

Foetale bewaking

In 2010 is in Nederland de audit van perinatale sterfte in alle Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV) van start gegaan. Het Tijdschrift voor Verloskundigen (TvV) en het Nederlands Tijdschrift Obstetrie en Gynaecologie (NTOG) presenteren een rubriek, met casuïstiek en aanbevelingen uit de audit: 'Wat komt er uit de PAN'. In deze aflevering staat foetale bewaking centraal.

Waarom dit onderwerp?

Het doel van intrapartum foetale bewaking is het voorkomen van perinatale asfyxie en ongunstige neurologische consequenties op de lange termijn. In de jaren 70 van de vorige eeuw is cardiocografie (CTG) geïntroduceerd om een foetus met dreigend zuurstofgebrek tijdig op te sporen en ongunstige neurologische consequenties op de lange termijn te voorkomen. Intussen wordt het CTG op grote schaal toegepast.

Wat komt er uit de PAN?

Auditgroepen zien regelmatig substandaard factoren in het beleid rondom CTG-bewaking, zoals geen optimale uitvoering van de CTG-bewaking, geen systematische beschrijving van het CTG of de besluitvorming rond CTG's of een te afwachtend beleid bij CTG-afwijkingen. Het structureel beoordelen van CTG (en pas afkoppelen nadat dat is gebeurd) is een van de aanbevelingen om dit te verbeteren. Daarnaast wordt CTG-scholing geadviseerd.

Wij vroegen Anneke Kwee en Ilse de Jagher om commentaar.

Om de conditie van de foetus te beoordelen maken we gebruik van het tellen van de foetale hartslag, hetzij met auscultatie, hetzij met het CTG. Het CTG is in de jaren 70 van de vorige eeuw geïntroduceerd zonder dat de diagnostische nauwkeurigheid en effectiviteit op patiëntuitkomsten grondig werden geëvalueerd. Verschillende gerandomiseerde onderzoeken, waarbij het intrapartum-CTG werd vergeleken met intermitterende auscultatie, lieten nauwelijks effect zien op de neonatale uitkomst, maar wel een verdubbeling van het aantal sectio's. Het grootste probleem van het CTG is de hoge incidentie van abnormale (fout-positieve) patronen. Dit leidt enerzijds tot onnodige interventies, anderzijds tot onverwachte asfyxie, omdat atypische en suspecte CTG's niet als voldoende pathologisch worden herkend.

Daarnaast is de inter- en intraobserver variatie bij de beoordeling van het CTG hoog. Een onderzoek waarbij experts CTG's beoordeelden, liet zien dat wanneer er geblindeerd was voor de uitkomst het aantal als abnormaal beoordeelde CTG's lager was, dan wanneer de uitkomst bekend was. Dit fenomeen herkennen we allemaal: achteraf is het soms makkelijk (be-) oordelen.

Wat betreft het gebruik van microbloedonderzoek (MBO) is de bewijslast ook niet eenduidig. Op één oude kleine trial na zijn er geen studies waarin continue CTG-bewaking zonder MBO vergeleken wordt met die mét MBO. Het aantal sectio's en het aantal neonatale convulsies is echter lager wanneer intermitterende auscultatie wordt vergeleken met CTG + MBO, dan wanneer het wordt vergeleken met alleen

Casus Afwijking gangbaar beleid en beoordeling CTG

Zwangerschapsduur \geq 41.0 weken. Neonatale sterfte (0 23 uur).

Substandaard factor: afwijkend CTG niet als zodanig herkend. Gevoerde beleid bij partus niet volgens gangbare beleid. Relatie met de sterfte, zoals vastgesteld door de lokale auditgroep: waarschijnlijk

Betrokken zorgverleners: ANIOS, gynaecoloog tweede lijn, obstetrie verpleegkundige.

Omstandigheden: gynaecoloog in huis, drukke dienst. Onvoldoende duidelijkheid voor verpleging dat er een spoedsectio verricht moet worden, waardoor relatief lange transfer naar OK complex.

Conclusie lokale audit: afwijking van gangbaar beleid is onvoldoende besproken en gedocumenteerd. Bijstimulatie is gestart zonder CTG bewaking. Er is te lang een niet herkend afwijkend CTG geweest.

Aanbevelingen lokale audit: betere documentatie over het te voeren beleid. Degene die gefundeerd afwijkt van werkafspraken dient vervolgens het verloskundig team duidelijk stap voor stap aan te sturen. CTG beoordelen volgens vaste criteria, minimaal iedere 2 uur. Protocollair vastleggen wanneer tijdens de bevalling wel of geen CTG bewaking geïndiceerd is. Advies redactiecommissie: landelijke richtlijn beschrijving/beoordeling van het CTG ontwikkelen. Nascholing CTG beoordeling. Tevens: aandacht voor documentatie en communicatie.

