

Serotiniteit en beleid vanaf 41 weken zwangerschapsduur- VSV obstetrie

Toepassingsgebied

Medisch protocol te gebruiken voor gynaecologen, 2^e lijns verloskundigen, 1^e lijns verloskundigen en obstetrie verpleegkundigen.

Definities en afkortingen

BRAINS-methode: hulpmiddel voor het maken van een keuze.

Serotiniteit: serotiniteit of postterme zwangerschap is gedefinieerd als een zwangerschapsduur van ≥ 42 weken (294 dagen).

Doelstelling

Het doel van dit protocol is een leidraad te geven hoe te handelen bij een naderende serotiene zwangerschap van vrouwen met een ongecompliceerde zwangerschap, om hierdoor het risico op perinatale mortaliteit en morbiditeit te verkleinen.

Benodigheden

- CTG
- Echo

Werkwijze consult naderende serotiniteit

Wens tot afwachten

- Voor 40+4 wk counseling door de primaire zorgverlener t.a.v. inleiden/ afwachten volgens de BRAINS-methode (zie bijlage 1).
- Overhandigen folder VSV SHE "Serotiniteit Overdragenheid van de zwangerschap" en verwijzen naar <https://www.degynaecoloog.nl/informatiefilms/mogelijkheden-als-je-41-weken-zwanger-bent/>
- Bij wens tot afwachten een afspraak voor consult op de poli plannen of een telefonische afspraak bij de gynaecoloog bij 41+0 wk. Telefonische afspraak alleen indien praktijk aan CTG thuismonitoring doet.
 - Indien dit in een weekend of op een feestdag valt, afspraak op dichtstbijzijnde werkdag plannen.
 - Verwijzing via zorgdomein met specifieke vermelding van termijn.
 - De inleiding wordt bij deze afspraak bij 42+0 wk gepland.
 - Bij telefonische afspraak VT voor 42 weken door primaire zorgverlener met vermelding van Bishopscore (zie bijlage 2).
- Indien praktijk aan CTG thuismonitoring doet voert ze om de dag consult naderende serotiniteit uit (zie onderstaand). Notities in eigen verloskundig dossier, beoordeling CTG conform werkafspraken CTG thuismonitoring. (Er worden maximaal 2 CTG's in eerstelijns vergoed).
 - Bespreek met de zwangere vrouw de beperkingen van de foetale bewaking bij 41 weken.
 - Benoem hierbij dat het CTG en de echo bij afwachtend beleid na 41 weken geen goede voorspellende waarde heeft voor zwangerschapsuitkomsten.
 - Bespreek tijdens het counselingsgesprek aangaande foetale bewaking de mogelijkheid van fout positieve bevindingen. Een nadeel kan zijn dat er bij afwijkingen een interventie wordt aangeboden aan de zwangeren (inleiden) zonder harde onderbouwing.
- Bij afwachtend beleid is de verloskundigenpraktijk verantwoordelijk tot de ochtend op dag 42+0 wk.
- Een serotiene zwangerschap 42+0 wk hoort in de tweede lijn.
- De primaire zorgverlener neemt contact op met de dienstdoende gynaecoloog als er alsnog wens tot inleiding ontstaat eerder dan de geplande inleiding bij 42 weken. Dit is mogelijk indien er ruimte op de verloskamer is.

Wens tot inleiding

Indien bij een zwangerschapsduur tussen de 41 en 42 weken de ouders verzoeken tot inleiding van de baring zonder dat risicofactoren aanwezig lijken, kan de zwangerschap worden beëindigd enkel na voorlichting over inleiding.

- Voor 40+4 wk counseling door de primaire zorgverlener t.a.v. inleiden/ afwachten volgens de BRAINS-methode (zie bijlage 1).

- Overhandigen folder VSV SHE "Serotiniteit Overdragenheid van de zwangerschap" en verwijzen naar <https://www.degynaecoloog.nl/informatiefilms/mogelijkheden-als-je-41-weken-zwanger-bent/>
- Bij wens tot inleiding een afspraak op de poli of telefonische afspraak plannen tussen 40+4 en 40+6 wk.
 - De inleiding wordt bij deze afspraak in overleg gepland.
 - Verwijzing via zorgdomein met specifieke vermelding van termijn.
 - Bij telefonische afspraak VT door primaire zorgverlener met vermelding van Bishopscore (zie bijlage 2).

