

**WAAROM
MOEILIK DOEN
ALS
HET SAMEN KAN**

Loesje

Navelstrengprolaps thuis

Samen snel schakelen

Chantal van Bijsterveldt
Gynaecoloog

Hanneke Tenback
1^e lijns verloskundige

17-05-2017





Inleiding, voorkomen en risicofactoren

Protocoltoelichting

casusbeschrijving

Navelstrengprolaps



Voorkomen en risicofactoren

- 2 op 1000 geboortes
- Door compressie en spasme door kou en/of manipulatie → perinatale asfyxie en sterfte
- Liggingsafwijkingen (voet/stuit/dwars)
- (grande) multipariteit
- Laag geboortegewicht
- #vliezen spontaan/artificieel bij niet ingedaald voorliggend deel
- Polyhydramnion

Prevalentie en mortaliteitscijfers niet bekend in Nederland
(want geen registratie binnen PRN)

Geen richtlijnen

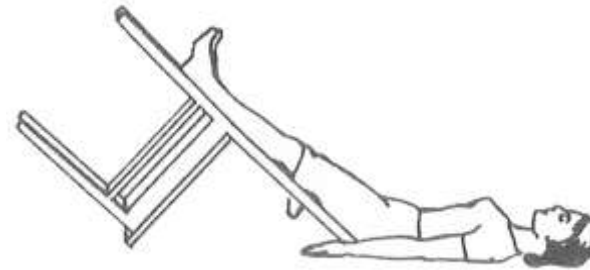
Wel protocollen voor ambulancepersoneel, verloskundigen
en gynaecologen

Gezamenlijk frequent trainen is bewezen zinvol

Wat te doen?

Opduwen voorliggend deel

Patiënte in Trendelenbrug



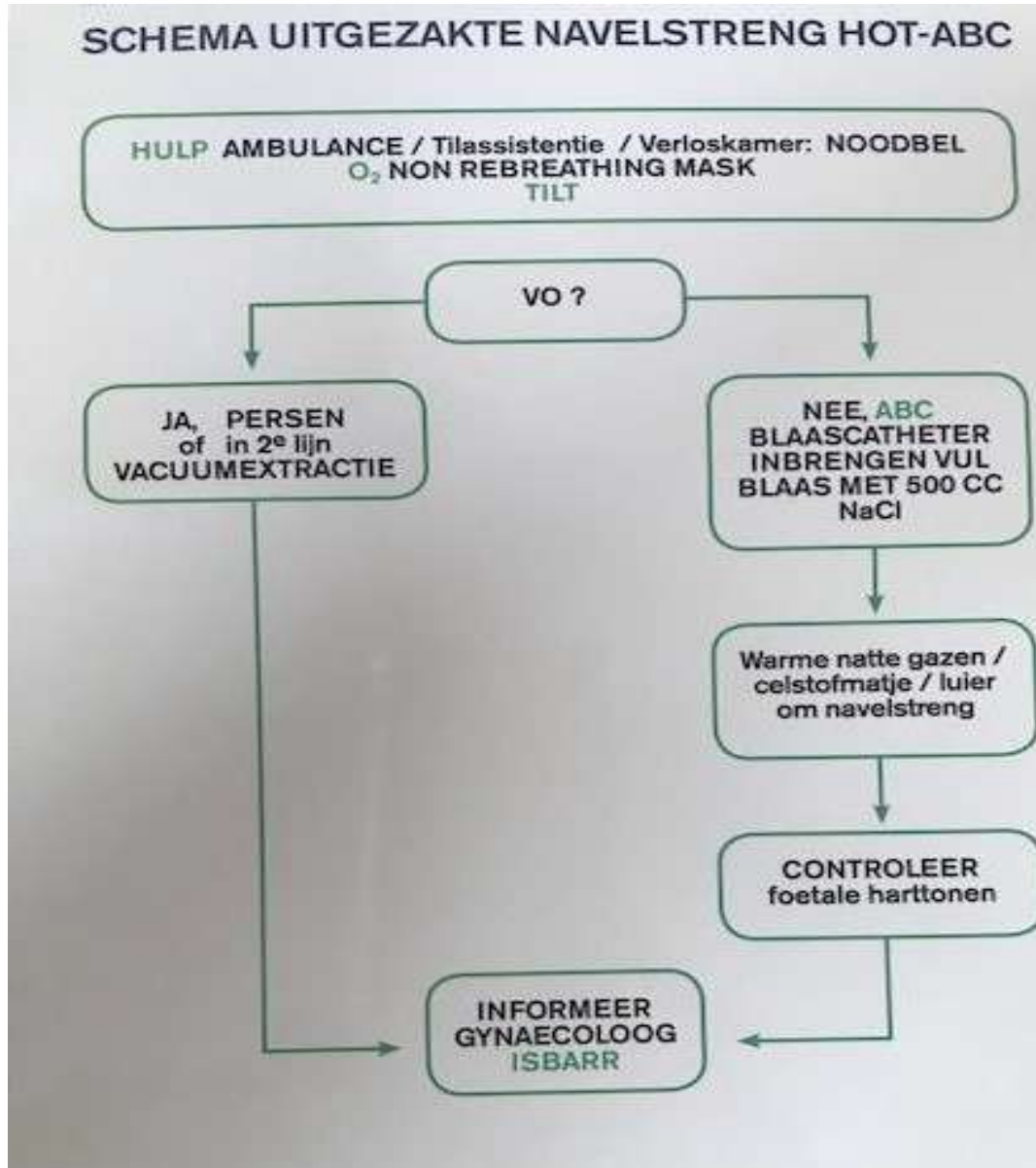
Retrograde blaasvulling → kost wel tijd, kan evt tijdens rit

