

Doel

Richtlijn geven bij het voortijdig breken van de vliezen, waarbij aansluitend geen weeënactiviteit optreedt.

Versie 2, geaccordeerd op 31 maart 2016

Verantwoordelijkheden

1e lijns verloskundige: tijdig diagnostiek duidelijk stellen en doorverwijzen naar 2e lijn.
Gynaecoloog: vervolg beleid opstellen.
Verloskundige/ verpleegkundige: goede zorg leveren volgens protocol: [PROM - Prelabour Rupture of Membranes \(Medisch & Verpleegkundig\)](#)

Indicaties

- Langer dan 24 uur gebroken vliezen zonder weeënactiviteit;
- Gebroken vliezen zonder weeënactiviteit bij GBS+ (langer dan 18 uur gebroken vliezen zonder weeënactiviteit).

Dit protocol gaat over PROM (Prelabour Rupture Of Membranes), er wordt kort gesproken over PPRM (Premature Prelabour Rupture of Membranes).

Achtergrondinformatie

Etiologie:

De oorzaak van het breken van de vliezen voor het begin van de baring is multifactorieel:

- Er is een relatie met subklinische intra-uteriene infectie en bacteriële vaginose;
- Invasieve prenatale diagnostiek;
- Trauma;
- Roken;
- Cervixinsufficiëntie;
- Bloedverlies ante partum;
- Hydramnion;
- Meerlingen;
- Preterme partus in de anamnese.

De effectiviteit van specifiek onderzoek naar eventuele risicofactoren en gerichte behandeling is voor geen van bovengenoemde factoren bewezen.

Aandachtspunten

- Het voortijdig breken van de vliezen gaat gepaard met een verhoogde kans op intra-uteriene infectie. De perinatale morbiditeit en mortaliteit zijn derhalve verhoogd, evenals de maternale morbiditeit. Perinatale complicaties worden voornamelijk bepaald door de zwangerschapsduur op het moment van het breken van de vliezen (NVOG, 2002).
- De **incidentie** van het voortijdig breken van de vliezen is circa 0,5% tussen 16 en 26 weken, 1% tussen 26 en 34 weken, 1,5% tussen 34 en 37 weken en 8% na 37 weken. Ongeveer 30-40% van de geboorten voor 37 weken gaat gepaard met het breken van de vliezen voorafgaand aan weeënactiviteit (NVOG, 2002).
- **Beloop.** In de *preterme periode* is 50-75% van de vrouwen binnen drie dagen na het breken van de vliezen bevallen en 60-80% binnen een week. Als de vliezen breken bij 16-20 weken is de neonatale overleving ca. 15%, bij 20-23 weken ca. 30% en bij 24-27 weken ca 60%. De meeste van deze kinderen worden vroeg preterm geboren, hetgeen een aanzienlijke morbiditeit en een kans van 10-20% op handicap met zich meebrengt. Bij een afwachtend beleid is de kans op chorioamnionitis in de preterme periode circa 50%. Deze kans neemt af bij een toename van de *lentie*duur. Als na twee weken de baring nog niet heeft plaatsgevonden is de kans op chorioamnionitis nog maar 10%.
In de *à terme periode* is bij een afwachtend beleid 90-95% van de vrouwen binnen drie dagen na breken van de vliezen bevallen. Bij een afwachtend beleid gedurende drie dagen werd bij 8% van de vrouwen chorioamnionitis waargenomen. In een studie waarin volgens protocol pas een

vaginaal toucher werd gedaan **nadat** de baring evident begonnen was, werd bij slechts 2% chorioamnionitis gezien (NVOG, 2002).

Tekenen van intra-uterien infect:

Tekens van intra-uteriene infectie zijn maternale (>100/min) of foetale (> 150/min) tachycardie, temperatuurstijging, eventueel meconium houdend of foetor van het vruchtwater. Intra-uteriene infectie met streptokokken groep B geeft relatief weinig symptomen (UMCG, 2007).

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

Telefoonnummers

*Overdag dd gyn (9650 intern)
0880661000*

Benodigdheden

Anamnese;
Uitwendig onderzoek;
Echografisch onderzoek.

Werkwijze algemeen

Werkwijze 1e lijns verloskundige:

De **diagnose** 'gebroken vliezen' kan meestal gesteld (of zeer aannemelijk gemaakt) worden op basis van een anamnese van plotseling vaginaal vochtverlies, de aanwezigheid van voortdurend vochtverlies en eventueel de echoscopische waarneming van weinig vruchtwater in utero.

Bij twijfel kan men verder onderzoek doen van uit de vagina aflopend vocht of van vocht dat bij onderzoek met een steriel speculum uit de fornix posterior is verkregen. Indien de diagnose 'gebroken vliezen' zeer onwaarschijnlijk of zeer waarschijnlijk is, heeft het geen zin verder onderzoek te doen wegens de matige betrouwbaarheid van de beschikbare testen.

Met behulp van een teststrip kunnen pH- en eiwitbepaling op eenvoudige wijze gecombineerd worden en kan onderscheid worden gemaakt tussen vruchtwater, fluor vaginalis en urine. Een geringe eiwitconcentratie (< 0,3 g/l) of een lage pH (< #7,0) maken het zeer onwaarschijnlijk dat er sprake is van vruchtwater.

Gezien de eenvoud van het onderzoek lijkt de eiwit/pH-test met een teststrip het meest bruikbaar, en eventueel de varentest. Indien twijfel blijft bestaan kunnen een korte observatieperiode, herhalen van de test en echoscopische waarneming van de hoeveelheid vruchtwater de diagnose zekerder maken.

