

Protocol VSV ZEELAND

-Protocol Serotiniteit-

Datum invoering: 21-11-2021

Datum revisie: 21-11-2026

Inleiding en achtergrond:

Na het bereiken van de à terme datum neemt het risico op perinatale sterfte en meconiumaspiratie syndroom (MAS) toe. Volgens de data van Perined uit 2018 bevalt 16,5% (van de zwangerschappen boven de 22 weken) van de vrouwen tussen de 41 en 42 weken. Van deze bevallingen startte 70% spontaan. Boven de 42 weken bevalt 1,2% van de vrouwen en hiervan startte de bevalling in 25% spontaan¹.

In een recente studie werden cijfers vergeleken met inductie van de baring bij 41 weken tegenover een afwachtend beleid tot en met 42 weken en niet langer, omdat dit in lijn is met de huidige praktijk in Nederland ¹. Uitkomsten:

- Inductie van de baring bij 41 weken geeft minder perinatale sterfte 1/2656 tegenover een expectatief beleid 10/2655 (RR: 0,22) en minder NICU opnames 71/2580 tegenover een expectatief beleid 105/2573 (RR: 0,67).
- De overige cruciale maternale uitkomstmaten mortaliteit en postpartum bloedverlies en cruciale perinatale uitkomstmaten infectie en Apgar score waren niet verschillend tussen de twee groepen. Ook bestaat er geen verschil in het aantal sectio's en kunstverlossingen en in de mate van perineum schade tussen de twee groepen.
- Er was significant meer vraag naar pijnstilling bij inductie van de baring bij 41 weken dan bij een afwachtend beleid, echter dit was geen klinisch relevant verschil.
- Er is geen significant verschil in het slagen van de borstvoeding tussen de twee groepen.
- Het is onduidelijk of er een verschil bestaat in de mate van de tevredenheid van de barende na de partus.

Het absolute risico op perinatale sterfte en NICU opnames is laag, waardoor het verschil tussen de twee onderzochte groepen klein is, echter wel klinisch relevant gezien de twee uitkomstmaten. Op basis van de huidige analyse zouden er 395 vrouwen ingeleid dienen te worden bij 41 weken om 1 perinatale sterfte te voorkomen en 79 vrouwen ingeleid dienen te worden bij 41 weken om 1 NICU opname te voorkomen. Een subanalyse laat zien dat de pariteit een effect heeft op het wel of niet voorkomen van een ernstige perinatale uitkomst. Bij nullipara was er een significante afname van ernstige perinatale uitkomst bij inductie van de baring bij 41 weken t.o.v. een afwachtend beleid (0,3% versus 1,6%), terwijl dit effect niet werd gevonden voor multipara (0,6% versus 0,3%). Voor de perinatale sterfte was deze subanalyse niet mogelijk, wegens de lage incidentie. Voor de overige subanalyse voor BMI en leeftijd van de zwangere werden geen verschillen gevonden tussen de twee groepen.