Uitvoering consult naderende serotiniteit

- Specieële anamnese:
 - Verifiëren amenorroe op basis van cyclusanamnese en vroege echoscopie.
 - Expliciet vragen naar leven voelen.
- Obstetrisch onderzoek:
 - UO, indaling voorliggend deel.
 - Eventueel vaginaal toucher.
- Echoscopisch onderzoek:
 - Ligging
 - AFI
 - Lokalisatie placenta
- CTG
 - CTG controle
- Bij **normale bevindingen**:
 - Patiënte wenst af te wachten → 1e lijn.
 - Herhalen consult naderende serotiniteit om de dag door 1^e lijn indien praktijk aan CTG thuismonitoring doet anders door 2^e lijn.
 - Overname zorg bij 42 weken zwangerschapsduur.
- Bij **afwijkende bevindingen**:
 - AFI < 5
 - Afwijkend CTG
 - Persistierend minder leven voelen na CTG in 1^e lijn
 - Vaststellen van risicofactoren als hypertensie, groeirestrictie etc.
 Overname door 2^e lijn. Contact met primaire zorgverlener en inleiden of primen.

Strippen

Overweeg strippen als alternatieve methode voor inleiding van de baring. Het moederlijk discomfort en het vaginaal bloedverlies geassocieerd met de procedure en het feit dat de uitkomst van de zwangerschap niet verbetert, moeten worden afgewogen tegen het geanticipeerde voordeel. Door strippen neemt de kans op een spontane start van de bevalling met 18% toe (NNT 6). Er kan overwogen worden dit voor 41 weken al aan te bieden na bespreken van de procedure en voor- en nadelen.

Het strippen gebeurt bij voorkeur door de primaire zorgverlener of na overleg met de primaire zorgverlener.

AROM in de 1^e lijn

Na de serotiniteits controle kan op verzoek van de zwangere (alleen bij multipara en een Bishopscore van 6 of hoger, zie bijlage 2) thuis de vliezen gebroken worden. De zwangere kan, mits er sprake is van helder vruchtwater en vóór 07.00 de volgende ochtend goed in partu, onder verantwoordelijkheid van de 1^e lijns verloskundige bevallen.

- Alleen in overleg met de 2^e lijn.
- Avond voor de geplande inleiding AROM tussen 17.00 en 19.00 uur.
- Indien zwangere spontaan in partu gekomen is neemt verloskundige contact op met de klinisch verloskundige.
- Indien niet in partu neemt zwangere om 06.00 uur contact met verloskamers op de dag van inleiding.
- Bovenstaande in pilot voor een half jaar. Klinisch verloskundige noteert in werkljst: naam, uitkomst baring: (partus 1^e lijn, partus 2^e lijn durante partu verwezen, partus 2^e lijn).

Inleiding m.b.v. Foleykatheter

Indien een multipara op een foleykatheter in partu komt kan de baring door de 1^e lijns zorgverlener begeleidt worden. Indien deze wens bestaat wordt contact opgenomen met de primaire zorgverlener alvorens de ballon geplaatst wordt. Indien de zwangere spontaan in partu raakt neemt zij contact op met haar 1^e lijns zorgverlener.

- Enkel wanneer de ballonkatheter spontaan uitgevallen is en ze daadwerkelijk goed in partu gekomen is mag ze onder verantwoording van de 1^e lijns verloskundige bevallen. (BS > 6).
- De 1^e lijns zorgverlener beoordeelt of de zwangere nog steeds voldoet aan de voorwaarden voor een 1^e lijns (thuis)partus.
- Indien de zwangere spontaan in partu gekomen is brengt de 1^e lijns verloskundige de verloskamers op de hoogte
- Post partum brengt de 1^e lijns verloskundige de klinisch verloskundige op de hoogte van de uitkomst.
- Bovenstaande in pilot voor een half jaar. Klinisch verloskundige noteert in werklijst: naam, uitkomst baring: (partus 1^e lijn, partus 2^e lijn durante partu verwezen, partus 2^e lijn).

Durante partu

Serotiniteit (zwangerschapsduur van $\geq 42+0$ weken) is een indicatie voor CTG registratie ter bewaking van de foetale conditie.

Post-partum

Alleen serotiniteit is geen indicatie voor observatie op de kraamafdeling of een consult kinderarts post partum.

