

## Niet ingedaald voorliggend deel 3e trimester/hogstaand caput

### 1. Definitie

Bij primigravida daalt over het algemeen het caput in rond 34/35 weken zwangerschapsduur. Bij multipara kan de indaling pas plaatsvinden durante partu, maar ook eerder. Ook bestaan er raciale verschillen zoals niet of latere indaling bij negroïde vrouwen. Indien bij een nullipara na de 36e week het hoofd niet indaalt en opvallend promineert boven de symfyse is er sprake van een hoogstaand caput (CBBBI)

### 2. Oorzaken

- Blokkades bekkeningang: myoom, ovariumtumor, placenta praevia, uterusanomalie
- Macrosomie
- Afgeweken hoofdligging
- Congenitale afwijkingen van de foetus

### 3. Risico's tijdens de baring

Primigravida met een niet ingedaald caput aan het begin van de baring hebben meer risico op:

- Langdurige ontsluiting/uitdrijving
- Sectio caesarea

### 4. Beleid tijdens de zwangerschap

#### **Beleid 1e lijn**

##### Nullipara:

- Als na de 36e week sprake is van een hoogstaand caput dan is een echo door de 1e of 2e lijn geïndiceerd.
- Belinstructies geven ten aanzien van het breken van de vliezen
- Bij een hoogstaand caput e.c.i. wordt een poliklinische partus geadviseerd. Indien bij het eerste consult durante partu het caput is ingedaald, dan kan thuis proefbaring plaatsvinden.

##### Multipara:

- Echo door 1e of 2e lijn
- Belinstructies ten aanzien van het breken van de vliezen.

Een consult 2e lijn wordt afgesproken indien er twijfel is over de aanwezigheid van baringsbelemmerende factoren (zie 2. oorzaken).

Belinstructies ten aanzien van het breken van de vliezen:

1. Zo snel mogelijk gaan liggen en indien elders ga naar huis en ga dan liggen. Laat wel eerst de grootste hoeveelheid vruchtwater aflopen dan pas opstaan en de verloskundige bellen.
2. Direct contact opnemen met verloskundige en vertellen dat het hoofd niet was ingedaald bij de laatste controle
3. Vertellen wat het risico is: kans op uitzakken van de navelstreng of een handje

Als verloskundige direct gaan kijken of achterwacht inschakelen en controle uitvoeren.

## **Beleid 2e lijn**

Echoscopisch onderzoek en vaginaal toucher door de gynaecoloog ter beoordeling van baringsbelemmerende factoren (zie 1.2 oorzaken).

Indien bij bovengenoemd onderzoek geen afwijkingen zijn gevonden en geen sprake is van een afgeweken hoofdligging en/of instabiele ligging wordt in principe een poliklinische proefbaring in de eerste lijn geadviseerd.

### 5. Beleid durante partu in de 1e lijn

#### **Staande vliezen en in partu:**

Bij nullipara: Bij een persisterend hoogstaand caput patiënte overdragen naar de 2e lijn.

Bij multipara: B/D situatie. Indien nodig consult 2e lijn.

#### **Gebroken vliezen à terme bij niet ingedaald voorliggend deel:**

De kans op navelstrengprolaps bij gebroken vliezen in hoofdligging indien de schedel niet is ingedaald is 0.4 %. Enkel indien er sprake is van een afgeweken hoofdligging wordt vervoer per ambulance geadviseerd.

Beleid geldt voor zowel de primipara als multipara

#### Met weeën activiteit:

Uitwendig zwangeren onderzoek verrichten en cortonen beoordelen. Vaginaal toucher ter beoordeling ontsluiting/indaling en mogelijke aanwezigheid van een navelstrengprolaps.

#### Zonder weeënactiviteit:

Uitwendig zwangere onderzoek en cortonen beoordelen. Indien caput hoog staat ( $= < H1$ ) en goede cortonen insturen met eigen auto als vervoermiddel. Indien cortonenpathologie VT ter beoordeling navelstrengprolaps.

#### Navelstrengprolaps:

Bij een vastgestelde aanwezigheid van een navelstrengprolaps moet de blaas retrograad worden gevuld met een blaascatheter en het voorliggende deel vaginaal worden opgedrukt door de verloskundige. Tevens dient controle van de cortonen plaats te vinden. Er vindt telefonisch overleg plaats met de dienstdoende gynaecoloog of tweedelijns verloskundige. De gynaecoloog zal het protocol parallelle acties in werking stellen, zie bij verwijzingen. Vervoer met de ambulance is geïndiceerd.

### 6. Beleid 2e lijn

Bij geen bijzonderheden zal de zwangere vrouw worden opgenomen op afdeling A4 onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog. Indien de zwangere binnen 24 uur in partu komt en de schedel alsnog goed indaalt kan terugverwijzing naar de eerste lijn plaatsvinden.

Bij nulliparae wordt in deze situatie een poliklinische partus geadviseerd.

Multiparae mogen naar wens thuis bevallen.

### 7. Literatuur

- Koonings, PP, Paul, RH, Campbel, K. Umbilical cord prolapse. A contemporary look. *J Reprod Med* 1990;35:690
- Panter, KR, Hannah ME. Umbilical cord prolapse: so far so good? *Lancet* 1996;347:74
- Critchlow, CW, Leet, TL, Benedetti, TJ, Daling, JR. Risk factors and infant outcomes associated with umbilical cord prolapse: a population based case-control study among births in Washington State. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:613