

---

## Regionaal protocol

# Naderende serotiniteit

---

### Achtergrond

Serotiniteit of post terme zwangerschap is gedefinieerd door WHO en FIGO als een zwangerschapsduur  $\geq 42$  weken (294 dagen) en wordt geassocieerd met een verhoogd risico op perinatale sterfte en morbiditeit, inclusief foetale sterfte.

In 2019 had 74,1% van de zwangere een spontane start van de baring. Van deze groep was 82,1% van alle zwangere bevallen voor de 41 weken en 98,8% voor de 42 weken. Bij een afwachtend beleid is er 74% kans dat de bevalling spontaan op gang komt tussen 41 en 42 weken (Perined, 2019).

Uit zowel de randomised controlles trial (RCT) van de INDEX (Keulen, 2019) als de SWEPIIS-studie (Wennerholm, 2019) blijkt dat inleiden bij 41 weken vergeleken met afwachten tot 42 weken geassocieerd is met minder perinatale sterfte (afwachten: 0,2% vs inleiden: 0,1%) en minder NICU opnames (afwachten: 4.1% vs inleiden: 2.8%).

In 2022 werd er aanvullend op de RCT van de INDEX-studie een cohort onderzoek gedaan onder laag risico zwangeren die in aanmerking kwamen voor zowel inleiden als afwachten bij de RCT van de INDEX-studie, maar niet gerandomiseerd wilde worden (zij kozen dus zelf voor inleiden of afwachten i.p.v. dat zij at random in een groep werden ingedeeld). Doel: perinatale, maternale en geboorte-uitkomsten van inleiden bij 41 weken en afwachten tot 42 weken in de dagelijkse praktijk inzichtelijk te maken. Hier werd gevonden dat:

- Bij nulliparae kwamen in beide groepen ongunstige perinatale uitkomsten significant **meer** voor dan bij multiparae.
- **Geen** significant verschil in ongunstige perinatale uitkomsten tussen inleiden of afwachten bij zowel nulliparae als de multiparae.
- Bij nulliparae was het percentage keizersnedes **hoger** in de inleidgroep dan in de afwachtgroep, bij multiparae was er geen significant verschil in het aantal keizersnedes.

Inleiden vermindert dus het risico op perinatale sterfte (licht), maar neemt het risico niet weg. Er moet dus een bredere afweging van voor- en nadelen door de cliënt worden gemaakt waarbij dit protocol ondersteuning biedt.

## Counseling

### Moment van counseling

Er wordt door de verloskundige ingeschat bij welke termijn counseling omtrent (naderende) serotiniteit passend is voor de individuele zwangere. Meestal zal dit rond AD 39-40 weken zijn.

### Counseling middels BRAINS methode

Er zijn drie beleidsopties voor laag risico zwangeren:

Het afwachten van een spontane bevalling tot 41 weken zwangerschap, tot 42 weken zwangerschap of tot langer dan 42 weken zwangerschap. De zwangere vrouw kiest zelf welke optie ze preferereert. Dit kan ook een tussenoplossing zijn, zoals afwachten tot 41+3 weken.

#### B: Beweegredenen

##### **Wat zijn de voordelen van inleiden bij 41 weken zwangerschap?**

- Inleiden bij een zwangerschapsduur van 41 weken verkleint het risico op perinatale sterfte.
- Het absolute risico op sterfte is 3 per 1000 (0,3%).
- Bij inleiden is er minder kans dat de baby opgenomen moet worden in het ziekenhuis na de bevalling: afwachten: 41 per 1000 (4,1%), versus inleiden: 28 per 1000 (2,8%). Dit effect is mogelijk groter bij vrouwen die zwanger zijn van hun eerste kind in vergelijking met vrouwen die eerder zijn bevallen. Die kinderen moeten vaker opgenomen worden.

##### **Wat zijn de voordelen van afwachten tot 42 weken zwangerschap?**

- Bij afwachtend beleid worden er waarschijnlijk minder medische ingrepen uitgevoerd en is er vrije keuze voor de plaats van bevalling (indien van toepassing).
- Bij afwachtend beleid is de kans 74 tot 77 per 100 (74 tot 77%) dat de bevalling spontaan op gang komt tussen 41 en 42 weken zwangerschap.