Literatuur en Bronvermeldingen

- [Beleid zwangerschap vanaf 41 weken - Richtlijn - Richtlijnen-database](#)
- [Factsheet serotiniteit def.versie 22 oktober 2015.pdf \(knov.nl\)](#)
- UMCG protocol: Serotiniteit en beleid vanaf 41 weken zwangerschap <https://protocollen.umcg.nl/#/documents/ad8c17c2-33ac-440e-820d-2204f6489d37>

Auteur: M. Pelinck, K. ten Hoor, L. Moorlag, P. van Lienden – van Veen

Datum: december 2021

Bijlage 1 Counseling volgens BRAINS-methode

Bij de counseling van zwangeren over het beleid na 41 weken zwangerschap is het belangrijk dat onderstaande punten objectief en volledig met de zwangere vrouw besproken worden (volgens BRAINS-methode).

Er zijn drie beleidsopties onderzocht voor laag risico zwangeren: het afwachten van een spontane bevalling tot 41 weken zwangerschap, tot 42 weken zwangerschap of tot langer dan 42 weken zwangerschap. De zwangere vrouw kiest zelf welke optie ze prefereert. Dit kan ook een tussenoplossing zijn zoals afwachten tot 41+3 weken.

B: Beweegredenen

Wat zijn de voordelen van inleiden bij 41 weken?

- Inleiden bij een zwangerschapsduur van 41 weken verkleint het risico op perinatale sterfte. Het absolute risico op sterfte is 3 per 1000 (0,3%). Bij inleiden is er minder kans dat de baby opgenomen moet worden in het ziekenhuis na de bevalling (afwachtend beleid: 41 per 1000 (4,1%) versus inleiden: 28 per 1000 (2,8%).
- Dit effect is mogelijk groter bij vrouwen die zwanger zijn van hun eerste kind in vergelijking met vrouwen die eerder zijn bevallen (Alkmark, 2020). Die kinderen moeten vaker opgenomen worden.

Wat zijn de voordelen van afwachten tot 42 weken zwangerschap?

- Bij afwachtend beleid worden er waarschijnlijk minder medische ingrepen uitgevoerd en vrije keuze voor plaats bevalling (indien van toepassing).
- Bij afwachtend beleid is de kans 74 tot 77 per 100 (74 tot 77%) dat de bevalling spontaan op gang komt tussen 41 en 42 weken zwangerschap (Keulen, 2019). Gemiddeld bevallen vrouwen met een zwangerschapsduur van meer dan 41 weken bij 41+2 weken zwangerschap.
- Er wordt geen significant verschil gezien in (het aantal):
 - Keizersnedes.
 - Vaginale kunstverlossing.
 - Neonatale infecties.
 - Postpartum bloedverlies.
 - Schouderdystocie.
 - Rupturen.
 - Apgar score < 7 na 5 minuten.
- Er werd wel een significante toename van gebruik van pijnstilling gezien bij de groep die werd ingeleid, echter was dit geen klinisch relevant verschil.

R: Risico's

Welke risico's/nadelen zijn er bekend van inleiden?

- De bevalling komt niet spontaan op gang, maar wordt kunstmatig met medicijnen of mechanische middelen op gang gebracht. Hierdoor duurt een inleiding soms langer. Zowel bij inleiden als bij afwachten (tussen 41 en 42 weken) lukt in circa 11 per 100 (11%) een vaginale baring niet. Voor nullipara is dat 18 per 100 (18%) en voor multipara is dat 2 per 100 (2%) (Alkmark, 2020).
- De bevalling vindt vrijwel altijd in het ziekenhuis plaats. Verschillen met een bevalling in de 1^e lijn zijn medische ingrepen als CTG-bewaking, soms een infuus en mogelijk meer inwendige onderzoeken.
- Er is geen onderzoek gedaan naar de effecten van inleiding bij 41 weken op de lange termijn, zoals de effecten op de gezondheid van kinderen, maternale psyche en borstvoeding.

Welke risico's/nadelen zijn er bekend van afwachten

- Bij afwachtend beleid wordt er individueel afgestemd hoe vaak er een controle plaats vindt tot 42 weken zwangerschap. Tot op heden is het niet duidelijk of extra controles met CTG en/of echoscopisch onderzoek slechte uitkomsten kunnen voorspellen.

