

Dreigende vroeggeboorte

Regioprotocol

Geboortezorg Consortium Midden Nederland



Colofon

Algemeen

Datum origineel: 15.01.2016

Datum revisie: 26.01.2019

Versie: 2.0

Samenstelling werkgroep

Revisor:

- Thirza Priems

Met ondersteuning en bijdragen van:

- Leden GCMN werkgroep protocollen en registratie
 - voorzitter: Yvette van Zantvoord
 - coördinator: Fieke van Hoorn
- Samenwerkingsverband kinderartsen regio Utrecht

Klik [hier](#) voor een overzicht van de bovengenoemde co-auteurs.

Contactgegevens Geboortezorg Consortium Midden Nederland

E-mail: gcmn@umcutrecht.nl

Website: www.kennisnetgeboortezorg.nl/consortia/geboortezorg-consortium-midden-nederland-gcmn

Disclaimer

De originele tekst uit deze publicatie met GCMN-logo mag onveranderd worden veelevoudigd. Delen van de tekst kunnen in lokale protocollen worden gebruikt, waarvoor de verantwoordelijkheid ligt bij het lokale samenwerkingsverband.

Voorwoord

Dit protocol is opgesteld voor de regio van het Geboortezorg Consortium Midden Nederland (zie voor samenwerkingspartners: www.kennisnetgeboortezorg.nl/consortia/geboortezorg-consortium-midden-nederland-gcmn). Het is geschreven voor alle zorgverleners en –vragers in het werkgebied. Het streven is om met alle betrokkenen concrete en eenduidige afspraken te maken ten aanzien van uniforme diagnostiek en behandeling bij een zwangere met een dreigende vroeggeboorte.

Het primaire doel van het Geboortezorg Consortium Midden Nederland is het terugdringen van vermijdbare perinatale sterfte. De stuurgroep Zwangerschap en Geboorte geeft in haar adviesrapport 'Een Goed Begin' aan dat hier een belangrijke rol is weggelegd voor samenwerking en multidisciplinaire lijnoverstijgende afspraken. Dit protocol schept duidelijkheid voor alle partijen in de regio en is een basis voor betere samenwerking tussen de zorgprofessionals.

Regioprotocolen zijn richtinggevend en niet dwingend. Er blijft altijd ruimte voor lokale kleuring. Het is dan ook toegestaan om gemotiveerd af te wijken van adviezen, indien de situatie hierom vraagt. De lokale perinatale audits en regionale VSV-vergaderingen zijn geschikte momenten om afwijkingen van het regioprotocol met elkaar te bespreken.

Dit regioprotocol is geaccordeerd tijdens de workshop protocollen en registratie door de VSV's van het Geboorte Consortium Midden Nederland op januari 2016 en de revisie werd geaccordeerd in januari 2019 . Het protocol zal iedere 2 jaar worden geëvalueerd, zo nodig bijgesteld en opnieuw geaccordeerd worden.

Inhoud

Colofon	2
Voorwoord	2
Inhoud	3
1. Doel	5
2. Toepassingsgebied	5
3. Definities	5
4. Aanbevelingen	5
4.1. Diagnostiek	5
4.2. Behandeling	6
4.2.1. Behandeling algemeen	6
4.2.2. Behandeling per subgroep	6
4.2.3. Contra-indicaties voor weeënremming	7
4.2.4. Medicatie doseringen	7
5. Referenties	9

1. Doel

Uniforme diagnostiek en behandeling bij dreigende vroeggeboorte.

2. Toepassingsgebied

Eerste, tweede- en derdelijns verloskunde

3. Definities en begrippen

- **Dreigende vroeggeboorte:** contracties in combinatie met cervixveranderingen vastgesteld o.b.v. transvaginale echo of vaginaal toucher bij een amenorroeduur onder de 37 weken en 0 dagen EN / OF prematuur gebroken vliezen bij een amenorroeduur onder de 37 weken en 0 dagen
- **PPROM:** prematuur gebroken vliezen bij een amenorroeduur onder de 37 weken en 0 dagen zonder contracties in combinatie met cervixveranderingen.
- **AD:** amenorroeduur
- **CCS:** corticosteroïden
- **TVE:** transvaginale echo
- **VT:** vaginaal toucher

4. Aanbevelingen

4.1. Diagnostiek

- Uitsluiten van een urineweginfectie d.m.v. urinesediment en eventueel urinekweek (niet bij PPRM)
- Vaginakweek
- Cervix-lengte meting en eventueel vaginaal toucher (niet bij PPRM)
- Fibronectinetest (niet bij PPRM)

4.2. Behandeling

4.2.1. Behandeling algemeen

- Behandeling is geïndiceerd bij dreigende vroeggeboorte bij AD 23+5 tot 34+0 weken.
- Overplaatsing naar perinatologisch centrum indien dreigende vroeggeboorte AD 23+5 tot AD 32+0 weken, tenzij anders besloten n.a.v. overleg over de situatie met de 3e lijn.
- MgSO₄ iv indien AD < 30 weken en partus verwacht binnen 4 uur.

