

Foetale groeivertraging: Ontwikkelingen, debat en opwaaiend stof

Congresverslag

Kristel Zeeman

“Een eenduidige definitie van foetale groeivertraging brengt een multidisciplinaire aanpak dichterbij”. Dit én de nieuwe KNOV-richtlijn waren het uitgangspunt van een congres dat SCEM op 4 april jongstleden in Den Bosch organiseerde. De betrokken zorgprofessionals zijn immers samen verantwoordelijk voor de opsporing en de gevolgen van foetale groeivertraging. Vanzelfsprekendheid die stof doet opwaaien.

Het aantal geïnteresseerden overtrof de verwachtingen van de organisatoren. Met medewerking van het congrescentrum konden uiteindelijk ruim zeshonderd gynaecologen, verloskundigen, echoscopisten en een enkele kinderarts deelnemen.

Allemaal hetzelfde doen

Hans Zondervan, gynaecoloog in Arnhem, opent het congres met hét heikele punt bij de beoordeling van foetale groei: de definitie van een normaal gewicht. Welke referentie gebruik je daarvoor? Een echocurve met biometrie, een curve met geschat foetaal gewicht, een geboortegewichtcurve, een die uitgaat van een optimaal gewicht? Kijk je alleen naar de situatie op een bepaald moment of volg je het kind in de tijd? Wanneer spreek je van een te laag gewicht? Bij een bepaalde p-waarde? Welke dan? En zeer belangrijk: gebruiken we allemaal dezelfde definitie? Eén ding staat vast: het is erg moeilijk om die kinderen op te sporen die intra-uterien ondervoed zijn. En dat ligt voor een belangrijk deel aan de definitie. “De meeste kinderen die klein zijn, zijn niet té klein en de meeste kinderen die te klein zijn, zijn niet klein”, poneert Zondervan zelfs. Hiermee geeft hij aandacht aan onderschatting van de problemen bij met name die kinderen die wel in groei vertraagd zijn, maar niet ‘small for gestational age’.

De boodschap van Mieke Beentjes, verloskundige en medeauteur van de KNOV-richtlijn ‘Opsporing foetale groeivertraging’, sluit aan bij die van Zondervan. Met de



gebruikelijke methodes (uitwendig onderzoek en echoscopie) sporen verloskundigen en gynaecologen foetale groeivertraging niet goed op. Zeker niet in een laagrisicopopulatie (ongeveer 25%). Een lastige boodschap voor veel bezoekers, die hun hele carrière al varen op deze methodes, zo blijkt uit gesprekken later in de foyer. “De opsporing zal nooit 100% worden”, aldus Beentjes, “zelfs geen 80, maar het kan verdubbelen als we allemaal dezelfde definitie hanteren en allemaal, goed getraind, hetzelfde doen”. Vandaar dat de standaard een pakket van maatregelen aanbeveelt.

Kritische vragen

De monodisciplinaire richtlijn van de KNOV heeft ook consequenties voor de tweede lijn. Als verloskundigen screenen met de GROW-NL-curve zullen gynaecologen hier op z'n minst kennis van moeten hebben om miscommunicatie tijdens een verwijzing te voorkomen. Onvermijdelijk levert dit kritische vragen op voor Mieke Beentjes en later ook voor Petra Jellema, sprekend namens de IRIS-studie, waarin de aanbevelingen uit de KNOV-richtlijn standaard zorg zijn. Veel is nog onduidelijk voor zorgverleners in de tweede lijn, zoals de beschikbaarheid van de curves en het te volgen beleid na overdracht. “Waarom hebben gynaecologen en verloskundigen niet samen een richtlijn ontwikkeld?” vraagt iemand zich af. Beentjes antwoordt dat de KNOV-standaard is ontstaan vanuit het perspectief van de eerste lijn: screening in een laagrisicopopulatie. “De richtlijn is vervolgens een eerste aanzet om tot een gezamenlijk beleid te komen,” zegt ze. “Toen duidelijk werd dat de aanbevelingen gevolgen zouden hebben voor

alle zorgverleners is aansluiting gezocht bij gynaecologen, echoscopisten, kinderartsen. Landelijk zijn er al afspraken gemaakt in het concept van de verloskundige indicatielijst.”

Ken je echoapparaat

Veel aandacht gaat vanzelfsprekend ook naar echoscopie, een onmisbaar middel bij de opsporing en monitoring van foetale groeivertraging. Ine Pennings, verloskundige en echoscopist, staat uitgebreid stil bij het belang van goede kwaliteitseisen voor de foetale echoscopie. Want daar schort op dit moment nogal wat aan. Er is geen uniformiteit in opleiding, ervaring, gebruikte apparatuur en software en voor groeiecho's is geen kwaliteitscontrole. Concreet betekent dit dat regelmatig onvoldoende bekwame mensen groeiecho's maken, zowel in de eerste als in de tweede lijn. Voor de IRIS-studie, die de meerwaarde van standaard derde trimesterecho's onderzoekt, zijn daarom uitgebreide kwaliteitseisen voor de echo vastgesteld (zie www.irisstudie.nl). Ook Wessel Ganzevoort, gynaecoloog in het AMC met een voordracht over doppler, benadrukt: “Ken je apparaat, weet wat je meet en waar je het voor kunt gebruiken”.

“Oog voor het hele plaatje”

Welk beleid is verstandig bij vrouwen met een hoog risico op groeivertraging? Dit ingewikkelde onderwerp is Friso

Delemarre, gynaecoloog in Helmond, toebedeeld. Hij zegt: “Als u denkt dat ik u een antwoord ga geven, dan kan ik beter direct aan de lunch gaan.” De beschikbare richtlijnen in binnen- en buitenland bieden weinig soelaas, omdat ze te specifiek en te verschillend zijn. Of elke twee weken een echo biometrie en doppler van de arteria umbilicalis nodig zijn, zoals de NVOG-richtlijn aanbeveelt, valt te betwijfelen. Uit de voordracht van Ganzevoort blijkt dat een goede doppler van arteria umbilicalis weinig zegt. Alleen als je een slechte flow ziet, is onmiddellijk handelen vereist, want dan is het kind er slecht aan toe. En de echo zou je ook (beter?) eens per drie weken kunnen doen, zoals de richtlijn van de Britse gynaecologenvereniging aanbeveelt.

Ook voor de behandeling van vrouwen met een groeivertraagde foetus is geen simpel advies te geven. Jan Nijhuis, hoogleraar en perinatoloog in Maastricht, adviseert dan ook een geïndividualiseerde aanpak, met oog voor “het hele plaatje: kindbewegingen, CTG, doppler, biometrie”.

Werk aan de winkel

Aan belangstelling geen gebrek als het om foetale groeivertraging gaat. Het congres geeft blijk van volop ontwikkelingen en debat, maar een eenduidige definitie en aanpak zijn er nog niet. Werk aan de winkel dus, zowel landelijk als in de eigen regio! ■

