

Datum: mei 2020  
Trio: Michelle Westerhuis, Janneke Oudenaarden, Calice van de Donk  
Betreft: Regionale VSV richtlijn

## STANDPUNT SEROTINITEIT

### Doelgroep

Verloskundigen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn, arts assistenten en gynaecologen in de VSV's Eindhoven, Anna en Veldhoven.

### Definitie

Serotiniteit (post-term gestation) ontstaat vanaf 42+0 weken amenorroeduur. Naderende serotiniteit (late-term gestation) wordt gedefinieerd als de periode tussen 41+0 wkn en 41+6 wkn amenorroeduur.

### Algemeen

Serotiniteit is een risicofactor voor perinatale mortaliteit en morbiditeit, mogelijk ten gevolge van utero-placentaire insufficiëntie, oligohydramnion, meconiumhoudend vruchtwater en macrosomie. Additionele foetale risico's van serotiene zwangerschappen omvatten macrosomie met grotere kans op vaginale kunstverlossing, keizersnede en schouderdystocie en voorts neonatale insulten, meconium aspiratiesyndroom, NICU opname en lage 5 minuten Apgarscore. Oligohydramnion komt frequenter voor in serotiene zwangerschappen en wordt geassocieerd met navelstreng compressie, foetale hartfrequentie afwijkingen, meconiumhoudend vruchtwater en foetale acidose. Maternale risico's hangen in het algemeen samen met macrosomie en een hieraan gerelateerde dysfunctionele ontsluitings- en uitdrijvingsfase, inclusief ernstige perineale en vaginale laceraties, infectie en postpartum hemorrhagie.

### Inleiden of afwachten?

#### *Serotiniteit*

Zowel 1<sup>e</sup> als 2<sup>e</sup> lijns verloskundige hulpverleners adviseren inleiden van de baring **bij** 42+0 weken amenorroeduur. Het betreft hier een landelijke afspraak gesteund door KNOV en NVOG.

#### *Naderende serotiniteit*

Er zijn landelijke afspraken om tussen 41+0 wkn en 41+6 wkn amenorroeduur de zwangere een consult in de 2<sup>e</sup> lijn aan te bieden ter evaluatie van de foetomaternale conditie ("best practice"). Met betrekking tot inleiden of afwachten na 41 weken zijn recent de modules "Beleid zwangerschap 41 weken" verschenen, geschreven door NVOG, in samenwerking met KNOV, NVK en Patiëntenfederatie Nederland. Ten tijde van schrijven van dit standpunt waren de modules nog in conceptfase.

### Modules "Beleid zwangerschap 41 weken"

De inhoud van dit document is gebaseerd op de tot op heden (december 2019) bekende literatuur over dit onderwerp. Tevens werd een subgroep analyse uitgevoerd voor de specifieke doelgroep zwangeren met een eenling in hoofdligging vanaf 41 weken, waarbij tot maximaal 42 weken

expectatief beleid gevoerd werd (Keulen 2019, Wennerholm 2019). Dit lijkt een representatieve doelgroep te zijn voor de Nederlandse situatie. De algemene aanbeveling uit deze module is dat aan deze groep zwangere vrouwen de mogelijkheid geboden moet worden om vanaf een zwangerschapsduur van 41 weken ingeleid te worden. Hierbij dienen de voor- en nadelen van zowel inleiding als afwachtend beleid besproken te worden. Daarnaast wordt geadviseerd deze counseling te verrichten aan de hand van een consultkaart waarbij expliciet de effecten op perinatale sterfte en NICU opnames benoemd dient te worden.

#### *Relevante literatuur voor Nederlandse setting (inleiden versus afwachten tot uiterlijk 42 weken)*

De studie van Keulen (2019) is uitgevoerd in de huidige Nederlandse setting en vergelijkt inleiden bij 41 weken met afwachten tot 42 weken. In deze Nederlandse studie werd een verlaging van de samengestelde perinatale uitkomst gezien bij een gelijk aantal sectio caesarea 's. Het aantal NICU opnames was lager in de interventiegroep. De overige 10 maternale en perinatale uitkomstmaten waren niet verschillend tussen de twee groepen. Deze resultaten zijn in dezelfde lijn als de review van Middleton (2018), met als verschil dat er geen reductie in het aantal sectio's gezien werd en het aantal kunstverlossingen gelijk was. De perinatale sterfte was niet statistisch significant verschillend maar hiervoor had de studie op voorhand al niet voldoende power.

In de studie van Wennerholm (2019) in een Zweedse populatie werd gerandomiseerd in een laag risico groep tussen afwachten volgens lokaal beleid versus inleiden op 41w zwangerschap, De inleiding werd binnen 24u gepland na randomisatie. Tijdens de interim analyse werd de studie voortijdig gestopt omdat er in de expectatieve groep 6 kinderen overleden versus geen overleden kinderen in de inductie groep. Tevens waren de NICU opname in de interventiegroep lager dan in de afwachtende groep. Dit is overeenkomend met de resultaten uit de studie van Keulen (2019).

