

Protocol Serotiniteit

Definitie

Serotiniteit is gedefinieerd door de WHO en FIGO als een zwangerschapsduur ≥ 42 weken op basis van een vroege echoscopische termijnbepaling.

Doel

Het voorkomen van perinatale morbiditeit en mortaliteit. Serotiniteit wordt als vanouds beschreven als een risicofactor, hoewel niet onomstotelijk bewezen is dat inleiden bij ongecompliceerde eenlingzwangerschappen de perinatale uitkomst verbetert ten opzichte van een afwachtend beleid.

Betrokkenen

- Cliënte en partner
- Eerstelijns verloskundige
- Klinisch verloskundige
- Arts-assistent
- Gynaecoloog
- O&G verpleegkundige
- kraamzorg

Risicofactoren voor serotiniteit

- Serotiniteit in anamnese
- Nullipariteit
- Genetische factoren (familieanamnese, etnische achtergrond)
- Foetale afwijkingen
- Hoge maternale BMI
- Termijnonzekerheid

Risicofactoren voor foetale sterfte

- Perinatale sterfte en morbiditeit bij serotiniteit zijn sterk geassocieerd met groeivertraging, gedefinieerd als een geboortegewicht < 10 e percentiel. In een groot cohort in Noorwegen was het risico op perinatale sterfte bij een zwangerschapsduur > 42 weken, rekening houdend met confounders zoals pariteit en maternale leeftijd, vijfmaal verhoogd voor kinderen met een geboortegewicht $< p10$ (adj RR 5.68 ; 95% BI 4.37-7.38). Voor kinderen met een normaal geboortegewicht is de sterfte waarschijnlijk nagenoeg niet verhoogd.
- Er zijn aanwijzingen dat de optimale zwangerschapsduur kan samenhangen met etniciteit. Afrikaanse, Surinaams-Hindoestaanse en mediterrane vrouwen zouden al voor de 42+0 weken een verhoogd risico op perinatale sterfte hebben. In hoeverre dit van belang is bij het vaststellen van serotiniteit in deze groepen is nog onderwerp van onderzoek.

Informatie ten behoeve van counseling

- Er is in Nederland consensus dat na 42+0 weken een inleiding dient te worden geadviseerd en dat daarvoor een overdracht naar de tweede lijn is geïndiceerd
- Inleiden tussen 41 en 42 weken blijkt na recent onderzoek in een Nederlandse populatie niet tot meer interventies noch tot betere perinatale uitkomsten te leiden.
- Strippen vanaf 38 weken verhoogt de kans op een spontane baring voor de 42 weken (vanaf 41 weken is de NNT ongeveer 6).
- Meconiumhoudend vruchtwater komt vaker voor naarmate de zwangerschapsduur vordert. In een groot cohort laag risico eenling zwangerschappen in Californië (VS) nam de aanwezigheid van meconium toe van 11% bij 37 weken tot 35% bij 42 weken.
- Op basis van een Nederlandse RCT (Serinam-studie) kan amniotomie worden aangeboden aan vrouwen met een zwangerschapsduur tussen 41+5 en 42+0 dagen. In de Serinam-studie verminderde de kans op een inleiding of bijstimulatie (OR 0,7; 95% BI 0,5 – 0,9) en vergrootte de kans op een thuisbevalling (OR 2,3; 95% BI 1,5 – 3,5).

Beleid

Counseling

Bij een ongecompliceerde zwangerschap vindt counseling over de serotiene zwangerschap plaats in de eerste lijn, en wordt na goede voorlichting de keus aan de cliënte gelaten. Indien een cliënte de wens heeft voorbij 41 weken de zwangerschap te willen beëindigen wordt deze wens in principe gehonoreerd. Bij uiterlijk 40+4 wordt daarom geïnventariseerd of deze wens bestaat. Indien dat niet zo is dient counseling met betrekking tot serotiniteit uiterlijk plaatsgevonden te hebben op 41+0 weken zwangerschapsduur. Tweedelijns patiënten worden bij 41 weken geadviseerd om ingeleid te worden indien daar een aanleiding toe is, counseling daaromtrent vindt in de tweede lijn plaats.

Beleidsopties die tijdens de counseling met cliënte worden overlegd zijn:

- Afwachten
- Strippen
- Vliezen breken voorafgaande aan een geplande inleiding (indien de cervix week en verstreken is en 3 cm ontsloten, of indien de Bishopsscore meer is dan zes).
- Inleiden. Hierbij bespreekt de eerstelijns verloskundige ook de gang van zaken in het ziekenhuis en het mogelijk langdurige beloop bij priming met behulp van een ballon.

Logistiek

Wanneer de zwangere ingeleid wil worden, dan is het beleid als volgt:

41 weken: Enkele dagen van tevoren bellen met de afdeling Verloskunde om een inleiding af te spreken. Deze inleiding kan in principe ook in het weekend.

