Serotiniteit

Definitie
Serotiniteit houdt in een zwangerschapsduur van meer dan 42 weken. Naderende serotiniteit houdt in een zwangerschapsduur vanaf 41 weken.

Doel
De afspraken rondom de zorg van een zwangere met een (naderende) serotiniteit zijn vastgelegd

Werkwijze
Bied de zwangere vrouw met een éénling in hoofdligging naast de mogelijkheid om af te wachten, de mogelijkheid van inleiding van de baring aan vanaf 41 weken met behulp van de keuzekaarten:
- Keuzekaart-vanaf-41-weken-zwangerschap-deel-1-2022.pdf
- Keuzekaart-vanaf-41-weken-zwangerschap-deel-2-2022.pdf

- Voor 40+4 weken counseling inleiden/afwachten door primaire zorgverlener.
  Hierbij dienen de voor- en nadelen van zowel inleiding als afwachtend beleid te worden besproken met behulp van de keuzekaarten (bijlage 1). (BRAINS-methode zie bijlage 2).
  Eventueel VT ter beoordeling rijpheid.
- Bij wens tot inleiding krijgt de zwangere een afspraak op de poli tussen 40+3 en 40+6.
  De inleiding wordt bij die afspraak in overleg ingepland.
- Patiënten die niet willen worden ingeleid bij 41 weken blijven in de 1e lijn onder controle.
  Zij krijgen tussen 41+2 en 41+4 weken een consult (desgewenst een videoconsult) met informatie over inleiden en om een inleiding in te plannen met 42+0 weken.
- Wil de zwangere afwachten dan is het advies uiterlijk inleiden bij 42+0.
  De inleiding wordt bij het consult tussen 41+2 en 41+4 weken al ingepland. De primaire zorgverlener neemt contact op met de afdeling als er alsnog wens tot inleiding ontstaat eerder dan de geplande inleiding bij 42 weken of indien de zwangere bevallen is voor de inleidingsdatum.
- Overweeg strippen door primaire zorgverlener als alternatieve methode van inductie van de baring om het bereiken van een AD van 42 weken te verminderen (conceptrichtlijn methodes inductie van de baring NVOG).
- AROM in de eerste lijn: dit wordt in overleg met de verlosafdeling gedaan op de dag voor de geplande inleiding mits er sprake is van een rijp VT met een Bishopscore van 6 of hoger. (Zie werkafspraak AROM in de eerste lijn.)

Implementatieproducten voor deze richtlijn

- Gespreksleidraad BRAINS – volgens de onderdelen van BRAINS zijn de voor- en nadelen van de verschillende beleidsopties beschreven en daarbij zijn zoveel mogelijk absolute risico's gegeven **(Bijlage 1)**.
- Inhoud en werkwijze consult dreigend serotiniteit-WZA t.b.v. klinisch verloskundigen en medewerkers polikliniek (**Bijlage 2)**
- Er staan op de VSV website twee animatiefilmpjes, waarin de vrouw objectief informatie krijgt over de beleidsopties. Deze filmpjes zijn online beschikbaar en kan iedere vrouw op elk moment bekijken.
- Consultkaart - de consultkaart beslaat 2 A4'tjes en geeft antwoord op vragen die zwangeren hebben bij beide beleidsopties.

Achtergrond
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.

Inleiden versus afwachten
Inductie bij 41 weken vergeleken met expectatief beleid na 41 weken tot maximaal 42 weken is geassocieerd met

- Minder perinatale sterfte, minder NICU opnamen en minder sectio caesarea.
- Geen verschil in de overige cruciale maternale uitkomstmaten (mortaliteit en postpartum bloedverlies) en perinatale uitkomstmaten (infectie en Apgar score).
- In de inductiegroep werd meer, maar niet klinisch relevant, gebruik gemaakt van pijnstilling.
- Met name bij nullipara was er een significante afname van ernstige perinatale uitkomst terwijl dit effect niet werd gevonden voor multipara. In een recente Nederlandse cohortstudie zijn de verschillen niet significant gevonden, behalve het risico op sectio bij nulliparae wat verhoogd was[2].
- Voor perinatale sterfte was het niet mogelijk om een analyse naar interactie voor pariteit uit te voeren omdat het overall sterftepercentage laag is.

