

Samenvatting regionrichtlijn Foetale groeirestrictie (IUGR)

Beleid bij een zwangerschap met een verdenking op intra-uteriene groeirestrictie

Definities

- FAC <P10 (Verburg) en / of EFW <P10 nog Hadlock4) bij zekere termijn.
- Afbuigende groei met minimaal 20 percentielen van de FAC en / of EFW met een minimaal interval van 2 weken

Beleid in 1^e lijn om IUGR op te sporen

Anamnese / intake

Uitwendig onderzoek

- Volgens de Grow-methode of
- Stand fundus bepalen middels anatomische referentiepunten en/ of fundus symfyse meting vanaf 26 weken met een minimum interval van 2 weken

Verwijzing 2^e lijn

- Bij afbuigende groei van FAC en / of EFW van > 20 percentielen
- EFW <P10 en/of FAC<P10

Beleid in 2^e lijn om IUGR op te sporen

Vanaf 24 weken uitwendig onderzoek via symfyse fundus meting

Biometrie bij minimaal 28-32-36 weken

NB alle echo uitslagen uit de 1^e en 2^e lijn plotten in één curve

Beleid in de 2^e lijn bij vermoeden op IUGR (zowel bij verwijzing uit 1^e lijn en vaststelling in 2^e lijn)

- Instructies geven t.a.v. minder leven voelen
- Opname bij PI a.umbilicalis nul flow of reversed flow of tekenen van brainsparing
- GUO-2 is geïndiceerd indien FAC, HC of FL <P3
- IUGR <P3 bij < 24 wkn advies PND centrum; bespreek risico's en biedt amniocentese aan
- Terugverwijzing naar de 1^e lijn indien groei na min. 2 weken >P10 en dopplers /CTG's goed

Kliniek

- Indien IUGR <32 wkn en /of EFW <1250gr en CTG geïndiceerd is, verwijs naar 3^e lijn
- Volledige mobilisatie
- CTG bewaking 1 dd, indien AEDF of REDF 2 dd
- Dopplers (CRP) 2x /week vervolgen, biometrie elke 2 weken

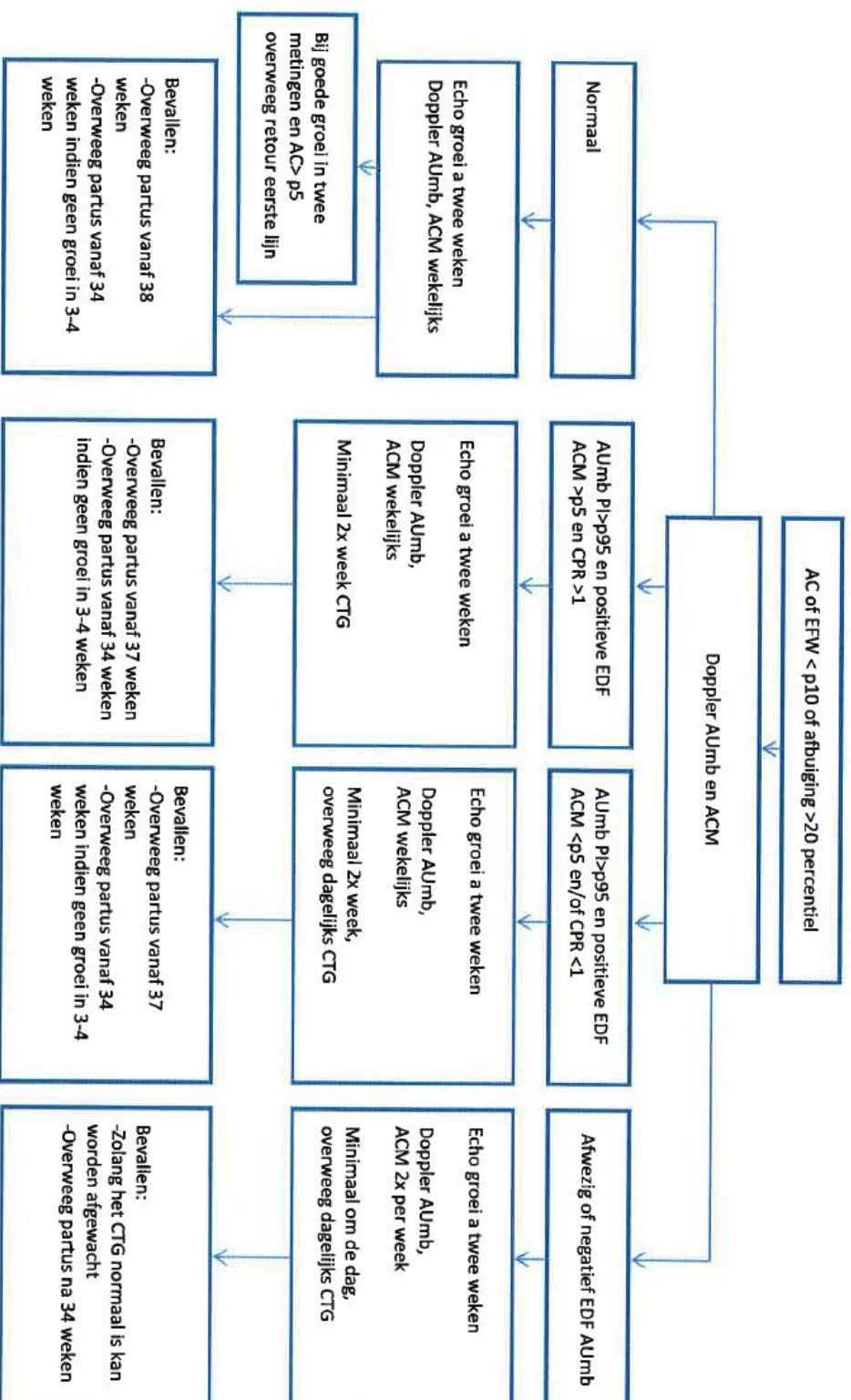
Inleiding overwegen

- Vanaf am 34 wkn indien groeistilstand 3-4 weken ook al zijn dopplers goed
- Vanaf am 38 wkn bij groei <P5 met goede dopplers en goede CTG's
- Vanaf am 37 wkn bij afwijkende dopplers of AREDF of eerder op basis van CTG

3^e lijn

- Consult neonatoloog \leq 32 wkn
- Corticosteroiden bij naderende bevalling tussen 23+5 en <34 wkn
- Dagelijks bloeddruk meting
- Overweeg CTG bewaking vanaf 24-25 wkn, frequentie afhankelijk van PI umb (UA) en CTG patroon (1dd CTG bij nl PI, 2dd bij PI >2SD, 3dd bij AEDF/REDF)
- Bij afwijkend doppler patroon: echo-doppler 2x / week (tenminste UA)
- Partus nastreven bij CTG afwijkingen en/of zeer slechte placentafunctie (REDF)
- Overweeg sectio op foetale indicatie vanaf 24-25 wkn
- Vaginale partus nastreven bij positieve EDF in UA en normaal CTG
- Bij ernstige IUGR Foley overdag plaatsen ivm verhoogde kans foetale nood
- Overweeg sectio caesarea bij AEDF of REDF, deceleratief CTG, stuitligging

Praktische handreiking voor management bij (vermoeden) IUGR



Figuur 1. Algoritme voor management (vermoeden) IUGR

NB1. Hoog risico IUGR: EFW/AC < p3

NB2. Bij late IUGR (>34 weken) is een afwijkende PI ACM mogelijk de enige voorspeller