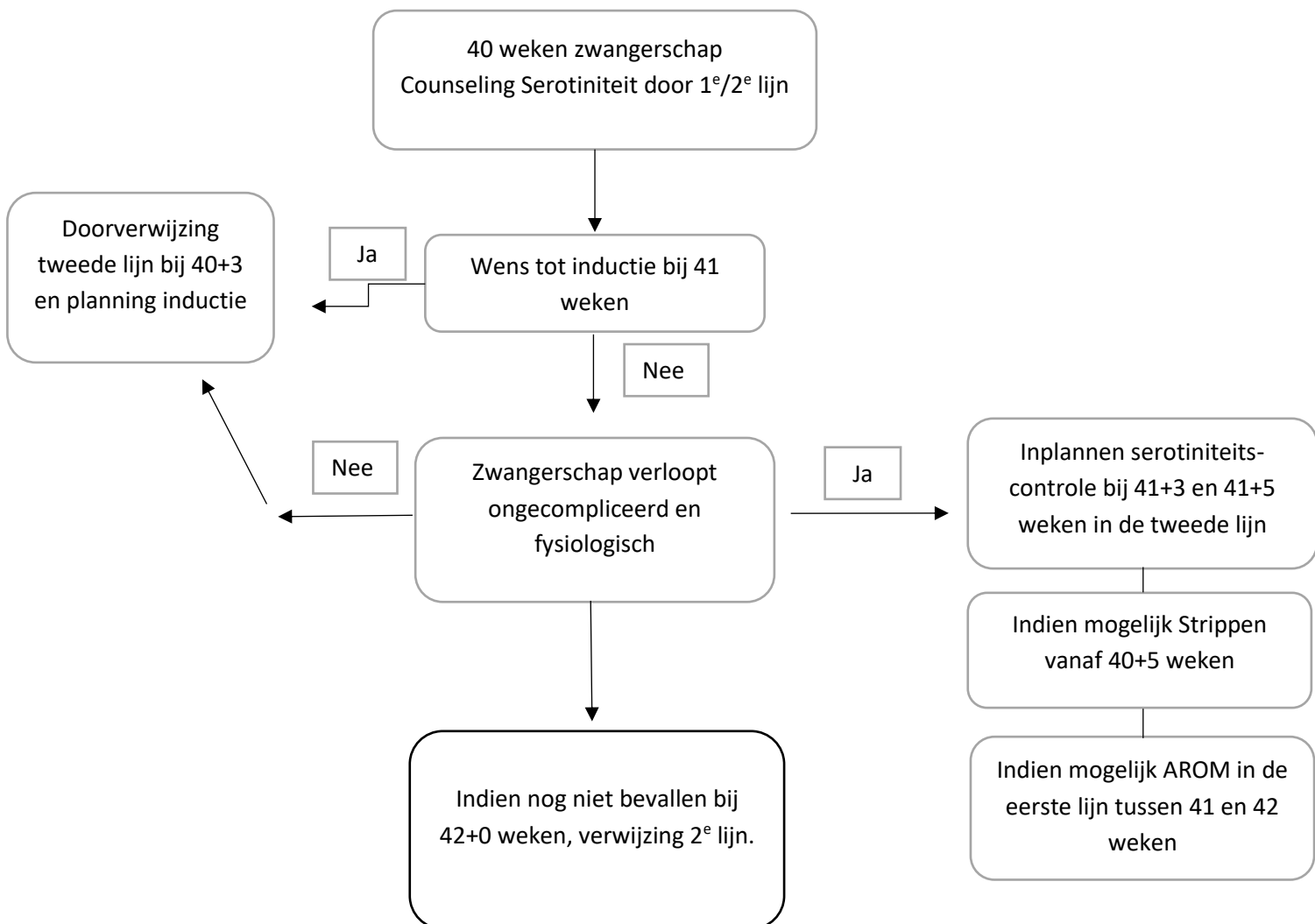
Goede counseling over wel of geen inductie bij 41 weken is van groot belang, zodat de zwangeren met hun partner een goed onderbouwde keuze kunnen maken op basis van de beschikbare literatuur.

Doel: Het formuleren van een eenduidige werkwijze voor de eerste en tweede lijn met betrekking tot het beleid rondom serotiniteit.

Toepassingsgebied:
Obstetrie.

Definitie: Serotiniteit is gedefinieerd door WHO en FIGO als een zwangerschapsduur vanaf 42+0 weken (294 dagen). Hierbij is de zwangerschapsduur met zekerheid vastgesteld d.m.v. een termijnecho in het eerste trimester van de zwangerschap, volgens het protocol "NVOG Datering Zwangerschap"^{5 6}.

Werkwijze:
Stroomschema:



40 weken zwangerschap:

- Counseling door 1^e of 2^e lijn bij 40 weken volgens de BRAINS-methode, zie Bijlage 1. Deze counseling bevat minstens:
 - Voordelen van inleiden bij 41 weken en een expectatief beleid.
 - Risico's/nadelen van inleiden bij 41 weken en een expectatief beleid.
 - Alternatieven:
 - Strippen: hierdoor neemt de kans op een spontane start van de bevalling met 18% toe. Er kan overwogen worden dit voor 41 weken al aan te bieden na bespreken van de procedure en voor- en nadelen.
 - Mogelijkheid AROM in de eerste lijn bij multiparae tussen de 41 en 41+6wkn zwangerschap: zie protocol AROM in 1^e lijn.
 - Afwachten tot na 42 weken: Inleiden bij een zwangerschapsduur van 42 weken verkleint het risico op perinatale sterfte in vergelijking met afwachten na 42 weken. Ook wordt de kans op een opname van de baby in het ziekenhuis en het risico op een keizersnede verkleint indien de baring bij 42 weken wordt ingeleid in vergelijking met een expectatief beleid na 42 weken. Op basis hiervan wordt zwangeren geadviseerd niet langer af te wachten.
 - Opties van foetale monitoring (CTG en echografie) en de mogelijkheid van vals positieve bevindingen.
 - De beperkte voorspellende waarde van de echo/CTG bewaking

- Indien een patiënte uit de 1^e lijn na deze counseling bij AD 41 weken ingeleid wil worden, wordt ze verwezen naar de poli gynaecologie voor een afspraak tussen AD 40+2 en 40+4 (afspraak mag zonder CTG).

