Inhoud

Doel....1
Doelgroep....1
Aandachtspunten....1
Definitie....1
Incidentie....1
Risicofactoren....2
Herhalingsrisico....2
Werkwijze/onderzoek....2
Diagnostiek....2
Behandeling acute dreigende vroeggeboorte....3
- Dreigende spontane extreme vroeggeboorte tot AD 24 weken....3
- Dreigende spontane vroeggeboorte vanaf AD 24 tot 26 weken....3
- Dreigende spontane vroeggeboorte vanaf AD 26 tot 34 weken (vroeg en matig preterm) 3

Preventie van een vroeggeboorte voor een volgende zwangerschap....4
Behandeling vroeggeboorte in anamnese of een verkorte cervix....4
Verwijzing gerelateerde protocollen....5
Bronnen....5
Bijlagen 1 : verwijsschema....6
Bijlagen 2 : stroomschema staande vliezen en gebroken vliezen....6

Doel
Gezamenlijke en eenduidige VSV afspraken maken met betrekking tot het beleid bij een dreigende vroeggeboorte, daarbij mogelijke complicaties voorkomen en neonatale uitkomsten te verbeteren. Dit protocol behandelt de zorg rondom een spontane vroeggeboorte van een eenling.

Doelgroep
Verloskundigen 1e en 2e lijn, gynaecologen

Aandachtspunten
Er moet onderscheid gemaakt worden tussen spontane vroeggeboorte en iatrogene vroeggeboorte.

Definitie
Een partus prematurus is gedefinieerd als een geboorte bij een zwangerschapsduur tussen de 16+0 en 36+6 weken. Men maakt nog een volgende classificatie:

- **Vroeggeboorte** = spontane geboorte voor AD 37+0 weken
- **Laat preterm** = spontane geboorte AD 34+0 en 36+6 weken
- **Matig preterm** = spontane geboorte AD 32+0 en 33+6 weken
- **Vroeg preterm** = spontane geboorte AD 26+0 en 31+6 weken
- **Extreem preterm**= spontane geboorte AD 24+0 en 25+6 weken

- Geïndiceerde (iatrogene) vroeggeboorte, wegens
  - Conditie moeder
  - Conditie foetus
- Spontane vroeggeboorte
  - Spontane weeën
  - PPROM, waarna spontane weeën

40% van de vroeggeboorten in westerse landen zijn iatrogeen = opgewekt
Gerelateerd aan 75 % van de perinatale sterftes

Incidentie
Vroeggeboorte is een omvangrijke complicatie binnen de obstetrie. In Nederland bevallen jaarlijks 12.000 (7.6%) zwangeren voor 37 weken, waarvan 2500 (1,5%) door vroeggeboorte voor 32 weken. Daarmee is vroeggeboorte in Nederland de belangrijkste oorzaak van neonatale mortaliteit en morbiditeit, en ook van complicaties op de lange termijn van het kind.

Risicofactoren
Er zijn veel risicofactoren beschreven waarvan de belangrijkste een partus prematurus in de voorgeschiedenis is. Andere factoren zijn onder andere:

- Algemeen
  - BMI <19
  - Obesitas (risico vroeggeboorte loopt op met het stijgen van de BMI)
  - Leeftijd <16 jaar
  - Niet-kaukasische etniciteit
  - Lage sociaal economische status
  - Roken
  - cocaine gebruik
  - Diabetes mellitus
  - Ingrepen aan de cervix (met name de conisatie, maar mogelijk ook een lis-excisie)
  - Uterusanomalie
  - Familie anamnese

- Obstetrisch
  - Premature partus / PPROM in anamnese (herhalingskans 15-50%)
  - Zwanger na IVF / ICSI
  - Invasieve prenatale diagnostiek
  - Persisterend bloedverlies
  - Cervixlengte <25mm
  - Meerling zwangerschap
  - Polyhydramnion
  - Congenitale afwijkingen van de foetus, met name in combinatie met ene polyhydramnion
  - Recidiverende cystitis
  - Infecties met hoge koorts

Deze factoren hebben echter onvoldoende onderscheidend vermogen om een prognostisch model te maken, waarbij onderscheid gemaakt kan worden tussen vrouwen met een hoog of juist laag risico.

