

Nieuwe en herziene NVOG richtlijnen van 2008

Team richtlijnontwikkeling KNOV [*]

De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) heeft in 2008 een aantal nieuwe en herziene perinatologische richtlijnen gepubliceerd. Voor klinisch verloskundigen zijn deze richtlijnen relevant voor hun dagelijks werk. Voor eerstelijns verloskundigen zijn NVOG-richtlijnen informatief. Ze beschrijven het obstetrisch beleid in de tweede- en derde-lijn. Kennis van deze richtlijnen is van belang in het gesprek met cliënten en voor de samenwerking met de behandelend gynaecoloog.

Het betreft de richtlijnen:

- Vaginaal bloedverlies in de tweede helft van de zwangerschap
- Stuitligging
- Preventie van groep-B-streptococce ziekte
- Foetale groeibeperking
- Schouderdystocie

Het zijn vijf monodisciplinaire richtlijnen. Ze gaan in principe over de zorg aan cliënten die in de tweede- of derde-lijn onder behandeling zijn. NVOG richtlijnen vervangen niet de Verloskundige Indicatielijst (VIL)2003. Dit artikel is bedoeld als een leeswijzer bij de nieuwe richtlijnen van 2008. We willen op deze manier verloskundigen kort informeren over de inhoud en eventuele implicaties voor verloskundig beleid en samenwerking tussen eerste- en tweedelijns.

In dit tijdschrift zijn eerder al de vijf perinatologische NVOG richtlijnen uit 2007 besproken (herhaalde miskraam, trombocytopenie, preventie recidief spontane vroeggeboorte, serotiniteit)¹⁾.

De volledige tekst van de richtlijnen is te vinden op de NVOG website (surf naar www.nvog.nl -> professionals -> richtlijnen -> perinatologie).

Vaginaal bloedverlies in de tweede helft van de zwangerschap

De nadruk in de richtlijn ligt bij bloedverlies uit de uterus en op de meer acute situaties: abruptio placentae, placenta praevia en vasa praevia. De overige oorzaken

van vaginaal bloedverlies in de tweede helft van de zwangerschap worden wel genoemd maar niet uitgebreid behandeld.

Het algemene beleid omtrent deze ernstige complicaties wordt in de richtlijn helder beschreven. Bij abruptio placentae blijft de klinische diagnose voorop staan, en wordt het beleid bepaald door de ernst van de abruptio, de toestand van het kind en de zwangerschapsduur. Bij placenta praevia en vasa praevia is de diagnostiek in de loop der jaren verschoven naar bevindingen bij (routine-matige) echoscopie, met name sinds de opkomst van het SEO. Bij 5% van de zwangeren wordt bij 20 weken een placenta dicht bij het ostium gezien, a terme is de incidentie bij zwangeren die geen sectio caesarea in de anamnese hebben ongeveer 0,25%. Deze incidentie stijgt, afhankelijk van het aantal sectio's in de anamnese tot 10%. Het beleid ten aanzien van de partus is afhankelijk van het klinische beeld.

Een vasa praevia is veel zeldzamer, de richtlijn noemt een incidentie van 1 per 2500-6000 partus. De kinderlijke sterfte bij dit ziektebeeld is zeer groot als de vasa praevia tijdens de partus wordt ontdekt. De NVOG-werkgroep adviseert daarom om, als er een laagliggende placenta gevonden wordt bij echoscopisch onderzoek tijdens de SEO of in het derde trimester, ook de navelstrenginsertie te bepalen. Op die manier zou een eventuele vasa praevia antenataal opgespoord kunnen worden. Dit is echter (op dit moment) geen vast onderdeel van het modelprotocol van de SEO.