Tussen 40+5 en 42 weken:

- Vaginaal onderzoek tussen 40+5 en 42 weken. Indien mogelijk wordt er gestript of kan er AROM in de eerste lijn worden toegepast (vanaf 41 weken), nadat met de zwangere de voor- en nadelen zijn besproken ¹⁰.
- Indien een patiënte die onder controle is in de 1^e lijn wenst af te wachten, wordt ze voor een serotiniteitscontrole verwezen naar de 2^e lijn bij AD 41+3 (afspraak mét CTG) en wordt desgewenst een inleiding gepland.

41+3 en 41+5 weken zwangerschap:

- Foetale CTG-bewaking en bepaling van de hoeveelheid vruchtwater minimaal tweemaal per week na 41 weken zwangerschap. De effectiviteit van antepartum toepassing bij een laagrisico- (naderende) serotiene zwangerschap is niet aangetoond in prospectieve gerandomiseerde studies. Toch is dit een algemeen toegepaste praktijk in b.v. de VS en

Nederland, en alle perinatale uitkomsten in cohortonderzoek zijn op deze praktijk gebaseerd. Het verdient daarom aanbeveling minimaal tweemaal per week een CTG en/of echoscopische bewaking toe te passen bij een afwachtend beleid bij een naderende serotiene zwangerschap^{2&9.}

42 weken zwangerschap:

- Verwijzing naar de 2^e lijn.

Algemene opmerkingen:

- Het beleid rondom serotiniteit is gebaseerd op de huidige beschikbare gegevens van verschillende onderzoeken, die zijn gepubliceerd door de NVOG in samenwerking met de KNOV, NVK, Patiëntenfederatie Nederland en Stichting Zelfbewustzwanger^{1.}
- Bij de counseling van zwangeren over het beleid > 41 weken zwangerschap is het belangrijk dat opgenomen punten objectief en volledig met de zwangere besproken worden (volgens bijvoorbeeld de BRAINS-methode (zie bijlage 1). Tevens kan gebruik gemaakt worden van de consultkaart en animatiefilm (in ontwikkeling)^{1.}

Benodigheden:

- Counselingschecklist volgens de BRAINS-methode, zie Bijlage 1
- CTG en echoapparatuur in de tweede lijn

Bevoegdheid: Leden van het Verloskundig Samenwerkingsverband ADRZ.

Literatuur:

1. NVOG: Beleid zwangerschap 41 weken (2020)
2. ACOG practice Bulletin. Management of postterm pregnancy. J Obstet Gynecol 2004; 104: 639-46. - 6
3. Phelan JP, Platt LD, Yeh SY, et al. The role of ultrasound assessment of amniotic fluid volume in the management of postdate pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1985; 151: 304-8. – 7
4. Bochner J, Medearis AL, Davis J, et al. Antepartum predictors of fetal distress in postterm pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1987; 157: 353-8
5. NVOG modelprotocol: Datering van de zwangerschap (Werkgroep foetale echoscopie 2010)
6. KNOV Protocol Naderende Serotiniteit (2015)
7. NVOG richtlijn foetale hartbewaking 19-05-2014
8. Handleiding CTG 2011 (V&VN cardiotocografie handleiding)

9. De Miranda E, Van der Bom JG, Bonsel GJ, et al. Membrane sweeping and prevention of postterm pregnancy in a low risk pregnancies: a randomised controlled trial. BJOG 2006; 113: 402-8.
10. A randomised controlled trial of amniotomy at home for induction between 292 and 294 days gestation, Rijnders et al. 2012

Auteurs:

- Klinisch verloskundige L. de Winter
- 1^e lijns verloskundige M.A. Jacobsen

Bijlage 1 Counseling volgens BRAINS-methode

Bij de counseling van zwangeren over het beleid na 41 weken zwangerschap is het belangrijk dat onderstaande punten objectief en volledig met de zwangere vrouw besproken worden (volgens BRAINS-methode).

- Er zijn drie beleidsopties onderzocht voor laag risico zwangeren: het afwachten van een spontane bevalling tot 41 weken zwangerschap, tot 42 weken zwangerschap of tot langer dan 42 weken zwangerschap. De zwangere vrouw kiest zelf welke optie ze prefereert. Dit kan ook een tussenoplossing zijn zoals afwachten tot 41+3 weken.

B: Beweegredenen

Wat zijn de voordelen van inleiden bij 41 weken?

- Inleiden bij een zwangerschapsduur van 41 weken verkleint het risico op perinatale sterfte. Het absolute risico op sterfte is 3 per 1000 (0,03%). Bij inleiden is er minder kans dat de baby opgenomen moet worden in het ziekenhuis na de bevalling (afwachtend beleid: 41 per 1000 (4,1%) versus inleiden: 28 per 1000 (2,8%).
- Dit effect is mogelijk groter bij vrouwen die zwanger zijn van hun eerste kind in vergelijking met vrouwen die eerder zijn bevallen (Alkmark, 2020). Die kinderen moeten vaker opgenomen worden.

Wat zijn de voordelen van afwachten tot 42 weken zwangerschap?

