

Obstetrische plexus brachialis-laesies

Het was een voortreffelijk idee van TREFFERS c.s. (1976) aandacht te vragen voor een probleem waarmee elke verloskundige onverhoeds geconfronteerd kan worden. Deze bevindt zich dan in een situatie waarin paniek dreigt bij hem zelf en zijn omgeving, terwijl juist grote koelbloedigheid en technische vaardigheid vereist zijn. Een aantal opmerkingen zou ik graag willen maken naar aanleiding van eigen ervaringen:

1. Wanneer een bevalling moeilijk dreigt te worden omdat hoofd en romp groot lijken en het bekken meer of minder vernauwd is, is het zinvol niet alleen het hoofd, maar ook de schouders en de lengte van de hals van de beide ouders te bestuderen tijdens de bevalling, om aldus enigszins geprepareerd te zijn op komende moeilijkheden.

3. Een moeilijke schoudergeboorte zag ik ook bij een extreem korte navelstreng.

3. Bij een schouderdystocie ben ik er toe overgegaan na de geboorte van het hoofd de benen van de vrouw gestrekt loodrecht omhoog te laten vasthouden, zodat de billen net vrijkomen van het bed en er voldoende ruimte is, het hoofd met meer of minder tractie sacraalwaarts te richten. In de lichte gevallen is dat vaak al voldoende om de schouder spontaan de symfyse te laten passeren. De benen worden daarna weer omlaaggebracht, waarbij men zijn volle aandacht kan geven aan de geboorte van de achterste schouder en de bescherming van het perineum.

Literatuur: TREFFERS, P. E., J. P. MUIZELAAR en P. FLEURY (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1666.

Giessenburg, oktober 1976

A. C. BOOT

Tot mijn grote vreugde las ik in het tijdschrift een voortreffelijk artikel van TREFFERS c.s. (1976) over obstetrische plexus brachialis-laesies met zeer belangrijke suggesties over het voorkomen van deze afwijking. Naar aanleiding hiervan zou ik enige opmerkingen willen maken over de techniek bij de schouderdystocie, vooral ook omdat behalve in een enkel (Amerikaans) leerboek (LEE en GREENHILL 1947) dit onderwerp in de leerboeken bijzonder weinig aandacht krijgt.

1. Zeer juist is, dat het altijd de voorste schouder is die blijft hangen en dat men moet pogen de schouders naar de dwarse afmeting te draaien.

2. Wanneer het omlaag bewegen van het bipariëtaal omvatte hoofd geen succes heeft, kan men inderdaad nadien het achterhoofd naar de buikzijde van de vrouw draaien, maar het is daarbij m.i. onjuist om te exprimeren. Men moet hier spreken van imprimeren van de schouder boven de symphysis. Expressie op de fundus in dit stadium drukt de schouder vaster op de symphysis.

3. Het is zeer vaak mogelijk, ook zonder de achterste arm af te halen, met de inwendige hand de schouder naar dwars te draaien, mits er niet geëxprimeerd wordt. Daarbij gaat men achter met 2-4 vingers in de sacrale holte en drukt de dichtstbijzijnde schouder naar dwars, waarna men de oksel kan aanhaken en laat exprimeren. Meestal drukt men daarbij tevens op de voorkant van deze achterste schouder en bij

sterke tegendruk fractureert daarbij soms de clavicula. Dit verkleint de schoudergordel en is relatief een gering trauma. Deze methode van schouderontwikkeling berust mechanisch op dezelfde principes als de schouderontwikkeling volgens Lövset bij de stuitgeboorte.

Het lijkt mij onjuist om te stellen dat een plexuslaesie niet altijd te vermijden zou zijn; de omtrek van de schouders is nooit groter dan die van het hoofd. Door het achterwege laten van sterke tractie en door op tijd te roteren, desnoods ten koste van een claviculafractuur, moet het mogelijk zijn een plexuslaesie te voorkomen.

Het lijkt mij van groot belang, dat bij de opleiding meer aandacht aan dit onderwerp wordt besteed.

Literatuur: LEE en GREENHILL (1947) *Principles and practice of obstetrics*. — Treffers, P. E., J. P. MUIZELAAR en P. FLEURY (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1666.

Zwolle, december 1976

F. ENGEL

Collega ENGEL geeft een waardevolle aanvulling op ons artikel. Wij stelden daarin dat men bij de schouderdystocie moet pogen de schouders in de grootste (dwarse) afmeting van de bekkeningang te doen inhalen en dat inwendige handgrepen soms daartoe nuttig kunnen zijn. ENGEL beschrijft een dergelijke handgreep die zeker onder bepaalde omstandigheden zinvol kan zijn. In ons artikel vermeldden wij dat wij in eerste instantie de voorkeur geven aan draaiing van het achterhoofd van het kind naar voren ten einde de schouders in de gewenste stand te brengen. Noodzakelijk is daarbij krachtige impressie (wellicht is dit woord inderdaad beter voor druk op de buik boven de symfyse) gecombineerd met expressie op de fundus ten einde de uitdrijvende kracht te versterken. Indien deze manoeuvre niet lukt, is men gedwongen tot inwendige handgrepen over te gaan. Het inbrengen van de hand via de sacrale holte is bij een ernstige schouderdystocie al moeilijk. Als men daartoe toch overgaat, lijkt het ons het verstandigste direct te proberen de achterste arm af te halen, maar ook een andere handgreep kan zeker zinvol zijn wanneer de schouders daarmee tot indalen kunnen worden gebracht.

Wij zijn minder optimistisch dan collega ENGEL over de mogelijkheid om een plexus brachialis-laesie altijd te voorkomen. De breedte van de schoudergordel is in het algemeen groter dan de afmetingen van het hoofd in achterhoofdslijging (distantia biparietalis en distantia suboccipito-bregmatica). Bovendien wordt bij een zeer groot kind de schouderbreedte nog aanzienlijk groter. In ons onderzoek bedroeg de frequentie van de plexus brachialis-laesie 1 op 779 wanneer ook de lichtste gevallen werden meegerekend. Wanneer wij alleen de ernstigste gevallen met blijvend letsel meerekenen is de frequentie 6 op 30.000 of 1 op 5000. In ons artikel doen wij aanbevelingen om de schouderdystocie en dus ook de plexus brachialis-laesie te voorkomen, o.a. het vervangen van moeilijke vaginale kunstverlossingen door de sectio caesarea. Indien deze achteraf opgestelde richtlijnen reeds in de door ons besproken periode (1959-1973) waren gevolgd, was de frequentie van de ernstigste gevallen waarschijnlijk slechts 1 op 10.000 geweest. Men kan slechts aannemelijk maken dat een laesie van de plexus brachialis altijd kan wor-