VSV Assen

juli 2026

Werkafspraak (foetale) Macrosomie en polyhydramnion

Definitie

- Bij **LGA** (large for gestational age) ligt de basis van de definitie in een indeling van percentielen: een Estimated Fetal Weight (EFW) > p95 of een AC >p97.
- **Macrosomie**: hierbij ligt de definitie in het absolute geboortegewicht; ≥4500 gram ongeacht termijn zwangerschap (NICE, NVOG). Macrosomie is de term die aangeeft dat er sprake is van een significant hoger geboortegewicht dan de gemiddelde pasgeborene.
- **Positieve dyscongruentie**: uterus 2–4 weken groter dan verwacht bij de amenorroeduur.

Deze werkafspraak gaat over een positieve dyscongruentie als gevolg van LGA of als gevolg van polyhydramnion.
De titel hebben we gekozen zodat dit protocol beter te vinden is.

Signalering en onderzoek

- Uitwendig onderzoek: fundushoogte en indaling.
- Echoscopie op indicatie: biometrie, hoeveelheid vruchtwater en zo nodig placenta-/uterusbevindingen.
- Gebruik Verburg-curves voor biometrie (o.a. HC, AC, FL) en Hadlock 3 voor EFW.
- Indicaties voor groei-echo rond 30 en/of 36 weken kunnen zijn: positieve dyscongruentie, moeilijk palpabele uterus, BMI ≥ 30, verdenking polyhydramnion, aanwijzingen voor (zwangerschaps)diabetes of een eerder LGA-kind.
- Beoordeel de biometrie op basis van minimaal 2 metingen (met min. 2 weken ertussen) en niet uitsluitend 1 losse meting.
- Wees bewust van de beperkingen van de echo. Echoscopische parameters zijn niet altijd betrouwbaar, want van de verwachte grote baby's is uiteindelijk maar 20-50% echt macrosoom.

Communiceer zorgvuldig naar de ouders over een vermoeden van foetale macrosomie. Vermijd stellige uitspraken over een 'grote baby', gezien de beperkte voorspelbaarheid van echoscopische schattingen. Bespreek de bevindingen neutraal en in de context van de onzekerheidsmarge, om onnodige onrust te voorkomen.

VSV Assen

juli 2026

Screening op diabetes gravidarum

- Bij AC > p97 of EFW > p95: OGTT afspreken.
- Ook bij een sterk toenemend AC-percentiel op de curve: OGTT overwegen/plannen.
- Wanneer de groei vanaf de SEO stabiel de eigen curve volgt is herhaald testen niet nodig.

Achtergrond

- In Nederland wordt 1,8% van de kinderen geboren met een geboortegewicht boven de 4500 gram en 13,2% met een gewicht van >4000 gram.
- Oorzaken van macrosomie zijn o.a. diabetes, maternale obesitas (BMI >30), multipariteit, LGA in anamnese (herhalingsrisico 85%).
- Macrosomie is geassocieerd met ongunstige geboorte uitkomsten ten gevolge van baringsproblemen door schouderdystocie. Ook is er iets meer kans op fluxus postpartum (1,7% versus 1,1%) en perineumrupturen.
- Eerdere onderzoeken lieten zien dat er bij eerder inleiden (37-39 weken) mogelijk een afname is van het gemiddelde geboortegewicht en het optreden van schouderdystocie, maar een vergelijkbare toename van neonatale problemen.

Werkafspraken zwangerschap

- LGA + ongestoorde OGTT + geen andere afwijkende bevindingen: begeleiding kan in de eerste lijn worden voortgezet.
- Herhaal biometrie op indicatie; een beoordeling rond 36 weken kan worden gebruikt voor actuele counseling en beleid.
- Bij belastende obstetrische factoren (zoals een moeizame partus of schouderdystocie), of verdenking op extreme macrosomie: consult gynaecoloog rond 36 weken.
- Bij een voorgeschiedenis met schouderdystocie: bespreek de zwangere in het daarvoor bestemde multidisciplinaire overleg om individueel beleid vast te leggen.

Plaats en beleid van de partus

- Advies medium risk partus (1e lijn verloskundige kan hier op indicatie van afwijken).
- Wees voorbereid op niet-vorderende baring, schouderdystocie, fluxus postpartum en perineumtrauma, zonder de partus onnodig te medicaliseren.
- Advies: bij verdenking LGA een actief nageboortetijdperk voeren.

- Bij belastende obstetrische factoren (of extreme macrosomie) gesprek door middel van gezamenlijke besluitvorming. Bespreek een eventuele inleiding alleen na individuele afweging.

Beleid pasgeborene en postpartum

- Geef 10 IE oxytocine iv in 4 uur aan de moeder bij een gewicht > 4500 gram.
- Bij een geboortegewicht >P90 opname baby op de kraamafdeling voor glucosecontrole, bij afwijkingen consult kinderarts.
- Bij een onverwacht LGA kind glucose controle door de huisarts >6 weken postpartum om een DM2 tijdig op te sporen.
- **Advies volgende graviditeit**
  Random glucose 1e trimester en OGTT rond 24-28 weken

Beslisroute in 1 oogopslag

Stap	**Werkafspraak**
1. Verdenking	Positieve dyscongruentie of risicofactor → echo biometrie op indicatie
2. Bevestiging	Beoordeel biometrie/EFW en groeiverloop; let op vruchtwater en andere oorzaken
3. EFW > p95 / AC > p97	OGTT inzetten
4. OGTT afwijkend	Volgen protocol zwangerschapsdiabetes
5. OGTT normaal	Voortzetting 1lijn begeleiding
6. Extra risico of complexe voorgeschiedenis	Consult / overleg gynaecoloog rond 36 weken
7. Partus	Ruimte voor spontane fysiologische partus waar verantwoord; beleid individueel bepalen

VSV Assen

juli 2026

Polyhydramnion

Definitie
Een verticale pocket (DVP) echoscopisch gemeten van > 8-10 cm. De voorkeur heeft om de DVP te meten en niet de AFI, omdat de AFI gecorreleerd is aan meer vals-positieve uitslagen.

Oorzaken van een polyhydramnion zijn diabetes (gravidarum), hydrops foetalis en congenitale en syndromale afwijkingen. Risico's van een polyhydramnion zijn PPROM en premature partus, abruptio placentae of navelstrengprolaps na het breken van de vliezen.

Beleid zwangerschap
- Overname zorg 2e lijn
- OGTT indien niet recent gedaan
- GUO II
- Herhalen echoscopisch onderzoek à 4 weken: biometrie en DVP

Beleid partus
- Waaknaald durante partu en 10 IE oxytocine iv in 4 uur
- CAVE snel aflopend vruchtwater, navelstrengprolaps, fluxus, vruchtwaterembolie

Beleid postpartum
- Consult kinderarts

Bronbasis

Referenties:

- Protocol positieve dyscongruentie UMCG
- Factsheet Vermoeden macrosomie KNOV, maart 2020
- Boulvain M, Induction of labour at or near term for suspected fetal macrosomia. Cochrane database syst rev 2016 (5).

Auteur

Esther Tuinman, Jolien Verstraete en Atje Klein Langenhorst