
Regionaal Protocol

Verwijsbeleid 1^e lijn naar VC de Poort

Uitgangspunt

De verloskundige licht voor, biedt echo's naar eigen goeddunken aan aan de klant (praktijkvisie), verwijst en krijgt terugkoppeling (uitslag) van echo-onderzoeken.

De verloskundige is zelf verantwoordelijk voor het verwijsbeleid.

Vitaliteitsecho (8-9 weken)

De vitaliteitsecho is een *specifieke diagnose echo*.

Deze vindt plaats rond de 8^e week van de zwangerschap, op verwijzing van de verloskundige. De vitaliteitsecho kan maximaal 1 x per zwangerschap worden aangevraagd.

Het doel van de echo is een kloppend hartje te laten zien.

Deze echo is voor de echoscopist gericht op het verzamelen van de volgende informatie:

- De vitaliteit van de zwangerschap
- De locatie van de zwangerschap
- Is er sprake van een eenling- of een meerlingzwangerschap
- Evt. het aspect van het embryo
- Evt. het aspect van de uterus
- Evt. het aspect van de ovaria

De vitaliteitsecho wordt in principe abdominaal verricht, vanwege klantbelasting.

Er worden geen uitspraken gedaan over zwangerschapsduur, anders dan 'de zwangerschap is tussen en weken'.

Er mag gemeten worden en dit opslaan, maar de meting wordt niet mee verzonden in het verslag. Volgens protocol 'Datering van de Zwangerschap' vd NVOG, is bij een regelmatige cyclus en een groei discrepantie van meer dan één week een groeiecho indicatie geïndiceerd.

T.a.v. de Nipt:

Het is niet meer nodig de vitaliteit opnieuw te bevestigen als de termijnecho langer dan 1 week geleden is, op voorwaarde dat bij de termijnecho een CRL werd gemeten groter dan of gelijk aan 33 mm. Indien bij de termijnecho de CRL kleiner was dan 33 mm is een vitaliteitsbepaling binnen een week voorafgaand aan de bloedafname NIPT wel vereist.

1^e trimesterecho (11 - 12 weken)

termijnecho

De termijnecho wordt gemaakt rondom het eerste bezoek bij de verloskundige, zo mogelijk kort vooraf de NIPT. Bij aanmelding bij de verloskundige wordt de cliënt erop gewezen dat ze digitaal een afspraak maakt bij het echocentrum.

Het maximum abonnementstarief voor een algemene termijnen echoscopisch onderzoek in de eerste lijn (één of meerdere echo's en inclusief eventuele niet-geïndiceerde echo's) kan per zwangerschap maar éénmaal in rekening worden gebracht.

Bij normaal verloop

- In geval van termijndiscussie termijnbepaling mogelijk bij CRL tussen 20 mm (8+4 wk) en 68 mm (12+6 wk). Volgens de curven van Robinson en Fleming
- **Vóór 10 weken moet voor de meest optimale datering de echo transvaginaal worden verricht.**
- De meest optimale transabdominale zwangerschapsdatering vindt plaats tussen 10+0 wk (33 mm) en 12+6 wk (68 mm)
- Indien tussen 10+0 wk en 12+6 wk (CRL tussen 33 en 68 mm) 2 of meer CRL-metingen worden verricht die enkele dagen van elkaar verschillen, wordt de meting aangehouden die het dichtst bij de 10 weken ligt.
- Vanaf 13 weken wordt ook DBP en HC gemeten. Indien DBP >23 mm (>12+6 wk) is DBP betrouwbaarder voor termijnbepaling dan CRL (mits geen grote discrepantie met de HC, cave afwijkingen).
- Bij een HC >80 en/of DBP >23 mm wordt termijn bepaald op basis van de HC.
- Met uitzondering van een à terme datum berekend op basis van een ovum-pickup (OPU) en/of inseminatie (IUI) datum, zal de à terme datum gesteld worden op basis van de echoscopische parameters en dient altijd te worden aangepast, zelfs bij 1 dag verschil (t.o.v. LM).

