

Multidisciplinair protocol 'Positieve discrepantie'

Protocol gemaakt door	E. Bosch, verloskundige bij praktijk Rijssen – Holten L. Scharbaai, verloskundige bij praktijk Rijssen – Holten M. de Vries, gynaecoloog ZGT J.A. Kroese, gynaecoloog MST M. Nissinen, verloskundige MST K. Schut, verloskundige ZGT K. Snijders, verloskundige bij praktijk S. IJzebrink, verloskundige bij praktijk Liberis Libenter
Goedgekeurd	Januari 2018
Herzien op	Mei 2025
Ter revisie op	Mei 2025

Doel van dit protocol

Het uitsluiten van pathologie bij positieve discrepantie.

Definitie

Men spreekt van positieve discrepantie indien de uterus meer dan vier weken groter is dan men zou verwachten bij die amenorroe duur. Dit wordt bepaald d.m.v. de handgrepen van Leopold en/of het meten van de fundushoogte.

Achtergrond

Oorzaken

- Large for gestational age (LGA) (ook wel macrosomie)
 - Meerlingzwangerschap
 - Polyhydramnion

-
- Uterusanomalie
- Uterus myomatosus
- Niet ingedaald voorliggend deel (placenta praevia, bekkenafwijking of congenitale afwijkingen (bijv. hydrocefalie)).

Anamnese en onderzoek

Anamnese:

- Termijn controleren
- Algemene voorgeschiedenis (bijv. bekkenfractuur, rachitis)
- Familie anamnese (bijv. diabetes)
- Obstetrische voorgeschiedenis (o.a. GDM en geboortegewicht)

Lichamelijk onderzoek: Uitwendig onderzoek: ○
Fundushoogte ○ Palperen kindsdelen (moeizaam bij polyhydramnion) ○ Indaling

Aanvullend onderzoek:

Transabdominale echoscopie: ○
Biometrie ○ Hoeveelheid
vruchtwater ○
Placentalokalisatie ○ Gemelli
○ Myoom

Indien er geen afwijkingen worden gevonden, kan cliënte in de eerste lijn verder vervolgd worden.

In het volgende deel van deze richtlijn zal een onderscheid gemaakt worden tussen positieve discongruentie t.g.v. polyhydramnion en LGA.

Polyhydramnion

Polyhydramnion is de term die gebruikt wordt om een overmatige hoeveelheid vruchtwater te beschrijven en komt bij 1-2 % van de zwangerschappen voor. De

conditie is geassocieerd met een verhoogde kans op een ongunstige perinatale uitkomst.

Polyhydramnion wordt vastgesteld m.b.v. echoscopie (volgens de curven van Magann):

- Amniotic Fluid Index (AFI): hierbij wordt in elk kwadrant van de uterus de grootste verticale pocket gemeten. $AFI \geq 24$ cm of $> 95^e$ percentiel = polyhydramnion.
- Single Deepest Pocket (SDP): grootste verticale pocket vruchtwater.
 $SDP \geq 8$ cm of $> 95^e$ percentiel = polyhydramnion (mild 8-12 cm SDP, matig 12-16 cm SDP, ernstig >16 cm SDP, waarbij de mate vaak samenhangt met onderliggende etiologie en consequenties voor de foetus).

Achtergrond

Vanaf 16 weken zwangerschapsduur wordt de hoeveelheid vruchtwater hoofdzakelijk aangemaakt door de foetale urineproductie. Vanaf 12 weken is er een geleidelijke toename van de hoeveelheid vruchtwater tot 32 weken. Van 32 tot 39 weken blijft de hoeveelheid min of meer constant om nadien weer geleidelijk af te nemen.

De actuele hoeveelheid vruchtwater wordt bepaald door de balans tussen de productie en verbruik/verlies. Verbruik van vruchtwater treedt op door foetale slikbewegingen (drinken), verlies door gebroken vliezen.

