

VSV ACHTERHOEK OOST

PROTOCOL NADERENDE SEROTINITEIT

Doel protocol

Het stroomlijnen en eventueel beperken van serotintiteit.

Aanbevelingen

Vanaf 40 weken iedere zwangere voorlichten over de mogelijkheden bij dreigende serotiniteit. De mogelijkheden zijn;

- Strippen vanaf 40 weken (zie bijlage)
- Inleiden bij 41 weken in geval van eigen wens
 - Consult gynaecoloog bij ongeveer 40 3/7 weken am.
 - Patiënte/cliënte wordt gecounseld over de mogelijkheid tot inleiden door gynaecoloog . Hierbij worden de voor- en nadelen over het inleiden besproken en afgewogen.
 - Door gynaecoloog wordt **eventueel** ook mogelijkheid voor propess en balloncatheter besproken bij onrijp VT
 - Rekening wordt gehouden met het feit dat een lage bishopscore (≤ 5) ongunstig is voor een succesvolle inleiding. Er is sprake van een hoger risico op een sectio Caesarea en grotere kans op langdurige/langer durende baring.
- Bij 41+2 á +3 weken am. consult gynaecoloog
 - CTG
 - Echo
 - Voorlichten en plannen inleiding.
- Eventueel mogelijkheden en risico's AROM bij 41+6 weken am. bespreken. Alleen bij consent gynaecoloog, verloskundige én zwangere. Individueel dienen afspraken gemaakt te worden over het tijdstip van AROM en hoelang er gewacht mag worden op weeën.

Tot 42 weken am. óf tot datum gewenste inleiding, bij spontane weeën partus ip in 1^{ste} lijn (de zwangere belt dan ook primair de 1^e lijnsverloskundige)

Vanaf 42+0 weken am. overname door gynaecoloog. Inleiding word samen met zwangere gepland. Er is de mogelijkheid om ná 42+0 weken am. nog voor een expectatief beleid te kiezen op verzoek van de (goed geïnformeerde) zwangere, mits medisch verantwoord.

Nieuwste ontwikkelingen;

In Nederland is er op dit moment geen sprake van een eenduidig beleid ten aanzien van serotiniteit.

42-wekengrens

De NVOG hanteert in haar richtlijn serotiniteit nog steeds de grens van 42 weken en deze grens wordt vooralsnog ook aangehouden in de Verloskundige Indicatie Lijst. In veel regio's blijkt de termijn waarop de baring wordt ingeleid wegens serotiniteit echter te verschuiven van 42 naar 41 weken. Omdat er momenteel nog onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing is om het inleiden

bij 41 weken te kunnen rechtvaardigen hebben de KNOV, de NVOG en de commissie bijstelling VIL wetenschappelijk onderzoek naar de doelmatigheid van het inleiden bij 41 weken geprioriteerd. INDEX-studie

Inmiddels is de INDEX-studie, een onderzoek naar de effecten en kosten van inleiden bij 41 weken versus een afwachtend beleid tot 42 weken afgerond. Hiervan zijn op dit moment een samenvatting van de resultaten en conclusie beschikbaar, er heeft nog geen publicatie plaatsgevonden.

De KNOV laat weten in 2018 aan een herziening van de Factsheet serotiniteit te gaan werken en mogelijk wordt de monodisciplinaire richtlijn serotiniteit van de NVOG een multidisciplinaire richtlijn. Dit zal hoogstwaarschijnlijk in 2019 zijn.

INDEX Eindverslag

Samenvatting

In Nederland verschillen zorgverleners van mening over de optimale timing van het inleiden van de baring als een zwangerschap over tijd is. Dit heeft geleid tot praktijkvariatie en debatten over de voor- en nadelen van het inleiden van de baring bij een zwangerschapsduur van 41 weken in plaats van 42 weken wat het reguliere beleid is. Om dit probleem op te lossen is de INDEX-studie opgezet. In dit gerandomiseerde gecontroleerde onderzoek onder 1802 zwangeren met een laagrisicoprofiel en een ongecompliceerde zwangerschap zijn de effecten onderzocht van inleiden van de baring bij 41 weken versus een afwachtend beleid tot 42 weken op kind en moeder. Hiervoor zijn de slechte geboorte-uitkomsten bij het kind en slechte bevallingsuitkomst bij de moeder geëvalueerd evenals andere uitkomsten bij het kind en moeder. De kosten van het ene en het andere beleid zijn ook onderzocht.

Resultaten

Slechte uitkomsten bij het kind (sterfte voor/ na de geboorte, ademhalingsproblemen na de geboorte, geboorteletsel, opname intensive care) kwamen zoals verwacht weinig voor en waren vergelijkbaar in beide groepen. Ook slechte uitkomsten bij de moeder (bloedverlies >1 liter, placentaverwijdering, grote inscheuring rond vagina en anus, opname intensive care) verschilde niet in beide groepen. Keizersnedes, kunstverlossingen en pijnbehandeling kwamen even vaak voor. Er was geen significant verschil in kosten. Conclusie Beide beleidsopties zijn verantwoorde keuzes. De INDEX resultaten kunnen gebruikt worden in het proces van gezamenlijke besluitvorming bij vrouwen voorbij de uitgerekende datum.

Bijlage 1 Strippen

Definitie stripfen

Het met de vingers loswoelen van de vliezen van de wand van de cervix cq uterus wand. Het hormoon prostaglandine speelt hierbij een rol.