Deze echo is gericht op het verzamelen van de volgende informatie:

- De vitaliteit van de zwangerschap
- De locatie van de zwangerschap
- Het vaststellen van de termijn volgens bovenstaande richtlijn.

- Is er sprake van een eenling- of een meerlingzwangerschap
- Het aspect van het embryo
- Het aspect van de uterus
- Het aspect van de ovaria

Daarnaast kunnen aanwijzingen voor ernstige malformaties aan het licht komen.

De zwangere behoort tevoren geïnformeerd te zijn over de mogelijkheid van afwijkende bevindingen buiten de directe indicatie voor het onderzoek. Heeft de zwangere voorafgaand aan het onderzoek te kennen gegeven geen informatie over bijkomende bevindingen te willen ontvangen, dan behoort dit duidelijk op het aanvraagformulier vermeld te worden (volgens NVOG kwaliteitsnorm: "Prenatale screening op foetale afwijkingen").

Indien bij de termijnecho de CRL kleiner dan 33 mm was, is een vitaliteitsbepaling (echo of doptone) een week voorafgaand aan de NIPT afname vereist. De vitaliteit hoeft niet bevestigd te worden voorafgaand aan de NIPT als de CRL groter of gelijk aan 33mm (AD 10+0) was.

Tweelingzwangerschappen

Conform het beleid bij eenling zwangerschappen wordt bij een tweelingzwangerschap na geassisteerde voortplanting er voor zwangerschapsdatering gebruikt gemaakt van de datum van OPU of IUI datum. In alle andere gevallen wordt de datering gebaseerd op de hierboven genoemde echoscopische metingen. Totdat beter bewezen is dat het hanteren van de grotere dan wel de kleinere CRL bij de berekening van de zwangerschapsduur bij tweelingen superieur is, wordt de a terme datum bij tweeling vooralsnog gebaseerd op de gemiddelde CRL.

Bij abnormaal verloop

Voor het aanvragen van de echo vindt overleg plaats tussen verwijzer en het centrum. De taak van de verwijzer omvat een nauwkeurige anamnese en lichamelijk onderzoek (NHG-standaard) teneinde te beslissen of een spoedverwijzing noodzakelijk is. Voor het stellen van een diagnose (miskraam of vitale zwangerschap) is verwijzing voor een transvaginale echoscopie noodzakelijk. (N.B. bij alarmsymptomen voor EUG spoedverwijzing rechtstreeks naar gynaecoloog).

Bij bijzonderheden wordt contact opgenomen met de verwijzer, die het verdere beleid zal bepalen.

Een echo ter geruststelling op verzoek van de zwangere kan te allen tijde op haar eigen kosten aangevraagd worden.

Nipt

Als de cliënt een nipt wil kan zij de verwijzing voor het lab direct na de termijn echo bij de Poort mee krijgen. De verloskundige zal het op de verwijsbrief voor de Poort aangeven als

mevr. een Nipt wil. De echoscopist selecteert in Peridos betreffende praktijk en zal bij het maken van de labaanvraag NIPT, de atermen datum in Peridos aanpassen. Ze print de verwijzing naar het lab uit en geeft het aan mevr. mee. Op dit formulier staat een code, die nodig is om online te kunnen betalen. Het lab controleert of de betaling plaats heeft gevonden.

Combinatietest

Na counseling door de verwijzer volgens het counselingprotocol waarbij op de verwijsbrief is aangegeven dat counseling heeft plaatsgevonden, kan de procedure als volgt plaatsvinden

- Het bloedonderzoek en de NT-meting dient op dezelfde dag uitgevoerd te worden en vinden plaats tussen 11 en 13+6 weken. (Bij voorkeur rondom 12 weken). De kansberekening zal bij het STAR laboratorium uitgevoerd worden.
- De verloskundige zal de cliënt aanmelden voor de CT in Peridos en voert de termijnecho gegevens daar in. Zij zal een verwijsbrief voor de bloedafname uitprinten en meegeven aan client.
- De echoscopist van de Poort vult de Nt meetgegevens & de bloedafname datum in en past indien nodig de atermen datum aan volgens het landelijk dateringsprotocol. De Poort stuurt dit samen met het bloed op naar het STAR lab.
- De uitslag van de combinatietest wordt geüpload in Peridos, zowel de biochemie uitslagen als kansberekening wordt getoond. De echoscopist op de Poort bekijkt de uitslag om het te kunnen opslaan in Astraia, let op: daarbij zal zij niets aangevinken in Peridos, zodat de verloskundige wel een notificatie krijgt dat er een uitslag is.
- Voor verdere info en hulp zie <http://www.peridos.nl/combinatietest/>