Oorzaken

- Idiopathisch (circa 70%)
- Diabetes (gravidarum) (15%)
- Hydrops foetalis (bij infectie of anemie)
- Congenitale en syndromale afwijkingen:
 - Gestoord slikgedrag (neuromusculair, schisis)
 - Gestoorde passage (gastro-intestinale obstructie, oesofagusatresie, afsluiting hoge luchtwegen)
- Chromosomale afwijking (trisomie 18, trisomie 21, 10% indien echoscopisch structurele afw., 1% indien eci)
- TTS bij MCDA gemelli
- Overig (bijv. cong. virale infectie)

Indien er geen duidelijke oorzaak gevonden wordt, is er in 75% van de gevallen een spontane afname van de hoeveelheid vruchtwater.

Complicaties

- PPRM
- Perinatale mortaliteit (met name bij ernstige polyhydramnion of icm IUGR)
- Partus prematurus
- Liggingafwijkingen
- Abruptio placentae na breken van de vliezen
- Navelstrengprolaps bij breken vliezen
- Vruchtwaterembolie
- Fluxus post partum
- Geboortegewicht >4000 gram

Behandeling eerste lijn

- Familie en obstetrische anamnese voor bepalen risicofactoren (diabetes (gravidarum i.a.), geboortegewicht)
- Uitwendig onderzoek (handgrepen van Leopold)
- Echoscopisch onderzoek indien verdenking polyhydramnion (beoordeel AFI, SDP en biometrie)
- OGTT
 - Contra-indicatie voor OGTT: Patienten met bariatrische chirurgie in de voorgeschiedenis (i.v.m. het uitlokken van vroege dumping). Bij deze zwangeren een glucosedagcurve afspreken.
 - Indien de OGTT niet slaagt, dan dient overgegaan te worden op een glucosedagcurve.

Verwijzing

- Amniotic fluid index (AFI) $\geq 24\text{cm}$ / $>p95$
- Single deepest pocket (SDP) $\geq 8\text{cm}$ / $>p95$

Behandeling tweede lijn

- OGTT (indien nog niet verricht)
 - GUO 2
 - Echoscopisch vervolgen groei en hoeveelheid vruchtwater à 4 weken
 - Overweeg (uitgangs)cervixlengte meting bij vroege (voor 30 weken), matige tot ernstige polyhydramnion



- Controlefrequentie is afhankelijk van AD en klachten

Individualiseren

- Bij hydrops foetalis: o.a. bloedgroep/rhesus, irregulaire antistoffen, TORCH, kleihauer betke test
- Bij ernstige mechanische bezwaren of dreigende vroeggeboorte: zo nodig ontlastende amnionpunctie en eventueel toedienen van corticosteroïden ter bevordering van de foetale longrijping.
- Indien instabiele ligging a terme: vaginaal toucher. Indien ontsluiting: opname, evt.versie en inleiding.
- Ter overweging Indocid, dan vooraf overleggen met neonatoloog.
- Karyotypering i.g.v. verdenking op structurele afwijkingen en/of groei <p2,3 en bij matige- en ernstige polyhydramnion e.c.i.

Beleid partus

- Waaknaald durante partu
- Cave te snel aflopen van het vruchtwater (risico abruptio placentae)
- Cave navelstrengprolaps bij het breken van de vliezen en niet goed ingedaald caput
- Cave fluxus post partum
- Cave vruchtwaterembolie

Beleid postpartum

Consult kinderarts is niet standaard noodzakelijk aangezien 70% idiopathisch is.

Wel een consult als er behalve een polyhydramnion ook andere pathologie/ (vermoeden op) afwijkingen bij het kind bestaat/ bestaan.

Nazorg

Er wordt reguliere kraamzorg ingezet zodra moeder en kind met ontslag gaan. Indien er geen oorzaak voor de polyhydramnion is gevonden, heeft dit geen consequenties voor een volgende zwangerschap.

Large for Gestational Age (LGA)

Er is sprake van LGA indien echoscopisch de EFW (estimated fetal weight) $\geq$ p95 gemeten wordt en/of AC (abdominal circumference) $\geq$ p97,7.