A: Alternatieven

Er zijn meerdere opties voor een alternatief beleid en het beleid wordt individueel afgestemd:

- Strippen: hierdoor neemt de kans op een spontane start van de bevalling met 18% toe (NNT 6). Er kan overwogen worden dit voor 41 weken al aan te bieden na bespreken van de procedure en voor- en nadelen.
- AROM in de 1^e lijn bij multipara: hierdoor is er meer kans op een 1^e lijns bevalling met minder medische ingrepen.
- Afwachten tot na 42 weken:
 - Inleiden bij een zwangerschapsduur van 42 weken verkleint het risico op perinatale sterfte in vergelijking met afwachten na 42 weken (afwachtend beleid: 3 per 1000 (0,3%) versus inleiden: 0,3 per 1000 (0,03%)), opname van de baby in het ziekenhuis en risico op een keizersnede. Op basis hiervan wordt zwangeren geadviseerd niet langer af te wachten.

- Er is geen onderzoek gedaan naar de effecten op lange termijn, zoals de effecten op de gezondheid van de pasgeborene, maternale psyche en borstvoeding.
- Bij afwachtend beleid wordt er individueel afgestemd hoe vaak er een controle plaats vindt na 42 weken zwangerschap. Tot op heden is het niet duidelijk of extra controle met CTG en/of echoscopisch onderzoek slechte uitkomsten kunnen voorspellen.

I: intuïtie - voorkeuren cliënt

- Begrijp je de informatie?
- Heb je nog meer nodig om een besluit te nemen? (second opinion, extra informatie)
- Wat zegt je intuïtie? Wat denk/voel je nu ik je dit heb verteld?
- Wat is voor jou van belang?
- Wat wil jij?

N: Niks doen - Wat gebeurt er als ik wacht?

Je hoeft nu nog geen keuze te maken.

Er is een reële kans dat de bevalling spontaan begint tussen nu en het volgende consult.

S: Stilstaan - volgende consult erop terugkomen

- De zorgverlener:
 - Geeft de zwangere vrouw tijd om de informatie te bespreken met haar partner en/of naasten;
 - Moedigt de zwangere vrouw aan zich goed te informeren met behulp van verschillende bronnen;
 - Nodigt de zwangere vrouw uit om vragen te stellen;
 - Moedigt de zwangere vrouw aan om over verschillende opties na te denken;
 - Ondersteunt de zwangere vrouw in welke beslissing ze ook neemt.

Bijlage 2

Bishopscore

Primen is het kunstmatig op gang brengen van de baring door het rijp maken van de baarmoedermond. De kans op een secundaire sectio caesarea lijkt groter als de cervix onrijp is bij het begin van de inleiding (OR 2.32 95% CI 1.66 – 3.25) (1). De rijpheid van de cervix wordt uitgedrukt in een Bishop score (1). Het is aannemelijk dat een Bishop score van ≥ 9 gunstig is en een score van ≤ 5 ongunstig voor een succesvolle inleiding (1). De Bishop score heeft geen voorspellende waarde voor het slagen van een vaginale partus (12).

Op basis van het beschikbare bewijs is besloten zwangeren met een onrijpe cervix (Bishop score = 5) te primen. Het is het streven een primipara in te leiden bij een Bishopscore van 7 of hoger, en een multipara bij een score van 6 of hoger. Tevens is het belangrijk de indicatie voor inleiding mee te nemen, een pre-eclampsie kan bijvoorbeeld een reden zijn toch in te leiden.

De Bishopscore	0	1	2	3
Ontsluiting in cm	0	1-2	3-4	>5
Verstreken zijn 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 voorliggend deel	Hodge 1	Hodge 2	Hodge 3	Hodge 4

Bijlage 3 Achtergrondinformatie

Op basis van de landelijke perined cijfers van 2018 blijkt 16,5% van de vrouwen tussen 41 en 42 weken zwangerschap te bevallen en 1,2% na 42 weken zwangerschap.

Uit onderzoek blijkt dat inductie bij 41 weken vergeleken met expectatief beleid na 41 weken is geassocieerd met minder perinatale sterfte en minder NICU opnamen. Dit effect is mogelijk groter bij vrouwen die zwanger zijn van hun eerste kind in vergelijking met vrouwen die eerder zijn bevallen. Op basis van recent onderzoek zouden er 395 vrouwen ingeleid dienen te worden bij 41 weken om 1 perinatale sterfte te voorkomen (NNT 395, 95%BI 329 tot 813, op basis van gepoolde data). Om 1 NICU-opname te voorkomen moeten 79 vrouwen ingeleid worden bij 41 weken (NNT 79, 95%BI 46 tot 397 op basis van gepoolde data).

