



## Protocol Vroeggeboorte (i.a.)

### Definitie

We spreken van een dreigende vroeggeboorte 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:

- 24-32 weken
- Na 32 weken

### Achtergrond

Spontane vroeggeboorte is de belangrijkste oorzaak van neonatale mortaliteit en morbiditeit in Nederland. In Nederland bevalt jaarlijks 7,7% van de zwangeren voor 37 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).

Het gebruik van progesteron (Lutinus, Utrogestan) vaginaal 1 maal daags van 16-36 weken door vrouwen met een voorgeschiedenis van vroeggeboorte vermindert het risico op een vroeggeboorte <37 weken met een factor 0,62 (95%BI= 0,48 tot 0,80) NNT 8.4 en een vroeggeboorte <34 weken met een factor 0,55 (95%BI: 0,38 tot 0,79; figuur 2), met een NNT van 11.6.

Er is geen bewijs dat progesteron het risico op vroeggeboorte <28 weken vermindert. Progesteron verlaagt het risico op zowel perinatale als neonatale mortaliteit.

Lutinus is 5 maal zo duur als Utrogestan (ongeveer 100 vs 20 euro) maar geeft mogelijk wel minder hinderlijke afscheiding.

### Betrokkenen

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

### Risicofactoren

- Roken
- Cocaïnegebruik
- Ondergewicht BMI <19
- Onregelmatig werk



- Vroeggeboorte in anamnese
- Cervixinsufficiëntie/exconisatie van cervix
- Meerling graviditeit
- GBS-infectie
- Uterusanomalie
- Bacteriële vaginose
- Asymptomatische bacteriurie
- Parodontitis
- Cervixlengte <25 mm

### Symptomen

- PPRM (premature pre-labour rupture of membranes): De meerheid van de vrouwen die zich preterm meldt met gebroken vliezen bevat 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 vroeggeboorte bij een cervixlengte > 30mm is aanzienlijk lager.
- Fibronectine testen: Een aanvullende fibronectinetest lijkt alleen toegevoegde waarde te hebben bij een cervixlengte tussen 15-30 mm. Een cervixlengte van 15-30 mm geeft bij negatieve fibronectine een risico van <7% indien deze positief is 5-30%.

### Beleid

#### Graviditeit

Zwangeren met vroeggeboorte < 32 weken i.a.

- 2<sup>e</sup> lijn
- voor AD 16 weken bespreken progesteron (16-36 weken 1 maal daags zie boven)
- Cx lengte metingen, indien tussen 28 en 32 weken bevallen, minimaal 2 keer bij Ad 14-17 weken en bij 20-22 weken. Indien voor 28 weken bevallen dan iedere 2 weken cx lengte meting vanaf 16 weken tot 24 weken
- Afhankelijk van cx lengte meting of obv anamnese evt cerclage
- op casus niveau shared care mogelijk
- bespreek na 24 weken met de zwangere de optie om de rest van de zwangerschap in de eerstelijns begeleid te worden



#### Zwangeren met vroeggeboorte 32-37 weken i.a.

- Consult 2<sup>e</sup> lijn voor AD 16 weken ivm counseling progesteron. Bij vroeggeboorte <34 weken ia aanbieden, bij vroeggeboorte 34-37 weken ia bespreken.
- 1<sup>e</sup> lijn

#### Vrouwen met lisexcisie i.a.:

- Eenmalige lisexcisie: controles 1e lijn.
- Conisatie i.a. of herhaalde lisexcisie i.a.: controles 2e lijn.  
Indien cx lengte >25 mm: expectatief beleid, bij geen verdere risicofactoren na 24 weken: retour 1e lijn en/of shared care
  - Cervixlengte vervolgen
  - Indien ≤25 mm bij cervixlengte meting overweeg cerclage.
- Indien cx lengte >25 mm: expectatief beleid, bij geen verdere risicofactoren na 24 weken: retour 1e lijn en/of shared care
- Indien cliënt na een lisexcisie a terme bevallen is heeft zij bij een volgende zwangerschap niet opnieuw een indicatie voor een cervixlengte meting bij 20 weken.

