

Multidisciplinair protocol minder leven

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 M. de Vries, gynaecoloog ZGT
Goedgekeurd	Mei 2017
Ter revisie	Juni 2019
Herzien	Juni 2020 April 2023
Ter revisie	April 2025
Herzien	April 2025

Doel van dit protocol

Dit protocol geeft advies en aanbevelingen over het signaleren van verminderde kindsbewegingen en de begeleiding van zwangere vrouwen die zich met verminderde kindsbewegingen melden bij de verloskundig hulpverlener. Het uiteindelijke doel is om de gezondheid te bevorderen en om een bijdrage te leveren aan het terugdringen van perinatale sterfte, in het bijzonder de sterfte tijdens de zwangerschap.

Belangrijk:

* Zorgverleners dienen zich ervan bewust te zijn dat, hoewel de kindsbewegingen een plateaubereiken

bij een zwangerschapsduur van 32 weken, er in de tweede helft van het derde trimester geen afname is

van de frequentie van kindsbewegingen.

* Informeer vrouwen over het belang van het bewust voelen van kindsbewegingen tot aan en tijdens het begin van de baring en over de noodzaak hun zorgverlener te waarschuwen bij vermindering of afwezigheid van de kindsbewegingen.

Definitie

Iedere zwangere die zich meldt met verminderde of afwezigheid van kindsbewegingen.

Achtergrond

Vanaf 18-20 weken zijn de meeste vrouwen zich bewust van kindsbewegingen. Het aantal spontane kindsbewegingen stijgt tot circa 32 weken, waarna een plateau wordt bereikt dat aanhoudt tot het begin van de baring.

A terme is het gemiddeld aantal kindsbewegingen 31 (range 16-45) per uur. Het langste tijdsverloop tussen bewegingen varieert van 50-75 minuten. Veranderingen in de foetale beweeglijkheid worden gezien als een reflectie van de normale neurologische ontwikkeling van de foetus.

Al vanaf ongeveer 20 weken tonen de kindsbewegingen een dag-nacht ritme. De namiddag en de avond zijn perioden van piekactiviteit. Kindsbewegingen ontbreken meestal tijdens de foetale rustperiodes, die zelden langer dan 90 minuten bij de normale gezonde foetus.

De perceptie van de kindsbewegingen wordt beïnvloed door vele factoren.

Meeste kindsbewegingen worden gevoeld wanneer de vrouw ligt.

- In een rustige omgeving worden kindsbewegingen eerder gevoeld.
- De foetale ligging heeft geen invloed op de perceptie van de beweeglijkheid.
- De placentalokalisatie (voorzijde) kan de perceptie van de kindsbewegingen wel beïnvloeden.

- Sederende middelen (alcohol, benzodiazepines, methadon en andere opiaten) kunnen een voorbijgaand effect op het aantal kindsbewegingen hebben.
- Een gebrek aan krachtige bewegingen kan samenhangen met afwijkingen in het centraal zenuwstelsel, spierstelsel of het skelet.

Oorzaken

Als de moeder later in de zwangerschap een afname van kindsbewegingen ervaart, kan dat een signaal zijn dat de conditie van het ongeboren kind minder goed wordt. Bij perinatale audits, uitgevoerd in Nederland, is herhaaldelijk gebleken dat perinatale sterfte en dan vooral foetale sterfte, vooraf gegaan werd door een periode van afname van de kindsbewegingen. Het bleek bovendien dat niet altijd adequaat werd gereageerd op dit signaal. Soms wachtte de zwangere vrouw te lang met contact opnemen, soms reageerde de verloskundige of gynaecoloog onvoldoende alert.

Risicofactoren

- Placenta insufficiëntie;
- IUGR;
- Aangeboren afwijkingen;
- Hypertensie.

Behandeling eerste lijn

Informeer vrouwen over het belang van het bewust voelen van kindsbewegingen tot aan en tijdens het begin van de baring en over de noodzaak hun zorgverlener te waarschuwen bij vermindering of afwezigheid van kindsbewegingen.