##### **Geen significant verschil tussen inleiden vergeleken met afwachten in aantal:**

- keizersnedes;
- vaginale kunstverlossingen;
- neonatale infecties;
- bloedverlies postpartum;
- schouderdystocie;
- rupturen;
- Apgar score < 7 na 5 minuten.

Er werd wel een significante toename van gebruik van pijnstilling gezien bij de groep

Regionaal protocol: beleid zwangerschap 41 weken

die werd ingeleid, echter is dit geen klinisch relevant verschil.

#### R: Risico's

##### **Welke risico's / nadelen zijn er bekend van inleiden?**

- Langere duur van bevalling
  - De bevalling komt niet spontaan op gang, maar wordt kunstmatig met medicijnen of mechanische middelen op gang gebracht. Hierdoor duurt een inleiding soms langer.
- Failed induction
  - Zowel bij inleiden als bij afwachten (tussen 41 en 42 weken) lukt in circa 11 per 100 (11%) een vaginale baring niet: nullipara 18 per 100 (18%), multipara 2 per 100 (2%).
- Medische partus
  - De bevalling vindt altijd in het ziekenhuis plaats indien AROM in de eerste lijn niet mogelijk is. Verschillen met een bevalling in de eerste lijn zijn medische ingrepen als CTG-bewaking, meestal een infuus, meer dienstwisselingen en verschillende zorgverleners waardoor minder continuïteit van zorg en daardoor o.a. meer variatie in begeleiding en beleidsopties.
- Lange termijn effecten
  - Er is geen onderzoek gedaan naar de effecten van inleiding bij 41 weken op de lange termijn, zoals de effecten op de gezondheid van kinderen, maternale psyche en borstvoeding.

##### **Welke risico's / nadelen zijn er bekend van afwachten?**

- Bij afwachtend beleid wordt er individueel afgestemd hoe vaak er een controle plaatsvindt tot 42 weken zwangerschap. Tot op heden is het niet duidelijk of extra controles met CTG en/of echoscopisch onderzoek slechte uitkomsten kunnen voorspellen.

#### A: Alternatieven

- Strippen: hierdoor neemt de kans op een spontane start van de baring met 18% toe. Er kan overwogen worden dit voor 41 weken al aan te bieden na bespreken van de procedure en de voor- en nadelen.
- AROM in de eerste lijn: hierdoor is er meer kans op een eerstelijns bevalling met minder medische ingrepen.
- Afwachten tot na 42 weken:
  - Inleiden bij een zwangerschapsduur van 42 weken verkleint het risico op perinatale sterfte in vergelijking met afwachten na 42 weken (afwachtend beleid: 3 per 1000 (0,3%) versus inleiden: 0,3 per 1000 (0,03%)), opname van de baby in het ziekenhuis en risico op een keizersnede. Op basis hiervan wordt zwangeren geadviseerd niet langer af te wachten.

- Er is geen onderzoek gedaan naar de effecten op langere termijn, zoals de effecten op de gezondheid van de pasgeborene, maternale psyche en borstvoeding.
- Bij afwachtend beleid wordt er individueel afgestemd hoe vaak er een controle plaatsvindt na 42 weken zwangerschap. Tot op heden is het niet duidelijk of extra controle met CTG en/of echoscopisch onderzoek slechte uitkomsten kunnen voorspellen.

I: Intuïtie – voorkeuren van de cliënt

- Begrijp je de informatie?
- Heb je nog meer nodig om een besluit te nemen (second opinion, extra informatie)?
- Wat zegt je intuïtie? Wat denk/voel je nu ik je dit heb verteld?
- Wat is voor jou van belang?
- Wat wil jij?

N: Niks doen – wat gebeurt er als ik wacht?

- Je hoeft nu nog geen keuze te maken.
- Er is een reële kans dat de bevalling spontaan begint tussen nu en het volgende consult.

S: Stilstaan – volgende consult erop terugkomen

De zorgverlener:

- Geeft de zwangere vrouw de tijd om de informatie te bespreken met haar partner en/of naasten;
- Moedigt de zwangere aan zich goed te informeren met behulp van verschillende bronnen;
- Nodigt de zwangere uit om vragen te stellen;
- Moedigt de zwangere aan om over verschillende opties na te denken;
- Ondersteunt de zwangere in welke beslissing ze ook neemt.

