



Proef met een geïndividualiseerde en gestandaardiseerde methode

Foetale groei beter in beeld

Kristel Zeeman,
verloskundige, wetenschap-
pelijk medewerker Koninklijke
Nederlandse Organisatie van
Verloskundigen (KNOV), Utrecht

Friso Delemarre,
gynaecoloog Elkerliek
Ziekenhuis, Helmond

Ine Pennings,
eerstelijnsverloskundige
Gemert-Bakel en Aarle-Rixtel

Mieke Beentjes,
verloskundige, wetenschappelijk
medewerker KNOV, Utrecht

Correspondentieadres:
kzeeman@knov.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

beeld: ANP

In de regio Helmond is een proef gestart om kinderen met een te laag geboortegewicht op te sporen. De crux is dat op basis van maternale eigenschappen de verwachte groei wordt ingeschat.

Vertraagde groei van de foetus is een van de belangrijkste oorzaken van perinatale sterfte (zie ook het bericht op blz. 329). Een deel van deze sterfgevallen is te voorkomen door tijdige opsporing, intensief volgen en indien nodig de bevalling inleiden. De huidige methoden om groeivertraging in een laagrisicopopulatie op te sporen zijn echter onvoldoende betrouwbaar. In de praktijk worden we regelmatig geconfronteerd met te kleine kinderen, terwijl dat in de zwangerschap niet is opgemerkt. Dat is niet alleen in Nederland zo; overal in de wereld beoordeelt men de groei met verschillende methoden, afkapwaarden en curves en is de opsporing van groeivertraging laag. In de regio Birmingham waar de perinatale sterfte al decennialang ruim boven het Britse gemiddelde lag, ontwikkelde de Engelse hoogleraar Jason Gardosi een methode (*Gestation Related Optimal Weight*, GROW) om foetale groeiver-

traging beter op te sporen (www.pi.nhs.uk). Bij deze methode wordt op een gestandaardiseerde manier de fundus-symfyse-afstand gemeten en deze uitslagen worden geplot op een per individu opgestelde groeicurve. Alleen op indicatie wordt een echo gemaakt om de foetale groei te beoordelen.

Ruim tien jaar na de invoering van deze methode in alle verloskundige centra in de West-Midlands is de opsporing van foetale groeivertraging verdubbeld en de sterfte gedaald met 7 per 10.000 baby's, tot onder het Britse gemiddelde. Met name het percentage kinderen met een geboortegewicht onder de p10 in de groep doodgeborenen daalde significant. Met p10 wordt de 10 procent kinderen met het laagste gewicht bedoeld.¹ Na invoering van GROW worden in de Verenigde Staten, Zweden, Nieuw-Zeeland, Ierland en Australië vergelijkbare resultaten geboekt.²⁻⁶

Met GROW zullen naar verwachting meer kinderen worden opgespoord die werkelijk groeivertraagd zijn en een grotere kans hebben op slechte uitkomsten. Door tijdige opsporing wordt de groei en conditie van het kind in de zwangerschap gevolgd met geavanceerd echo-onderzoek en indien nodig kan de baring worden ingeleid. Nederlandse beleidsmakers en onderzoekers suggereren dat de GROW-methode ook in ons land moet worden ingevoerd.⁷⁻⁸ Om de GROW-methode in te voeren is samenwerking tussen eerste en tweede lijn binnen de verloskundige zorg van cruciaal belang. Want als zorgverleners verschillende methoden hanteren, komt de continuïteit van zorg in gevaar, wat het vertrouwen van zwangeren en de gezondheid van hun kinderen schaadt. Om te beoordelen of implementatie in Nederland haalbaar is, startte de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) een pilot in de regio Helmond, waar de samenwerking tussen eerste en tweede lijn goed is. De kracht van GROW is enerzijds de uniforme werkwijze van alle professionals die bij de zorg voor de zwangere betrokken zijn, en anderzijds het volgen van de groei op een curve. Vergeleken met de huidige situatie is GROW objectiever en meer afgestemd op de individuele moeder.

Heikel punt

Momenteel wordt de foetale groei meestal beoordeeld door uitwendig onderzoek (abdominale palpatie van de uterus, al dan niet gecombineerd met fundus-symfysemetingen) en een echo op indicatie. Bij het uitwendig onderzoek wordt de uitzetting van de uterus vergeleken met vorige consulten, met toename als belangrijkste criterium. Heikel punt zijn de referentiewaarden voor normale groei. Deze verschillen zowel internationaal als binnen Nederland en worden op de diverse opleidingen verschillend aangeleerd.⁹⁻¹⁰ Bovendien is er geen eenduidigheid over wat een afwijkende uitslag is; de neiging bestaat om gevonden geringe groei te verklaren door bijvoorbeeld indaling van het

hoofd, andere ligging et cetera.

