



Protocol Dysmatuur <P5 i.a.

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.

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.

Betrokkenen

- Patiënte en partner
- Eerstelijns verloskundige
- Klinisch verloskundige
- Arts-assistent
- Gynaecoloog
- O&G verpleegkundige
- Kinderarts

Risicofactoren

- Verstoorde utero-placentaire circulatie
- Maternale ziekte
- Toxische factoren (Roken, alcohol, drugs, schadelijke stoffen)
- Medicatie
- Lage socio-economische klasse
- Voeding
- Werk, psychosociale factoren en stress
- Leeftijd (< 14 jaar, > 35 jaar)
- Interval tussen zwangerschappen (< 6 maanden)
- Groeirestrictie in vorige zwangerschap
- Congenitale en genetische afwijkingen
- Congenitale infectie
- Meerling



Beleid

- De intake vindt in de eerste lijn plaats, waarna de zwangere in het MDO besproken zal worden.
- Ruim voor zestien weken wordt er gecounseld over aspirine (volgens VSV protocol Aspirine) en indien gewenst een recept aspirine geregeld. Starten uiterlijk voor Am 16 weken, bij voorkeur bij Am 12 weken.
- Indien er geen afwijkingen in foetale groei geconstateerd wordt blijft de zwangere in de eerste lijn gedurende haar zwangerschap en baring.
- Om de foetale groei betrouwbaar en valide te kunnen beoordelen is het ten zeerste aanbevolen om de fundus-symfyse metingen door maximaal twee verloskundigen te laten uitvoeren, vanaf 28 weken zwangerschap. De metingen worden uitgezet op een geïndividualiseerde curve. Hierin worden eveneens de echometingen uiteengezet voor een totaaloverzicht.
In studies waarin de fundus-symfysemeting gestandaardiseerd plaatsvindt, sporen zorgverleners groeirestrictie beter op dan bij niet-gestandaardiseerde meting. Gestandaardiseerde fundus-symfysemetingen die zijn uitgezet op een geïndividualiseerde curve sporen bijna twee keer zoveel kinderen op met SGA <p10 dan standaard prenatale zorg.
- De groei echo's worden bij voorkeur door dezelfde echoscopiste uitgevoerd om de validiteit en betrouwbaarheid te verhogen. Om zowel de vroege foetale groeirestrictie (FGR) als de late FGR goed te kunnen opsporen zijn er ten minste drie groeiecho's noodzakelijk. De echo's vinden plaats met 28 weken, 32 weken en 36 weken.
Binnen het MDO kan er casus specifiek besproken worden om de groei echo's op andere termijnen te laten plaatsvinden.
- Voor het vaststellen van foetale groei wordt de Verburg-curve gebruikt voor de AC, HC en FL en de Hadlock 3 curve voor EFW.
- Indien tov de eerste groeiecho na het SEO een afbuiging van 20 percentielen of meer bestaat in EFW, AC of FL dient de biometrie herhaald te worden in de tweedelijns inclusief Dopplermeting
- Bij een AC, HC of FL <p10, of een EFW <p10 wordt de zwangere doorverwezen naar de tweede lijn volgens het protocol FGR.
- Bij een zwangerschap met goede intervalgroei, AC/EFW p5-p10, normale Dopplers en zonder andere pathologie, in de a terme periode een bespreekmoment inlassen en in overleg met de zwangere terug verwijzen naar verdere zorg in de 1e lijn.

Bronnen

1. KNOV standaard 'Opsporing van foetale groeivertraging' (2013)
2. NVOG-richtlijn 'Foetale groeirestrictie' (2017)
3. RCOG guideline: The investigation and management of the small for gestational age fetus (2013)
4. Papageorghiou A. et al. International standards for symphysis-fundal height based on serial measurements from the Fetal Growth Longitudinal Study of the INTERGROWTH-21st Project: prospective cohort study in eight countries. BMJ.2016;355-i5662. (2016)



**Verloskundig
Samenwerkingsverband**
Rotterdam-Zuid

Protocol gemaakt door	<i>Afvaardiging zorggroep Saam</i>
Besproken met	<i>VSV inhoudelijke werkgroep</i>
Goedgekeurd op	<i>01-01-2023</i>
Geldig tot	<i>01-01-2025</i>



