

Groeivertraging

In 2010 is in Nederland de audit van perinatale sterfte in alle Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV) van start gegaan. NTOG en het Tijdschrift voor Verloskundigen (TvV) presenteren casuïstiek en aanbevelingen uit de audit. Dit keer staat intrauteriene groeivertraging (IUGR) centraal.

Waarom groeivertraging?

In 2011 zijn 368 van de 158.500 à terme kinderen doodgeboren of in de eerste vier levensweken overleden¹. Een belangrijke oorzaak voor het overlijden is een laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur^{2,3}. Het is aannemelijk dat een deel van deze sterftes voorkomen had kunnen worden door tijdig opsporen, intensief volgen en een tijdige bevalling.

Wat komt er uit de PAN?

In 2011 was er bij 24% (n=80) van de à terme kinderen die perinataal zijn overleden en waarvan de gegevens bekend zijn, sprake van een geboortegewicht onder de p10. Groeivertraging blijft vaak onopgemerkt, zoals ook blijkt uit de aanvullende vragen die na een audit worden beantwoord. Deze zijn voor 272 kinderen ingevuld: bij 35 casus (13%) is ingevuld dat er sprake was van een geboortegewicht onder de p10. Bij 32 casus is er in het tweede en/of derde trimester echoscopisch onderzoek verricht, maar bij 17 casus is tijdens de zwangerschap niet getwijfeld aan de foetale groei¹.

Wij vroegen Kristel Zeeman en Sicco Scherjon om commentaar op de casus (zie kader).

Het opsporen van IUGR is een bottle neck: de gangbare methoden om groeivertraging tijdens de zwangerschap te ontdekken (uitwendige schatting van de groei, SFH-meting (symfyse-fundushoogte) en echografische schatting) zijn onvoldoende betrouwbaar: slechts 10-25% van de SGA wordt antenataal ontdekt⁴⁻⁶. Dit lage percentage komt deels door de variatie in handelen bij het uitwendig en echografisch onderzoek en door het vaak hoge aantal zorgverleners dat betrokken is bij de groeiconroles. Ook is het de vraag of de gehanteerde referentiecriteriën recht doen aan de individuele verschillen tussen zwangeren. Veelal wordt groeivertraging gedefinieerd als een geboortegewicht onder de p10 op basis van populatie geboortegewichten, bijvoorbeeld afkomstig van de PRN⁷. Daarnaast zijn er zogenaamde geïndividualiseerde gewichtscurven waarbij geboortegewichten gecorrigeerd zijn voor maternale karakteristieken zoals pariteit, lengte, gewicht en etniciteit⁸. Deze zijn echter nog niet beschikbaar voor de Nederlandse populatie.

Tenslotte zijn de voordelen van systematische - echografische - screening op IUGR op de neonatale uitkomsten niet aangetoond, maar leiden mogelijk tot meer interventies. Deze kunnen bijdragen aan ongunstige uitkomsten door een toename van laat-prematuur partus^{4,9,10}.

Wat gebeurt er nu (inter)nationaal?

- GROW: in Groot-Brittannië is een methode ontwikkeld, waarbij gestandaardiseerd uitgevoerde SFH-metingen worden uitgezet op een geïndividualiseerde

Casus

Zwangerschapsduur 37-40 weken. Intra-uteriene sterfte.

Substandaard factor 30 weken echo gemaakt, protocol nieuw, echo verkeerd geïnterpreteerd.

Classificatie doodsoorzaak ReCoDe: placenta-insufficiëntie.

Tulip Placentabedpathologie

Relatie met de sterfte, zoals vastgesteld door de lokale auditgroep Waarschijnlijk.

Betrokken zorgverlener Verloskundige eerste lijn.

Omstandigheden aangegeven in aanvullende vragen Te afwachtend beleid tijdens zwangerschap in de eerste lijn. Groeivertraging (p<2,3), geen twijfel aan de groei, wel echoscopisch onderzoek verricht in tweede/derde trimester.

Oorzakelijke factoren Nieuw protocol voor de 30-wekenecho en echoapparatuur gebruikt met verschillende curves.

Conclusie lokale audit Omdat het maken van de 30-wekenecho een nieuwe procedure is, moeten zorgverleners goed worden geïnstrueerd en het protocol naleven.

Aanbevelingen lokale audit Protocol 30-wekenecho nogmaals in VSV bespreken.

groeicurve (IGC) en waarbij alleen op indicatie een echo wordt gemaakt om de foetale groei te beoordelen⁸. Het uitgangspunt is om de groei te controleren met maximaal twee zorgverleners. Deze methode, genaamd GROW (*Gestation Related Optimal Growth*), wordt internationaal beschouwd als veelbelovend. Er is echter ook discussie. Het lijkt erop dat de IGC vooral betere risico-inschattingen geven in de premature periode. In een laagrisico-intrapartumpopulatie is de associatie tussen de geboortegewichtclassificatie met neonatale uitkomst voor IGC vergelijkbaar met een populatiecurve¹¹. De evidence dat het gebruik van IGC perinatale uitkomst zou kunnen verbeteren is niet prospectief in gecontroleerde studies aangetoond en komt van case-control en cohort studies¹². Ook in Nederland is er intussen ervaring met GROW opgedaan¹³. De KNOV-standaard 'opsporing foetale groeivertraging' van april 2013 introduceert de GROW-methode in Nederland. Lopende de discussie over gebruik van SFH en IGC biedt deze richtlijn een aanzet tot multidisciplinaire afspraken over gestandaardiseerde zorg⁶.

