

Regionaal Protocol Verwijsbeleid 1e lijn naar VC De Poort

Uitgangspunt

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

1e trimesterecho (8 t/m 12 weken)

Vitaliteitsecho

De vitaliteitsecho is een specifieke diagnose echo.

Deze vindt plaats rond tussen 8 en 9 weken van de zwangerschap, het liefst vóór 8+4 weken, zodat deze niet in de periode van de termijnecho valt. Er is een verwijzing van de verloskundige nodig. De vitaliteitsecho kan maximaal eenmaal per zwangerschap worden aangevraagd.

Bij een vitaliteitsecho-indicatie is het daarom van belang nauwkeurig de cyclusanamnese uit te vragen en, zeker bij een onduidelijke anamnese, te tellen vanaf de eerste positieve zwangerschapstest. Hierdoor kan worden voorkomen dat de zwangere te vroeg komt en er nog geen hartactie is te zien. Geen hartactie of onduidelijke zwangerschapsduur bij een vitaliteitsecho kan leiden tot ongerustheid en 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 kan abdominaal of vaginaal worden verricht. Voorkeur heeft een vaginale echo vanwege de beduidend betere beeldvorming. De echoscopist zal hierop aansturen, daarbij rekening houdend met de wensen en bezwaren van de zwangere. Het is geen termijnbepaling, dus een uitspraak over de duur van de zwangerschap kan niet precies worden gedaan. De CRL-meting wordt wel gemeten en verzonden in het echoverslag.

T.a.v. de NIPT

Aangezien de NIPT vanaf 10 weken kan worden gedaan, kan het voorkomen dat de zwangere vóór 10 weken voor een termijnecho komt. Vóór 10 weken wordt een termijn bepaald op basis van een vaginale echo, behalve als de beeldvorming inwendig slechter is dan uitwendig door bijvoorbeeld de ligging van het kind.

Termijnecho

De termijnecho wordt gedaan tussen 10 en 11 weken zwangerschap. 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 eenmaal in rekening worden gebracht.

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 van 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").

- In geval van termijndiscussie is termijnbepaling mogelijk bij CRL tussen 20 mm (8+4 wk) en 66 mm (12+6 wk). Vóór 11 weken volgens de curven van Robinson en Fleming, 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) twee 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).

Zie ook protocol "[datering van de zwangerschap NVOG](#)" op de website van de KNOV.

Tweelingzwangerschappen

Conform het beleid bij éénlingzwangerschappen wordt er bij een tweelingzwangerschap na geassisteerde voortplanting voor zwangerschapsdatering gebruikt gemaakt van de datum van OPU of IUI. In alle andere gevallen wordt de datering gebaseerd op de hierboven genoemde echoscopische metingen. De ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in twinpregnancy; 2016 de datering van een meerlingzwangerschap, adviseert de grootste CRL van beide foetus te nemen. 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. NB 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 worden ingepland bij "PoortPret".

Onverwachte verdikte NT bij een termijnecho

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

NIPT

Vanaf 10 wk zwangerschap kunnen de zwangere komen voor de NIPT afname bij VC de Poort in Leiden. De verloskundige stuurt de zwanger na aanmelding in Periodos een mail met de vereiste Peridos bar code. Deze heeft VC De poort nodig om bloed af te kunnen afnemen. Daarnaast zorgt de verloskundige dat de atermen datum van mevr in Peridos aangepast is vóór de bloedafname. De

echoscopisten passen de datum ipc niet aan, behalve incidenteel bij problemen in de logistiek.
Overige info over de nipt zie [RIVM website](#)

2e 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 de 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 twee 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 VC De Poort of een gynaecoloog geïndiceerd is.

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

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

Controle-echo ovaria

Indien in het eerste trimester per toeval een transsonne heldere cyste in een van de ovaria gezien wordt van >5-10 cm zal deze tot 15 weken gecontroleerd worden in de eerste lijn. Indien na 15 weken de cyste niet geslonken is en/of ≥ 5 cm, is een consult in de tweede lijn geïndiceerd en follow-up volgens advies van de tweede lijn. Zie '[Werkafpraak \(toevals\)bevinding ovariële cyste in de zwangerschapechobevinding](#)'.

