
Regionaal Protocol

Preventie spontane vroeggeboorte

Achtergrond

Vroeggeboorte is gedefinieerd als geboorte <37 weken (1). In Nederland bevalt 7,7% van de zwangeren <37 weken, wat neerkomt op ongeveer 13.000 kinderen per jaar. Ongeveer 1,4% bevalt <32 weken (2). Wereldwijd gezien varieert de incidentie van prematuriteit tussen de 5 en 18% (3). Prematuriteit is de belangrijkste oorzaak van perinatale en neonatale mortaliteit en morbiditeit (1).

Etiologie

In ongeveer 2/3 van de vroeggeboortes is er sprake van een spontane vroeggeboorte. In de overige gevallen is er sprake van iatrogene vroeggeboorte, bijvoorbeeld vanwege pre-eclampsie of foetale groeivertraging (1). Spontane vroeggeboorte is een multifactoriële aandoening, gerelateerd aan afwijkingen van de baarmoeder/cervix (DES expositie, cervixinsufficiëntie, uterus anomalieën, (pre-) maligne afwijkingen van de cervix, behandelingen van de cervix), sterke uitzetting van de baarmoeder (polyhydramnion, meerling), infecties (bacteriële vaginose, prematuur breken van de vliezen), (multipole) congenitale afwijkingen van de foetus en mogelijk metabole of genetische afwijkingen (4). Een vroeggeboorte in de anamnese is de belangrijkste risicofactor. Tevens geven factoren als roken (5,6), laag of juist hoog BMI (7), lage SES, sociale problematiek (8), kort zwangerschapsinterval en curettage een verhoogd risico (9).

Herhalingsrisico

Het herhalingsrisico op een vroeggeboorte bij een vroeggeboorte van een eenling in de voorgeschiedenis is 20%, vergeleken met een risico van 4% bij vrouwen zonder vroeggeboorte in de voorgeschiedenis. De kans op herhaalde vroeggeboorte is geassocieerd met de termijn van de eerste vroeggeboorte. Hoe lager de zwangerschapsduur van de vroeggeboorte, hoe hoger de kans op een herhaling (10).

Beleid

Bij vrouwen met vroeggeboorte <34 weken i.a.:

1. Tenminste 6 maanden wachten met nieuwe zwangerschap na spontane vroeggeboorte.
2. Controles 2^e lijn.
3. Vaginakweek bij AD 12 wk voor bacteriële vaginose. Indien positief: R/ clindamycine 300 mg 2dd oraal 5 dagen of 2000 mg metronidazol oraal eenmalig.

4. Counselen voor preventieve behandeling (progesteron, pessarium, cerclage) en lopend wetenschappelijke studies indien van toepassing, afhankelijk van ziekenhuis.
5. Cervixlengtemetingen bij 16-18-20-22-24 weken.
 - a. Indien >25 mm: expectatief beleid, bij geen verdere risicofactoren: retour 1^e lijn en/of combicontroles.

Bij vrouwen met vroeggeboorte 34-37 weken i.a.:

1. Tenminste 6 maanden wachten met nieuwe zwangerschap na spontane vroeggeboorte.
2. Controles 1^e lijn.
3. Consult 2^e lijn vóór AD 16 weken voor counseling progesteron. Progesteron kan worden voorgeschreven van 16-36 weken.
4. Indien lopende studies m.b.t. vroeggeboorte: consult 2^e lijn voor counseling.

Vrouwen met lisexcisie i.a.:

1. Eenmalige lisexcisie: controles 1^e lijn.
2. Conisatie i.a. of herhaalde lisexcisie i.a.: controles 2^e lijn.
 - a. Indien >25 mm: expectatief beleid, bij geen verdere risicofactoren: retour 1^e lijn en/of combicontroles.
3. Cervixlengte meting bij SEO in 1^e lijn (wordt in de toekomst mogelijk bij de Poort; tot die tijd consult 2^e lijn).
4. Indien ≤25 mm bij cervixlengte meting: overname 2^e lijn en counselen voor progesteron.
5. Indien cliënt na een lisexcisie a terme bevallen is heeft zij bij een volgende zwangerschap niet opnieuw indicatie voor een cervixlengte meting bij 20 weken.

Bronnen

1. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 2008; 371: 75–84.
2. Perinatale Registratie Nederland, Grote Lijnen 1999-2012. 2014
3. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*. 2012 Jun 9;379(9832):2162-72.
4. Romero R, Dey SK, Fisher SJ. Preterm labor: one syndrome, many causes. *Science*. 2014 Aug 15;345(6198):760-5
5. McCowan LM, Dekker GA, Chan E, et al. Spontaneous preterm birth and small for gestational age infants in women who stop smoking early in pregnancy: prospective cohort study. *Bmj*. 2009;338:b1081.
6. Been JV, Nurmatov UB, Cox B, Nawrot TS, van Schayck CP, Sheikh A. Effect of smoke-free legislation on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2014;383(9928):1549-1560.
7. Lynch AM, Hart JE, Agwu OC, Fisher BM, West NA, Gibbs RS. Association of extremes of prepregnancy BMI with the clinical presentations of preterm birth. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2014;210(5):428.e421-429.
8. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. *Jama*. 2006;295(15):1809-1823.
9. LK Smith, ES Draper, BN Manktelow, JS Dorling, DJ Field. Socioeconomic inequalities in very preterm birth rates. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 92 (2007), pp. F11–F14.
10. B.M. Kazemier, P.E. Buijs, L. Mignini, J. Limpens, C.J. de Groot, B.W. Mol, et al. Impact of obstetric history on the risk of spontaneous preterm birth in singleton and multiple pregnancies: a systematic review. *BJOG*, 121 (2014), pp. 1197-1208