

Protocol intra-uteriene groeivertraging revisie januari 2018

Definitie

Er worden vele definities gehanteerd voor intra-uteriene groeivertraging (IUGR). De klassieke afkapwaarde is p10, voor neonatale morbiditeit en mortaliteit is het vijfde percentiel meer voorspellend. Wij definiëren IUGR daarom als volgt: IUGR is een geschat gewicht (EFW) of foetale buikomtrek (AC) <p10. Ernstige IUGR wordt gedefinieerd als EFW en/of AC <p3.

Een afbuigende groei wordt gedefinieerd als afbuiging van ≥ 20 percentielen (AC en/of EFW, minimuminterval 2 weken) en wordt ook beschouwd als IUGR. Wat betreft afbuigende groei, relateren we dit aan biometrie vanaf 24 weken zwangerschap, overweeg dus om het Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO) buiten beschouwing te laten.

Andere groeiafwijkingen:

- een hoofdomtrek < p5 is een mogelijke microcefalie (officiële definitie < -3 SD)
- femurlengte <p5 is een verkort femur ('sonomarker' voor het syndroom van Down, maar komt ook voor bij skeletdysplasieën)
- een negatieve dyscongruentie is een te kleine uitzetting voor de zwangerschapsduur

Oorzaken

De belangrijkste oorzaken van een verdenking IUGR zijn grofweg in drie groepen onder te verdelen:

- placentaire insufficiëntie
 - zwangerschapshypertensieve aandoeningen (zwangerschapshypertensie en pre-eclampsie) en maternale ziekten (bijv. auto-immuunziekten als SLE)
 - omgevingsfactoren: roken, cocaïne, medicatie (bijv. anti-epileptica), onregelmatigheidsdiensten

- genetische oorzaken
 - chromosomale oorzaak (trisomieën, monosomie X)
 - syndromale oorzaak (bijv. primordiale dwerggroei)
- geen IUGR
 - fysiologische variatie (bijv. hindoestanen)
 - pseudo-IUGR (termijndiscussie)

Diagnostiek

- termijndiscussie uitsluiten:
 - betrouwbare cyclusanamnese af te nemen?
 - echoscopie eerste trimester verricht?
 - transcerebellaire diameter (TCD) meten
- biometrie verrichten met daarbij vruchtwaterindex (AFI) en dopplersonderzoek (PI) van de a. umbilicalis en a. cerebri media
- bloeddruk meten, evt. proteïnurie bepalen
- verwijzing Erasmus MC voor prenatale diagnostiek (geavanceerd ultrageluidsonderzoek/amniocentese)
 - in ieder geval indien diagnose voor 24 weken
 - overweeg verwijzing indien IUGR e.c.i. tussen 24 en 32 weken
- cytomegalievirus (CMV)-antistoffen bepalen

Patiënte verwezen vanuit eerste lijn:

- zet volledige (echo)diagnostiek in ter opsporing van IUGR
- plot alle (echo)uitslagen in één curve
- ≥ 2 echo's met interval ≥ 2 weken voor correctie interpretatie
- terugverwijzing naar eerste lijn o.b.v. uitkomsten (≥ 2 echo's) kan overwogen worden indien zowel AC als EFW $\geq p10$ bij normale dopplers
- herhaal biometrie op zijn vroegst na 14 dagen bij verdenking IUGR en wees alert op asymmetrische groei

Overwegingen

- zo mogelijk biometrie op zijn vroegst veertien dagen later herhalen om beloop te vervolgen, idealiter bij dezelfde echoscopist om 'inter observer variability' te voorkomen
- placentaire insufficiëntie geeft vaak een asymmetrische groeivertraging (verhoogde HC/AC-ratio), oligohydramnion, hoge PI a. umbilicalis (UA), lage PI a. cerebri media (MCA) en verlaagde cerebro/placentaire-ratio (CPR), terwijl genetische oorzaken vaker een symmetrische groeivertraging veroorzaken
- bij chromosomale of syndromale afwijkingen kan in geval van vroege IUGR de zwangerschapsduur ten onrechte gecorrigeerd zijn op basis van echoscopie in het eerste trimester
- bij ernstige IUGR is de TCD ook afwijkend en is geen betrouwbare parameter meer om de zwangerschapsduur te bepalen
- bepaal beleid op basis van PI UA en/of MCA en/of CPR,
- bepaal geen beleid o.b.v. AFI/diepste poel of o.b.v. doppler van de d. venosus

CTG bewaking

- frequenties van CTG-bewaking bij IUGR:
 - normale dopplers wekelijks CTG (poliklinisch)
 - PI UA >p95 tweemaal per week CTG (poliklinisch)
 - PI UA AREDF* dagelijks (klinisch)
 - * absent or reversed end-diastolic flow
 - PI MCA <p5 (of CPR<1,0) dagelijks (klinisch)
- zolang het CTG optimaal is, afwachtend beleid volgen.
- in geval van minder leven voelen: intensiveren foetale bewaking of termineren zwangerschap

Termineren zwangerschap (ga uit van de meest afwijkende parameter)

- EFW en/of AC tussen p5 - p10 40 weken
- EFW en/of AC p3 - p5 38 weken
- EFW en/of AC < p3 37 weken
- IUGR tussen 24 en 36 weken met/zonder dopplerafwijkingen: expectatief beleid indien goede foetale conditie
- baring voor 34+0 verwacht: corticosteroiden toedienen

Preventie

start acetylsalicylzuur voor 17 weken bij hoog risico op IUGR o.b.v. placentaire insufficiëntie (pre-eclampsie)

Let op!

- een biometrie wordt doorgaans in de tweede helft van het derde trimester onnauwkeuriger met het stijgen van de zwangerschapsduur
- pas op met het gebruik van EFW: deze kan normaal zijn terwijl de AC te klein is, ook zijn er verschillende formules die niet per se met elkaar te vergelijken zijn
- chromosomale afwijkingen geven een verhoogde kans op een gestoorde placentatie en daardoor een hogere kans op placentaire insufficiëntie en zwangerschapshypertensie en pre-eclampsie

Toekomst

Op dit moment (januari 2018) wordt veel wetenschappelijk onderzoek verricht naar de waarde van PAPP-A, PIGF en andere biomarkers om IUGR te voorspellen. De definitieve plaats van dit aanvullend onderzoek moet echter nog bepaald worden.

Meer lezen?

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Investigation and Management of the Small-for-Gestational-Age Fetus. Green-top Guideline No. 31, 2nd Edition, February 2013

Thompson JL, Kuller JA, Rhee EH. Antenatal surveillance of fetal growth restriction. *Obstet Gynecol Surv.* 2012; 67(9): 554-65

Nederlandse Vereniging voor Gynaecologie en Obstetrie. NVOG-richtlijn Foetale groeirestrictie (FGR). 2017