

Protocol foetale groeivertraging

Protocol gemaakt door	J. Kreijkes, verloskundige bij praktijk Verwacht! M. Nissinen, verloskundige MST E. Schreijer, verloskundige bij praktijk de Hof K. Schut, verloskundige ZGT J. Sikkema, gynaecoloog ZGT K. Snijders, verloskundige bij praktijk M. Wissenburg, verloskundige bij praktijk Liberis Libenter
Goedgekeurd op	mei 2017
Ter revisie op	januari 2020
Herzien op	november 2021 november 2024
Herzien door	K. Schut, verloskundige ZGT M. Nissinen, verloskundige MST D. Congiu, verloskundige bij praktijk Cato E. Hilberink, verloskundige bij de Hof A. Dijkers, verloskundige bij Verwacht J. Smeijers, kraamzorg M. de Vries, gynaecoloog ZGT J. Akkermans, gynaecoloog MST
Ter revisie op	november 2026

Doel van dit protocol

Richtlijn voor diagnosticeren, monitoren en behandelen van een zwangerschap gecompliceerd door foetale groeivertraging.

Bij verminderde foetale groei zijn de perinatale morbiditeit en mortaliteit verhoogd.

Mogelijkheden om de diagnose te stellen en de ernst hiervan in te schatten zijn beperkt.

Therapie ontbreekt en de enige interventie is het tijdig geboren laten worden van het kind.

Definitie

Negatieve discrepantie (ook wel FGR, dysmatuur of SGA genoemd): een te laag geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap.

- uitzetting van de uterus loopt 2-4 weken achter op de normale ontwikkeling;
- foetale buikomtrek (FAC) is bij echoscopische meting minder dan de 10^e percentiel;
- foetale gewicht minder dan 10^e percentiel;
- belangrijk is het maken van onderscheid;
 - longitudinale SGA;
 - afbuigende groeicurve (afbuigen van de groei >20 percentielpunten van de FAC ten opzichte van de SEO of eerdere groei-echo).

Achtergrond

Oorzaken

- Foetaal:
 - genetisch (40%);
 - congenitale/chromosomale afwijking (22%);
 - meerlingzwangerschap;
 - één navelstrengarterie.
- Maternaal:
 - ondervoeding/laag lichaamsgewicht (BMI<19 of <50 kg);
 - hematologische - / immunologische afwijkingen;
 - nierziekten;
 - longaandoening/hypoxie;
 - hypertensie/pre-eclampsie;
 - hart- en vaatziekten;
 - systeemziekten; ○
 - infectieziekten (CMV);
 - intoxicaties: alcoholmisbruik, druggebruik, roken, medicijngebruik (met name bètablokkers);
 - etniciteit;
 - diabetes;
 - hoge leeftijd (>40 jaar);
 - lage socio-economische status;
 - stress;
 - tienerzwangerschap.
- Placenta insufficiëntie:

- foetale urineproductie neemt af;
- vruchtwatervolume neemt af;
- daarna nemen de foetale bewegingen af.

Risicofactoren

- Obstetrische anamnese:
 - eerdere graviditeit met groeibeperking of geboortegewicht <p10;
 - eerdere graviditeit met ernstige pre-eclampsie voor 36 weken;
 - <6 maanden tussen zwangerschappen.

Complicaties

- asfyxie;
- foetale nood;
- meconiumhoudend vruchtwater;
- solutio placentae;
- IUVD;
- psychomotorische retardatie;
- spasticiteit;
- visus- of gehoorstoornissen;
- hypoglycemie;
- hypothermie.