Beleid bij afname van kindsbewegingen bij een zwangerschapsduur tot 24 weken:

- Vaststellen van foetale hartactie.
- Indien een zwangere bij 24 weken nog geen kindsbewegingen heeft gevoeld, is dat reden voor verwijzing voor uitgebreider onderzoek.

Als een zwangere zich meldt met afname van kindsbewegingen bij een zwangerschapsduur tussen 24 en 26 weken:

- Is het aangewezen de foetale hartactie vast te stellen;
- Een prenataal verloskundig onderzoek te verrichten. (Er is geen bewijs voor het nut van routine CTG. Er is geen bewijs voor het routine gebruik van echoscopisch onderzoek. Bij verdenking op vroege groeivertraging is echo onderzoek geïndiceerd.)

Indien geen/minder kindsbewegingen >26 weken:

Maakt de zorgverlener een inschatting van de klacht, de anamnese (groei, tensie) en verloop van de zwangerschap. Indien tijdens controle de zwangere de kindsbewegingen verminderd ervaart, dient verwijzing naar de 2^{de} lijn plaats te vinden.

Streef er naar de zwangere binnen een uur te zien:

- Controle foetale harttonen. Noteer frequentie harttonen en maternale pols;
- Beoordeel de foetale groei;
- Tensie meten, aangezien hypertensieve aandoeningen geassocieerd zijn met placenta insufficiëntie.

Alle bevindingen, instructies aan de zwangere en vervolgafspraken dienen te worden vastgelegd in het dossier.

Verwijzing

Indien tijdens controle de zwangere de kindsbewegingen verminderd ervaart of bij verdenking op zwangerschapscomplicaties zoals IUGR, is evaluatie van de foetale conditie in de tweede lijn op dezelfde dag aangewezen.

Behandeling tweede lijn

Onderzoek:

- Tensie meten;
- CTG (vanaf 26 weken);
- Echoscopisch onderzoek na 26 weken met een normaal CTG binnen 24 uur: groei (indien biometrie >14 dagen geleden werd verricht), ligging, hoeveelheid vruchtwater, kindsbewegingen, structurele afwijkingen (indien dit niet eerder gedaan is). Bij afbuigende groei (>20 percentiel t.o.v. eerdere meting of FGR (AC en/of EFW<p10) meten PI van a umbilicalis. (Let op: Biometrie verrichten vanaf 37 weken heeft een hoge mate van onbetrouwbaarheid. Biometrie verrichten vanaf AM 37 weken kan zinvol zijn om een ernstige groeirestrictie aan te tonen. Biometrie wordt dus vanaf 37 weken alleen verricht als er op de hand een verdenking is op groeirestrictie of in het kader van wetenschappelijk onderzoek)
- Bij klinische verdenking op foetale anemie zal de zorgverlener de indicatie stellen voor meting van VMax van arterie cerebri media.
- Inzetten van Kleihauer: niet standaard, wel bij trauma en specifieke CTG afwijkingen: tachycardie, sinusoidaal, variatie <5. Of bij echoscopische afwijkingen: hoge peaksystole ACM, hydrops.
- Onderzoek naar structurele afwijkingen kan verricht worden indien dit nog niet eerder gedaan is en de zwangere geen bezwaar heeft;

Herhaling:

- Bij ieder volgend bezoek met deze klacht dient voorgaande analyse te worden herhaald, inclusief echoscopisch onderzoek naar vruchtwater en kindsbewegingen. Biometrie alleen verrichten als deze niet binnen 14 dagen daarvoor is verricht;
- De beslissing om bij herhaald melden van verminderde kindsbewegingen met normale bevindingen à terme in te leiden of af te wachten met verdere controles dient geïndividualiseerd genomen te worden. Dit is afhankelijk van de zwangerschapsduur en de periode tussen de consulten.



Nazorg

Terugkoppeling eerstelijns over consult.

Adviseer de zwangere nadrukkelijk om bij recidief of het aanhouden van verminderde kindsbewegingen opnieuw contact op te nemen met haar zorgverlener.

Referenties

- NVOG/KNOV richtlijn verminderde kindsbewegingen;
 - GYCON protocol “Kindsbeweging, verminderde (minder leven)”.
- 