

Protocol verdenking macrosomie

Doel

Eenduidigheid in het beleid tav begeleiding en counseling van vrouwen met een positieve dyscongruentie/ verdenking macrosomie.

Betrokken

- Client en partner
- Eerstelijns verloskundige
- Echoscopiste
- Klinisch verloskundige
- Arts-assistent
- Gynaecoloog
- Kraamzorg

Definitie

Macrosomie verwijst naar groei boven een bepaald afkappunt. In internationale studies wordt vaak ≥ 4000 gram of ≥ 4500 gram als afkapwaarde gebruikt. Daarnaast wordt de term 'large for gestational age' (LGA) gebruikt als het geschat geboortegewicht boven een bepaald percentiel komt voor de betreffende amenorroeduur. Als afkapwaarde voor de definitie macrosomie wordt binnen het VSV Rotterdam Zuid een EFW en $AC > p95$ gebruikt.

Prevalentie/ Incidentie

Het voorkomen van afwijkende foetale groei is mede afhankelijk van de gehanteerde definitie. In de Nederlandse populatie heeft 13% van de kinderen een geboortegewicht tussen 4000-4499 gram en 2% een geboortegewicht tussen 4500-4999 gram. Bij gebruik van het 95^e percentiel is in theorie 5% van de kinderen LGA. In de praktijk is het percentage afhankelijk van de populatie en de gebruikte referentiecurve.

Risicofactoren macrosomie

- Hoger maternaal BMI (>25)
- Diabetes gravidarum en diabetes mellitus
- Multipariteit
- Hogere maternale leeftijd
- Maternaal geboortegewicht boven 4000 gram
- Herhalingsrisico op een LGA- kind is 85%

Risico's macrosomie voor moeder en kind

- Maternale risico's: langdurige bevalling, kunstverlossing, sectio caesarea, 3^e of 4^e graads ruptuur en postpartum hemorragie.
- Neonatale risico's: schouderdystocie met bijbehorende geboortetrauma, neonatale hypoglykemie.

Beleid

Screening en diagnostiek

De standaard methode voor de schatting van het foetale gewicht is uitwendige palpatie met seriële fundus-symfysemetingen. Een groei-echo in het derde trimester ter opsporing van LGA kinderen wordt geadviseerd indien:

- uterus tijdens opeenvolgende prenatale controles 2 a 4 weken voor loopt, of plots sterk toeneemt.
- fundus-symfysemeting niet goed mogelijk is (bijvoorbeeld door obesitas).
- er verdenking op polyhydramnion is.
- er aanwijzingen zijn voor zwangerschapsdiabetes.
- cliënt eerder een macrosoom kind had (>p95).

Bij een AC of EFW >p90 of polyhydramnion (SDP>8 of AFI >24) is het advies om diagnostiek naar zwangerschapsdiabetes te verrichten.

Polyhydramnion kan ontstaan door verschillende mechanismen: gestoorde glucosehuishouding, congenitale afwijking, infectieus en ideopathisch. Indien bij de echo een polyhydramnion wordt vastgesteld, dient diagnostiek naar zwangerschapsdiabetes verricht te worden. Indien ongestoord, wordt laboratorium onderzoek naar infectieziekten (TORCHES) en IEA verricht en verwezen voor een GUO2 voor extra onderzoek naar bijvoorbeeld gastro-intestinale afsluitingen of tekenen van foetale anemie.

Voor het beleid bij een cliënt met zwangerschapsdiabetes, zie protocol diabetes transmuraal.

Verwijzing tweede lijn

Patiënten met EFW en AC > p95 zonder diabetes of polyhydramnion, dienen gecounseld te worden over het al dan niet inleiden bij een zwangerschapsduur van 38 weken. Deze counseling wordt gedaan in de 1^e lijn. Aan patiënten dient aangeboden te worden om voor consult naar de tweede lijn verwezen te worden om inleiding te bespreken. (Voor inhoud counseling: zie counselingskaart voor zorgverleners in bijlage).

Patiënten met verdenking op polyhydramnion of zwangerschapsdiabetes dienen voor consult naar de tweede lijn verwezen te worden zodat verdere diagnostiek/behandeling ingezet kan worden zoals beschreven in het protocol diabetes transmuraal.

Maasstad:

Indien de neonaat postpartum een geboortegewicht heeft boven p 90 dient de kinderarts in consult gevraagd te worden en gedurende 24 uur glucosecontroles verricht te worden in verband met het risico op hypoglycemie.

Ikazia:

Indien de neonaat postpartum een geboortegewicht heeft boven 4500 of p 97.7 dient de kinderarts in consult gevraagd te worden en gedurende 24 uur glucosecontroles verricht te worden in verband met het risico op hypoglycemie.

Bronvermelding

- Factsheet positieve discongruentie KNOV (maart 2017).
- Boulvain M, Irion O, Dowswell T, Thornton JG. Induction of labour at or near term for suspected fetal macrosomia. Cochrane Database Syst Rev (2016).
- Boulvain M, Senat MV, Perrotin F, Winer N, Beucher G, Subtil D, et al. Induction of labour versus expectant management for large-for-dat fetusus: a randomised controlled trial. Lancet (2015).
- Cheng ER, Declercq ER, Belanoff C, Stotland NE, Iverson RE. Labor and Delivery Experiences of Mothers with Suspected Large babies. Matern Child Helth J (2015).

Protocol gemaakt door	Lore de Meuter, klinisch verloskundige Liv Freeman, gynaecoloog
Besproken met	Mieke Oostveen, 1 ^e lijns verloskundige Sabrina grinwis, 1 ^e lijns verloskundige Pauline Doedens, 1 ^e lijns verloskundige Gardy Laurijssen, 1 ^e lijns verloskundige Lineke van den Berg, 1 ^e lijns verloskundige Madelaine Jonkers, klinisch verloskundige Lore de Meuter, 2 ^e lijns verloskundige Liv freeman, gynaecoloog Hans Versendaal, perinatoloog-gynaecoloog
Goedgekeurd op	juli 2019