Foetale bewaking bij 41 weken

Foetale bewaking middels CTG en echo wordt vaak aangeboden in de tweede lijn, als aanvullende onderzoeken voor foetale monitoring. 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. Tot op heden is het niet duidelijk of extra controles met CTG en/of echoscopisch onderzoek slechte uitkomsten kunnen voorspellen.

Bronvermelding

1. https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/beleid_zwangerschap_41_weken/beleid_zwangerschap_vanaf_41_weken.html
2. Bruinsma A, Keulen JK, Kortekaas JC, van Dillen J, Duijnhoven RG, Bossuyt PM, van Kaam AH, van der Post JA, Mol BW, de Miranda E. Elective induction of labour and expectant management in late-term pregnancy: A prospective cohort study alongside the INDEX randomised controlled trial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X. 2022 Oct 3;16:100165. doi: 10.1016/j.eurox.2022.100165. PMID: 36262791; PMCID: PMC9574420.
3. https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/beleid_zwangerschap_41_weken/antepartum_foetale_bewaking_vanaf_41_weken_bij_expectatief_beleid.html

Geschreven door

Marjoes Droogh, Stephanie vd Berg en Anneke Haandrikman

Bijlage 1 Toelichting Keuzekaarten

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 in het ziekenhuis plaats. Verschillen met een bevalling in de 1e 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.
- Bij foetale bewaking zijn fout positieve bevindingen zijn reëel. Daarop volgt mogelijk onnodig inleiden. Het is van belang om de beperkte voorspellende waarde van de echo/CTG bewaking met de zwangere en diens naasten te bespreken.

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 1e lijn: hierdoor is er meer kans op een eerstelijns 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 Inhoud en werkwijze consult dreigend serotiniteit

Dit consult vindt bij voorkeur door de week plaats bij een zwangerschapsduur tussen 40+5 en 41+3

- Onderscheid maken tussen 1e en 2e lijns cliënten
- Onderscheid maken tussen verzoek tot inleiden en afwachtend beleid.

Advies tot inleiden bij verdenking op een IUGR, oligohydramnion (AFI <5), minder leven voelen of hypertensie.
Bij verzoek tot afwachten: plan een inleiding bij uiterlijk 42+0 (eventueel bij 41+6 voor Foley bij onrijp VT).

Bij verzoek tot inleiding

- Patiënten vanuit de 1e lijn
    - Verwijs rond 40 weken naar de 2e lijn
    - Consult 2e lijn tussen 40+2 en 40+6:
        - SP 30 min op de polikliniek, echo alleen op indicatie
        - DDZ (alleen DDZ indien niet bekend in de 2e lijn)
        - Inleiding bespreken
        - VT + inleiding/primen plannen
        - Bespreek AROM door de 1e lijn de dag voor inleiding bij Bishopscore >6
- Patiënten vanuit de 2e lijn
    - ZP tussen 40+0 en 40+6
    - Inleiding bespreken
    - VT en inleiding plannen

Bij verzoek tot afwachtend beleid

- Patiënten vanuit de 1e lijn
    - Verwijs rond 41 weken voor een consult
    - Consult 2e lijn tussen 41+1 en 41+3:
        - SP 30 min op de polikliniek, echo alleen op indicatie
        - Op verzoek videoconsult 15 min
        - Inleiding plannen bij uiterlijk 42 weken
        - Bespreek AROM door de 1e lijn de dag voor inleiding bij Bishopscore >6
- Patiënten vanuit de 2e lijn
    - ZP tussen 40+5 en 41+1 op de polikliniek
    - Inleiding plannen bij uiterlijk 42 weken