Ten aanzien van de perinatale sterfte bleken met name de nullipara zeer kwetsbaar als risicogroep. Dit is een gegeven wat meegenomen kan worden in de counseling van de zwangere vrouw.

Samenvattend laat de beschikbare literatuur voor de cruciale uitkomstmaten perinatale sterfte en NICU opnames een significante verlaging zien bij de inductiegroep, met een gemiddelde bewijskracht.

### **Regionale interpretatie en consensus beleid n.a.v. beschikbare literatuur en Modules "Beleid zwangerschap 41 weken"**

- Het is geïndiceerd om zwangere vrouwen voorafgaand aan de termijn van 41+0 weken te informeren over de voor- en nadelen van inleiden versus afwachten vanaf 41+0 weken. Nadrukkelijk dient counseling hierover plaats te vinden TUSSEN een zwangerschapsduur van 40+0 en 41+0 weken, zodat een zwangere een goed geïnformeerde keuze kan maken voor de periode VANAF 41+0 weken.
- Counseling kan gedaan worden door zowel 1<sup>e</sup> als 2<sup>e</sup> lijns verloskundig zorgverleners, waarbij dit in principe door de hoofdbehandelaar van de zwangere gedaan zal worden. De voor- en nadelen van zowel inleiding als afwachtend beleid dienen besproken te worden aan de hand van de bijgevoegde cliënteninformatie en keuzehulp "Gesprek over (naderende) serotiniteit". Hierbij dienen expliciet de effecten op perinatale sterfte en NICU opnames benoemd dienen te worden. Indien gewenst kan ten behoeve van het maken van een keuze door de zwangere een consult in de 2<sup>e</sup> lijn aangeboden worden ((extra) controle foetomaternale conditie, uitleg over inleiden van de baring etc.).

- Indien een zwangere kiest voor een expectatief beleid en er geen andere medische redenen zijn om een inleiding te overwegen (zie ook “risicogroepen”), dan wordt aanbevolen (conform huidige landelijke afspraak) een consult in de 2<sup>e</sup> lijn te organiseren ten laatste bij 41+3 weken ter evaluatie van de foetomaternal conditie (zie A). Het spreekt voor zich dat naast de factor termijn, ook overig medisch inhoudelijke parameters meegenomen dienen te worden in de counseling van een zwangere ten aanzien van timing van bevalling. Uiteindelijk is het aan de zwangere en haar partner om te bepalen of zij een inleiding of afwachtend beleid verkiezen (shared decision making).
- Cave risicogroepen: In het algemeen neemt de kans op perinatale sterfte toe bij een oudere zwangeren, welke in de literatuur gedefinieerd worden als zwangeren met een maternale leeftijd > 35 jaar. (11) In deze groep is het effect het grootst bij nulliparae. Bij zwangeren ouder dan 40 jaar stijgt het IUVD risico van 3/10.000 naar 6/10.000 en wordt om die reden een inleiding aangeboden vanaf 39+0 weken. Bij allochtone zwangeren neemt de kans op perinatale sterfte toe voorbij de 40 weken.

### Samenvattend

- Op basis van de beschikbare literatuur en de multidisciplinaire modules “Beleid zwangerschap 41 weken” lijkt het legitiem om zwangeren een inleiding bij 41+0 weken te adviseren.
- Bied de zwangere vrouw met een éénling in hoofdligging de mogelijkheid van een inleiding van de baring aan bij 41 weken. Hierbij dienen de voor- en nadelen van zowel inleiding als afwachtend beleid te worden besproken.
- Counseling wordt verricht door de hoofdbehandelaar (zowel 1<sup>e</sup> als 2<sup>e</sup> lijns zorgverlener) waarbij gebruik gemaakt wordt van de cliënteninformatie en keuzehulp “Gesprek over (naderende) serotiniteit”. Deze keuzehulp dient de zwangere na counseling mee naar huis te krijgen.
- Counseling dient nadrukkelijk plaats te vinden VOOR 41+0 weken.
- Indien een zwangere kiest voor een expectatief beleid en er geen andere medische redenen zijn om een inleiding te overwegen dan wordt aanbevolen (conform huidige landelijke afspraak) een consult in de 2<sup>e</sup> lijn te organiseren ten laatste bij 41+3 weken. (zie regionale afspraken onder A)

### Regionale afspraken ten aanzien van planning consulten en inleiding

#### A. Indien afwachtend beleid gewenst

Gerandomiseerd onderzoek dat antepartum foetale bewaking feitelijk leidt tot lagere perinatale morbiditeit of mortaliteit is niet beschikbaar. Op basis van consensus worden twee controles in de tweede lijn geadviseerd tussen 41+0 en 42+0 wk, waarvan de eerste plaatsvindt tussen 41+0 en 41+3 weken met als inhoud:

- Anamnese (inclusief expliciet vragen naar ‘leven voelen’)
- Uitwendig verloskundig onderzoek
- CTG
- Echoscopie ter bepaling van de hoeveelheid vruchtwater (normaal grootste pocket > 2 cm) en biometrie ter opsporing IUGR
- Uiterlijke datum van inleiden vastleggen bij 1<sup>e</sup> consult. Dit kan elke dag zijn na AD 41 weken.
- Indien geen additionele risicofactoren: retour 1<sup>e</sup> lijn, 2<sup>e</sup> consult afspreken en bij uiterlijk AD 42+0 weken inleiding van de baring in de 2<sup>e</sup> lijn.