Behandeling eerste lijn

- maternale, obstetrische en familiale anamnese voor bepalen risicofactoren;
- verricht bij elke controle uitwendig onderzoek en beoordeel de uitzetting (eventueel met cm)
- tensie meting;
- groei-echo bij achterblijvende groei (laagdrempelig groei-echo herhalen). Beoordeel biometrie, hoeveelheid vruchtwater en structurele afwijkingen (indien nog niet gedaan);
- in geval van achterblijvende groei, advies geven over:
 - rust;
 - stoppen met roken;
 - alert zijn op kindsbewegingen
- NB: Soms wordt er in 1 week een SEO en een GUO2 gemaakt en verschillen de percentielen van elkaar: Indien er bij de volgende groei-echo een afbuiging van de groei van één van deze (en niet van de andere) gevonden wordt: advies om de groei-echo na 2



weken te herhalen. Als er binnen de 2 groei-echo's een normale interval groei wordt gezien, dan is er geen verdere actie noodzakelijk. Indien er binnen die 2 groei-echo's een afbuiging van >20 percentiel of $AC/EFW < p10$ wordt gevonden: verwijzen naar 2^e lijn.

Verwijzing

- geschat gewicht (EFW) **en/of** buikomtrek (AC) $< p10$;
- negatieve discongruentie bij uitwendig onderzoek (>4 weken achterlopen); indien geen echo gemaakt kan worden in de 1e lijn (<3 dagen);
- indien FAC/EFW op enig moment in de zwangerschap >40 percentiel afbuigt t.o.v. het TTSEO;
- indien bij 1e lijns echo **FAC / EFW** na TTSEO >20 maar $<40p$ afbuigt herhalen echo in 1e lijn na 2 weken;
- indien er bij een vervolgecho na een groeiecho (bijv. bij 30 weken) $>20p$ afbuiging is;
- Zie het stroomschema voor verdere duiding van het te voeren beleid bij verdenking op foetale groeivertraging.

Behandeling tweede lijn

De essentie van het beleid bij foetale groeibeperking bestaat uit bewaking van de foetale conditie en bepalen van het optimale geboortemoment.

- Uitwendig onderzoek, fundus-symfyse meting obv centimeters
- echoscopisch onderzoek: evaluatie van foetus, placenta en hoeveelheid vruchtwater:
 - Foetus: meten van FAC, schatting maken van het foetale gewicht;
 - Placenta: doppler onderzoek van de a.umbilicalis, einddiastolische 0-flow of reversed flow (weergegeven in PI, hoge PI betekent slechte doorbloeding).
 - Vruchtwater: oligohydramnion kan een teken zijn van FGR (cave: congenitale afwijking, gebroken vliezen en serotiniteit uitsluiten).
 - Frequentie van echoscopisch onderzoek afhankelijk van mate van groeirestrictie en doppler-metingen.
- Laagdrempelig CTG bij minder leven
- Laboratorium onderzoek: CMV
- Eventueel karyotypering bij symmetrische groeivertraging
- GUO indien FAC, HC of FL $< p2.3$ voor 32 weken
- Frequentie van monitoren CTG afhankelijk van uitkomst echoscopisch onderzoek • Overweeg inleiding van de baring, afhankelijk van uitkomst echoscopisch onderzoek. Indien groei bij herhaling volgens verwachting (met $AC/EFW > p5$) met normale doppler retour eerste lijn. Advies ten aanzien van follow up in 1^e lijn:



- bij groei tussen p5-10: a 2 weken biometrie herhalen tot 37 weken;
- bij groei >p10: na 4 weken groei herhalen: indien goed, dan geen verdere actie. Advies bij groei tussen p5-10: overweeg inleiding tussen 40-41 weken, maximaal bij 41 weken.

Nazorg

Observatie neonaat op:

- hypoxie;
- meconiumaspiratie;
- polycytemie;
- hypoglycemie;
- metabolische afwijkingen;
- hypothermie.



Draag zorg voor een goede overdracht naar 1^e lijns verloskundige en kraamzorg.

Kraamzorg

- zorg voor voldoende warme omgeving en bedje;
- in overleg met verloskundig hulpverlener bijvoeding geven;
- zorg voor voldoende rust voor de baby;
- de baby wordt dagelijks gewogen;
- controleer temperatuur van baby voor elke voeding tot 72 uur na geboorte; • draag zorg voor een goede hechting tussen baby en ouders.

Referenties

- KNOV standaard Opsporing van foetale groeivertraging.
- NVOG richtlijn negatieve discongruentie.
- GYCON protocol negatieve discongruentie (IUGR, dysmatuur, SGA).