Achtergrond

Risicofactoren

- Diabetes mellitus/ diabetes gravidarum
- Maternale obesitas
- Multipariteit
- Etniciteit
- LGA kind in anamnese

Complicaties

- Partus prematurus
- Neonatale hypoglycemie
- Verhoogde kans op complicaties tijdens de partus:
 - Schouderdystocie
 - Niet vorderen van de baring t.g.v. wanverhouding
 - Fluxus postpartum
 - Ruptuur baringskanaal

Behandeling eerste lijn

- Termijn controleren
- Maternale, obstetrische en familie anamnese voor bepalen risicofactoren
- Uitwendig onderzoek (handgrepen van Leopold)
- Echoscopisch onderzoek (biometrie en hoeveelheid vruchtwater)
- OGTT
 - Contra-indicatie voor OGTT: Patienten met bariatrische chirurgie in de voorgeschiedenis (i.v.m. het uitlokken van vroege dumping). Bij deze zwangeren een glucosedagcurve afspreken.
 - Indien de OGTT niet slaagt, dan dient overgegaan te worden op een glucosedagcurve.

Verwijzing

Verwijzing voor consult tweede lijn bij FAC $\geq$ p97,7 en/of EFW $\geq$ p95.

Behandeling tweede lijn

- Echoscopisch onderzoek (biometrie, hoeveelheid vruchtwater)
- OGTT (indien nog niet verricht)

-
- Indien DM of GDM is vastgesteld: zie protocol DM in de zwangerschap of protocol Diabetes Gravidarum
- Indien in à terme periode verwezen en zwangere komt spontaan in partu: bij geen bijzonderheden tijdens onderzoek en tussen twee consulten 2^e lijn in, medium risk partus met eerste lijn.

Patiënten met een LGA kind zonder verdere afwijkende bevindingen kunnen in de 1e lijn verder begeleid worden. Overweeg medium risk partus iom 1^{ste} lijn.

Indien terugverwijzing voor 34 weken, dan echo in 1^e lijn herhalen bij 36 weken. Is er dan sprake van exponentiele groei: OGTT herhalen en terugverwijzing naar 2^e lijn.

Beleid partus

- (Eerder) Inleiden bij LGA en normale glucoses lijkt niet zinvol (indien bij 40 weken nog niet bevallen, dan nieuw evaluatie moment inlassen met onder andere beoordeling indaling, groei op de hand en vaginaal toucher).
- In principe vaginale partus
- Indien er een DM of GDM is vastgesteld: zie protocol DM in de zwangerschap of protocol Diabetes Gravidarum
- Cave fluxus postpartum, niet vorderende baring, schouderdystocie en totaalruptuur • Indien er sprake is van exponentiële groei kan inleiden bij 39 weken worden overwogen.

Beleid postpartum

Bij geboortegewicht >p97.7 consult kinderarts. Tevens bloedsuiker protocol.

Nazorg

- Bij een onverwacht macrosoom kind advies om ten minste 6 weken postpartum door de huisarts een glucose te laten bepalen (bij moeder) om een eventuele DM type 2 tijdig op te sporen.
- In een volgende zwangerschap: random glucose in het eerste trimester en een OGTT in het tweede trimester (24-28wk) bij eerder kind >p95 of >4500 gram
- Indien er sprake was van een GDM: zie protocol Diabetes Gravidarum



Kraamzorg Let

op:

- Symptomen van hypoglycaemie, als sloom / lui gedrag of fladderen
- Drinkgedrag (pasgeborene kan meer hongerig zijn)
- Temperatuur, er is meer huidoppervlak dus meer kans op afkoeling
- Slaap/waak ritme; pasgeborene kan vaker wakker zijn (hongerig) Maak afspraken met de verloskundige over beleid (bij)voeding.

Zie ook zorgprotocol 'pasgeborene met een hoog geboortegewicht 2.0' van KCKZ.

Referenties

- GYCON protocol 'Positieve discrepantie'
- UMCG protocol 'Positieve discrepantie'
- Factsheet 'Positieve discrepantie' KNOV, 2017
- Maggan et al. Am. J. Obstet. Gynecol. 2000;182:1581-1588 (curven voor AFI en SDP)
 - GYCON protocol 'Zwangerschapsdiabetes'