Afspraak tussen 1e en 2e lijn;

Indien vliezen breken om;

- Van 0 -10 uur consult na 24u gebroken vliezen, inleiden na 48u;
- Van 11 – 13 uur consult na 24u gebroken vliezen, volgende dag inleiding;
- Van 14 – 18 uur volgende ochtend consult en individueel inleiding afspreken (na 24u zorg voor 2e lijn, na 48u inleiding)
- Van 19 – 24 uur volgende ochtend consult en individueel inleiding afspreken (na 24u zorg voor 2e lijn, na 48u inleiding)

Strep B-draagsters binnen 18 uur verwijzen (i.v.m. indicatie voor AB profylaxe).

Werkwijze bij premature PROM;

1^{ste} lijn

- Vaginaal toucher:

Er zijn duidelijke aanwijzingen dat een vaginaal toucher de kans op infectie doet toenemen. In Nederland is de geldende opinie dat niet getoucheerd dient te worden indien de vliezen gebroken zijn en een afwachtend beleid gevoerd wordt.

- Verwijzen tweedelijns, vanaf een zwangerschapsduur van 32 weken
- Verwijzen UMCG tussen de 24 en 32 weken

NB: Wanneer er een nieuwe indicatie ontstaat dient het betreffende protocol gevolgd te worden.

Werkwijze medisch

Klinische werkwijze:

Elke patiënte gevolgd in het ziekenhuis, dient op consult te komen bij PROM.

We maken onderscheid tussen AD <37 weken en >37 weken zwangerschapsduur ten aanzien van behandeling/ observatie.

Voor PPROM (<37 weken) zie protocol '[Premature Prelabour Rupture of Membranes \(PPROM\)](#)'.

Werkwijze bij PROM

Indien een patiënt zich meldt met (vermoeden van) PROM à terme:

- **Anamnese:** plots vaginaal vochtverlies en/of voortdurend vochtverlies.
- **Diagnostiek:** lichamelijk onderzoek (foetale ligging, indaling voorliggend deel, weeenactiviteit en inspectie o.a. kleur van het vruchtwater), echo (oligohydramnion), CTG en temperatuur. Bij twijfel eventueel speculumonderzoek of amnisur. Vaginaal toucher dient niet uitgevoerd te worden bij afwachtend beleid aangezien dit de kans op infectie doet toenemen.
- **Aanvullend onderzoek:** kweek van distale vagina + rectum, (met specifieke vraagstelling: groep B streptococci) en urinekweek + urinesediment.
- **Temperatuur:** patiënten worden geïnstrueerd thuis 4dd hun temperatuur op te nemen (axillair).
- **Observatie vochtverlies:** patiënten worden geïnstrueerd thuis de kleur en geur van het vruchtwater te observeren.
- **Ziekenhuisopname:** à terme niet nodig, tenzij afwijkende ligging met niet-ingedaald voorliggend deel (gevaar voor uitzakken van de navelstreng).

Werkwijze bij PPROM

Conclusies:

- Afwachtend beleid bij een zwangerschapsduur van minder dan 35 weken, tenzij hiervoor maternale of foetale contra-indicaties bestaan;
- Bij een zwangerschapsduur van meer dan 35 weken kan in overleg met de zwangere vrouw besloten worden om af te wachten of de baring in te leiden;
- Bij afwachtend beleid dagelijkse observatie (pols, temperatuur, foetale conditie);
- Geen vaginaal toucher tenzij het de bedoeling is tot inleiding over te gaan of de vrouw in partu is;
- Corticosteroïden bij een zwangerschapsduur minder dan 34 weken volgens nvog-richtlijn 3, Weeënremming.

Zie verder het volgende protocol: '[Premature Prelabour Rupture of Membranes \(PPROM\)](#)'.

Beleid

1. Bij PROM à terme **zonder** tekens van intra-uteriene infectie: expectatief, inleiding na 48 uur gebroken vliezen.
2. Bij dragerschap streptococci Groep B (**GBS**): beleid individualiseren.
3. Wanneer patiënte in partu is en de vliezen zijn langer dan 24 uur gebroken hoeft geen standaard antibiotica profylaxe gegeven te worden.

Instructies voor patiënten

- Thuis 4dd temperatuur meten (axillair);
- Thuis inspectie kleur aflopend vruchtwater;
- 1dd CTG (op Oost 1);
- Inleiding van de baring wordt afgesproken na 48 uur gebroken vliezen

Bij intra-uteriene infectie:

- Bij een **intra-uteriene infectie** (temperatuurstijging, lab: verhoogde waarde van leukocyten + CRP, maternale en/of foetale tachycardie) en evt. **Meconium en foetor van het vruchtwater**, wordt er niet afgewacht, maar direct gestart met inleiden middels syntocinon.
- Behandelen met **breedspectrum-antibiotica**;

- Voordat de antibiotica wordt gestart, wordt de **vaginakweek** afgenomen.

Nazorg

Na de bevalling (>37 wkn):

- **Pasgeborene:**
 - Een oorkweek wordt direct postpartum afgenomen bij een verdenking intra uterine infectie;
 - Consult kinderarts (evt. bloedname in opdracht van kinderarts);
 - Opname Oost 1, 24 uur observatie met goede controle van temperatuur, kleur en ademhaling.

- **Kraamvrouw:**

Observatie temperatuur (4x daags) en lochia (1x daags).

Wanneer er na de 24 uur observatie bij moeder en kind geen bijzonderheden zijn kan de verdere kraamtijd door de 1e lijn begeleidt worden.

Complicaties

- Intra uteriene infectie;
- Uitzakken van navelstreng/ navelstrengcompressie met als gevolg foetale nood.

Bron/ referenties

NVOG

Heineman

Protocol "Langdurig gebroken vliezen" VSV De Gouden Rand