Op één punt correspondeert de richtlijn niet met de verloskundige indicatielijst, namelijk daar waar het gaat om terugverwijzing naar de eerstelijns. Herhaaldelijk of voortdurend bloedverlies, ook zonder duidelijke oorzaak in de tweede helft van de zwangerschap is geassocieerd met vroeggeboorte, vruchtdood en congenitale afwijkingen. De NVOG-richtlijn stelt daarom dat tweedelijns zorg is geïndiceerd, ook als het bloedverlies is gestopt. Alleen de zwangere met eenmalig bloedverlies, zonder belastende oorzaak, kan weer in de eerstelijns onder controle. In de huidige VIL staat het volgende: *nadat het bloedverlies gestopt is, kan de begeleiding weer in de eerstelijns plaatsvinden, als er geen verdere belastende oorzaken zijn gevonden*. Bij de nieuwe versie van de VIL (zie kader op pagina 13) zou dit een punt van aandacht moeten zijn.

[*] contactpersoon: Pien Offerhaus, pofferhaus@knov.nl

Stuitligging

In deze herziene richtlijn wordt ruim aandacht besteed aan de discussie over de primaire sectio dan wel vaginale baring bij a terme stuitligging. Ook de maternale morbiditeit én de risico's voor moeder en kind bij een volgende zwangerschap komen aan bod. De discussie in de internationale literatuur lijkt meer ruimte te geven aan de afweging om een vaginale baring af te wachten dan direct na het uitkomen van de Term Breech Trial het geval was. De richtlijn stelt terecht dat de afwegingen voor de wijze van bevallen samen met de zwangere gemaakt dienen te worden.

De richtlijn beveelt aan om alle zwangeren met een kind in stuitligging een uitwendige versie aan te bieden. Daarmee zitten NVOG en KNOV op één lijn. De discussie tussen KNOV en NVOG over de randvoorwaarden waaronder deze moet worden aangeboden blijft echter bestaan. De NVOG-richtlijn noemt CTG controle en de mogelijkheid tot het direct uitvoeren van een sectio caesarea als randvoorwaarden voor het uitvoeren van een uitwendige versie. Impliciet wordt daarmee de uitvoering in een eerste lijnssetting afgeraden. Dit advies wordt echter niet goed wetenschappelijk onderbouwd. Er worden geen aanbevelingen gedaan over kwaliteitsbewaking van de uitwendige versie, waaronder adequate registratie van de versiepogingen en goede counseling voor deze interventie. Naar de mening van de NVOG-werkgroep zou bij een (vermoeden van) stuitligging vanaf 36 weken de begeleiding in de tweedelijns plaats dienen te vinden. De VIL spreekt echter van een bestaande liggingsafwijking in de a terme periode, dus niet al vanaf 36 weken. De overwegingen om af te wijken van de bestaande multidisciplinaire afspraken worden niet genoemd.

Preventie van neonatale groep-B-streptococci ziekte (GBS-ziekte)

De herziene versie van deze richtlijn, die de NVOG samen met de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde ontwikkelde, verschilt weinig van de oude uit 1998. De aanbeveling blijft staan om zwangeren, die drager zijn van GBS, durante partu te behandelen met antibiotica, indien er tevens sprake is van een risicofactor. De risicofactoren zijn: premature partus, langdurig gebroken vliezen, eerder kind met GBS-ziekte, koorts durante partu en ernstige GBS kolonisatie. De beslisboom uit de vorige richtlijn (wanneer welke actie uitvoeren?) is overgenomen. De vorige richtlijn werd echter landelijk slecht opgevolgd²¹. De auteurs van de richtlijn hebben intensieve pogingen ondernomen om nationaal tot een nieuw, multidisciplinair beleid te komen. Helaas kwam het niet tot consensus. Voor de verschillende preventiestrategieën (ook de huidige) is namelijk onvoldoende wetenschappelijk bewijs. Daarnaast maken medische, financiële en organisatorische

bezwaren van de verschillende strategieën het lastig een keuze te maken.