## **Uitkomst counseling / logistiek**

### Indien wens inleiding:

Zie protocol inleiden van de baring in 1e lijn voor de mogelijkheden!

Voer afhankelijk van de termijn van wens van de inleiding een aantal dagen voorafgaand aan de inleid wens een inwendig onderzoek ter beoordeling uit:

- Indien onrijp VT: consult wens inleiding plannen (afzeggen indien later alsnog rijp VT).
- Indien rijp VT/mogelijkheid AROM: geen noodzaak tot consult plannen, de vliezen kunnen in 1e lijn gebroken worden volgens protocol "inleiden van de baring in 1e lijn".

**LET OP: gezien het beperkte aantal plekken op de poli's verzoek van beide ziekenhuizen om consulten tijdig in te plannen! Liever plannen en later afzeggen dan last minute moeten plannen.**

### Indien wens expectatief:

- Zwangere wordt vanaf AD 41+0 om de andere dag gezien door verloskundig zorgverlener voor controles (en evt. strippen).
- Indien er bij een zwangere geen mogelijkheid is tot AROM in de eerste lijn, vindt er een serotiniteitscontrole plaats bij AD 41+5:
  - Consult via poli, inclusief echo en CTG.
  - Als 41+5 weken in het weekend valt, kan zij ook bij 41+3/4 al komen op de poli. Indien niet mogelijk zal consult op triage plaatsvinden.
  - Inleiding wordt in overleg met de zwangere ingepland.
  - Multen kunnen gecounseld worden voor AROM 1e lijn na klinische plaatsing foley catheter.
  - Toch spontaan in partu bij 42+0: de keuze voor overdracht of niet, ligt bij de client/1e lijn. De zwangere valt onder controle van de 1e lijn tot aan de eventuele inleiding.

# IUVD naar zwangerschapsduur

- Aantal intra-uteriene sterftes in die zwangerschapsweek in de groep vrouwen die in die week nog zwanger is.
- Vrouwen zonder geregistreeerde risicofactoren.
- Perined-data van 2012-2016.

*Bron: Seijmonsbergen-Schermers AE, Peters LL, Goodarzi B, Bekker M, Prins M, Stapert M et al. Which level of risk justifies routine induction of labor for healthy women? Sexual & Reproductive Healthcare; In Press. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2019.100479>.*

## Wat is het risico op overlijden van het kind in de buik in week 39?

Op 4.000 vrouwen: 0,03%  
1 kind overlijdt  
3.999 kinderen overleven

## Wat is het risico op overlijden van het kind in de buik in week 40?

De afbeelding toont een lege tabel met 10 kolomkoppen: 'Week', 'Overlijden', 'Overleven', 'Totaal', 'Risico (%)', 'n', '95% BI', '95% BI', '95% BI', '95% BI'. De tabel is bedoeld voor het invullen van data voor week 40.

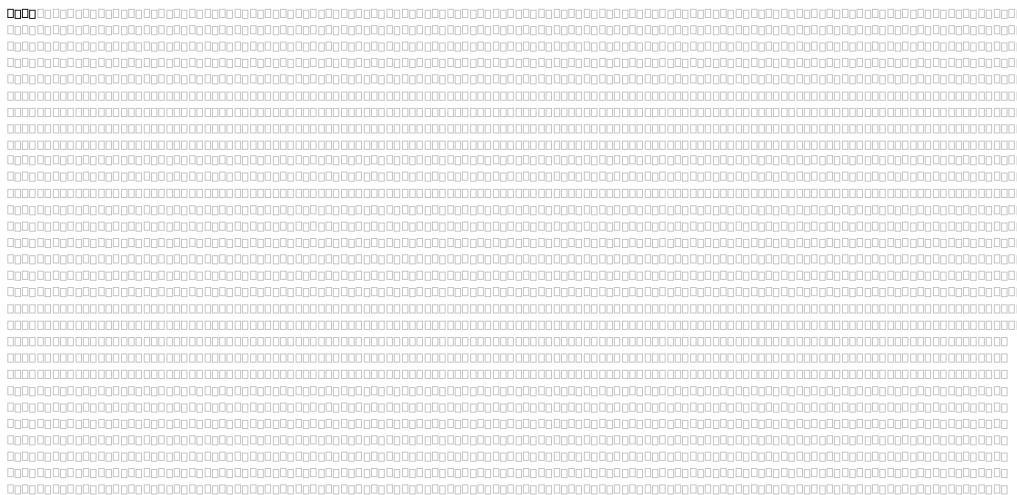
Op 4.000 vrouwen: 0,05%  
2 kinderen overlijden  
3.998 kinderen overleven