Indien de uitslag van een NT-meting $\geq 3,5$ mm is, is dit, indien gewenst, een indicatie voor directe verwijzing voor diagnostisch onderzoek. De verwijzende praktijk wordt hiervan op de hoogte gebracht en zal zorg dragen voor het counsellen voor een diagnostisch onderzoek (chorionvillibiopsie of amniocentese en een GUG II) en eventuele verwijzing naar een diagnostisch centrum.

Combinatietest bij tweelingzwangerschap

Het is ook mogelijk een combinatietest te doen bij tweelingzwangerschappen. In de voorlichting dient kort iets opgenomen te worden over het afgeven van een tweelingkans, namelijk: een kansbepaling bij tweelingen is mogelijk, deze bestaat uit een biochemische component en een NT component en levert in geval van een bichoriale gemelli zwangerschap een kansbepaling per foetus op. Is er sprake van een monochoriale gemellingszwangerschap dan wordt de kansberekening gemiddeld.

De voorspellende waarde is in het geval van tweelingzwangerschappen iets minder goed dan de voorspellende waarde van de combinatietest bij enkelvoudige zwangerschappen maar veel beter dan de screening op basis van alleen de leeftijd van de moeder.

In een recente studie van de FMF is gekeken naar de impact van een 'vanishing' twin op de maternale serum concentraties van PAPP-A en bhCG. Als er sprake is van een meetbare CRL dan blijkt de PAPP-A spiegel verhoogd. Omdat dit mogelijk leidt tot een onderschatting van de kans op downsyndroom is het advies om in de kansberekening alleen de nekplooiemeting mee te nemen.

2^e trimesterecho (14 t/m 27 weken)

Termijnbepaling

Vanaf 12+6 weken wordt geadviseerd de à terme datum te bepalen aan de hand van de DBP c.q. HC-meting in plaats van de CRL-meting.

Na 18 weken kan naast de HC ook de transversale diameter van het cerebellum (TCD) gebruikt worden voor de termijnbepaling.

Bij een late zwangerschapsdatering (na 18 weken) is het aan te bevelen de termijn te bepalen op basis van het gemiddelde van HC- en TCD-metingen van 2 echo's gedaan met een interval van 2 weken.

Bij de zwangerschapsdatering op basis van de HC en de TCD wordt gebruik gemaakt van de curven van Verburg.

Bloedverlies en/of negatieve harttonen

In geval van bloedverlies hangt het af van de mate van bloedverlies en de termijn van de zwangerschap of verwijzing naar het verloskundig centrum of een gynaecoloog geïndiceerd is.

Lokalisatie van de placenta vindt in principe plaats tijdens het SEO. Voor een nauwkeurig bepaling van de plaats van de placenta is een vaginale echo aan te bevelen.

Indien er sprake is van negatieve harttonen zal er naar gestreefd worden zo snel mogelijk een echo te realiseren.

Controle-echo ovaria

Indien in het 1^e trimester een transsone ruimte in een van de ovaria is gezien van ≥ 10 cm kan controle hiervan plaatsvinden vroeg in het tweede trimester.

SEO

Zie hiervoor het SEO protocol



coöperatie van verloskundigen
in Leiden en omgeving

VANUIT KRACHT GEBUNDELD



verloskundig centrum

3e trimesterecho (28 t/m 42 weken)

Placentalokalisatie

Controle placentalokalisatie is geïndiceerd als bij het SEO de placenta zich geheel of gedeeltelijk over het ostium internum bevindt. Op de uitslag wordt dit als zodanig aangegeven en een controle geadviseerd bij 34 weken. Rekening dient dan te worden gehouden met een vaginale echo. Zie voor beleid: protocol: "laagliggende placenta".