In de Verenigde Staten worden bijvoorbeeld alle zwangeren getest op GBS dragerschap. Dragere worden durante partu behandeld met antibiotica. In Nederland is ongeveer 20% van de zwangere vrouwen drager. Het risico op resistentievorming bij de bacterie is bij toepassing van deze screeningsstrategie groot. Dit, terwijl GBS ziekte relatief zeldzaam is. Neonatale kolonisatie treedt op bij ongeveer de helft van de dragers. Ongeveer 1% van deze kinderen raakt geïnfecteerd. Dit leidt er toe dat, wanneer er geen preventief beleid zou zijn, naar schatting 30 pasgeborenen per jaar overlijden aan GBS ziekte en 31 pasgeborenen langetermijngevolgen ondervinden (bij 200.000 geboorten per jaar)³¹.

In de strategie, waarbij iedereen wordt gescreend, maar alleen de vrouwen met een risicofactor worden behandeld, krijgt 4% antibiotica. Dit geeft een vergelijkbare preventiegraad als het preventief behandelen van alle draagsters. Screenen van alle zwangeren legt echter grote financiële en organisatorische druk op de gezondheidszorg in de eerste- en tweedelijns.

Een veelbelovende optie die de richtlijn noemt, is die van vaginale desinfectie met een chloorhexedinegel. Hiermee kan een reductie van circa 17% in verticale transmissie van GBS worden bereikt. Er is nog te weinig onderzoek verricht om de werkelijke effectiviteit daarvan vast te stellen. Preventie met chloorhexedine is nog niet in gebruik in de praktijk. Het zou wel een eenvoudig, goedkoop en veilig alternatief zijn dat goed in de eerste lijn kan worden toegepast.

Foetale Groeibeperking

Deze richtlijn is een update van de richtlijn Negatieve Dyscongruentie. Er is voor de term 'foetale groeibeperking' gekozen, als vertaling van de Angelsaksische term 'fetal growth restriction'. Deze terminologie wijkt af van de huidige VIL waar wordt gesproken over foetale groeivertraging.

De bespreking van oorzaken en risicofactoren aan de hand van recente literatuur is een prettige, snelle opfrisser van de kennis. De belangrijkste risicofactoren zijn een eerdere geboorte van een klein kind, een eerdere doorgemaakte preterm pre-eclampsie en maternale ziekten zoals chronisch hypertensie. Daarnaast zijn diverse maternale kenmerken (zoals BMI<19, roken, lage sociaal economische status, leeftijd > 40 jaar) geassocieerd met een verhoogd risico op beperking van de foetale groei. Tijdens de zwangerschap is een sterke relatie tussen hypertensieve aandoeningen en groeibeperking.

Opsporing van een groeibeperking is en blijft lastig, blijkt uit de literatuurbespreking. De betrouwbaarheid van gewichtsschattingen tijdens de zwangerschap is beperkt.

Uitwendige palpatie blijft de standaardmethode voor de eerste opsporing, ook in de tweedelij. Als er een vermoeden is op een foetale groeibeperking, dient de groei door herhaalde echometing te worden geëvalueerd. Als er sprake blijkt van een foetale groeibeperking, is het verdere beleid gebaseerd op het volgen van de foetale conditie (dmv o.a. Doppler-metingen en CTG) en het bepalen van het juiste geboortemoment. Over dit laatste wordt op dit moment een groot Nederlands multicenter onderzoek (DIGITAT) afgerond. De eerste voorlopige resultaten worden op het gynaecologisch congres in juni 2009 gepresenteerd.

De VIL 2003 meldt een overlegsituatie wanneer er sprake is van verdenking op foetale groeivertraging. In deze tweedelijnsrichtlijn wordt verder geen uitspraak gedaan over het moment van verwijzing van de eerste- naar de tweedelij. Wel meldt deze richtlijn dat indien er bij herhaalde echo en een normale Doppler sprake blijkt te zijn van normale groei er geadviseerd wordt een zwangere terug te verwijzen naar de eerstelij.