## Wat is het risico op overlijden van het kind in de buik in week 41?

De afbeelding toont een lege tabel met 10 kolomkoppen: 'Week', 'Overlijden', 'Overleven', 'Totaal', 'Risico (%)', 'n', '95% BI', '95% BI', '95% BI', '95% BI'. De tabel is bedoeld voor het invullen van data voor week 41.

Op 4.000 vrouwen: 0,08%  
3 kinderen overlijden  
3.997 kinderen overleven

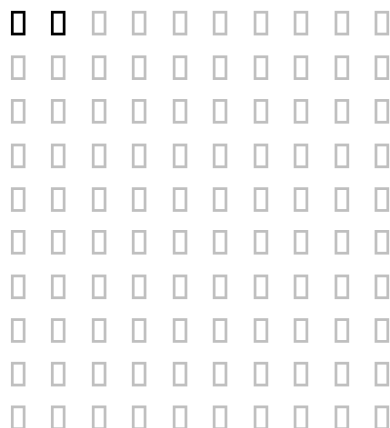
**Wat is het risico op overlijden van het kind in de buik vanaf week 42?**



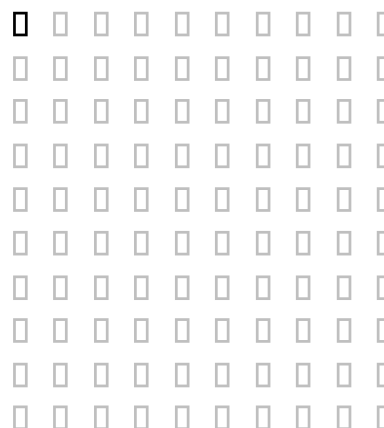
Op 4.000 vrouwen: 0,11%  
4 kinderen overlijden  
3.996 kinderen overleven

**Inleiding of bevalling met spontane start**

*Hoe vaak treedt er bloedverlies op van meer dan 1,5 liter of is er een bloedtransfusie nodig?*



**Inleiding:**  
2 van de 100 vrouwen  
(1,9%)

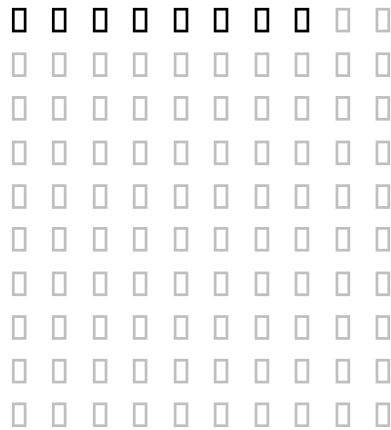


**Spontane start:**  
1 van de 100 vrouwen  
(0,9%)

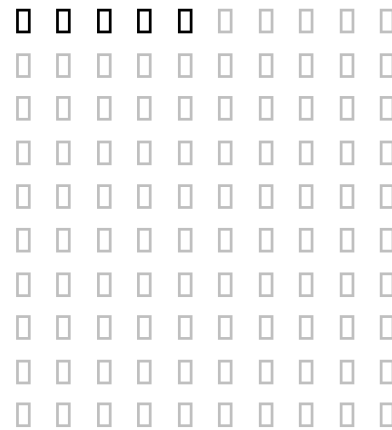


### Bevalling met of zonder oxytocine

Hoe vaak treedt een totaalruptuur op bij vrouwen die van hun eerste kind bevallen?