Doel stripfen: proberen de baring in gang te zetten om een inleiding bij 42 weken te voorkomen.

Stripfen resulteert in meer spontane baringen en minder inducties wegens serotiniteit.

Indicatie stripfen

- Voorkomen van serotiniteit vanaf een am van 40 weken
- Psychosociale redenen / op verzoek van patiënte/cliënte

Minimale randvoorwaarde

- Bishop score van ≥ 5 bij primigravida en ≥ 4 bij multipara

De Bishop-score

score	0	1	2	3
ontsluiting (cm)	0 cm	1-2 cm	3-4 cm	> 5 cm
verstrekenheid van de portio (in percentages van de lengte)	0-30%	40-50	60-70%	> 80%
consistentie van de portio	stug	vrij week	week	
positie van de portio	achter de bekkenas	in de bekkenas	voor de bekkenas	
indaling van het voorliggende deel	Hodge 1	Hodge 2	Hodge 3	Hodge 3-4

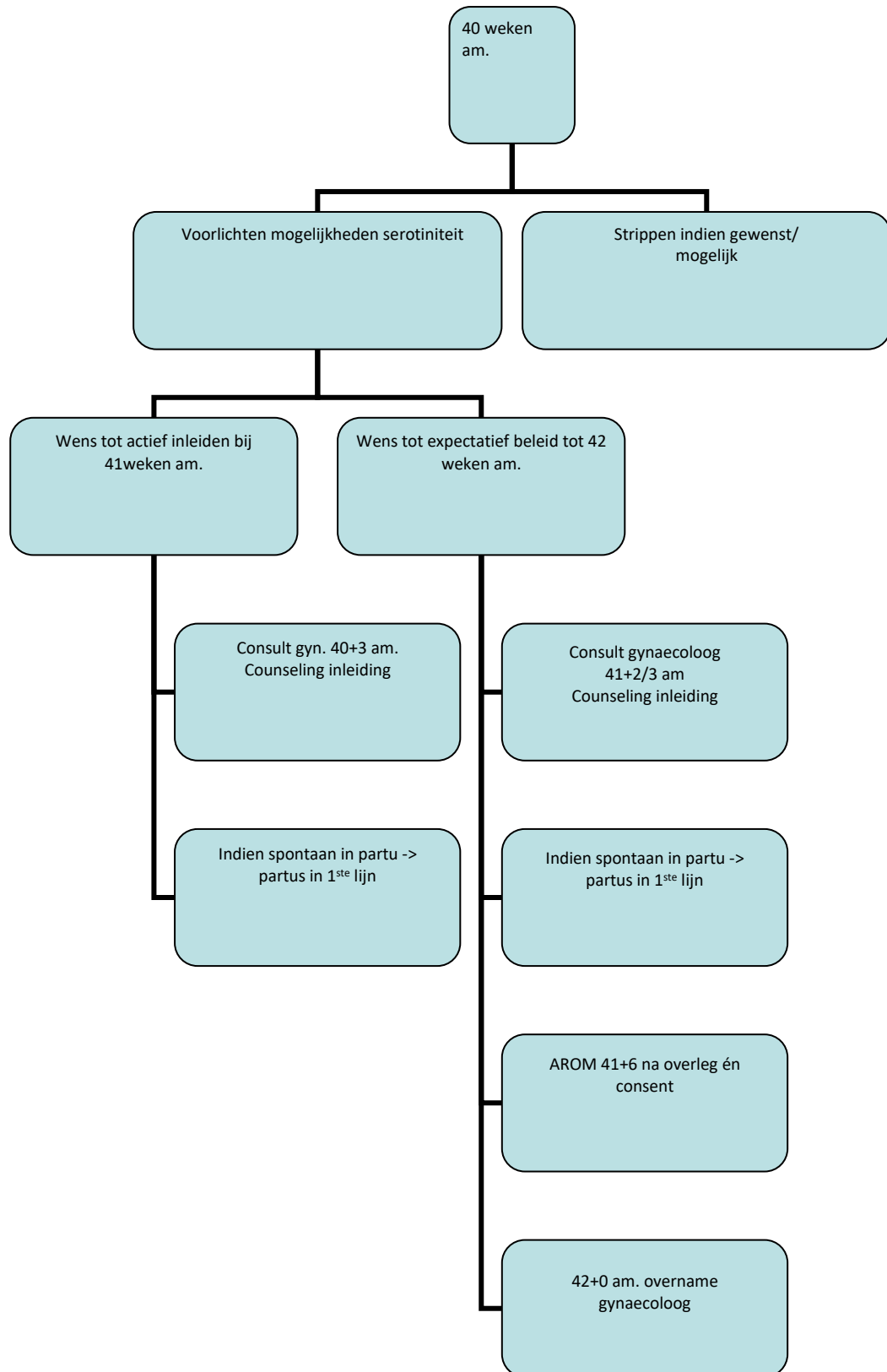
Contra indicatie's

- Iedere indicatie voor partus in 2e lijn

Bijwerkingen / Nadelen

- Pijnklachten
- Vaginaal bloedverlies
- False labour /onrust/ voorweëen

Bijlage 2 Stroomdiagram



Bronnen:

NVOG richtlijn: inductie van de baring versie 1.0 2006

NVOG richtlijn: serotiniteit versie 2.0 2007

Factsheet serotiniteit KNOV 2015