## B. Indien inleiding gewenst en geen andere risicofactoren

Consult gynaecoloog tussen 40+0 en 40+6 wk.

- Counseling
- Anamnese (inclusief expliciet vragen naar 'leven voelen')
- Uitwendig verloskundig onderzoek
- CTG
- Echoscopie ter bepaling van de hoeveelheid vruchtwater (normaal grootste pocket > 2 cm) en biometrie ter opsporing IUGR
- Vaginaal toucher

### Uitvoering indien inleiding gewenst:

- Bij rijpe portio (en in afwezigheid van additionele risicofactoren)
  - 1<sup>e</sup> lijn:
    - Amniotomie in eerstelijns vanaf 41+0 (nulli- en multipara) bij Bishopscore  $\geq 6$  (zie tabel).
    - Logistiek: Zwangere uiterlijk één dag eerder aanmelden. Amniotomie thuis of poliklinisch om 8.00u 's-ochtends. Om 12.00u doorgeven of mw. wel of niet in partu is. Indien niet in partu insturen voor voortleiden van de baring en ernaar streven om voor 14.30u in verloskamercomplex te zijn.
  - 2<sup>e</sup> lijn:
    - Bij amniotomie in de 2<sup>e</sup> lijn wordt de weeënactiviteit een uur (P0) of 2 uur (vaginale P1) na amniotomie bijgestimuleerd met oxytocine en wordt geen 4 uur afgewacht. De zwangere wordt hierover geïnformeerd.
- Bij onrijpe portio
  - overname zorg en inleiding in 2<sup>e</sup> lijn conform lokaal protocol
- Bij additionele risicofactoren (b.v. minder leven voelen, verdenking IUGR, oligohydramnion, afwijkend CTG patroon) en/of bij een termijn van 42+0 wk vindt overname zorg door gynaecoloog plaats.

Tabel: Bishopscore

Bishopscore	0	1	2	3
Ontsluiting in cm	0	1-2	3-4	$\geq 5$
Verstreken zijn van de portio	0-30%	40-50%	60-70%	$\geq 80\%$
consistentie	Stug als de neuspunt	Vrij week als gespitste lippen	Week als ontspannen lippen	
positie	Achter in bekkenas	In de bekkenas	Voor de bekkenas	
indaling	Hodge 1	Hodge 2	Hodge 3	Hodge 3-4

## Literatuur

1. NVOG modelprotocol Datering van de zwangerschap, 2011
2. NVOG Richtlijn Serotiniteit, 2007
3. Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P, Heatley E. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Jun 13;(6):CD004945. doi:10.1002/14651858.CD004945.pub3.
4. Waldenström U, Cnattingius S, Norman M, Schytt E. Advanced Maternal Age and Stillbirth Risk in Nulliparous and Parous Women. *Obstet Gynecol.* 2015 Aug;126(2):355-62. Doi.10.1097/AOG.0000000000000947.
5. Up to Date online. Postterm pregnancy. Laatste versie juli 2016
6. ACOG Practice Bulletin Number 146: Management of Late-Term and Postterm Pregnancies, August 2014. *Obstet Gynecol* 2014;124:390-396
7. Eskes M, Waelpuut AJM, Scherjon SA, Bergman KA, Abu-Hanna A, Ravelli ACJ. Small for gestational age and perinatal mortality at term: An audit in a Dutch national cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017 Aug;215:62-67. doi: 10.1016/j.ejogrb.2017.06.002.
8. Keulen J, et al. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management until 42 weeks (INDEX): multicentre, randomised non-inferiority trial. *BMJ* 2019;364.
9. Wennerholm et al. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEdish Post-term Induction Study, SWEPIIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial. *BMJ* 2019;367.
10. Middleton P, Shepherd E, Crowther CA. (2018). Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database Syst Rev.* 9;5:CD004945. doi: 10.1002/14651858.
11. Page JM, Snowden JM, Cheng YW et al. The risk of stillbirth and infant death by each additional week of expectant management stratified by maternal age. *Am J Obstet Gynecol*, 2013 October: 209(4): 375.e1-375.e7.
12. Module "Beleid Zwangerschap bij 41 weken" NVOG (concept dec 2019)