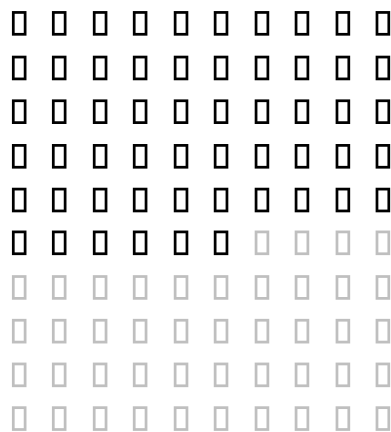
Met oxytocine:  
8 van de 100 vrouwen  
(8%)



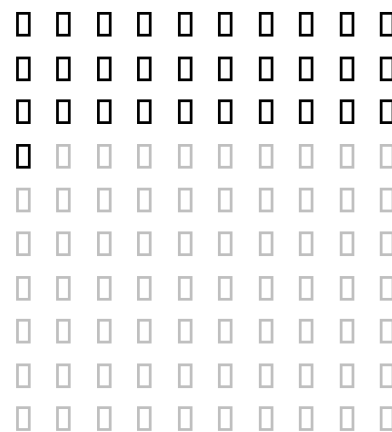
Zonder oxytocine:  
5 van de 100 vrouwen  
(5%)

### Inleiding of bevalling met spontane start

Hoe vaak heeft een vrouw tijdens de bevalling behoefte aan pijnbestrijding met medicijnen?



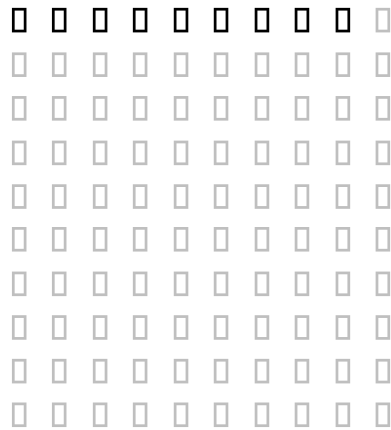
Inleiding:  
56 van de 100 vrouwen  
(56%)



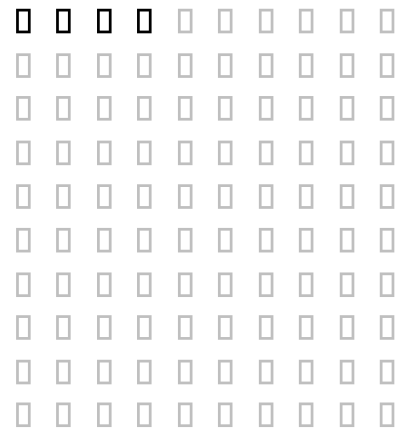
Spontane start:  
31 van de 100 vrouwen  
(31%)

## Inleiding of bevalling met spontane start

*Hoe vaak hebben vrouwen een negatieve bevalervaring?*



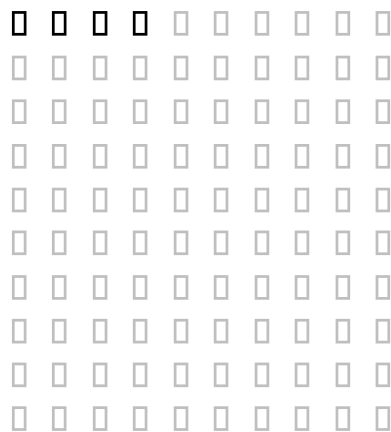
Inleiding:  
 9 van de 100 vrouwen  
 (9%)



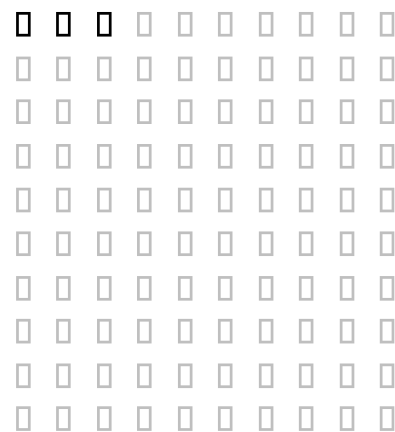
Spontane start:  
 4 van de 100 vrouwen  
 (4%)

## Spontane bevalling met of zonder inleiding

*Hoe vaak treedt er ernstig geelzien op bij een kind (icterus)?*



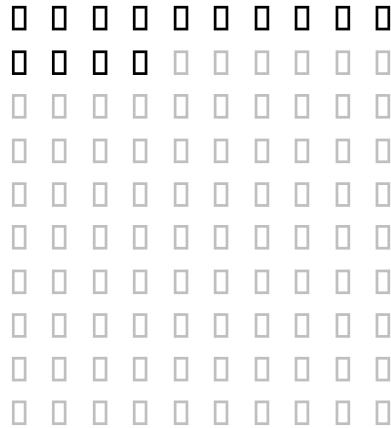
Spontane bevalling met inleiding:  
 4 van de 100 vrouwen  
 (3,6%)