Bijlage 1

Periode	Professional	Actie en Beleid	Informatie
Preconceptioneel	Verloskundige	ZwangerWijzer bespreken en risicoschatting	
7-9	Verloskundige/echoscopiste	<ul style="list-style-type: none"> - Intake en risicoschatting - Vitaliteitsecho - Counseling PNS - Reguliere controle* - Counseling asprine (160 mg/dag t/m 36 weken + belang calciumintake (min 1 gr/dag) 	
9-10	Verloskundige + gynaecoloog	<ul style="list-style-type: none"> - MDO 	
10-12	Verloskundige + echoscopiste	<ul style="list-style-type: none"> - Termijnecho - Reguliere controle* 	
13-18	Verloskundige	<ul style="list-style-type: none"> - etSEO - reguliere controle* 	
18-21	Echoscopiste/gynaecoloog	<ul style="list-style-type: none"> - ttSEO/GUO 	
22-25	Verloskundige	<ul style="list-style-type: none"> - Reguliere controle* 	
27-28	Verloskundige	<ul style="list-style-type: none"> - Reguliere controle* - Echo biometrie. Indien tov SEO een forse afbuiging bestaat in EFW, AC, HC of FL (> 20 percentielen) dient de biometrie herhaald te worden (2-3 weken) - Bij een afbuiging van >20 percentielen in het EFW, AC, HC of FL (waarin het SEO niet wordt meegenomen). Bij een AC <p10, of een EFW <p10 consult 2e lijn. - Bij een zwangerschap met goede intervalgroei, AC/EFW p5-p10, normale Dopplers en zonder andere pathologie, terug verwijzen naar zorg in de 1e lijn. 	
30	Verloskundige	<ul style="list-style-type: none"> - Reguliere controle* 	



Verloskundig Samenwerkingsverband Rotterdam-Zuid

32	Verloskundige + echoscopiste	<ul style="list-style-type: none">- Reguliere controle*- Echo biometrie.- Bij een afbuiging van >20 percentielen in het EFW, AC, HC of FL (waarin het SEO niet wordt meegenomen). Bij een AC <p10, of een EFW <p10 consult 2e lijn- Bij een zwangerschap met goede intervalgroei, AC, HC/FL/EFW p5-p10, normale Dopplers en zonder andere pathologie, terug verwijzen naar standaard zorg in de 1e lijn.	
34	Verloskundige + echoscopiste	<ul style="list-style-type: none">- Reguliere controle*	
36	Verloskundige + echoscopiste	<ul style="list-style-type: none">- Reguliere controle*- Echo biometrie.- Bij een afbuiging van >20 percentielen in het EFW, AC, HC of FL (waarin het SEO niet wordt meegenomen). Bij een AC <p10, of een EFW <p10 consult 2e lijn- Bij een zwangerschap met goede intervalgroei, AC/HC/FL/EFW p5-p10, normale Dopplers en zonder andere pathologie, terug verwijzen naar zorg in de 1e lijn.	
37	Verloskundige	<ul style="list-style-type: none">- Reguliere controle *	
38	Verloskundige	<ul style="list-style-type: none">- Reguliere controle *	
39	Verloskundige	<ul style="list-style-type: none">- Reguliere controle *	
40	Verloskundige	<ul style="list-style-type: none">- Reguliere controle *- Counseling serotiniteit 41 wk vs 42 wk	
41	Verloskundige	<ul style="list-style-type: none">- Reguliere controle *- Consult 2^e lijn dreigende serotiniteit	
42	Klinisch verloskundige/gynaecoloog	<ul style="list-style-type: none">- Overname zorg, partus nastreven	
Partus	Verloskundige	<ul style="list-style-type: none">- Medische controles moeder en kind	



**Verloskundig
Samenwerkingsverband**
Rotterdam-Zuid

		<ul style="list-style-type: none">- Bevalling begeleiden thuis/poliklinisch	
Kraamweek	Kraamzorg + verloskundige	<ul style="list-style-type: none">- Taken uitvoeren omschreven in het LIP- Medische controles moeder en kind- Indien nodig: warme overdracht CJG	
6 weken post partum	Verloskundige	<ul style="list-style-type: none">- Medische controles moeder en kind- Evaluatie geleverde zorg	

**Reguliere controle: RR, UO (handgrepen Leopold + anatomische punten + fundus symfyse metingen liggend met lege blaas), cortonen luisteren.*

NB: bij voorkeur fundusmeting om de twee weken door dezelfde zorgverlener laten bepalen om betrouwbaarheid te verhogen.