

PROTOCOL DREIGENDE PARTUS PREMATURUS

Definitie

We spreken van een dreigende partus prematurus wanneer er sprake is van gebroken vliezen en/of contracties bij een amenorroeduur tussen de 24 en 36+6 weken.

Hierin kan je een onderverdeling maken in:

- Late prematuriteit: 34 tot 36 weken
- Matige prematuriteit: 32 tot 34 weken
- Vroege prematuriteit: 28 tot 32 weken
- Extreme prematuriteit: 24 tot 28 weken

Achtergrond

Spontane vroeggeboorte is de belangrijkste oorzaak van neonatale mortaliteit en morbiditeit in Nederland. In Nederland bevallen jaarlijks 12.000 zwangeren voor 37 weken, waarvan 1500 door spontane vroeggeboorte voor 32 weken. Bij spontane vroeggeboorte speelt infectie een doorslaggevende rol. Hierbij gaat het enerzijds om de acute situatie (gebroken vliezen, verdenking infectie), maar ook om de recidief kans na een eerdere vroeggeboorte (bacteriële vaginose).

Betrokkenen

- Patiënte en partner
- Eerstelijns verloskundige
- Klinisch verloskundige
- Arts-assistent
- Gynaecoloog
- OG-verpleegkundige

Risicofactoren

- Partus prematurus in anamnese
- Cervixinsufficiëntie
- Gemelligraviditeit
- GBS-infectie
- Uterusanomalie

Symptomen

- PPROM (premature pre-labour rupture of membranes): De meerheid van de vrouwen die zich preterm melden met gebroken vliezen bevallen binnen 7 dagen na het breken van de vliezen.
- Contractiliteit van de uterus: Contracties op zichzelf zijn een matige voorspeller voor vroeggeboorte
Vaginaal bloedverlies (met onbekende oorzaak): Er lijkt een verhoogd risico te zijn om te bevallen binnen 7 dagen bij vaginaal bloedverlies en contracties
- Afwijkende transvaginale cervixlengtemeting: Een cervixlengte < 15 mm en contracties is een goede voorspeller voor vroeggeboorte. Echter de kans op een partus prematurus bij een cervixlengte > 30mm is aanzienlijk laag.
- Fibronectine testen: Een aanvullende fibronectinetest lijkt alleen toegevoegde waarde te hebben bij een cervixlengte tussen 16-30 mm. Echter in het Maasstad Ziekenhuis wordt niet van de fibronectinetest gebruik gemaakt.

Beleid

1^e lijn

Graviditeit

- Indien de vorige zwangerschap is geëindigd voor 33 weken, dan zijn controles in de 2e lijn geïndiceerd (VIL). Indien de zwangerschap is geëindigd na 33 weken, dan kan de zwangeren gecontroleerd worden in de 1e lijn, mits er geen andere risicofactoren aanwezig zijn.
- Indien een van de risicofactoren in anamnese: bespreken tijdens MDO nieuwe zwangeren na intake. Zo nodig consult 2^e lijn.
- Wanneer sprake is van buikpijn, bloedverlies, vocht- of vruchtwaterverlies direct consult 2e lijn voor uitsluiten dreigende partus prematurus
- Bij gebroken vliezen of contracties wordt de zwangere na overleg met de dienstdoende gynaecoloog ingestuurd. Indien nodig met de ambulance.

2^e lijn

Graviditeit

- Vaststellen of sprake is van dreigende partus prematurus door middel van anamnese, CTG, VT (niet bij gebroken vliezen), cervixlengte en echo.
- Informeer de kinderarts. Indien er geen plaats is op de NICU heeft intra-uteriene overplaatsing naar een ander ziekenhuis de voorkeur.
- Opname op de zwangerenafdeling indien amenorroeduur \geq 32 weken is
- Inzetten cervix- en urinekweek
- Wanneer de zwangerschapsduur > 23+5 weken is en het einde van de zwangerschap voor 34 weken binnen 2-10 dagen verwacht wordt, dient antenataal een kuur corticosteroiden gegeven te worden om perinatale complicaties (zoals neonatale sterfte, RDS en intraventriculaire bloedingen) te voorkomen

- Tocolyse is geïndiceerd indien de partus voor 34 weken binnen 2-10 dagen verwacht wordt voor het laten inwerken van de corticosteroïden. Onderhoudsbehandeling met tocolyse is niet geïndiceerd.
- Bij de keuze voor een tocolyticum zijn nifedipine en atosiban gelijkwaardig. In geval van een gemelligraviditeit heeft atosiban de voorkeur.
- Informeer de zwangere en haar partner over het obstetrisch beleid en de prognose van de neonat. Dit kan in samenwerking met de kinderarts.