De KNOV is in 2008 gestart met een richtlijn over dit onderwerp. Daarin zal aandacht komen voor de terminologie, de opsporing in de eerste lijn en de rol die echoscopie daarin heeft. Ook de samenwerking en verwijzing tussen eerste- en tweedelij komen aan de orde.

Schouderdystocie

De richtlijn Schouderdystocie is een zeer heldere en goed onderbouwde richtlijn die ook prima gebruikt kan worden door verloskundigen uit de eerstelij en als uitgangspunt voor afspraken in VSV-verband. Bijvoorbeeld over het te volgen beleid of over overdracht van de gewenste gegevens bij vermoeden op macrosomie of bij schouderdystocie in de anamnese.

Het te volgen beleid en de uit te voeren manoeuvres worden helder en puntsgewijs opgesomd. Belangrijk aandachtspunt (ook voor de eerstelij) is onder andere het goed vastleggen van gegevens van de partus bij het optreden van een schouderdystocie, met het oog op het beleid bij een volgende partus. Zoals het beschrijven van de schouderdystocie als complicatie, de toegepaste manoeuvres en hun volgorde en de tijdsduur tussen de geboorte van het hoofd en de geboorte van het hele kind. Ook het opstellen van een beleidsadvies voor een volgende partus hoort daarbij.

De richtlijn beschrijft een aantal handelingsopties, die in een (niet dwingende) volgorde kunnen worden uitgevoerd om de schouderdystocie op te heffen. Opvallend is dat de all-fours methode als een van de laatst uit te voeren manoeuvres aan bod komt. In een aantal situaties kan deze methode voordeel opleveren. Voor wie er vertrouwd mee is, is te overwegen deze methode al eerder toe te passen. Bijvoorbeeld voor vrouwen met obesitas of

Richtlijnenoverleg tussen NVOG en KNOV

Afstemming tussen KNOV en NVOG richtlijnen staat hoog op de agenda. Al enkele jaren vindt er regelmatig overleg plaats tussen de Commissie Richtlijnen van de NVOG en de KNOV over het afstemmen en commentaar leveren op wederzijdse richtlijnen. Deze afstemming kan verbeterd worden. Door de sterk verschillende procedures van de KNOV en de NVOG voor het maken en goedkeuren van richtlijnen is dit soms nog lastig.

De KNOV heeft een team van beleidsmedewerkers tot haar beschikking voor de richtlijnontwikkeling. Dit team organiseert de commentaarfase van haar eigen richtlijnen, onder toezicht van de Verloskundige Adviesraad Standaarden (VAS). Zij betreft daarbij, naast verloskundigen uit eerste en tweede/derde lijn, altijd enkele NVOG-leden. Deze worden uitgenodigd in samenspraak met de Commissie Richtlijnen van de NVOG. De uiteindelijke richtlijn wordt eerst goedgekeurd door de VAS, en vervolgens definitief vastgesteld door het KNOV-bestuur.

Bij de NVOG worden de perinatologische richtlijnen door een vrijwillige werkgroep van praktiserende gynaecologen, voornamelijk werkzaam in de perinatologische centra, opgesteld. Deze zogeheten Otterlogroep legt de conceptrichtlijnen voor aan de Commissie Richtlijnen van de NVOG. In principe worden de conceptrichtlijnen aan de KNOV voorgelegd voordat deze op de ledensite van de NVOG worden geplaatst. Via de NVOG-ledensite worden vervolgens de NVOG-leden uitgenodigd om commentaar te leveren. Uiteindelijk beslist de algemene ledenvergadering van de NVOG over definitieve goedkeuring.