Controle verwijde pyela.

Er is sprake van een matige pyelectasie als bij het SEO pyela gemeten worden van 5 – 10 mm. Controle hiervan is geïndiceerd bij 30 – 32 weken. Indien de pyela ≤ 10 mm zijn is verdere vervolging niet nodig. Bij een verwijding van ≥ 10 mm is vervolgonderzoek geïndiceerd en wordt de verwijzer telefonisch op de hoogte gesteld.

Groei

Voor deze indicatie kan maximaal 2x een echo in de 1^e lijn worden aangevraagd. Indien meerdere groei echo's noodzakelijk worden geacht

- vraagt de verloskundige bij zorgverzekeraar i.v.m. VSV protocol** een 3^e echo aan, die in de Poort gemaakt wordt.
- of kan verwijzing naar de 2^e lijn geïndiceerd zijn.

Echoscopisch wordt het volgende gemeten;

- foetale parameters HC, AC en FL.
- Op het verslag wordt het EFW (gewicht geschat) vermeld).
- Maag en blaasvulling.
- Vruchtwater wordt alleen gemeten bij verdenking op een afwijkende hoeveelheid. De diepste pocket (<2 of >8 cm) wordt gemeten en tevens AFI vruchtwater (5-25 cm).
- Ligging en placenta worden standaard vermeld.

De zogenaamde '30 weken' bestaat niet. Dit is een groei echo op indicatie van de verloskundige.

** indien een indicatie bestaat voor meer dan 2 echo's neemt de verloskundige voorafgaand aan het maken van deze echo's voor akkoord contact op met de zorgverzekeraar van de verzekerde.

Negatieve discongruentie

Bij twijfel over voldoende groei gebaseerd op het standaard fysisch diagnostisch onderzoek
Regionaal protocol: Verwijsbeleid 1^e lijn naar VC de Poort

Maart 2018

vormt het echoscopisch meten van de foetale parameters HC, AC en FL een belangrijke aanvulling. Voor een eenduidige toepassing van de referentiecuren is gekozen voor de curven van Verburg volgens modelprotocol Foetale biometrie van de NVOG. Deze referentiecuren zijn gebaseerd op metingen verricht in een grote multiculturele Nederlandse 1^e lijns populatie, met een zekere zwangerschapsduur. Ze hebben bovendien als voordeel dat ze reeds normaalwaardes geven vanaf 10 weken zwangerschapsduur.

Bij een afwijkende biometrie ($\leq P5$) wordt de verwijzer telefonisch op de hoogte gesteld.

Positieve discongruentie

Strategieën welke verminderde morbiditeit voor macrosome kinderen beogen worden bemoeilijkt door de onnauwkeurigheid van foetale gewichtsschatting. Verschillende auteurs hebben laten zien dat de gemiddelde fout tussen het geschatte foetale gewicht en het geboortegewicht, onafhankelijk van de methode (echo of palpatie), rond de 10-20 % is. Een derde trimester echo heeft een sensitiviteit van 60 % voor de predictie van macrosomie (> 4500 gram). (NVOG)

Ligging

Bij twijfel over de ligging van de foetus bij uitwendig onderzoek gedaan ná 35 weken is een echoscopisch onderzoek geïndiceerd. Bij een afwijkende ligging zal in het bijzonder gekeken worden naar het soort ligging; (dwarsligging, volkomen stuitligging, onvolkomen stuitligging en half onvolkomen stuitligging), er wordt een biometrie (DBP, HC, AC en FL) gedaan en de hoeveelheid vruchtwater wordt gemeten d.m.v. AFI (normaal waarde bij 35 weken $\geq 6 \leq 24$) en, indien niet bekend, wordt de placenta gelokaliseerd.

De resultaten van bovenstaande echo's worden verwerkt in Astraia en de verwijzer wordt bij een afwijkende bevinding telefonisch op de hoogte gesteld.