Wanneer bij een amenorroeduur tussen 23+5 en 32 weken sprake is van:

- Gebroken vliezen, ongeacht of er sprake is van weeënactiviteit
- Symptomen van dreigende partus prematures en een cervixlengte korter dan 15mm of
- Meer dan 3 cm ontsluiting

Dan hoort de zwangere overgeplaatst te worden naar een perinatologisch centrum (tenzij het baringsproces te ver gevorderd is). Gezien het neuroprotectieve effect op het kind wordt magnesiumsulfaat bij vrouwen met een spontane dreigende partus prematures voor 32 weken geadviseerd na overleg met het 3e lijns centrum.

Partus

Indien de zwangere toch in partu komt ondanks tocolytica of indien de ontsluiting te ver gevorderd is om tocolytica te starten, wordt de zwangere opgenomen op de verloskamers.

- Continue CTG registratie dmv caputelectrode
- Inlichten kinderarts over komende partus prematures en afspreken wanneer te bellen voor of na geboorte neonat

Medicatieschema

Op basis van de bevindingen wordt in overleg met de gynaecoloog gestart met weeënremming. Nifedipine (Adalat[®]) is 1^e keus.

Ook krijgt de patiënte de 1e gift Celestone.

Na overleg met het 3e lijns centrum wordt gestart met magnesiumsulfaat ter neuroprotectie van het kind.

Contra-indicatie

Nifedipine (Adalat[®])

- β -blokker
- Magnesiumsulfaat (bolus) vanwege de potentierende werking
- Overgevoeligheid Nifedipine
- Cardiale problemen: geleidingsstoornissen van het hart, links decompensatio cordis, hypotensie)
- Gemelli-graviditeit

Adalat-schema

- Start met Adalat[®] 10 mg capsule, zonder kauwen doorslikken

- Vervolgens 3x a 15 minuten 10 mg Adalat® capsule zonder kauwen doorslikken. De maximale dosering in het eerste uur is 40 mg
- Aansluitend na 30 minuten 60mg Adalat OROS®
- Continue CTG registratie en tensie controle voor elke gift Adalat® capsule tijdens de opstartdosis
- Let op niet meer dan 160mg Adalat® per 24 uur
- Aansluitend aan de startdosis start met 2x daags 30 mg Adalat OROS® gedurende 2 dagen

Opstartdosis	4x 10 mg Adalat® capsule doorslikken zonder kauwen Aansluitend na 30 minuten 60 mg Adalat OROS®
Onderhoudsdosis	Gedurende 2 dagen, 2x daags 30 mg Adalat OROS®

Bijwerkingen (in het begin)

- Hoofdpijn
- Flushes
- Warmtesensatie

Tractocile®

- Start met Tractocile® 0.9 ml = 6.75mg oplossing iv
- Maak de Tractocile® klaar door 75mg Tractocile® op te lossen in 90cc NaCl 0.9% en dien 24ml/ uur toe gedurende 3 uur
- Verlaag daarna de dosering tot 8ml/ uur voor de resterende 45 uur

Celestone® Chronodose

Indicatie: Wanneer het einde van de zwangerschap binnen 2 tot 10 dagen wordt verwacht en de zwangerschapsduur > 23+5 weken en < 34 weken is, dient antenataal een kuur corticosteroïden gegeven te worden om perinatale complicaties (zoals neonatale sterfte, RDS en intraventriculaire bloedingen) te voorkomen. Profylaxe voor zwangere tegen ademhalingsmoeilijkheden bij haar kind dat prematuur geboren dreigt te worden.

- Injectievloeistof 'Chronodose': 2 ampullen a 1 ml intramusculair bij start tocolytica. Liefst ten minste 24 uur (bij voorkeur 48–72 uur) vóór het verwachte tijdstip van de bevalling. Na 24 uur kan een tweede dosis van 2 ml worden toegediend, tenzij patiënte al bevallen is
- Celestone heeft een duidelijk effect op de hartactievervariabiliteit en foetale beweging (maximaal op dag 2, herstel op dag 4).

Magnesiumsulfaat (MgSO₄)

- 4 gr MgSO₄ iv in 10-15 min in laten lopen
- Daarna starten met onderhoudsdosering van 1 gr MgSO₄ per uur

Bijwerkingen:

- Flushing
- Misselijkheid en braken
- Spierzwakte
- Respiratoire nood
- Dorst
- Hoofdpijn
- Hypotensie of palpitaties of tachycardie
- Duizeligheid
- Slaperigheid of verwarring
- Jeuk of tintelingen en branderigheid
- Pijn bij de insteekopening/injectieplaats

Antidotum:

10% calciumglubionaat 10 ml iv in 10 minuten

Bronnen:

NVOG richtlijn Dreigende vroeggeboorte