongruentie ($\geq P95$ primi)
- Caput beweeglijk boven bekkeningang (cbbbi)
- BMI >25

Oorzaken

De oorzaken van vertraagde ontsluiting kunnen zowel liggen aan de 'powers', de 'passenger' als de 'passage'. Bij een nulliparae moet altijd als eerste gedacht worden aan ineffectieve weeën bij niet vorderende ontsluiting. Bij multiparae is stagnatie in de bevalling bijzonder zeldzaam, maar uiterst verdacht voor een mechanische obstructie.

De belangrijkste beslissing bij de baring is de diagnose dat de baring begonnen is. De diagnose van de baring kan en mag alleen worden vastgesteld op basis van objectieve symptomen: regelmatige, pijnlijke contracties zijn voorwaarde maar geen bewijs. Tekenen en vruchtwaterverlies zijn zeer suggestieve symptomen. Het definitieve bewijs is ontsluiting en dus per definitie volledige verstriking. Een vrouw die subjectief wel maar objectief niet in partu is, heeft een valse start. Sedatie valt te overwegen.

Tijdens een niet-vorderende baring kunnen de volgende fasen worden onderscheiden:

Primaire weeënzwakte: is de meest voorkomende en meest onderschatte complicatie bij nulliparae (25 a 35%). Het komt bij multiparae niet voor tenzij:

- Als gevolg van een inleiding
- Als gevolg van negatieve conditionering door inadequate begeleiding bij de eerste partus
- Als zij ten onrechte in partu is verklaard

Secundaire weeënzwakte: bij 10-15% van de nulliparae stagneert de bevalling secundair, nadat aanvankelijk vlot de 7-8 cm ontsluiting is bereikt (een afvlakkend partogram). Het onderliggend probleem is inadequate wigwerking doordat het caput onvoldoende aansluit op de ontsluitingsring. Hierbij kunnen 4 factoren een rol spelen:

- Te weinig gerichte contractiekracht (niet bij multiparae)
- Te geringe vervorming van het caput, onvoldoende moulage (serotien hard caput) en/of onvoldoende caput succedaneum (door te geringe weeënkracht)
- Een relatief ongunstige stand van het caput: asynclitisme, occiput posterior, onvoldoende flectie)
- Een absolute mechanische wanverhouding door een te klein bekken (zeldzaam)

Bij multiparae komt een secundair afvlakkend partogram na 7-8cm ontsluiting ook voor (een primaire weeënzwakte is uiterst zeldzaam) en is op voorhand sterk verdacht voor ongunstige mechanische verhoudingen tussen het caput en het kleine bekken.

Een volle blaas zou een weeënzwakte kunnen veroorzaken.

Psychische factoren: door angst en spanningen kan de baring ook niet vorderen, ondanks de ogenschijnlijk goede of althans pijnlijke weeën. De uterus contraheert dikwijls niet doelmatig, dat wil zeggen ten dele. Indien intensieve begeleiding niet helpt, kan door toediening van sedativa of analgetica soms een beter gecoördineerde uterusactiviteit optreden, met plotseling een snelle progressie van de baring. Er is een aantal opvattingen: stress zou een stijging van de adrenaline veroorzaken met als gevolg een remmende werking op de contracties.

Beleid

1^e lijn

Ineffectieve weeën

Amniotomie, na twee uur herbeoordelen, bij niet vorderen insturen. Cave risicofactoren! Overweeg pijnstilling.

Volle blaas

Zonodig katheteriseren. Wanneer geen vordering na één uur, verwijzen .

Liggingsafwijkingen

Houdingsveranderingen heeft geen zin. Wanneer geen vordering na één uur, verwijzen .

Angst en pijn

Douchen en continue begeleiding geven. Wanneer geen vordering na één uur, verwijzen .

2^e lijn

- Bekijk gegevens van de verloskundigenkaart, anamnese, bijzonderheden graviditeit, evt groei-echo's
- Beoordeel CTG
- Doe uitwendig onderzoek (evt. gewichtsschatting op de hand)
- Doe VT volgens POVIAS en bepaal de mate van contracties
- Breng caputelectrode en evt. druklijn in
- Indien supervisor niet op de hoogte van patiënte, licht deze in en bespreek je bevindingen
- Start syntocinon bijstimulatie volgens protocol.
- Bespreek mogelijkheden van pijnstilling en regel indien gewenst
- Controleer of T&S (Type & Screen) afgenomen is
- Bespreek tijd van herbeoordeling (na 2 uur) en je verwachting. In principe verwacht je binnen 3 uur na je 1^e beoordeling progressie indien adequate weeën, goede pijnstilling en lege blaas.

Bij overnameverzoek en patiënte is reeds aan het ctg, dan is de patiënte een 2e lijns patiënte totdat zij actief terugverwezen wordt bij snelle vordering!

Op moment van terugverwijzing volgt een soort "timeout moment" tussen 2e lijn (assistent of klin verloskundige) en 1e lijns verloskundige waarin besproken wordt: foetale conditie, vordering, en adviezen over wanneer opnieuw overleg.

Bij ineens snelle vordering dus eerst deze timeout / overleg ,dat kan heel snel (belletje voor overleg met assistent of klinisch verloskundige) maar dus geen ctg verwijderen zonder overleg. Zolang geen overleg/ timeout blijft de patiënte dus onder verantwoordelijkheid van de 2e lijn.

Post partum

Ligt de verloskundige in over de partus en verwacht ontslag

Kraamzorg

<https://kckzapp.nl/appify/partusassistentie/>

<https://kckzapp.nl/appify/partusassistentie-in-acute-verloskundige-situaties/>

<https://kckzapp.nl/appify/15-handeling-assisteren-van-verloskundige-bij-niet-vorderende-ontsluiting/>

Bronnen

- Reuwer et al, Preventive support of labour, 2002
- Protocol NVOG Vaginale kunstverlossing
- Schutte et al, Verloskunde en gynaecologie, 2008

Protocol gemaakt door	Lineke van den Berg, 1 ^e lijns verloskundige Madelaine Jonkers, klinisch verloskundige
Besproken met	Lineke van den Berg, 1 ^e lijns verloskundige Mieke Oostveen, 1 ^e lijns verloskundige Ageeth in 't Veld, 1 ^e lijns verloskundige Gardy Laurijssen, 1 ^e lijns verloskundige Arnine van Helden, 1 ^e lijns verloskundige Madelaine Jonkers, klinisch verloskundige Bert Meershoek, gynaecoloog Nienke van Heesewijk, gynaecoloog Hans Versendaal, perinatoloog-gynaecoloog
Goedgekeurd op	10 februari 2016



