

## Doel

Richtlijnen geven bij een serotiene zwangerschap.

Duidelijke afspraken over het te voeren beleid en de organisatie daarvan is wenselijk om te komen tot een goede afstemming tussen de diverse zorgverleners. Dit komt de kwaliteit van de zorg voor de cliënt ten goede.

## Verantwoordelijkheden

**1e lijn:** De verantwoordelijkheid voor de cliënt ligt tot 42+0 weken bij de **1e lijn**.

Vanaf 42+0 weken is de **2e lijn** na overname verantwoordelijk.

**Gynaecoloog:** Is verantwoordelijk voor de zwangere in de 2e lijn en volgt de patiënte op wanneer deze komt uit de 1e lijn. Stelt vast wanneer zwangere ingeleid/geprimed dient te worden.

**Verloskundige/verpleegkundige:** Ziet de zwangere op behandelkamer afdeling 1A. Geeft de patiënte eventueel extra informatie bij inleiden/primen.

**Verloskundige 2e lijn:** Is verantwoordelijk voor de controle op behandelkamer afdeling 1A en overlegt met de gynaecoloog waar nodig.

## Indicaties

### Begripsbepaling:

Serotiniteit bestaat vanaf 42 weken amenorroeduur bij een zekere amenorrhoe. De amenorrhoe wordt gebaseerd op de à terme datum.

## Achtergrondinformatie

### Kennisdomein

Serotiniteit ontstaat vanaf 42 0/7 weken amenorroe bij een intacte eenlinggraviditeit, uitgaande van een regelmatige 28-daagse cyclus en een zekere eerst dag van de laatste menstruatie.

Serotiniteit geeft een verhoogd risico op perinatale morbiditeit en mortaliteit, mogelijk ten gevolge van utero-placentaire insufficiëntie, oligohydramnion, meconiumhoudend vruchtwater en macrosomie.

### Perinatale mortaliteit:

40 wkn 2,3 %

41 wkn 2,4 %

42 wkn 3,0 %

43 wkn 4,0 %

**Prevalentie** ongeveer 4%. Door routine echoscopische termijnbepaling vroeg in de zwangerschap is het aantal serotiene zwangerschappen de afgelopen jaren gedaald.

Er wordt momenteel gewerkt aan een nieuw NVOG-protocol.

## Aandachtspunten

### Minimaal vereiste zorg:

- Stel met zekerheid zo vroeg mogelijk de à terme datum vast. De meest betrouwbare manier voor vaststellen van de zwangerschapsduur is een routine standaard echo in het eerste trimester.
- Een serotiene zwangerschap hoort in de tweede lijn;
- Bij vaststellen van risico factoren als hypertensie, groeivertraging of een niet optimaal CTG moet worden geadviseerd de baring na te streven.

*Opmerking overdracht van eerste naar tweede lijn. In acute situaties overleg met dienstdoende gynaecoloog, alle overige indicaties worden doorgebeld aan de klinische verloskundige.*

## Telefoonnummers

Dienstdoende gynaecoloog 088 566 2959

Dienstdoende verloskundige 088 566 2156

## **Werkwijze algemeen**

### **1e lijn:**

Bij **41 weken** wordt de zwangerschap kritisch door de 1e lijn geëvalueerd.

Bij risico factoren als roken, hypertensie, adipositas, positieve of negatieve dyscongruentie, oligohydramnion, weinig leven voelen, min of meer belaste anamnese (bijv. klein kind in anamnese), vage klachten, etc., wordt cliënte verwezen naar 2e lijn voor nadere evaluatie.

Bij **overige cliënten** volgt het volgende beleid:

- Bij 42 0/7 week overdracht naar de 2e lijn, bij 42 weken in het weekend verwijzing voor consult op de donderdag voor het weekend, om eventueel cliënt vrijdag te kunnen inleiden.
- Wanneer er in de 1e lijns praktijk geen echo faciliteiten zijn, valt te overwegen patiënte bij 41 weken voor consult te laten komen.
- Eventueel kan in overleg met patiënte gestript worden, na counseling.
- Bij duidelijke klachten (draaglast > draagkracht) kan overwogen worden de baring in te leiden bij een zwangerschapsduur van 41 weken (richtlijn NVOG) na counseling.

### **2e lijn:**

Logistiek aanmelden wegens (dreigende) serotiniteit: Van maandag t/m/ vrijdag aanmelden in de ochtend tussen 8.00 en 12.00 uur bij polikliniek verloskunde.

### **Werkwijze:**

- Anamnese (expliciet vragen naar leven voelen);
- Uitwendig onderzoek + RR;
- CTG alleen op indicatie;
- Echoscopie (vruchtwater pockets meting, bewegingen);
- VT ter beoordeling portiorijping middels Bishopscore;
- Voorlichting over serotiniteit moet bestaan uit bespreken van de risico's van voortzetting van de zwangerschap na 42 weken, en de beperkingen van antenatale bewaking;
- Voorlichting inleiding van de baring (Folder NVOG);
- Beleid bepalen t.a.v. de baring in samenspraak met patiënte;
- Keuze maken inleiden/afwachten.

### **Interventies:**

- Bij overdracht naar 2e lijn en afwachtend beleid na 42 weken: dagelijks CTG en echoscopische bewaking (vruchtwater);
- Strippen in overleg of op verzoek;
- Inleiden van de baring.

**Nazorg 2e lijn:** Bij geen bijzonderheden ontslag naar huis met daarbij de nazorg door 1e lijn.

### **Kernaanbevelingen:**

- Voorlichting over serotiniteit moet bestaan uit bespreken van de risico's van voortzetting van de zwangerschap na 42 weken en de beperkingen van de antenatale bewaking;
- Strippen van de vliezen vanaf 38 weken leidt tot een reductie van (inleiden wegens) serotiniteit. (7 cliënten strippen vanaf 38 weken voorkomt 1 chemische inleiding);
- Op verzoek van ouders kan er tussen de 41-42 weken ingeleid worden zonder dat er risicofactoren aanwezig lijken te zijn + na counseling omtrent inleiden. Dit leidt niet tot meer kunstverlossingen en mogelijk tot minder sectio's.

## Post partum

Serotiniteit is geen indicatie voor observatie op kraamafdeling of consult kinderarts post-partum.

**Cochrane review concludeert uit 26 trials dat inleiden vanaf 41 weken het risico op perinatale mortaliteit doet dalen zonder dat dit invloed heeft op het aantal sectio's.** Echter NVOG richtlijn houdt nog steeds de 42 weken aan en daarna expectatief wanneer aanvullend onderzoek naar risicofactoren geen afwijkingen laat zien. Daarom toch 42 weken grens aangehouden.

## Bijbehorende documenten

### Protocollen:

- Berekenen van de a terme datum
- Inleiding van de baring
- Minder leven
- Meconiumhoudend vruchtwater
- Foetale bewaking

## Bron/ referenties

**Richtlijn:** NVOG serotiniteit 08-06-2007

## Bijlage(n)

### Bishop score:

The higher the score, the more favorable the cervix with the clinical trial showing a score of 9 or more associated with 100% successful inductions.

Criteria	0	1	2	3
Dilation	0	1-2	3-4	5-6
Effacement (%)	0-30	40-50	60-70	80
Station	-3	-2	-1	+1, +2
Consistency	Firm	Medium	Soft	
Position	Posterior	Middle	Anterior	