- IRIS: in juni 2013 is de Nederlandse IRIS-studie (*IUGR Risk Selection*) officieel van start gegaan. IRIS is een RCT geïnitieerd vanuit Midwifery Science en gesteund door alle grote Nederlandse obstetrische centra. Deze trial vergelijkt de invloed van twee opsporingsstrategieën van *small for gestational age* kinderen op de perinatale uitkomsten, namelijk met routinematige echo's versus gebruik van echo's op indicatie. Deze studie is essentieel om de betekenis en consequenties van screenend onderzoek op neonatale uitkomsten te kunnen evalueren. Daarnaast wordt in de IRIS-studie de samenwerking tussen verschillende professionals rondom opsporing en behandeling van foetale groeivertraging onderzocht en worden de cliëntervaringen gemeten. Binnen de IRIS-studie zullen de deelnemers werken met gestandaardiseerde SFH-metingen. De eerste uitkomsten van de IRIS-studie worden in 2015 verwacht. Intussen hebben sommige VSV al een standaard 30-wekenecho ingevoerd.

- DIGITAT: op basis van equivalentie in de uitkomsten van de DIGITAT (*Disproportionate Intrauterine Growth Intervention trial*), zowel wat betreft neonatale uitkomsten als interventies bij de moeder, lijkt het aangewezen om vanaf 38 weken in te leiden bij een klinische verdenking op IUGR¹⁴. Deze overweging wordt, mits na counseling, samen met de zwangere vrouw gemaakt, ondersteund door de langetermijnuitkomsten van de DIGITAT-studie. Het aantal kinderen met een geboortegewicht <P3 neemt bij een afwachtend beleid toe van 13% naar 31%. Juist een geboortegewicht <p3 is als enige geassocieerd met een verhoogde kans op een afwijkende neurologische ontwikkeling op tweejarige leeftijd¹⁵.

- Het lijkt zinvol om in de onderzoeksagenda vooral aandacht te besteden aan nieuwe variabelen om IUGR vroegtijdig en accuraat op te sporen. Voorbeelden hiervan zijn biomarkers bepaald in het eerste tri-

mester (PAPP-A <p5), een afwijkende doppler van de arteria uterina bij 24 weken of een afwijkende arteria cerebri media in de atermen periode¹⁶⁻¹⁸. Een recente meta-analyse van 37 mogelijke biomarkers laat echter geen overtuigende waarde als klinische voorspeller voor IUGR zien¹⁹.

- Er is steeds meer kennis over determinanten en risicofactoren voor IUGR, waaronder niet-medische risicofactoren zoals werkstress en sociale omstandigheden. Dit biedt mogelijkheden voor (onderzoek naar) strategieën om deze groepen tijdig te identificeren en vervolgens de meest geëigende zorg aan te bieden, voor zover die al bekend is^{2,20}.

De komende jaren krijgen we hopelijk meer informatie over hoe groeivertraging eerder en beter te identificeren en hoe aansluitend te handelen. In de tussentijd is het niet onredelijk om de aanbevelingen in de jaar rapporten van de PAN (zie kader) te implementeren.

Aanbevelingen

- Maak binnen een VSV duidelijke afspraken over hoe de groei gecontroleerd wordt en wie welke echo's doet.
- Gebruik de beschikbare landelijke richtlijnen en kwaliteitseisen.
- Maak binnen uw VSV een protocol over de beoordeling van echo's en ga expliciet in op de documentatie en beoordeling van groeicurves, zeker bij gebruik van meerdere groeicurves.
- Zorg dat de echoscopist altijd de beschikking heeft over de uitslagen van eerdere echo's. Bij verwijzingen alle groeimetingen plotten in één curve.
- Maak voldoende tijd om echobeelden en -curves te beoordelen en roep bij twijfel, onduidelijkheid of lastige omstandigheden (obesitas) hulp in van een ervaren collega.
- Bij de voorgestelde interventies is het vooral zinvol om een niet-rookprogramma te implementeren²¹.

Experts

Prof. dr. Sicco Scherjon *gynaecoloog, onderzoeksgroep DIGITAT, Otterlo werkgroep NVOG*
Drs. Kristel Zeeman *verloskundige en beleidsmedewerker richtlijnontwikkeling KNOV*

Meer informatie

dr. J. van Dillen e uitdepan@perinataleaudit.nl

Voor referenties kijk op www.perinataleaudit.nl