- Bij afwachtend beleid worden er waarschijnlijk minder medische ingrepen uitgevoerd en vrije keuze voor plaats bevalling (indien van toepassing).
- Bij afwachtend beleid is de kans 74 tot 77 per 100 (74 tot 77%) dat de bevalling spontaan op gang komt tussen 41 en 42 weken zwangerschap (Keulen, 2019). Gemiddeld bevallen vrouwen met een zwangerschapsduur van meer dan 41 weken bij 41+2 weken zwangerschap.
- Er wordt geen significant verschil gezien in (het aantal):
 - o Keizersnedes.
 - o Vaginale kunstverlossing.
 - o Neonatale infecties.
 - o Postpartum bloedverlies.
 - o Schouderdystocie.
 - o Rupturen.
 - o Apgar score < 7 na 5 minuten.
- Er werd wel een significante toename van gebruik van pijnstilling gezien bij de groep die werd ingeleid, echter was dit geen klinisch relevant verschil.

R: Risico's

Welke risico's/nadelen zijn er bekend van inleiden?

- De bevalling komt niet spontaan op gang, maar wordt kunstmatig met medicijnen of mechanische middelen op gang gebracht. Hierdoor duurt een inleiding soms langer. Zowel bij

inleiden als bij afwachten (tussen 41 en 42 weken) lukt in circa 11 per 100 (11%) een vaginale baring niet. Voor nullipara is dat 18 per 100 (18%) en voor multipara is dat 2 per 100 (2%) (Alkmark, 2020).

- De bevalling vindt vrijwel altijd in het ziekenhuis plaats. Verschillen met een bevalling in de 1e lijn zijn medische ingrepen als CTG-bewaking, soms een infuus en mogelijk meer inwendige onderzoeken.
- Er is geen onderzoek gedaan naar de effecten van inleiding bij 41 weken op de lange termijn, zoals de effecten op de gezondheid van kinderen, maternale psyche en borstvoeding.

Welke risico's/nadelen zijn er bekend van afwachten

- Bij afwachtend beleid wordt er individueel afgestemd hoe vaak er een controle plaats vindt tot 42 weken zwangerschap. Tot op heden is het niet duidelijk of extra controles met CTG en/of echoscopisch onderzoek slechte uitkomsten kunnen voorspellen.

A: Alternatieven

Er zijn meerdere opties voor een alternatief beleid en het beleid wordt individueel afgestemd:

- Strippen: hierdoor neemt de kans op een spontane start van de bevalling met 18% toe (NNT 6). Er kan overwogen worden dit voor 41 weken al aan te bieden na bespreken van de procedure en voor- en nadelen.
- AROM in de eerste lijn (indien van toepassing en regionaal beleid): hierdoor is er meer kans op een eerstelijns bevalling met minder medische ingrepen.
- Afwachten tot na 42 weken:
 - o Inleiden bij een zwangerschapsduur van 42 weken verkleint het risico op perinatale sterfte in vergelijking met afwachten na 42 weken (afwachtend beleid: 3 per 1000 (0,3%) versus inleiden: 0,3 per 1000 (0,03%)), opname van de baby in het ziekenhuis en risico op een keizersnede. Op basis hiervan wordt zwangeren geadviseerd niet langer af te wachten.
 - o Er is geen onderzoek gedaan naar de effecten op lange termijn, zoals de effecten op de gezondheid van de pasgeborene, maternale psyche en borstvoeding.
 - o Bij afwachtend beleid wordt er individueel afgestemd hoe vaak er een controle plaats vindt na 42 weken zwangerschap. Tot op heden is het niet duidelijk of extra controle met CTG en/of echoscopisch onderzoek slechte uitkomsten kunnen voorspellen.

I: intuïtie - voorkeuren cliënt

- Begrijp je de informatie?
- Heb je nog meer nodig om een besluit te nemen? (second opinion, extra informatie)
- Wat zegt je intuïtie? Wat denk/voel je nu ik je dit heb verteld?
- Wat is voor jou van belang?
- Wat wil jij?

N: Niks doen - Wat gebeurt er als ik wacht?

- Je hoeft nu nog geen keuze te maken.

- Er is een reële kans dat de bevalling spontaan begint tussen nu en het volgende consult.

S: Stilstaan - volgende consult erop terugkomen

- De zorgverlener:
 - o Geeft de zwangere vrouw tijd om de informatie te bespreken met haar partner en/of naasten;
 - o Moedigt de zwangere vrouw aan zich goed te informeren met behulp van verschillende bronnen;
 - o Nodigt de zwangere vrouw uit om vragen te stellen;
 - o Moedigt de zwangere vrouw aan om over verschillende opties na te denken;
 - o Ondersteunt de zwangere vrouw in welke beslissing ze ook neemt.