Herhalingsrisico
Risico op vroeggeboorte na vroeggeboorte in anamnese:

- Eén vroeggeboorte: 20%
- Twee vroeggeboorten: 42% (38-57% afhankelijk van de ernst van de vroeggeboorte)
- Een vroeggeboorte met daarna a terme: 13%
- A terme partus met daarna vroeggeboorte: 21 %
- Na twee a terme: 5 %
- Na premature gemelli partus in anamnese: 10%

Details uit de anamnese kunnen deze risico's nuanceren (eerder bloedverlies, PPROM, infectie).

Werkwijze/onderzoek
Een dreigende partus prematurus wordt vastgesteld door:
1. het aantonen van gebroken vliezen (pPROM)
2. pijnlijke en frequente uteruscontracties met cervixveranderingen
3. asymptomatische echoscopische cervixlengteverkorting
4. combinatie van bovenstaande

Diagnostiek

- Anamnese
- Subjectieve beoordeling van patiënte
- Objectiveerbare uteruscontracties elke 5-10 minuten, gedurende minimaal 60 minuten observatie
- Transvaginale echoscopie: cervixlengte meting (zonder echogel)

  - Cxl <10mm, geeft 40% kans op een vroeggeboorte <7 dagen
  - Cxl >30mm, geeft 1% kans op een vroeggeboorte <7 dagen
  - Cxl 10 – 30mm, geeft 10% kans op een vroeggeboorte <7 dagen
- Vaginaal toucher (bij voorkeur zonder gel)
- CTG (cave:afhankelijk van termijn)
- Bij (P)PROM bij voorkeur in speculo onderzoek en evt transperineale echo i.p.v. vaginaal toucher
- Transabdominale echoscopie: ligging foetus, biometrie, vruchtwater, placentalokalisatie
- Maternale controles (MEWS)
- Urinesediment, introïtuskweek en urinekweek
- Bloedafname voor leuco's/CRP

Behandeling acute dreigende vroeggeboorte

- **Dreigende spontane extreme vroeggeboorte tot AD 24 weken**
  - Infauste prognose kind bij een AD <24 weken, derhalve geen actief obstetrisch/neonataal beleid. Overleg wel laagdrempelig met 3e lijn.
  - Vanwege actieve opvang vanaf 24w0d, vanaf AD 23+5 verwijzen naar de 3e lijn voor counseling door perinatoloog en neonatoloog over toediening van corticosteroiden en tocolyse. Dit wordt in principe niet zonder counseling gestart in de 2e lijn.
  - Beleid individualiseren op basis van bevindingen bij vaginale echoscopie, tekenen van infectie, bloedverlies, wens ouders, etc.
  - Voorafgaand aan counseling, niet routinematig CTG bewaking en starten met corticosteroïden
  - Bij eventueel overplaatsing tocolyse alleen starten na overleg met het 3e lijns centrum.
  - Bij asymptomatische cervixlengteverkorting verwijzen naar 3e lijn voor counseling t.a.v.
    - Echo-indicated cerclage
    - Pessarium
    - Progesteron

- **Dreigende spontane vroeggeboorte vanaf AD 24 tot 26 weken**
  Dreigende vroeggeboorte tussen 24w0d – 26w0d
  - Overleg met de dienstdoende gynaecoloog of er wel/niet een CTG aangesloten dient te worden bij binnenkomst. Conform het protocol overplaatsing 3e lijn sterk overwegen om bij AD <25+0 weken geen CTG te verrichten en >25+0 wel CTG te verrichten. Besef in ieder geval dat je niet 'routinematig' een CTG dient aan te sluiten.
- Verricht aanvullend onderzoek, zoals hierboven beschreven
- Overleg met 3e lijn over de indicatie voor verwijzing en adviezen voor het transport.
  - Tocolyse starten?
  - Celestone starten?
  - Magnesiumsulfaat starten?
  - Tocolyse/celestone/magnesiumsulfaat dient NIET standaard gestart te worden zonder overleg met de 3e lijn. De besluitvorming rondom wel/niet starten medicatie hoort thuis in de 3e lijn, daar waar het ouder paar goed gecounseld wordt door zowel de perinatoloog én de neonatoloog.

  - Bij overplaatsing, zie ook protocol 13951: Overplaatsing zwangere en/of barende naar derde lijn algemeen

- **Dreigende spontane vroeggeboorte vanaf AD 26+0 tot 33+6 weken**
  (vroeg en matig preterm)
  - In principe actief obstetrisch en neonataal beleid.
  - Verricht diagnostiek naar dreigende vroeggeboorte zoals eerder beschreven.