42 weken: Een consult tussen 41+3 – 41+5 weken

Consult

Tijdens het consult in de tweede lijn wordt onder andere een dossier aangemaakt, worden eventuele vragen over inleiden besproken en wordt een datum afgesproken waarop cliënte wordt ingeleid. Counseling heeft echter al in de eerste lijn plaatsgevonden. Het kan voorkomen dat tijdens dit consult een VT wordt aangeboden om cliënte nadere informatie te geven over de modus van inleiding; vliezen worden echter alleen gebroken in overleg met de eerstelijns verloskundige. Indien cliënte tijdens de counseling in de eerste lijn te kennen heeft gegeven niet ingeleid te willen worden voorbij de 42 weken wordt indien mogelijk voor die tijd een gezamenlijk gesprek gevoerd met cliënte, gynaecoloog en eerstelijns verloskundige.

Vliezen breken in de eerste lijn voorafgaande aan de inleiding

Indien de zwangere dit wil kunnen in de eerste lijn bij een gunstig VT de vliezen thuis gebroken worden voorafgaande aan de inleiding zodat de baring de kans kan krijgen zonder verdere hulp op gang te komen. Een gunstig VT is een weke, verstreken cervix die minstens 3 cm ontsloten is, of een Bishopsscore van meer dan 6.) Indien de vliezen gebroken worden de avond voor de inleiding wordt de zwangere indien zij rond 7.00 de volgende dag niet goed in partu is doorverwezen naar de tweede lijn. Indien de vliezen op de ochtend van de inleiding worden gebroken door de eerste lijn wordt de zwangere om 15.00 van diezelfde dag verwezen naar de tweede lijn.

De eerste lijn houdt tot en met 2020 gegevens bij van al deze baringen en mailt na afloop bijgevoegd document naar aromvoorafgaandeaaninleiding@gmail.com; de gegevens worden gebundeld en worden aan het einde van de pilotperiode teruggekoppeld.

Informatie voor cliënte

- Folder inleiding (wordt nog aan gewerkt)
- Folder serotiniteit (wordt nog aan gewerkt)

Bronnen

- NVOG: Standaard Serotiniteit (2007)
- KNOV: Factsheet Serotiniteit (2015)
- INDEX-studie (voorpublicatie)

Protocol gemaakt door	Pauline Doedens, 1 ^e lijns verloskundige
Besproken met	Gardy Laurijssen, 1 ^e lijns verloskundige Mieke Oostveen, 1 ^e lijns verloskundige Lineke van den Berg, 1 ^e lijns verloskundige Sabrina Grinwis, 1 ^e lijns verloskundige Madelaine Jonkers, klinisch verloskundige Lore de Meuter, klinisch verloskundige Hans Versendaal, gynaecoloog – perinatoloog Liv Freeman, gynaecoloog - perinatoloog Annelies den Hollander, leidinggevende kraamzorg RST
Goedgekeurd op	05 november 2019

Bijlage: verslagformulier AROM voorafgaande aan inleiding

Het doel van dit formulier is om een indruk te krijgen van hoe de baring is verlopen na het breken van de vliezen. Het verzoek is om dit zo compleet mogelijk in te vullen voor zover de gegevens bekend zijn, en eventuele bijzonderheden die niet in de tabel staan apart te vermelden

Graviditeit Pariteit Amenorroeduur ten tijde van AROM Zekere AD? (volgens NVOG 'Datering van de zwangerschap') Verloskundige die AROM heeft verricht Verloskundige praktijk	J/N
Geboortedatum Eerstelijns dossiernummer zwangere	
Bishopscore of beschrijving cx Locatie cx Consistentie cx Verstriking Ontsluiting Indaling	
AROM, datum/tijd Kleur vruchtwater Tijdstip bevalling Plaats bevalling Duur gebroken vliezen (uren) Eindverantwoordelijke bevalling	Eerste lijn/tweede lijn
Indien overdracht Tijd en datum overdracht Indicatie overdracht	
Wijze van bevalling Bijstimulatie Duur van bijstimulatie (uren)	Spontaan/sectio/FE/VE Ja/nee
Apgar score (1/5/10) Navelstreng pH arterieel Navelstreng pH veneus	
Infectie of verdenking infectie bij moeder of kind? Graag situatiebeschrijving	
Overige bijzonderheden	

Parameter	Score			
	0	1	2	3
Locatie cx	Posterior	Mediaan	Anterior	–
Cervix	Stevig	gemiddeld	Week	–
Verstreken	0-30%	40-50%	60-70%	80+%
Ontsluiting	geen	1–2 cm	3–4 cm	5+cm
Indaling	H1	H2	H3	H4