Voor een goede afstemming is het ook nodig dat de verloskundige indicatielijst uit 2003 wordt herzien. Daarvoor is een gezamenlijke aanvraag van de NVOG en de KNOV gedaan bij ZonMW. Waarschijnlijk start dit project in de zomer van 2009. Binnen dit project zal gewerkt worden aan betere procedures voor de afstemming tussen KNOV- en NVOG-richtlijnen.

bekkenproblematiek, voor wie het maximaal flecteren van de benen moeizaam kan zijn. Volgens de auteurs van de klinische les uit het NTvG van juli 2007^[4] hoeft een epiduraal geen belemmering te vormen voor het uitvoeren van de all-fours manoeuvre.

Ervaring en handigheid door training verbetert de uitvoering van de manoeuvres. De richtlijn beveelt dan ook het volgen van simulatietrainingen aan voor iedereen die betrokken is bij de begeleiding van partus op de verloskamers. Vertaald naar de thuissituatie zou het ook een overweging moeten zijn om kraamverzorgenden bij trainingen te betrekken, bijvoorbeeld bij de scholingen aan de verloskunde academies. ■

Referenties

1. Offerhaus P. en Rijninks-Van Driel, G. Nieuwe NVOG richtlijnen verschenen. Tijdschr v Verlosk. 2007;32(9):10-13.
2. Wouters MGAJ. Preventie van neonatale infectie met groep B streptokokken: onduidelijk welke strategie de beste is. Ned Tijdschr Geneeskd. 2007 20 januari;151(3), p169-71.
3. Rijnders MEB e.a. Kosteneffectiviteitsanalyse van verschillende strategieën ter preventie van neonatale infectie met groep B-streptokokken. Ned Tijdschr Geneeskd. 2007;151(3), p189-93.
4. Coppus SFPJ; Langenveld J, Oei SG. Een onderschatte techniek voor het opheffen van schouderdystocie: baren op handen en knieën ('all-fours manoeuvre'). NTvG 2007;151(27):1493-97.

Zorggroep
Almere

eerstelijns
Verloskundigen
60% en 70%

zijn
welkom bij
Zorggroep
Almere

soliciteer via www.zorggroep-almere.nl/werkenbij

Nieuwe cursus Toetsgroep- begeleider ITV

Erna Ponds en Mieke Aitink

Gezien het aantal nieuwe aanvragen voor de cursus staan er voor het najaar 2009 twee nieuwe cursussen gepland.

De voorwaarde voor deelname aan de cursus is dat u na de training, behoudens calamiteiten, minimaal één jaar als toetsgroepbegeleider functioneert. Hiervoor zijn verschillende mogelijkheden: als tweede toetsgroepbegeleider in een bestaande toetsgroep (in verband met de continuïteit raden wij u dat zeker aan), als opvolger van een toetsgroepbegeleider die gaat stoppen, of u gaat (al of niet samen met een andere toetsgroepbegeleider) een toetsgroep starten.

Data cursussen toetsgroepbegeleider ITV

Cursus 1

Op 15 en 24 september en op 8 oktober 2009
Aanmelden tot uiterlijk 10 augustus 2009.

Cursus 2

Op 17 november en op 3 en 15 december 2009
Aanmelden tot uiterlijk 19 oktober 2009.

De cursus bestaat uit drie verplichte dagen waarin een vaste, logische opbouw zit. De belangrijkste thema's die in de cursus aanbod komen zijn: de ITV toetsingscyclus, opstarten van een ITV toetsgroep, vergadervaardigheden. De opzet van de training is zoveel mogelijk interactief. De cursus is geaccrediteerd voor 18 punten (mits u alle drie de cursusedagen volgt), voor KNOV leden zijn er geen kosten aan verbonden, u ontvangt reiskostenvergoeding.

Aanmelden cursus toetsgroepbegeleider bij:

Ingrid Buiten, secretaresse afdeling Kwaliteit en Richtlijnontwikkeling; E: ibuiten@knov.nl

Voor meer informatie zie KNOV website. ■

Erna Ponds is trainer/beleidsmedewerker en

Mieke Aitink is beleidsmedewerker deskundigheidsbevordering