- Sluit CTG aan
- Breng een venflon in
- Start tocolyse en celestone conform protocol (protocol nummers 2645 2727) bij sterke verdenking dreigende vroeggeboorteOverweeg sterk om bij een dreigende vroeggeboorte mét gebroken vliezen en een onbekende GBS status te starten met preventieve antibiotica (protocol 9360)
- Bij AD onder 32 weken overplaatsing naar een perinataal centrum indien in de 2e lijn ingeschat wordt dat transport verantwoord is.
- Indien AD onder 30 weken en bij een verwachte partus <4 uur: start MgSO4 in ter neuroprotectie bij transport
- Bij overplaatsing, zie ook protocol 13951: Overplaatsing zwangere en/of barende naar derde lijn algemeen
- Overweeg placenta voor PA onderzoek op te sturen, indien bijzonderheden worden gezien bij de placenta.

- **Dreigende spontane vroeggeboorte vanaf AD 34 weken tot 36+6 weken** *(laat preterm)*
  - Start GBS profylaxe volgens lokaal protocol bij een onbekende GBS status, dreigende vroeggeboorte én gebroken vliezen.
  - Baring accepteren
  - Overweeg placenta voor PA onderzoek op te sturen, indien bijzonderheden worden gezien bij de placenta.

Evaluatie

- Noteer in dossier beloop, waarschijnlijke oorzaak en behandeling
- Kans op herhaling bij volgende graviditeit is afhankelijk van meerdere factoren, o.a. oorzaak, amenorrhoeduur, eenling/meerling, obstetrische voorgeschiedenis etc. Documenteer in de (ontslag)brief iig een voorlopig advies voor volgende graviditeit/partus. Aanvullend advies zal op de nacontrole worden gedocumenteerd en gecommuniceerd naar huisarts en 1e lijns verloskundige.
- Indien gegevens uit 3e lijn bekend zijn, deze invullen in status bij uitkomst (geboortetermijn, gewicht, mogelijke oorzaak)
- In aanvulling op het advies bij de nacontrole; benoem reeds de mogelijkheid tot preconceptioneel advies aan bij hernieuwde kinderwens, voor gespecialiseerd advies over de risico’s en plan in de volgende zwangerschap.
- Evalueer eventueel situatie indien gewenst, zo mogelijk met alle betrokkenen

Preventie van een vroeggeboorte voor een volgende zwangerschap

- Bij IVF, SET : Single Embryo Transfer
- Stoppen met roken
- Kijken naar anamnese

Wat te doen bij een volgende zwangerschap bij vrouwen met een vroeggeboorte in de voorgeschiedenis

- Bij extreme vroeggeboorte in voorgeschiedenis sterk overwegen om patiënte te verwijzen voor een pre-conceptioneel consult
- Bij extreme vroeggeboorte in voorgeschiedenis: 2e lijns indicatie bij een volgende zwangerschap
- Alle vrouwen met vroeggeboorte in de voorgeschiedenis <16 weken verwijzen naar 2e lijn voor counseling t.a.v preventief gebruik van progesteron in de huidige zwangerschap.
  Dit is ten alle tijden het advies, ook indien er een àterme partus heeft plaats gevonden na een eerdere premature partus.
  - Vaginaal : Utrogestan, 100mg dagelijks
  - Intramusculair : Proluton, 250mg wekelijks
- In geval van een cervixinsufficientie kan een primaire cerclage geindiceerd zijn, te plaatsen rondom 12-14 weken.

