
Regionaal Protocol

Vliezen breken bij multigravida bij 41+5 ter voorkoming van serotiniteit

Voorwaarden amniotomie bij 41+5 bij dreigende serotiniteit

- Multigravidae die graag thuis willen bevallen of met de eigen verloskundige poliklinisch.
- Eerdere ongecompliceerde vaginale bevalling (dus zonder medische interventie)
Note: Indien een vrouw wel tijdens een eerdere bevalling een medische Interventie heeft ondergaan maar toch volgens de 1e lijns verloskundige in aanmerking komt voor vliezen breken, dan eerst overleg met de gynaecoloog
- een goed ingedaald hoofd (cbibi of cv)
- centrale portio, half verstreken of verstreken, soepel
- minimaal 2 cm ontsluiting
- geen bekend GBS dragerschap

Protocol

- Bij multigravidae bij 41+5 die voldoen aan de voorwaarden de mogelijkheid van vliezen breken bespreken.
- Indien zij hiervoor kiest, om 9 uur de vliezen breken. Begeleiding door 1e lijns verloskundige, met minimaal elke drie uur controles, Hierbij de rectale temperatuur van de vrouw controleren, kleur vruchtwater, minstens 1 minuut cortonen luisteren en het verloop van de baring registreren.
- Als zij na 8 uur nog niet in partu is doorverwijzen naar de 2e lijn. Daar onmiddellijk doorleiden.
- Goede registratie m.b.v. onderstaand formulier.
- Beleid aanpassen als dit nodig blijkt te zijn uit nieuw onderzoek.

Note:

We hebben voor 41+5 weken gekozen omdat dit de dag is dat de zwangere al gezien zou worden voor de serotiniteitscontrole, deze vervalt dus voor de zwangere waarbij wij de vliezen breken!!

Note 2:

Voor praktijken die deelnemen aan de **indexstudie:**

- Bij cliënten die niet deelnemen aan de Index studie mogen de vliezen gebroken worden volgens het vliezenbreek protocol van LEO.
- Bij cliënten die deelnemen aan de studie en die in de afwachterende groep zitten mogen pas **bij 41+6 weken de vliezen gebroken worden.**

REGISTRATIE FORMULIER VLIEZEN BREKEN BIJ MULTIPARA AD 41+5

Naam	
Geboortedatum	
Graviditeit / Pariteit	
Aterme datum	
Eerdere partus	
Naam verloskundigenpraktijk	

De Bishop-score (gaarne omcirkelen)

Score	0	1	2	3
Ontsluiting	0 cm	1-2 cm	3-4 Cm	> 5cm
Verstrijking vd portio (percentages vd lengte)	0-30%	40-50%	60-70%	> 80%
Consistentie vd portio	Stug	Vrij week	Week	
Positie vd portio	Achter de bekkenas	In de bekkenas	Voor de bekkenas	
Indaling voorliggend deel	Hodge 1	Hodge 2	Hodge 3	Hodge 3-4

Bishop score	
Tijd van vliezen breken	
Kleur vruchtwater	
Verloop partus	
Apgar score	
Overname kinderarts?	
Indicatie overname 2 ^e lijn	
Verloop kraambed	
Opmerkingen	

Opsturen naar Yvonne Strengers via:

- y.strengers@xs4all.nl
- Vivre Praktijk voor verloskunde, Euromarkt 11, 2408 BA Alphen aan den Rijn.

ACHTERGROND INFORMATIE

In het verleden was er de afspraak met de maatschap van Gynaecologen in Leiderdorp dat de verloskundigen bij een dreigende serotiniteit bij een multigravida de vliezen mochten breken bij 41 +6. Indien meconiumhoudend vruchtwater, dan zou zij onmiddellijk ingestuurd worden, indien de volgende dag nog niet bevallen, dan zou zij ingestuurd worden voor inleiding. Ook in andere ziekenhuizen in de regio bestonden dergelijke afspraken. Meestal verschilde het beleid per gynaecoloog en werd er over elke zwangere overlegd.

