

Protocol VSV Zeeland

Ascal tijdens de zwangerschap

Datum invoering : 21 november 2021

Datum revisie : 21 november 2026

Inleiding en achtergrond:

Pre-eclampsie is één van de meest voorkomende zwangerschapscomplicaties. In Nederland krijgt ongeveer 2-5% van de zwangere vrouwen pre-eclampsie (Abalos, 2013). Vrouwen die al eerder een zwangerschap met pre-eclampsie hebben doorgemaakt hebben een verhoogd risico op het herhaald optreden van de aandoening (LeFevre, 2014; NICE, 2010; Bartsch, 2016). Preventieve behandeling met acetylsalicylzuur gestart ≤ 16 weken amenorroeduur kan mogelijk het risico op herhaalde pre-eclampsie verlagen. Het is echter onduidelijk of acetylsalicylzuur bij andere bekende risicofactoren (dan eerder doorgemaakte pre-eclampsie) effectief is in de preventie van pre-eclampsie. Het is eveneens onduidelijk wat de rol is van acetylsalicylzuur ter preventie van pre-eclampsie bij vrouwen zonder risicofactoren. Er wordt geen verschil gezien in slechte maternale uitkomst (met name bloedingen/abruptio) of neonatale uitkomst.

Tevens speelt Ascal een rol in de preventie van foetale groeirestrictie (FGR). Het is aangetoond dat indien een patiënte een hoog risico heeft op het ontstaan van FGR op basis van placentaire insufficiëntie Ascal een gunstig effect lijkt te hebben in de preventie hiervan, indien deze gestart is voor een zwangerschapsduur van 17 weken. Op basis van de literatuur is niet aan te geven welke risicofactoren hiervoor het best gebruikt kunnen worden.

Doel:

Eénduidig beleid in de eerste en tweede lijn omtrent identificatie risicogroepen en counseling met betrekking tot het gebruik van aspirine ter voorkoming van pre-eclampsie en foetale groeirestrictie in de zwangerschap.

Toepassingsgebied:

Obstetrie

Definitie:

Risicogroepen

Vrouwen met **hoog** risico op pre-eclampsie / intra uteriene groeivertraging:

- Pre-eclampsie in een eerdere zwangerschap
- Pre-existente hypertensie
- Placentaire insufficiëntie in de obstetrische voorgeschiedenis (bijvoorbeeld eerder kind met laag geboortegewicht ($< p5$) of perinatale sterfte t.g.v. placentaire insufficiëntie of onverklaarde perinatale sterfte)
- Chronische nierziekte
- Auto-immuun aandoening zoals SLE of APS
- Diabetes type 1 of 2

Vrouwen met een **matig** risico op pre-eclampsie:

- Nullipariteit
- Maternale leeftijd 40 jaar of ouder
- Zwangerschapsinterval van meer dan 10 jaar

- Familie anamnese van pre-eclampsie (moeder of zus)
- Meerlingzwangerschap
- Zwangerschap na eiceldonatie
- BMI van 35 of hoger bij het eerste bezoek

Bijwerkingen en contra-indicaties

- Mogelijke bijwerkingen: verlenging bloedingstijd, maagklachten.
- Cave: Overgevoeligheid bij astmapatiënten (urticaria, huiduitslag, angio-oedeem, rinitis, bronchospasmen, anafylactische shock).
- Contra-indicaties voor gebruik van aspirine: Ulcus ventriculi of ulcus duodeni (actief of in de anamnese), maagdarmbloedingen (actief of in de anamnese) of andere bloedingen (zoals cerebrovasculaire bloedingen), gastritis, ernstig hartfalen, overgevoeligheid of intolerantie (ook voor NSAID's), optreden van astma-aanval na gebruik van acetylsalicylzuur en hypoprotrombinemie.
- Relatieve contra-indicatie: placenta praevia met bloedverlies.

Werkwijze :

Vrouwen met een hoog risico of twee of meer matige risicofactoren worden gecounseld over het gebruik van aspirine tijdens de zwangerschap. Counseling en voorschrijven gebeurt in de 2^e lijn. Voor patiënten in de 1^e lijn kan een telefonisch consult op de poli gynaecologie gepland worden tussen de 10-14 weken zwangerschap.

Aanbevolen dosering: 160 mg 1dd. Bij voorkeur in de avond innemen. Met aspirine dient gestart te worden vóór 16 weken zwangerschapsduur. Bij gebruik LMWH profylaxe in zwangerschap, 1dd 80 mg. (Er is geen goed onderzoek gedaan naar de interactie LMWH en aspirine voor deze specifieke populatie. Op basis van het werkingsmechanisme van beide preparaten is er bij interactie niet per definitie een groter bloedingsrisico (maternaal en foetaal) te verwachten, maar kan ook niet worden uitgesloten.)

Verdere begeleiding zwangerschap

Eerste lijn:

- Vrouwen die Aspirine gebruiken op basis van twee of meer matige risicofactoren.
- Vrouwen met een eerdere zwangerschap met pre-eclampsie a terme.
- Vrouwen met een IUGR tussen de p2,3-p5 (met biometrie 28-32-36 weken)

Overlegsituatie/ gedeelde zorg:

- Vrouwen met een obstetrische voorgeschiedenis van ernstige IUGR (<p2,3) of IUVD en zwangerschap na eiceldonatie.
- Vrouwen met een eerdere zwangerschap met pre-eclampsie tussen 34-37 weken.

Tweede lijn:

- Vrouwen met pre-existente hypertensie, chronische nierziekte, auto-immuun ziekte, diabetes type 1 of 2, meerlingzwangerschap
- Vrouwen met een eerdere zwangerschap met pre-eclampsie <34 weken.

Stoppen Ascal

Stop Ascal minimaal 1 week voor partus of sectio in verband met effect op foetale trombocyten. In principe stop bij AD 36 weken.

Bevoegdheid: Leden van het Verloskundig Samenwerkingsverband Zeeland.

Literatuur:

1. NVOG-module Acetylsalicylzuur oktober 2019.
2. NVOG richtlijn Foetale groeirestrictie 2017.
3. VSV-protocol Rotterdam-Zuid: Aspirine
4. NICE guideline "Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy" 2010.
5. Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, Chou D, Say L. Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013 Sep;170(1):1-7. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.05.005. Epub 2013 Jun 7. Review. PubMed PMID: 23746796.
6. Bartsch E, Medcalf KE, Park AL, Ray JG. High Risk of Pre-eclampsia Identification Group. Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies. *BMJ.* 2016 Apr 19;353:i1753. doi: 10.1136/bmj.i1753.
7. LeFevre ML; U.S. Preventive Services Task Force. Low-dose aspirin use for the prevention of morbidity and mortality from preeclampsia: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2014 Dec 2;161(11):819-26. doi: 10.7326/M14-1884. PubMed PMID: 25200125.

Auteurs:

Anne Driehuis, 1^e lijns verloskundige

Liesbeth de Winter, klinisch verloskundige