
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.

1^e trimesterecho (8 t/m 12 weken)

Vitaliteitsecho (8-9 weken)

De vitaliteitsecho is een *specifieke diagnose echo*.

Deze vindt plaats rond de 8^e week van de zwangerschap, het liefst voor de 8+5 wk zodat deze niet in de termijn echo periode valt. Er is een verwijzing van de verloskundige nodig. De vitaliteitsecho kan maximaal 1 x per zwangerschap worden aangevraagd.

Bij een vitaliteitsecho indicatie is het daarom van belang nauwkeurig de cyclus anamnese uit te vragen en zeker ook bij een onduidelijke anamnese te tellen vanaf de 1^e pos zwangerschapstest. Hierdoor kan je mogelijk voorkomen dat de zwangere te vroeg komt en er nog geen hartactie te zien is. Geen hartactie of onduidelijke zwangerschapsduur bij een vitaliteitsecho, kan leiden tot ongerustheid en daardoor vaak meerdere niet-declarabele echo's.

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.
Het is geen termijn bepaling, dus er worden geen uitspraken gedaan over zwangerschapsduur, anders dan 'de zwangerschap is ongeveer of tussen de...en...weken'.
De crl meting wordt wel gemeten en verzonden in het verslag.

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 (of doptone) binnen een week voorafgaand aan de bloedafname NIPT wel vereist.

Termijnecho

De termijn echo wordt bij 10 wk gemaakt. Bij aanmelding bij de verloskundige wordt de client erop gewezen dat ze digitaal een kunnen 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 66 mm (12+6 wk). Volgens de curven van Robinson en Fleming voor de 11 wk en na 11 wk wordt de curve van Verburg toegepast.
- 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 (66 mm)
- Indien tussen 10+0 wk en 12+6 wk (CRL tussen 33 en 66 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).
- Spontane meerlingen worden gedateerd op de grootste CRL.
- Bij een HC >80 en/of DBP >23 mm wordt termijn bepaald op basis van de HC.
- Vanaf 18 weken kan de zwangerschap ook gedateerd worden op basis van de TCD; Indien na 18 weken de datering op basis van de HC blijkt te verschillen van datering op basis van TCD, dan gebruikt men gemiddelde zwangerschapsduur gegenereerd door beide metingen. Bovendien wordt in dat geval geadviseerd om de datering 2 weken later te herhalen.

- 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").

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. Conform de ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in twinpregnancy; 2016 de datering van een meerling zwangerschap is geadviseerd op basis van de grootste CRL(27). Het idee hierachter is, dat bij het gebruik van de kleinste of de gemiddelde CRL, ten onrechte het idee kan ontstaan dat de kleinste foetus goed groeit, waarmee een potentiële groeivertraging niet op tijd wordt opgemerkt. Bij datering > 13 weken wordt gebruik gemaakt van de grootste HC.

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. De afspraak kan online ingepland worden bij "Poortpret".

Onverwachte verdikte NT bij een termijnecho

Indien bij een termijnecho een verdikte NT-meting $\geq 3,5$ mm (=echoafwijking) gevonden wordt, is dit een indicatie voor directe verwijzing voor diagnostisch onderzoek. De verwijzende praktijk wordt hiervan op de hoogte gebracht en zal zorg dragen voor een verwijzing naar een diagnostisch centrum.

Nipt

De verloskundige zal op de termijnecho verwijzing voor de Poort aangeven als mevr. een Nipt wil. Zij geeft de zwangere een uitgeprint labformulier mee nadat mevr. is aangemeld in Peridos. De echoscopist zal na de termijnbepaling in Peridos de atermen datum zo nodig aanpassen en een nieuw lab formulier uitprinten en meegegeven. Op het labformulier staat een code, die nodig is om online te kunnen betalen. Het lab controleert of de betaling plaats heeft gevonden.

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

Late termijnbepaling

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.

Vanaf 18 weken kan de zwangerschap ook gedateerd worden op basis van de TCD; Indien na 18 weken de datering op basis van de HC blijkt te verschillen van datering op basis van TCD, dan gebruikt men gemiddelde zwangerschapsduur gegenereerd door beide metingen. Bovendien wordt in dat geval geadviseerd om de datering 2 weken later te herhalen.

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 transsonne ruimte/heldere cyste in één van de ovaria is gezien (van >5-10 cm) kan tot 15 wk controle hiervan plaats vinden in de 1^e lijn. Indien na 15 wk de cyste nog ≥ 5 cm is, zal een consult in de 2^e lijn plaats vinden en follow up volgens advies van de 2^e lijn. Zie protocol echobevinding cyste de Poort.

ETSEO en TTSEO

Zie hiervoor het ETSEO en TTSEO protocol op de RIVM website.

3e trimesterecho (28 t/m 42 weken)

Placentalokalisatie

Controle placentalokalisatie is geïndiceerd als bij het SEO de placenta zich binnen 2 cm van het ostium internum bevindt. Op de uitslag wordt dit als zodanig aangegeven en een controle geadviseerd bij 32 weken. Rekening dient dan te worden gehouden met een vaginale echo. Deze wordt bij 32 wk standaard vaginaal gedaan inclusief kleurendoppler onderzoek, omdat juist bij de optrekkende laagliggende placenta sprake kan zijn van een vasa previa. Indien de echoscopist geen ervaring heeft met kleurendoppler dan wordt de zwangere verwezen naar de 2/3^e lijn.

Controle verwijde pyela

Er is sprake van een matige pyelectasie als bij het SEO pyela gemeten worden van ≥ 7 mm. Controle hiervan is geïndiceerd bij 32 weken. Indien dan de pyela ≤ 10 mm zijn is verdere opvolging niet nodig. Bij een verwijding van ≥ 10 mm is vervolgonderzoek geïndiceerd en wordt de verwijzer hiervan 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;

Voor het verwijfsbeleid groeiecho's in de 2^e lijn raadpleeg het protocol 'foetale biometrie'.

Daarnaast zijn er regionaal afgesproken gemaakt voor een afbuigende groei tov de TT-SEO;

- a. Wanneer een afbuigende groei van > 20 en <50 percentielen t.o.v. de TT-SEO of de AC en/of EFW is groter dan p10 : advies echo biometrie in de eerste lijn herhalen na 2 weken en verwijzen bij verdere afbuiging of bijkomende factoren.
- b. Wanneer een afbuigende groei van > 50 percentielen t.o.v. de TT-SEO wordt vastgesteld of de AC en/of EFW is kleiner dan p10: advies verwijzen voor analyse FGR in de 2^e lijn.

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 >10 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 vormt het echoscopisch meten van de foetale parameters HC, AC en FL een belangrijke aanvulling.

Bij een afwijkende biometrie wordt de verwijzer telefonisch op de hoogte gesteld.

Hierbij wordt het protocol Foetale Groeirestrictie van de NVOG gehanteerd.

- Echoscopisch geschat kindsgewicht (EFW) onder de p10;
- Echoscopische buikomvang (AC) onder de p10;
- Afbuigende groei: een afbuiging van minimaal 20 percentielen (bijv. van p70 naar p50 met een minimum interval van 2 weken) (van AC en/of EFW)
- Verwijzing voor GUO2 bij FGR onder de 32 wk

Positieve discrepantie

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 en DP en indien niet bekend, wordt de placenta gelokaliseerd. De verwijzer wordt bij een afwijkende bevinding telefonisch op de hoogte gesteld.

Kennisbronnen:

NVOG protocol 'Datering van de zwangerschap' versie 2,0

NVOG protocol 'Foetale biometrie'