CTG. Het MBO heeft dus mogelijk een toegevoegde waarde en biedt een oplossing voor het grote aantal fout-positieve CTG-registraties. Beperkingen zijn echter dat dit onderzoek slechts een momentopname geeft en bij een persistierend afwijkend CTG herhaald dient te worden. Verder is het MBO invasief, technisch lastig en patiëntonvriendelijk. Bij tenminste 10% van de pogingen lukt het niet het MBO uit te voeren en daardoor kan het een tijdrovende procedure zijn. Uit een landelijke enquête in 2007 bleek dat in 88% (86/98) van de klinieken mogelijkheid tot het verrichten van een MBO aanwezig was. Er bleek een groot verschil te zitten in het percentage verrichte MBO's bij à terme, in intentie vaginale partus: bij ziekenhuizen met opleiding betrof dit gemiddeld 12-15% en bij ziekenhuizen zonder opleiding betrof dit gemiddeld 3%. Ook uit de geïdentificeerde substandaard factoren van de PAN blijkt dat niet altijd wordt gedacht aan het MBO of dat er geen consequenties worden verbonden aan de uitslag ervan. De STAN-methodologie wordt sinds 2000 op steeds meer verloskamers gebruikt, inmiddels meer dan 30% van de ziekenhuizen. Ook voor deze techniek geldt dat training en een goede implementatie erg belangrijk zijn.

Anno 2013 is de optimale manier van foetale bewaking niet duidelijk. Een echte grote doorbraak van een nieuw techniek is ook niet op korte termijn te verwachten. Mogelijk dat gecomputeriseerd CTG tijdens de baring en het abdominaal foetaal ECG ons wat verder brengen. Totdat dat zover is, zullen we er naar moeten streven de huidige technieken zo gestandaardiseerd en consequent mogelijk te gebruiken.

Enkele praktische tips uit het veld

In het Amphiaziekenhuis in Breda wordt sinds 2006 met STAN gewerkt. Dit heeft er voor gezorgd dat een CTG op structurele manier beschreven en geclassificeerd wordt volgens de FIGO-criteria. Deze classificatie wordt bij voorkeur elk uur genoteerd in de rapportage, tijdens de uitdrijving vaker. Het classificeren dwingt tot nadenken over alle mogelijke interventies die een verbetering in het CTG tot stand kan brengen, het uitvoeren ervan en het effect van de interventie op het CTG te vervolgen. Daarnaast hangen op de verloskamer stroomdiagrammen met de verschillende CTG-classificaties en de noodzakelijke interventies (met of zonder STAN-events) en het tijdsbestek.

In de praktijk is het aan te bevelen om bij wissel van een dienstploeg het CTG terug te kijken: is het CTG de afgelopen uren veranderd, welke acties zijn er al op ondernomen? Is de STAN op een normaal CTG geijkt? Zijn er bijkomende factoren om rekening mee te houden; meconiumhoudend vruchtwater, foetale groeivertraging, etc.? Tevens wordt geadviseerd om duidelijk in de status te noteren vanaf welk tijdstip het CTG suboptimaal of abnormaal geworden is. Dit geeft houvast in de verdere besluitvorming, zeker in

een drukke dienst of nacht. Een overzichtsscherm op drukke verlosafdelingen zorgt ervoor dat CTG's kunnen worden gezien tijdens werkzaamheden op een andere verloskamer. Tenslotte worden tijdens de dagelijkse overdracht alle CTG's getoond en besproken. CTG's die veel discussie opleveren worden uitgebreid besproken op de CTG-casuïstiekbesprekingen, die elk kwartaal plaatsvinden.

Deze praktische tips stimuleren aandacht voor foetale monitoring, de mogelijkheid voor overzicht tijdens de drukke dienst, uniformiteit in beoordeling en classificatie van CTG, en een continu opleidingsklimaat met een retrospectieve audit ter verbetering.

Tot slot wordt in het najaar van 2013 aan de leden van de NVOG de conceptrichtlijn intrapartum foetale bewaking voorgelegd. Deze richtlijn werkt een aantal aanbevelingen van de audit en bovengenoemde praktische tips concreet uit. Er wordt een uniform classificatiesysteem voorgesteld om het CTG gestructureerd te beoordelen en er een conclusie aan te verbinden. Kreten als dips, strak of prachtig CTG zullen dan hopelijk verdwijnen. Hoewel er geen sluitend bewijs is dat dit tot betere uitkomsten leidt, suggereert de casuïstiek van de PAN dit wel. Aan de classificering kan meteen een beleid worden toegevoegd. Iets wat nu vaak ontbreekt, of althans vaak niet wordt gedocumenteerd. De richtlijn doet een aanbeveling om in de ontsluiting elk uur en in de uitdrijving elke 15 minuten het CTG gestructureerd te beoordelen, daarbij tevens conclusie en beleid te formuleren. Het streven is dit steeds te documenteren, waarbij dat in de uitdrijving ook in retrospectief kan worden gedaan.

Met de implementatie van deze richtlijn en bovenstaande aanbevelingen hopen we foetale bewaking in Nederland te optimaliseren.

Aanbevelingen

- Beoordeel het CTG volgens vaste criteria.
- Stel een protocol op voor classificatie in gestandaardiseerde termen.
- Koppel het CTG pas af als het CTG als normaal beoordeeld is door tweede zorgverlener.
- Ontwikkel multidisciplinaire richtlijnen voor de beschrijving/beoordeling CTG
- Organiseer scholing voor het beoordelen van CTG's

Rubriksredactie, in samenwerking met Ilse de Jagher, klinisch verloskundige Amphiaziekenhuis Breda

dr. Anneke Kwee, perinatoloog UMC Utrecht

Meer informatie

dr. J. van Dillen e uitdepan@perinataleaudit.nl
Voor referenties kijk op www.perinataleaudit.nl