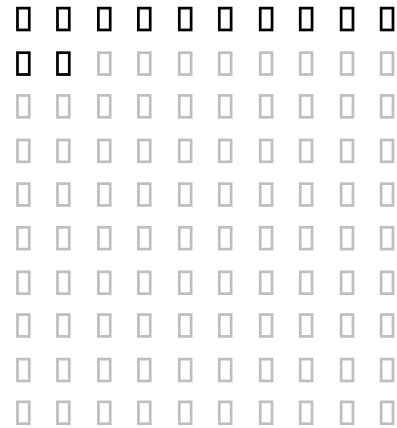
Spontane bevalling:  
 3 van de 100 vrouwen  
 (2,9%)

### Spontane bevalling met of zonder inleiding

Hoe vaak heeft een kind tot de leeftijd van 5 jaar veel last van infecties aan de luchtwegen?



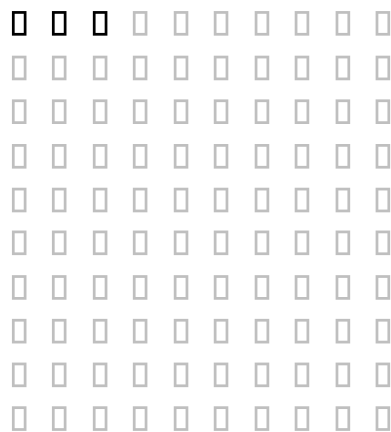
Spontane bevalling met inleiding:  
14 van de 100 vrouwen  
(14%)



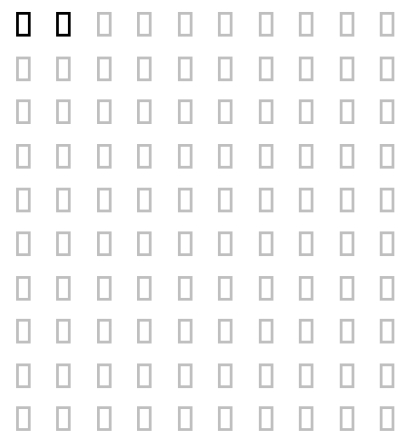
Spontane bevalling:  
12 van de 100 vrouwen  
(12%)

### Spontane bevalling met of zonder inleiding

Hoe vaak heeft een kind tot de leeftijd van 5 jaar last van eczeem?



Spontane bevalling met inleiding:  
3 van de 100 vrouwen  
(2,6%)



Spontane bevalling:  
2 van de 100 vrouwen  
(1,9%)

## Bronnen

Bruinsma, A., Keulen, J. K., Kortekaas, J. C., van Dillen, J., Duijnhoven, R. G., Bossuyt, P. M., ... & de Miranda, E. (2022). Elective induction of labour and expectant management in late-term pregnancy: A prospective cohort study alongside the INDEX randomised controlled trial. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*: X, 16, 100165.

De Miranda, E., Van Der Bom, J. G., Bonsel, G. J., Bleker, O. P., & Rosendaal, F. R. (2006). Membrane sweeping and prevention of post-term pregnancy in low-risk pregnancies: a randomised controlled trial. *BJOG: an international journal of obstetrics & gynaecology*, 113(4), 402-408.

Federatie Medisch specialisten. Beleid zwangerschap 41 weken.

Keulen, J. K., Bruinsma, A., Kortekaas, J. C., Van Dillen, J., Bossuyt, P. M., Oudijk, M. A., ... & De Miranda, E. (2019). Induction of labour at 41 weeks versus expectant management until 42 weeks (INDEX): multicentre, randomised non-inferiority trial. *bmj*, 364.

Rijnders, M. E. B., Dusseldorp, E., Prins, M. P., van der Post, J. A. M., & Buitendijk, S. E. (2011). A randomised controlled trial of amniotomy at home for induction between 292 and 294 days gestation. *Interventions in midwife led care in the Netherlands to achieve optimal birth outcomes*, 145.

Wennerholm, U. B., Saltvedt, S., Wessberg, A., Alkmark, M., Bergh, C., Wendel, S. B., & Hagberg, H. (2019). Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEdish Post-term Induction Study, SWEPIIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial. *bmj*, 367.