4.2.2. Behandeling per subgroep

- **Contracties met staande vliezen**

Tabel 1. Dreigende vroeggeboorte (23+5 tot 34+0 weken) en staande vliezen

Cervixlengte	FN-test *	beleid
>30 mm	n.v.t.	z.n. (kortdurende) observatie met herhaling cervixlengte geen corticosteroiden en weeënremming
15-30 mm*	negatief	(opname ter) observatie geen corticosteroiden en weeënremming
	positief	opname corticosteroiden en weeënremming - Indien AD < 32+0 verwijzing perinatologisch centrum per ambulance
<15 mm	n.v.t.	opname corticosteroiden en weeënremming - Indien AD < 32+0 verwijzing perinatologisch centrum per ambulance
>3 cm ontsluiting	n.v.t.	opname corticosteroiden en weeënremming - Indien AD < 32+0 verwijzing perinatologisch centrum per ambulance

* Cervixlengte 15-30 mm Fibronectinetest (indien niet aanwezig overplaatsing naar centrum met Fibronectinetest zonder weeënremming/CCS). Ook bij VT/TVE voorafgaand aan Fibronectinetest afgaan op uitslag Fibronectinetest.

- **Contracties met gebroken vliezen:**

- Opname
- Weeënremming en CCS 48 uur tot AD 34 +0
- Indien AD < 32+0 verwijzing perinatologisch centrum per ambulance.
- Zie voor het antibioticabeleid het [GCMN regioprotocol gebroken vliezen](#).

▪ **Gebroken vliezen zonder contracties (PPROM):**

- Opname ter observatie
- CCS tot AD 34 wkn
- Indien AD < 32+0 verwijzing perinatologisch centrum per ambulance.
- Zie voor het antibioticabeleid het [GCMN regioprotocol gebroken vliezen](#).

4.2.3. Contra-indicaties voor weeënremming

- Verdenking intra-uteriene infectie
- Verdenking foetale nood

4.2.4. Medicatiedoseringen

▪ **Atosiban**

Selectieve oxytocine receptor antagonist

- Bolusinjectie als oplaaddosis: 6,75mg iv in 1 minuut (= 0.9ml)
- Oplaadinfusie: 18 mg/uur voor een periode van 3 uur (0.75mg/ml, = 24ml/uur)
- Onderhoudsdosering: 6 mg/uur gedurende maximaal 45 uur (= 8ml/uur)

▪ **Nifedipine**

Calcium antagonist

- T=0 min: 10 mg nifedepine (snelwerkend) p.o.
- T=30 min: 2e gift 10 mg nifedepine (snelwerkend) p.o
- T=60 min: 20 mg nifedepine retard
- Aansluitend: 4 dd 20 mg nifedepine retard tot 48 uur

▪ **Indomethacine**

Prostaglandine synthetase remmer

- Terughoudend met gebruik i.v.m. verhoogd risico PVL en NEC
- Middel van laatste keus
- Tot AD 30 weken
- Maximaal 72 uur onderhoudsdosering elke 4-6 uur 25 mg supp

- **Corticosteroiden (CCS) toediening ter longrijping**

Celestone (bethamethason)

- 1dd 11,4 mg im (= 2ml), twee maal een gift met een interval van 24 uur
- Een antenatale kuur van twee giften corticosteroiden kan eenmalig herhaald worden als er zich voor de 33ste zwangerschapsweek een tweede periode van dreigende vroeggeboorte voordoet, mits de eerste kuur gegeven werd voor de 30e zwangerschapsweek en het tijdsinterval tussen de 2 kuren in ieder geval 10-14 dagen is.

- **Penicilline G**

Benzylpenicilline

- Dosering: (oplaaddosis: 2 miljoen IE iv, gevolgd door 1miljoen IE iv a 4 uur tot aan partus (conform GBS richtlijn 2017, p.30).
- Bij contra-indicatie voor penicilline clindamycine 900 mg elke 8uur of erytromycine 500 mg elke 6uur.

- **MgSO4**

Dosering als neonataal neuroprotectivum:

- Oplaaddosis 4 gram in 20 minuten
- Onderhoudsdosering van 1 gram/uur (gedurende max 24 uur)

5. Referenties

- GCMN; 2016 regioprotocol dreigende vroeggeboorte
- GCMN; 2018. Regioprotocol gebroken vliezen
- NICE; 2015. Preterm labour and birth.
- NVOG; 2012. Dreigende vroeggeboorte.