

Werkafspraken naderende serotiniteit (voorheen dreigende serotiniteit)

Maart 2023

Definitie serotiniteit

Serotiniteit of postterm zwangerschap is gedefinieerd door de WHO en FIGO als een zwangerschapsduur van ≥ 42 weken. De a term datum wordt bepaald op basis van de echoscopische parameters in het 1^e trimester, bij voorkeur tussen 8+4 en 12+6 weken zwangerschap.

Incidentie

Van alle vrouwen met een eenling zwangerschap bevalt 16.5 % tussen AD 41 en 41+6 weken (Perined 2018). Na AD 42 weken is dit 1.2%. Van alle zwangeren in de 1^e lijnspraktijken wordt plm 4% overgedragen ivm (naderende) serotiniteit. Dit zijn resp. 0.15% laat term kinderen en 0.23% serotien geboren kinderen.

Counseling

Vanaf AD 40 weken worden zwangeren in een laag risico populatie gecounseld over de mogelijkheid tot inleiden (IOL) bij AD 41 weken of afwachtend beleid tot AD 42 weken.

In de counseling kan meegenomen worden:

- verwachtingen van vrouwen (en hun partner) over IOL bij AD 41 weken versus afwachtend beleid tot AD 42 weken.
- effecten op de perinatale uitkomsten bij IOL; minder perinatale sterfte en minder NICU opnames. Het absolute risico voor beide is echter laag, waardoor het verschil tussen IOL en afwachten ook klein is voor beide groepen, maar wel klinisch relevant gezien de impact van deze twee uitkomstmaten. Enerzijds voorkomt IOL een IUVD die later in de zwangerschap zou kunnen optreden, anderzijds heeft een IOL consequenties voor de bevalling.
- IOL versus afwachtend beleid resulteert in een significante afname van slechte perinatale uitkomst (0.4% versus 1.0%; NNT 175 (95%CI 94 tot 1267).
- IOL versus afwachtend beleid resulteert in significante afname van perinatale sterfte (<0.1% versus 0.4%; NNT 326 (95%CI 177 tot 2014).
- IOL versus afwachtend beleid resulteert in significante afname van neonatale opname > 4 dagen (1.1% versus 1.92%; NNT 103 (95% CI 59 tot 385).
- Nullipara significante afname van ernstige perinatale uitkomst, bij multipara werd dit effect niet gevonden.
- Kans op pijnstilling significant verschillend in IOL-groep (50.5%) tov afwachtende groep (46.4%).
- besproken wordt de beperkingen van de foetale bewaking tussen AD 41 en 42 weken indien gekozen wordt voor afwachten; benoem dat het CTG en echo onderzoek een momentopname zijn en bij afwachtend beleid geen goede voorspellende waarde hebben op de zwangerschapsuitkomst
- bespreek de alternatieven om IOL te voorkomen; strippen (NNT 6 om IOL te voorkomen) of AROM de dag voor de geplande inleiding bij een gunstige Bishopscore ≥ 5 . Indien vrouwen hier voor open staan kan je acupunctuur, homeopathie of voetreflexologie benoemen, hiervan is echter geen wetenschappelijk bewijs dat het de bevalling op gang brengt.

Voor- en nadelen van inleiden van de baring versus afwachten op een spontane start van de baring

Voordelen:

- minder kans op neonatale morbiditeit en mortaliteit
- planbaar

Nadelen:

- geen begeleiding van de eigen 1^e lijns verloskundige en/of thuisbevalling
- vaker gebruik van pijnstilling
- meer interventies: VT's, infuus.
- mogelijk beperking van de bewegingsvrijheid ivm continue CTG

Er is bij inleiding t.o.v. spontane start van de baring geen verschil in aantal sectio's, vaginale kunstverlossingen, neonatale infecties, fluxus post partum, schouderdystocie, rupturen en de AS < 7 na 5 min.

Beleid bij keuze van inleiden bij AD 41 weken

De verloskundige plant een fysieke of telefonische afspraak in het ziekenhuis tussen AD 40 en 41 weken om de inleiding te bespreken en te plannen. Er zijn bij dit consult geen extra controles.

Beleid bij keuze om af te wachten tot AD 42 weken

Bij AD 41+3 weken wordt een controle in de 2^e lijn afgesproken voor CTG en echo. De inleiding wordt vervolgens gepland bij 42 weken. Bij voorkeur wordt geen controle afgesproken in het weekend.

Strippen wordt gedaan door de 1^e lijn of op verzoek van de verloskundige tijdens het consult door de 2^e lijn.

De counseling van 1^e lijns zwangeren vindt primair plaats in de 1^e lijn conform de werkafspraken. De uitkomst van deze counseling staat duidelijk vermeld in de zwangerschapskaart.

Bij een gunstige Bishop score (≥ 5) bestaat de mogelijkheid om de dag vóór de geplande inleiding kunstmatig de vliezen te breken tussen 12:00-15:00 uur. Indien er de volgende morgen onvoldoende weeënactiviteit is, vindt er alsnog een overdracht plaats naar de 2^e lijn voor inleiden van de baring. Indien wel sprake is van een spontane partus, zal de 1^e lijn dit zsm doorgeven aan de verloskamers.

Bronnen:

Richtlijnen Database FMS: Beleid zwangerschap 41 weken; 15-2-2021

www.consultkaart.nl: Keuzemogelijkheden vanaf 41 weken zwangerschap deel 1 en deel 2

Volgende pagina: Counseling volgens de BRAINS-methode>>

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 eerste lijn (indien van toepassing en regionaal beleid): 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.

Achtergrondinformatie en filmpjes:

“de [verloskundige.nl](https://www.verloskundige.nl)”

“de gynaecoloog.nl”

Vragen/opmerkingen melden bij het lokale VSV

Commissie Verloskundige Werkafspraken Den Haag-Delft, maart 2023.

Marga Kortekaas, Margreeth Piers, Michelle Beijerinck, Bernadet van Baars, Isis Bot, Corla Vredevoogd, Marion van Hoorn, Janneke Burgers.

Auteurs: Margreeth Piers, Marion van Hoorn

1^e versie 2013

1^e revisie: november 2015

2^e revisie: maart 2022

Volgende revisie 2025/2026