ETSEO en TTSEO

Zie hiervoor de website prenatale screening van het RIVM [link](#)

Placentalokalisatie

Controle van de placentalokalisatie is geïndiceerd als bij het TTSEO de placenta zich anterior binnen 5 mm cm en posterior binnen 2 cm van het ostium bevindt. Op de uitslag wordt dit als zodanig aangegeven en een controle geadviseerd bij 32 weken. Rekening dient te worden gehouden met een vaginale echo. Deze wordt bij 32 weken standaard vaginaal gedaan inclusief een kleurendoppleronderzoek, omdat juist bij een optrekkende laagliggende placenta sprake kan zijn van een vasa praevia. Indien de echoscopist geen ervaring heeft met gebruik van kleurendoppler, wordt de zwangere verwezen naar de tweede of derde lijn. Bij een sectio in de anamnese en een placenta

anterior binnen 2 cm van het ostium is een verwijzing naar de 2e lijn nodig voor het uitsluiten van een abnormale adhesieve placenta. Voor het gehele placenta localisatie en navelstrenginsertie beleid zie de '[Leidraad obstetrische parameters](#)'.

Regionale afspraak bij revisie placenta bij 32 wk:

In het landelijke protocol is een laagliggende placenta bij 32w < 2 cm van het ostium internum vaginaal gemeten een overname. In onze regio is een laagliggende placenta bij 32 wk vaginaal gemeten bij > 1 cm van ost internum en de zwangere heeft geen bloedverlies een plaatsindicatie tijdens de bevalling. Is de placenta < of gelijk aan 1 cm van het ostium internum dan is het wel een verwijzing en overname door de 2e lijn.

3e trimesterecho (28 t/m 42 weken)

Controle verwijde pyela

Er is sprake van een matige pyelectasie als bij het TTSEO 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 tweemaal een echo in de eerste lijn worden aangevraagd.

Indien meerdere groeiecho's noodzakelijk worden geacht:

- Bij een indicatie voor een 3^e groeiecho in de 1^e lijn, vraagt de verloskundige dit bij de zorgverzekeraar van de zwanger aan*.
- In de tweede lijn geïndiceerd, zie verwijsbeleid groeiecho's protocol '[foetale biometrie](#)'. Het protocol bevat o.a. ook de regionaal afspraken zoals bij een afbuigende groei t.o.v. de TTSEO;
 - Wanneer een afbuigende groei van >20 en <50 percentielen t.o.v. de TTSEO of de AC en/of EFW is groter dan p10: advies echo biometrie in de eerste lijn herhalen na twee weken en verwijzen bij verdere afbuiging of bijkomende factoren.
 - 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 2e lijn.
 - Consult 2e lijn voor analyse FGR indien afbuiging EFW en/of AC ≥ 20 percentielen tussen 2 groeiecho's.

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

Echoscopisch wordt het volgende gemeten:

- Foetale parameters HC, AC en FL;
- Op het verslag wordt het EFW (gewicht geschat) vermeld;

Regionaal protocol: Verwijsbeleid 1^e lijn naar VC de Poort
okt-2024

- 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.

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 p10;
- Echoscopische buikomvang (AC) onder p10;
- Afbuigende groei: een afbuiging van minimaal 20 percentielen (bijv. van p70 naar p50 met een minimum interval van twee weken) (van AC en/of EFW) ;
- CAVE: zie ook regionale afspraak bij bovenstaand hoofdstuk groei
- Verwijzing voor GUO2 bij FGR onder 32 weken

Positieve discongruentie

Strategieën welke verminderde morbiditeit voor macrosomie 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 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'
- NVOG-protocol 'Foetale Groeirestrictie'
- LEO protocol 'Werkafpraak (toevals)bevinding ovariële cyste in de zwangerschap'
- NVOG 'Leidraad obstetrische parameters' versie 1.0 1 juni 2023
- NVOG 'Leidraad 2e trimester SEO' versie 3.1 1 juni 2023