#### Vrouwen met een asymptomatische verkorte cervix <24 weken

- Bespreek met een zwangere van een eenling en een asymptomatische korte cervix ≤ 25 mm < 24 weken dat progesteron waarschijnlijk de kans op een vroeggeboorte en de daarmee gepaard gaande morbiditeit verkleint. NNT voorkomen vroeggeboorte <34 weken 11, NNT voorkomen vroeggeboorte <28 weken 27. Ook de gecombineerde uitkomstmaat neonatale mortaliteit/morbiditeit was gunstiger in de progesterongroep vooral door minder voorkomen van RDS.

#### Aandachtspunten:

- Indien risicofactoren: zwangere bespreken op NPO/MDO
- Bij vroeggeboorte i.a., denk aan progesteron! Consult plannen voor 16 weken!
- Bij patiënten met een cervixinsufficiëntie op basis van de obstetrische voorgeschiedenis (een tweede trimester zwangerschapsverlies (zonder of met milde symptomen) of bij 3 of meer vroeggeboortes in de voorgeschiedenis voor Am 32W) wordt in principe een primaire cerclage aangelegd. Bij patiënten met andere risicofactoren (muv een meerlingzwangerschap) worden cervixlengtemetingen verricht
- Wanneer sprake is van buikpijn, bloedverlies, vocht- of vruchtwaterverlies consult 2e lijn voor uitsluiten dreigende vroeggeboorte.
- Bij een klinisch beeld van premature contracties, overweeg of een VT noodzakelijk is en iets toevoegt ivm fibronectinetest (deze is vaker positief als er al inwendig onderzoek gedaan is).
- Indien de controles goed zijn, na 24 weken in overleg met de zwangere bepalen waar de rest van de zwangerschapscontroles gaan plaatsvinden (1<sup>e</sup> lijn/2<sup>e</sup> lijn/ shared care). Bespreek met de zwangere wat eventuele extra controles inhouden en wat voor haar de juiste zorg op de juiste plaats zou kunnen zijn. Doe een duidelijke overdracht en houd de lijstjes kort.



### **Dreigende vroeggeboorte**

- Vaststellen of sprake is van dreigende vroeggeboorte door middel van anamnese, CTG, VT (niet bij gebroken vliezen), cervixlengte en echo.
- Informeer de kinderarts. Indien er geen plaats is op de couveuseafdeling heeft intra-uteriene overplaatsing naar een ander ziekenhuis de voorkeur.
- Opname op de zwangerenafdeling indien amenorroeduur  $\geq 32$  weken is.
- Inzetten rectovaginalekweek en urinekweek. Ikazia: bij gebroken vliezen GBS PCR naast rectovaginale kweek. Ook indien in partu bij nog onbekende GBS status afname GBS PCR.
- Wanneer de zwangerschapsduur  $> 23+5-26$  weken is en het einde van de zwangerschap binnen 2-10 dagen verwacht wordt, is indien de situatie het toelaat, counseling in de 3<sup>e</sup> lijn over toediening corticosteroïden geïndiceerd.
- Wanneer de zwangerschapsduur 26-34 weken is en het einde van de zwangerschap binnen 2-10 dagen verwacht wordt dient antenataal een kuur corticosteroïden 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 neonaat. 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 vroeggeboorte 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 vroeggeboorte 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
- Inlichten kinderarts over komende vroeggeboorte en afspreken wanneer te bellen voor of na geboorte neonaat



### Medicatieschema

Op basis van de bevindingen wordt in overleg met de gynaecoloog gestart met weeënremming. Nifedipine (Adalat<sup>®</sup>) is 1<sup>e</sup> 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.

### Bronnen

1. Perined trendrapportages
2. NVOG richtlijn Dreigende vroeggeboorte
3. Richtlijn "Progesteron voor het voorkomen van vroeggeboorte" [www.richtlijndatabase.nl](http://www.richtlijndatabase.nl)