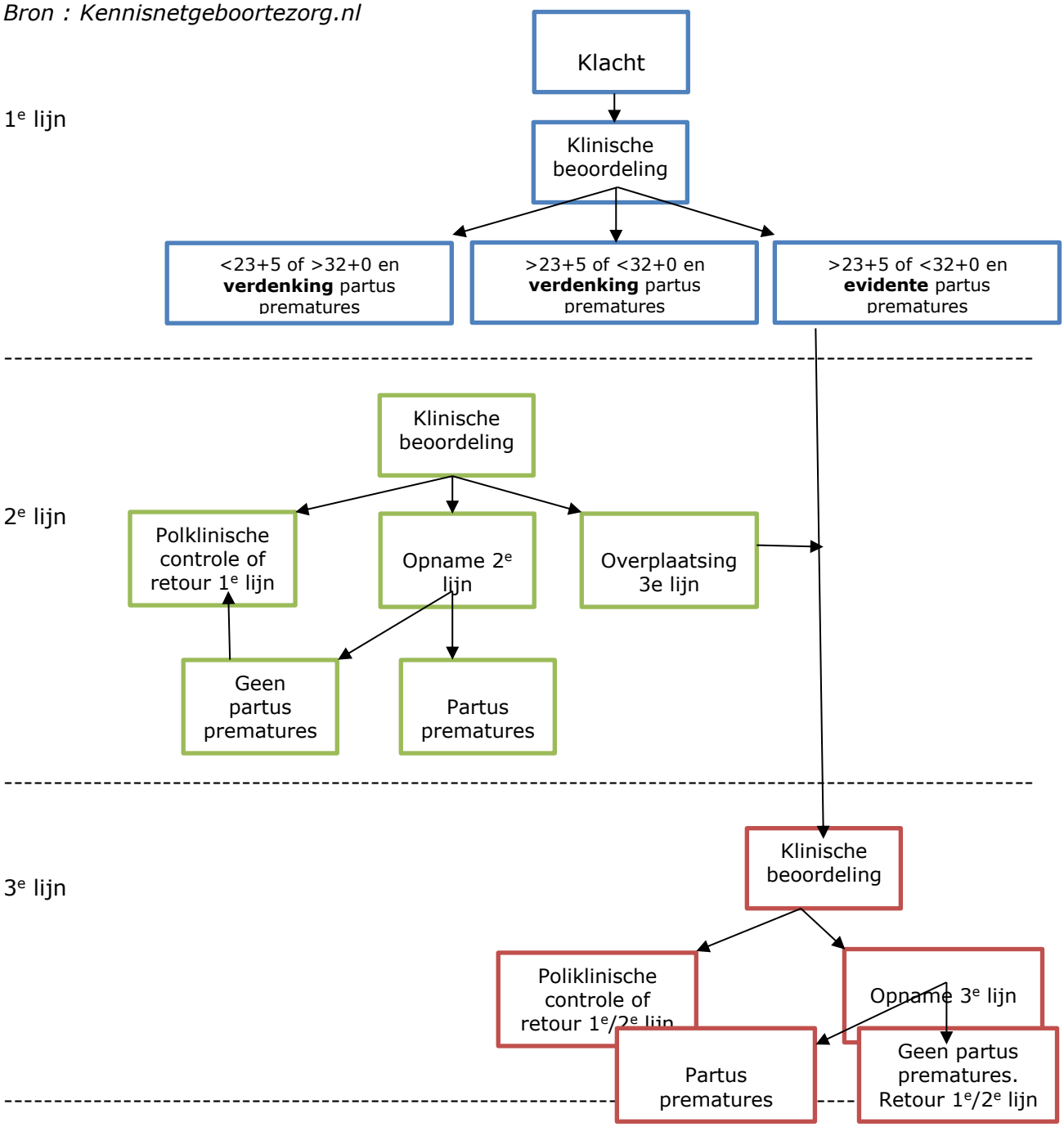
Verwijzing gerelateerde protocollen

- 13951 : Overplaatsing zwangere en/of barende naar derde lijn algemeen
- 2645 : Toedienen van celestone
- 2727 : Weeënremming
- 9360 : Groep B streptococcus: preventie van neonatale GBS ziekte

Bronnen

- NVOG protocol preventie dreigende vroeggeboorte.
- NVOG protocol preventie en behandeling van early onset neonatale infecties
- NWGZ regioprotocol dreigende vroeggeboorte. (Kennisnet Geboortezorg)
- Regionaal protocol Noord Nederland vroeggeboorte
- Preventie vroeggeboorte, Tjongerschans pagina 5 protocol
- Protocol dreigende vroeggeboorte Gelderse Vallei

Bijlagen 1 : verwijsschema
Bron : Kennisnetgeboortezorg.nl



Bijlagen 2 : stroomschema staande vliezen en gebroken vliezen

- Zie bijlage 17.3 : Stroomschema, wat te doen bij dreigende vroeggeboorte met staande vliezen
- Zie bijlage 17.4 : Stroomschema, wat te doen bij driegende vroeggeboorte met gebroken vliezen

https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/uploads/NWGZ_Regioprotocol_partus_prematurus_definitief_v_1.pdf