Er wordt geen significant verschil gezien in (het aantal): maternale mortaliteit, sectio caesarea, vaginale kunstverlossing, neonatale infecties, fluxus post partum, schouderdystocie, rupturen, Apgar score < 7 na 5 minuten. Er werd wel een significante toename van gebruik van pijnstilling gezien bij de groep die werd ingeleid, echter was dit geen klinisch relevant verschil.

Bij afwachtend beleid worden er waarschijnlijk minder medische ingrepen uitgevoerd en is er vrije keuze voor plaats bevalling (indien van toepassing). De kans is 74 tot 77 per 100 (74 tot 77%) dat de bevalling spontaan op gang komt tussen 41 en 42 weken zwangerschap. Gemiddeld bevallen vrouwen met een zwangerschapsduur van meer dan 41 weken bij 41+2 weken zwangerschap.

Bij inleiding duurt een baring soms langer. Zowel bij inleiden als bij afwachten (tussen 41 en 42 weken) lukt in circa 11 per 100 (11%) een vaginale baring niet. Voor nullipara is dat 18 per 100 (18%) en voor multipara is dat 2 per 100 (2%). Bij een inleiding zijn er meer medische ingrepen als CTG-bewaking, een infuus en mogelijk meer inwendige onderzoeken. Er is geen onderzoek gedaan naar de effecten van inleiding bij 41 weken op de lange termijn, zoals de effecten op de gezondheid van kinderen, maternale psyche en borstvoeding.

In de recente Cochrane review (Finucane, 2020) staat dat strippen effectief kan zijn om een spontane bevalling te bewerkstelligen, maar het bewijs hiervoor was onzeker. In vergelijking met afwachtend beleid vermindert het mogelijk de incidentie van formele inleidingen van de bevalling. Het blijft de vraag of er een optimaal aantal keer strippen is, om de hoeveel tijd en bij welke zwangerschapsduur, om het inleiden van de bevalling te vergemakkelijken.

Bij afwachtend beleid vind er om de dag controle plaats tot 42 weken zwangerschap. Tot op heden is het niet duidelijk of extra controles met CTG en/of echoscopisch onderzoek slechte uitkomsten kunnen voorspellen. Hoewel de voorspellende waarde van de beschikbare foetale bewaking zeer beperkt is, kan het zijn dat zowel zorgverleners als zwangeren en hun partners enige vorm van bewaking als geruststellend kunnen ervaren bij een zwangerschapsduur van ≥ 41 weken. Hoewel de bewaking non-invasief is, zorgt het er wel voor dat de zwangere wordt blootgesteld aan extra medisch handelen. Er dient rekening gehouden te worden met vrouwen met een belaste voorgeschiedenis, die mogelijk eerder om bewaking zullen vragen dan vrouwen zonder belaste voorgeschiedenis. Fout positieve bevindingen zijn reëel. Het is van belang om de beperkte voorspellende waarde van de echo/CTG bewaking met de zwangere en diens naasten te bespreken. Een nadeel kan zijn dat er bij afwijkingen een interventie wordt aangeboden aan de zwangeren (inleiden) zonder harde onderbouwing, anders dan alleen de zwangerschapsduur als risicofactor in combinatie met de kenmerken van de zwangere zelf (leeftijd, BMI, pariteit).

Op basis van een Nederlandse RCT (Serinam-studie) (Rijnders 2011) kan amniotomie worden aangeboden aan vrouwen met een zwangerschapsduur tussen 41+5 en 42+0 dagen. Na een periode van afwachten van 8-12 uur dient de bevalling ingeleid te worden, als deze niet spontaan op gang is gekomen. In de Serinamstudie 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)

Bij de wens om af te wachten is het advies uiterlijk inleiden bij 42+0 weken.

Zowel in de Cochrane review van Middleton (2018) als in de WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth wordt geconcludeerd dat vrouwen betrokken moeten worden bij beslissingen voor goede zorg. In Nederland wordt besluitvorming via Shared Decision Making (SDM) gefaciliteerd, waarbij counseling het inhoudelijke deel van SDM is. Bij de counseling van zwangeren over het beleid > 41 weken zwangerschap is het belangrijk dat opgenomen punten objectief en volledig met de zwangere besproken worden (volgens bijvoorbeeld de BRAINS-methode Zie bijlage 1).