

Counselingshandvatten Oudere zwangere

Doelgroep, moment en aandachtspunten

Dit document is bedoeld voor zorgverleners die handvatten willen voor de counseling voor inleiden tussen 39 en 40 weken of afwachten bij vrouwen van 40 jaar of ouder.

Indien de zorgverlener dit onderwerp wil aansnijden, is het aanbevolen dit onderwerp rond 16 weken te bespreken.

Dit document bevat met name cijfers. In het counselingsgesprek moet aandacht zijn voor de gevoelens van de zwangere en haar partner (angst, onzekerheid, vertrouwen in haar lichaam, risicoperceptie, etc.). Het is belangrijk om te bespreken wat de cijfers voor háár betekenen. De cijfers zijn gebaseerd op recent onderzoek met Perined-data van 2012-2016 (1).

Incidentie

- de absolute incidentie op antepartum en intrapartum sterfte (IUVD) is laag
- de incidentie van IUVD stijgt ≥ 40 jaar
- de incidentie van IUVD stijgt ≥ 40 weken.

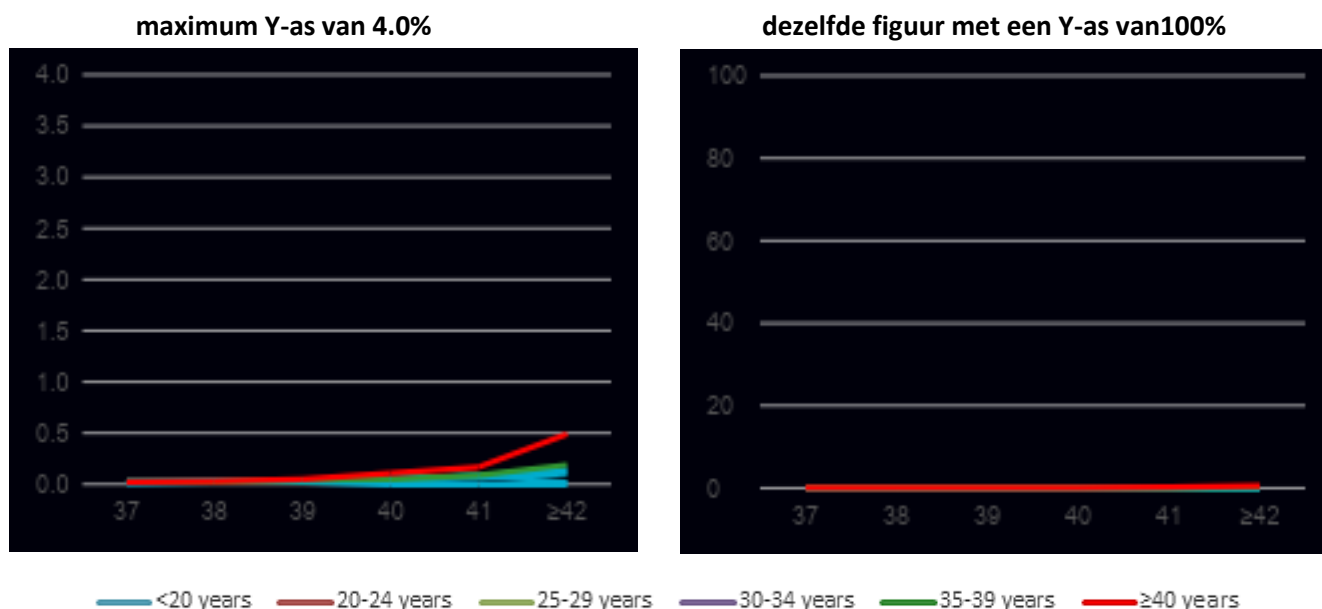
De incidentie van IUVD ≥ 37 weken in een populatie zonder risicofactoren:

Maternale leeftijd	Totaal			Nulliparae		Multiparae P1		Multiparae ≥ 2	
	Totaal, n	n	%	n	%	n	%	n	%
	631.437	690	0,11	330	0,12	198	0,08	162	0,13
<20 jaar	6.494	4	0,06	4	0,07	0	0,00	0	0,00
20-24 jaar	59.286	58	0,10	39	0,09	14	0,09	5	0,16
25-29 jaar	195.157	199	0,10	121	0,12	50	0,07	28	0,12
30-34 jaar	242.714	259	0,11	106	0,12	90	0,09	63	0,12
35-39 jaar	108.555	133	0,12	44	0,16	38	0,08	51	0,14
≥ 40 jaar	19.231	37	0,19	16	0,33	6	0,09	15	0,19

De incidentie van IUVD naar zwangerschapsduur:

	Zwangerschapsduur											
	37+0-37+6		38+0-38+6		39+0-39+6		40+0-40+6		41+0-42+6		$\geq 42+0$	
Totaal	631.437		597.282		510.318		341.360		134.270		10.566	
IUVD's	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	105	0,02	137	0,02	166	0,03	161	0,05	107	0,08	12	0,11
Mat. leeftijd												
<20 jaar	1	0,02	2	0,03	1	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00
20-24 jaar	12	0,02	9	0,02	14	0,03	15	0,05	7	0,06	1	0,11
25-29 jaar	26	0,01	42	0,02	45	0,03	50	0,05	32	0,08	4	0,14
30-34 jaar	38	0,02	57	0,02	66	0,03	57	0,04	40	0,08	1	0,02
35-39 jaar	24	0,02	21	0,02	33	0,04	28	0,05	21	0,09	4	0,19
≥ 40 jaar	4	0,02	6	0,03	7	0,05	11	0,11	7	0,17	2	0,49

Onderstaande figuur kan gebruikt worden om de incidentie van IUVD visueel te maken (gebaseerd op bovenstaande tabel): de incidentie van IUVD (Y-as) naar zwangerschapsduur (X-as):



Kernpunten in de counseling:

- IUVD is zeldzaam
- Primiparae ≥ 40 jaar hebben een groter risico op een IUVD dan multiparae ≥ 40 jaar (0,33% vs 0,09%)
- Multipara ≥ 40 jaar hebben een lager risico op een IUVD dan primipara < 35 jaar)
- Om de kans op een IUVD te verlagen heeft een zwangere ≥ 40 jaar een keuze om ingeleid te worden op basis van haar leeftijd vanaf AD 39 weken
- Omdat een IUVD zeldzaam is, dient er een groot aantal zwangeren ≥ 40 jaar ingeleid te worden om één IUVD in deze groep te voorkomen (NNT 550)

Nadelen van inleiding

- geen spontane start van de baring, waardoor geen begeleiding door eigen verloskundige en geen keuze voor plaats bevalling
- minder mogelijkheden om zelf de baringshouding te kiezen (2), meer beperkingen in bewegingsvrijheid als gevolg van infuus en CTG-bewaking
- vaker langere duur van de totale baring (zeker in de perceptie van de zwangere en haar partner) en langere ziekenhuisopname (3)
- meer vrouwen hebben een negatieve bevalervaring (2, 4)
- meer kans op interventies, waarvan eenduidig in de literatuur: vaginale touchers (4) en behoefte aan medicamenteuze pijnbestrijding (2)
- risico op hyperstimulatie van de uterus (5)
- hoger risico op een fluxus postpartum (6)
- mogelijke nadelige effecten van synthetische oxytocine (7-10) (meer onderzoek hiernaar is nog nodig)

Bronnen

1. Seijmonsbergen-Schermer AE, Peters LL, Bekker M, Prins M, Stapert M, De Jonge A. Is routine offering induction for advanced maternal age alone really justified? Not yet published article. 2019.
2. Hildingsson I, Karlstrom A, Nystedt A. Women's experiences of induction of labour--findings from a Swedish regional study. The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology. 2011;51(2):151-7.
3. Daskalakis G, Zacharakis D, Simou M, Pappa P, Detorakis S, Mesogitis S, et al. Induction of labor versus expectant management for pregnancies beyond 41 weeks. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet. 2014;27(2):173-6.
4. Shetty A, Burt R, Rice P, Templeton A. Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour--a questionnaire-based study. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. 2005;123(1):56-61.
5. Budden A, Chen LJ, Henry A. High-dose versus low-dose oxytocin infusion regimens for induction of labour at term. The Cochrane database of systematic reviews. 2014(10):CD009701.
6. Belghiti J, Kayem G, Dupont C, Rudigoz RC, Bouvier-Colle MH, Deneux-Tharaux C. Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study. BMJ Open. 2011;1(2):e000514.
7. Kenkel WM, Yee JR, Carter CS. Is oxytocin a maternal-foetal signalling molecule at birth? Implications for development. Journal of neuroendocrinology. 2014;26(10):739-49.
8. Peters LL, Thornton C, de Jonge A, Khashan A, Tracy M, Downe S, et al. The effect of medical and operative birth interventions on child health outcomes in the first 28 days and up to 5 years of age: A linked data population-based cohort study. Birth. 2018.
9. Bell AF, Erickson EN, Carter CS. Beyond labor: the role of natural and synthetic oxytocin in the transition to motherhood. Journal of midwifery & women's health. 2014;59(1):35-42: quiz 108.
10. Kroll-Desrosiers AR, Nephew BC, Babb JA, Guilarte-Walker Y, Moore Simas TA, Deligiannidis KM. Association of peripartum synthetic oxytocin administration and depressive and anxiety disorders within the first postpartum year. Depression and anxiety. 2017;34(2):137-46.