

Multidisciplinair protocol acetylsalicylzuur in zwangerschap

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 bij praktijk Liberis Libenter K. Peters, gynaecoloog ZGT J. Akkermans, gynaecoloog MST
Goedgekeurd in	Februari 2020 Juli 2024
Herzien in	Mei 2023 Juli 2024
Ter revisie in	Juli 2026

Doel van dit protocol

Eenduidige werkwijze met betrekking tot risicoverlaging op pre-eclampsie (PE) en foetale groeirestrictie bij vrouwen met verhoogd risico in de zwangerschap.

Achtergrond

Pre-eclampsie is één van de meest voorkomende zwangerschapscomplicaties. In Nederland krijgt ongeveer 2-5% van de zwangere vrouwen pre-eclampsie. Pre-eclampsie wordt gekenmerkt door een hoge bloeddruk en proteïnurie welke kan ontstaan in de tweede helft van de zwangerschap. Vrouwen die al eerder een zwangerschap met pre-eclampsie hebben doorgemaakt hebben een verhoogd herhalingsrisico. Andere risicofactoren voor pre-eclampsie worden beschreven in tabel 1. Een metaanalyse van verschillende RCT's toonde aan dat preventieve behandeling met acetylsalicylzuur gestart ≤ 16 weken amenorroeduur de kans op pre-eclampsie significant verlaagt bij zwangere vrouwen met een verhoogd risico op pre-eclampsie (RR 0.49, 95% BI 0.36 tot 0.67) in vergelijking met de controle groep. Absolute risicoreductie was 7.4%

Tabel 1. Risicofactoren voor pre-eclampsie

Risico	Risico factor
HOOG	Pre-eclampsie in een eerdere zwangerschap Chronische nierziekten (geen mono nier) Auto-immuunziekten: - SLE en APS <u>wel</u> - IBD (crohn en colitis ulcerosa) en auto-immuun schildklierziekten <u>niet</u> - Overige auto-immuun aandoeningen in overleg met perinatoloog Type 1 of 2 diabetes mellitus Zwangerschap na eiceldonatie
MATIG	Nullipariteit Obesitas (BMI>35kg/m ²) Maternale leeftijd ≥ 40 jaar interval tussen zwangerschappen > 10-jaar Pre-eclampsie in de familie-anamnese (moeder of zuster) Meerlingzwangerschap Placentaire insufficiëntie in de obstetrische voorgeschiedenis (bijv. eerder kind met laag geboortegewicht of perinatale sterfte t.g.v. placenta insufficiëntie of onverklaarde perinatale sterfte) PEH (pre-existente hypertensie)

Behandeling eerste lijn

Inventariseer tijdig, tijdens de intake van de zwangerschap de verschillende risicofactoren voor preclampsie.

Verwijzing

- naar 2^e lijn, direct na de intake:
 - bij 1 (of meer) hoog risicofactor(en);
 - bij 2 (of meer) matige risicofactoren;
 - vrouwen met een dysmatuur in voorgeschiedenis (<p5).
- vrouwen met antifosfolipidensyndroom bij positieve zwangerschapstest verwijzen naar 2^e lijn.

Behandeling tweede lijn

Vrouwen met 1 hoog risicofactor voor PE

- consult in de 2^e lijn met op indicatie overname van zorg;
- adviseer het gebruik van acetylsalicylzuur;
- adviseer groei-controles bij 28-32-36 weken.

Vrouwen met 2 (of meer) matige risicofactoren voor PE

- bespreek de mogelijkheid om acetylsalicylzuur te gebruiken;
- adviseer groei-controles bij 28-32-36 weken;
- zwangerschapscontroles mogen in de 1^e lijn plaatsvinden bij een combinatie van de volgende matige risicofactoren:
 - nullipariteit;
 - maternale leeftijd ≥ 40 jaar;
 - interval tussen zwangerschappen > 10 -jaar;
 - pre-eclampsie in de familieanamnese (moeder of zuster);
 - dysmatuur kind in voorgeschiedenis, gewicht $> p2.3$;
 - BMI tussen 35-40.

Vrouwen met verhoogd risico op foetale groeirestrictie (dysmatuur in VG)

Acetylsalicylzuur blijkt een preventief effect te hebben op foetale groeirestrictie bij placentaire insufficiëntie tov placebo (of geen medicatie) (relatief risico 0.44; Behandelde vrouwen 7% FGR vs onbehandeld 16,3% FGR). Acetylsalicylzuur moet dan wel voor de 16^e week zijn gestart.

- bij FGR $< p2.3$ in voorgeschiedenis (ongeacht placenta-PA): acetylsalicylzuur ten zeerste aanbevolen.

Controles in 2^e lijn;

- bij FGR $> p2.3 - p5$ (ongeacht placenta-PA): acetylsalicylzuur overwegen. Controles mogen in 1^e lijn.

Placentapathologie in voorgeschiedenis

- Villitis of unknown etiology (VUE): Acetylsalicylzuur niet bewezen zinvol. Eerder inleiden is het enige dat helpt (AD 36-38 weken, ook bij goede groei);
- Massieve chronische intervillitis (MCI): Acetylsalicylzuur wel zinvol;
- MPFD (Massieve Perivilleuze Fibrine Deposities) = Maternal Floor Infarct: Acetylsalicylzuur mogelijk zinvol.

Controles van de zwangerschap in de 2^e lijn.

Antifosfolipidensyndroom

Start 160 mg Acetylsalicylzuur bij positieve zwangerschapstest tot 36 weken en 5000 IE Fraximin of 2850 IE Fraxiparine bij positieve coactie tot 6 weken postpartum. Controles van de zwangerschap in 2^e lijn.

Recept

Recept Acetylsalicylzuur 160mg 1dd. Starten bij voorkeur vanaf 8 weken, in ieder geval voor 16 weken. Gebruik tot 36 weken amenorroeduur. Bij voorkeur wordt het in de avond ingenomen.

Behandeling eerste lijn na terugverwijzing

- verricht groei-echo's bij 26-30-34 weken;
 - controleer of patiënte stopt met acetylsalicylzuur bij 36 weken amenorroeduur;

- verwijst naar de 2^e lijn bij een afbuiging van >20 percentielen (ook vanaf de SEO), of bij een AC/EFW <p10;
- verwijst naar de 2^e lijn bij bloedverlies;
- overleg bij vermoeden op bijwerkingen van acetylsalicylzuur.

Nazorg

Kraamzorg: geen specifieke punten, het betreft een protocol voor werkwijze in de zwangerschap.

Referenties

- GYCON protocol Indicatielijst acetylsalicylzuur in de zwangerschap;
- NVOG module acetylsalicylzuur;
- NVOG richtlijn foetale groeirestrictie;
- VIL;
- Bujold E, Morency AM, Roberge S, Lacasse Y, Forest JC, Giguere Y. Acetylsalicylic acid for the prevention of preeclampsia and intra-uterine growth restriction in women with abnormal uterine artery Doppler: a systematic review and meta-analysis. J Obstet Gynaecol Can. 2009;31(9):818-26. Epub 2009/11/28.