Warm houden navelstreng niet bewezen nuttig

Wanneer navelstrengcompressie: afwijkend foetaal
hartritme: partus binnen 30 minuten nastreven

Wanneer harttonen goed zijn mag dit 60 minuten zijn

protocol



Casus

Mw S, 35 jaar.
G3P1 AD 40+5 weken

Obstetrische anamnese:
vlotte partus
geboortegewicht P90-95 (macrosomie)

Huidige zwangerschap:
Ongecompliceerd. Caput goed ingedaald bij laatste
controle

De bevalling

Om 09.15 uur telefonisch contact vanwege SROM, zonder weeën

Mw belt (10.53 uur) dat er een stukje navelstreng zichtbaar is in vulva. Twee minuten later aankomst bij mw.

10.55 uur ambulance gebeld voor A1 rit en collega voor assistentie

Onderzoek laat goede cortonen horen en VT 2-3 cm met een hoog caput

Collega verloskundige arriveert en heeft inmiddels het CWZ ingelicht

Navelstreng wordt warm gehouden met kompressen, de blaas wordt gevuld en het caput wordt opgedrukt

Om 11.10 uur vertrekt de ambulance naar het CWZ. Het caput wordt gedurende de rit opgedrukt

Bij aankomst op spoedplein CWZ treedt er een bradycardie op van 70-80 BPM

11:05 aankondiging van 1^e lijn spoedrit ivm
navelstrengprolaps

Vanaf verloskamers: SEH gebeld, anesthesie, kinderarts en
OK team gebeld met aankondiging voor spoedsectio

11:11 opnieuw contact over aanvullende informatie

11:26 Arrivee op SEH, opererend team stond reeds klaar op
OK

Besloten direct door te gaan naar OK op de brancard van de ambulance ivm bradycardie

Op OK: ongecompliceerde sectio caesarea onder algehele narcose

11:36 (43 min na gebeurtenis) geboren zoon Jason

AS 1/4/8

Navelstrenggassen: arterieel 7,00/-16, veneus 7,30/-5

Neonaat opgevangen door kinderarts

In verband met asfyxie mogelijk indicatie voor koeling,
derhalve overgeplaatst naar RUMC

In RUMC uiteindelijk geen indicatie voor koeling.

Echo cerebrum geen bijzonderheden

Howel C, Moet Course Manual RCOG Press 2007

Siasakoss D. Umbilical Cord Prolapse RCOG clinical
guideline 2008

Gabbay-Benziv R. Umbilical cord-prolapse during delivery-
risk factors and pregnancy outcome;a single centre
experience. J. Matern fetal Neonatal med 2014 27;14-17

Smit m. Navelstrengprolaps in de eerstelijnspraktijk,
casuïstiek uit de praktijk TvV KNOV 2014