Het ging hier enkel om multigravidae die eerder goed vaginaal (zonder medische interventie's) zijn bevallen en die graag thuis willen bevallen of met de eigen verloskundige poliklinisch. De voorwaarden waren:

- eerdere vaginale bevalling, zonder medische interventies
- een goed ingedaald hoofd (cbibi of cv)
- centrale portio, half verstreken of verstreken, soepel
- minimaal 2 cm ontsluiting
- geen bekend GBS dragerschap

Uitgezet op de Bishopscore is dit een score van minimaal 5.

Verschillende gynaecologen hadden moeite met dit beleid omdat er onderzoeken waren die aangaven dat alleen vliezen breken meer risico zou opleveren voor de barende en dat het beter is na het breken van de vliezen snel door te leiden indien de weeën dan niet spontaan op gang komen.

Vanuit de kring van verloskundigen is echter nog steeds de vraag aan de protocollen commissie om een protocol voor het breken van de vliezen bij multigravidae 41+5. Ook in de protocollen commissie waren er verschillende meningen vandaar de vraag dit nogmaals te bekijken.

Om de risico's te beter in te schatten hebben we de literatuur over dit onderwerp nogmaals bestudeerd. Het blijkt echter dat er niet veel onderzoek voor handen is. Bovendien is er geen onderzoek naar alleen multigravidae die eerder goed zijn bevallen, m.a.w. onze doelgroep. Ook is er geen onderzoek waarbij een vergelijking is gemaakt tussen alleen vliezen breken en inleiden, in alle gevallen werd er na 4 tot 6 uur meteen ingeleid. In één van de onderzoeken wordt aangegeven dat er mogelijk te snel is ingeleid (Bricker L, Luckas M., Amniotomy alone for induction of labour, oct 2000).

Hoewel 'chemisch' inleiden effectiever lijkt, kunnen er volgens de auteurs situaties zijn waarin vliezen breken alleen wenselijk is. Zo'n wenselijke situatie kan bijvoorbeeld een multigravidae zijn, die zo in de nog in de eerste lijn kan bevallen.

In alle reviews staat duidelijk dat verder onderzoek nodig is. Het is zeker nu te summier om te zeggen dat vliezen breken voor deze groep bewezen gevaarlijker is als meteen inleiden. Het is ook niet bewezen veiliger.

Er loopt momenteel een Nederlands onderzoek waarvoor amniotomie en 12 uur

Regionaal protocol: Vliezen breken bij multigravida ter voorkoming van serotiniteit – juli 2013

afwachtend beleid is vergeleken met standaard beleid. Dit onderzoek wordt binnenkort gepubliceerd, het is nu nog niet mogelijk de uitkomsten door te geven. Kort gezegd blijkt uit dit onderzoek dat vliezen breken effectief en veilig is. Met als aanbeveling 's morgens de vliezen te breken, minstens elke 3 uur controles door de verloskundige en na 8 uur in te sturen en onmiddellijk door te leiden.

Dit protocol is na 1 jaar geëvalueerd. Naar aanleiding van deze evaluatie gaan de samenwerkende ziekenhuizen akkoord dit protocol met 1 jaar te verlengen (tot augustus 2013). Na dit jaar zal opnieuw een evaluatie plaatsvinden.

Reviews

Cochrane reviews

- Amniotomy alone for induction of labour. Bricker L, Luckas M. *Cochrane Database of Systematic reviews 2007, Issue 1. Art. No.:CD002862.*
- Amniotomy plus intravenous oxytocin for induction of labour. Howarth G, Botha DJ. *Cochrane Database of Systematic reviews 2001, Issue 3. Art. No.: CD003250.*
- Outpatient versus inpatient induction of labour for improving birth outcomes. Kelly AJ, Alferivic Z, Dowswell T. *Cochrane Database of Systematic reviews 2009;(2):CD007372*

Medline

- A randomised controlled trial of amniotomy and immediate oxytocin infusion versus amniotomy and delayed oxytocin infusion for induction of labour at term. Selo-Ojeme DO, Pisal P, Lawal O, Rogers C, Sinha S. *Arch. Gynecol Obstet 2008 Oct 28.*