

Protocol VSV ADRZ

(Verdenking) Negatieve dyscongruentie

Datum invoering : 01-12-2019

Datum revisie : 01-12-2024

Inleiding en achtergrond:

Bij verminderde foetale groei zijn de perinatale morbiditeit en mortaliteit verhoogd en bestaat een verhoogd risico op gestoorde ontwikkeling, op diabetes en hypertensie in het latere leven van het kind. De Perinatale Audit Nederland rapporteerde in 2011 dat er bij 22% van de à terme kinderen die perinataal waren overleden en waarvan de gegevens bekend waren, sprake was van een geboortegewicht <p10.

Doel:

Het aangeven wat adequate diagnostiek en adequaat beleid is bij (een vermoeden van) negatieve dyscongruentie. Dit beleid omvat zowel de indicatie voor foetale bewaking alsook wanneer er indicatie ontstaat tot het nastreven van de baring.

Toepassingsgebied:

Obstetrie

Definitie:

- Echoscopisch geschat kindsgewicht (EFW) onder de p10;
- Echoscopische buikomvang (AC) onder de p10;
- Afbuigende groei: een afbuiging van minimaal 20 percentiel met een interval van twee weken
- Uitwendig onderzoek met uterusuitzetting met achterstand van 2-3 wkn tov van de amenorroeduur vanaf 24 weken zwangerschap.

Algemene opmerkingen:

- Diagnose:
Bij uitwendig onderzoek is de groei van de uterus kleiner dan verwacht bij de betreffende amenorroeduur. Bij echoscopisch onderzoek is de biometrie <p10 of is er sprake van een afbuigende groeicurve (afname van 20 percentiel tov vorige meting bij de groeiecho (vanaf 28 wkn aduur, ongeacht welke percentiellijn).

***Symmetrische groeivertraging:**

Bij de vroege vorm treedt vaak symmetrische groeivertraging op. Dit is een proportionele groeiafname van zowel het hoofd als de rest van het lichaam. Als de groei van de foetus in het eerste trimester verstoord is, leidt dit tot een relatieve afname van zowel het aantal cellen als de celgrootte. Dit is bijvoorbeeld het geval bij intoxicaties, maternale infecties en abnormale celontwikkeling bij chromosomale afwijkingen

***Asymmetrische groeivertraging:**

Bij de late verschijningsvorm is vaak sprake van asymmetrische groeivertraging. Daarbij krijgt de groei van de hersenen prioriteit, ten koste van andere organen (het 'brainsparing-effect'). De foetale buikomtrek blijft achter ten opzichte van de hoofdomtrek. Deze vorm van groeivertraging treedt vooral op als gevolg van een verminderde placentafunctie.

- Oorzaken/Risico's:
 - Toxische factoren
 - Medicatiegebruik
 - Sociaal-economische factoren
 - Werk, psychosociale factoren, 'stress'
 - Leeftijd (<14 jaar of >35 jaar)
 - BMI <19 of ≥ 35
 - Roken/drugs
 - Bariatrische chirurgie
 - Meerlinggraviditeit
 - Kort interval tussen de graviditeiten (binnen 6 maanden)
 - Eerder kind met een geboortegewicht < p10
 - Vroege ernstige pre-eclampsie in anamnese (<37 wkn)
 - Maternale ziekten (pre-existente hypertensie, nierziekten, systeemziekten)
 - Hypertensie/pre-eclampsie tijdens de zwangerschap
 - Abruptio placentae
 - Uteroplacentaire circulatoire insufficiëntie
 - Congenitale en genetische afwijkingen
 - Congenitale infectie

Werkwijze :

Indien er een (verdenking) op negatieve dyscongruentie is, dan is een groeiecho op korte termijn geïndiceerd (bij voorkeur binnen 1 week). Aan de hand van de uitslag vindt er een consult plaats in de 2^e lijn of een herhaling van de groeiecho na 2 weken. Gebruik voor het vaststellen van foetale groei de AC, HC en FL volgens de Verburg-curve en EFW volgens Hadlock3.

Benodigheden: - echoapparaat
- echoscopiste

Verwijzing:

Verwijzing naar de 2^e lijn vindt plaats indien er een afbuigende groei is van 20 percentiel tov de vorige groeiecho of wanneer er een AC of gewicht (EFW) onder de p10 is. Er is dan een indicatie voor een doppler meting.

Terugverwijzing:

Bij een zwangerschap met goede intervalgroei, AC/EFW \geq p10, normale dopplers en zonder andere pathologie, terug verwijzing naar de 1^e lijn. Bij een zwangerschap met goede intervalgroei, AC/EFW >p5- <p10, normale dopplers en zonder andere pathologie zal er overleg plaatsvinden voor terugverwijzing naar de 1^e lijn.

Voor de tweede lijn:

Beleid foetale groeirestrictie (FGR) bij verwijzing uit de 1^e lijn

- Overweeg bij FGR (<p5) onder de 24 weken of bijkomende echoscopische afwijkingen aanvullend onderzoek met genetische diagnostiek.
- Overweeg bij FGR onderzoek naar CMV
- Overweeg bij een vroege (<32 weken) FGR een GUO om congenitale afwijkingen op te sporen.
- Echo- biometrie iedere twee weken herhalen.
- Meting van Pulsatility Index (PI) in de a. Umbilicalis elke week. Onderzoek is afwijkend bij PI >p95, samen of zonder eind diastolische nulflow of retrograde flow (AREDF).
- CTG bewaking bij FGR in de antepartum periode:
 - Normale Dopplers; Geen CTG-bewaking
 - PI AUmb >p95; Minimaal 2/week CTG
 - PI AUmb Absent or reversed and diastolic flow; Dagelijks CTG
- Zolang het CTG normaal is, kan een afwachtend beleid worden gevoerd.
- Bij FGR samen met minder foetale beweging, foetale bewaking moet worden ingesteld of termineren van de zwangerschap moet worden overwogen
- Baring
 - Bij à terme FGR dient tussen de 38 en 40 weken de zwangerschap getermineerd te worden.
 - Bij een FGR onder de p3 (AC of EFW) is termineren van de zwangerschap bij 37 weken aan te raden.
 - Bij preterme FGR (24-36 weken) met of zonder Doppler-afwijkingen kan een expectatief beleid worden gevoerd indien er goede foetale bewaking is. Baring na te streven vanaf 37 weken.
 - Indien er 3-4 weken een groeistop is, dan in principe zwangerschap termineren mits 34 wkn aduur.

Bevoegdheid:

Leden van het Verloskundig Samenwerkingsverband ADRZ.

Literatuur:

Opsporing foetale groeivertraging KNOV

Echoscopie in de verloskunde en gynaecologie, vijfde druk 2016

NVOG concept richtlijn foetale groeirestrictie

Handboek Verloskunde, Y. Jacquemyn, 2009

Auteurs:

Marjan Lindenbergh, 1^e lijns verloskundige

Farideh Mostafai, 2^e lijns verloskundige