De betrouwbaarheid van alleen abdominale palpatie is laag; ongeveer 20 procent van de kinderen met een geboortegewicht onder de p10 wordt opgespoord.¹¹

De sensitiviteit van de fundus-symfysemeting valt beter uit en varieert tussen 26 en 78 procent.¹²⁻¹⁹ De sensitiviteit van enkelvoudige

metingen zonder curve, zoals in Nederland gebruikelijk is, is aanzienlijk lager dan opeenvolgende metingen uitgezet op een curve.¹³⁻¹⁹ Vanwege de lage detectiegraad van uitwendig onderzoek maken verloskundigen en artsen steeds vaker standaardecho's in het derde trimester van de zwangerschap. Toch is ook dit middel niet heilig. Een eenmalige echo in het derde trimester in een laagrisicopopulatie spoort 21 à 41 procent van de kinderen met een geboortegewicht onder de p10 op.¹⁹⁻²¹ Vanwege deze lage sensitiviteit is het de vraag of de kosten van een standaardderdetrimesterecho invoering hiervan rechtvaardigen.

Individuele groeicurve

Om de perinatale sterfte te reduceren is het belangrijk om kinderen te identificeren met een verhoogd risico op slechte perinatale uitkomsten. De in Nederland gebruikte curves voor foetale biometrie maken geen onderscheid tussen kinderen die hun groeipotentieel niet halen en constitutioneel kleine kinderen. Groeivertraging wordt gedefinieerd als geboortegewicht of de foetale biometrie onder de p10, zodat een constitutioneel klein kind onterecht dysmatuur wordt genoemd. Dit verklaart wellicht waarom studies die groepen met en zonder routinematige groeiecho vergelijken, geen significante verschillen in neonatale uitkomsten en maternale interventies laten zien.²²

Maternale karakteristieken bepalen niet alleen voor een belangrijk deel het uiteindelijke gewicht van het kind maar verklaren ook bijna de helft van de variabiliteit van de fundus-symfysehoogte.²³ Pariteit, lengte, gewicht en etniciteit van de moeder zouden daarom moeten worden meegenomen in de beoordeling van foetale groei. In de praktijk houdt menig verloskundig zorgverlener al rekening met het postuur en de etniciteit van de zwangere bij de beoordeling van de foetale groei.

Maternale karakteristieken

In de regio Helmond krijgt vanaf oktober 2012 iedere zwangere een individuele groeicurve (*customised growth chart*, CGC), die het optimale gewicht voor haar kind aangeeft. Het gewicht van het kind is een voorspelling op basis van maternale karakteristieken en obstetrische voorgeschiedenis, waarbij pathologische variabelen als roken en hypertensie worden uitgesloten.²⁴ De curve van een moeder die rookt, gaat uit van een verwacht optimaal gewicht van haar kind alsof ze niet zou roken. Op deze manier kan afwijkende groei beter worden opgespoord.

Nu wordt een constitutioneel klein kind onterecht dysmatuur genoemd

SAMENVATTING

- Foetale groeivertraging is een belangrijke oorzaak van perinatale sterfte, maar prenatale opsporing is op dit moment onvoldoende.
- De nieuwe richtlijn voor verloskundigen beveelt de Engelse methode GROW aan, die de opsporing van foetale groeivertraging kan verdubbelen.
- Gynaecologen, verloskundigen en echoscopisten uit de regio Helmond werken sinds oktober als eerste in Nederland met GROW.

Een CGC is gebaseerd op foetale gewichten en kan zowel gebruikt worden voor antenatale opsporing als voor de bepaling van het geboortegewichtpercentiel. CGC's blijken beter te correleren met slechte perinatale uitkomsten dan populatiecurves.²⁵⁻³³

Tijdens elk consult vanaf een amenorroeduur van 26 tot 28 weken meet de verloskundige of gynaecoloog, met een interval van minimaal twee weken, de fundus-symfyseafstand en zet deze uit op de curve. Iedereen voert de meting op dezelfde manier uit: eenmalig, blind (met de centimeters naar de buik gekeerd), bij een lege blaas en van de fundus naar de symfyse. De zorgverleners zijn hiervoor getraind door gespecialiseerde verloskundigen uit het team van Gardosi. De criteria voor echoscopisch onderzoek en verwijzing voor tweedelijnszorg zijn protocollair vastgelegd. Echometingen worden uitgezet op dezelfde curve. Daarvoor berekent de echoscopist een geschat foetaal gewicht op basis van de verschillende biometrische gegevens (hoofd- en buikometrek en femurlengte) met de Hadlock-formule.³⁴ Bij overdracht tijdens de zwangerschap wordt de CGC voortgezet in de tweede lijn.

Bij zwangeren met een verhoogd risico op foetale groeiretardatie (zoals dysmaturiteit in de anamnese) worden opeenvolgende echoscopische onderzoeken verricht, omdat echoscopie in een hoogrisicopopulatie betrouwbaarder is dan fundus-symfysemetingen.³⁵ Ook bij zwangeren bij wie de fundushoogte niet betrouwbaar is vast te stellen (bijvoorbeeld bij BMI > 35) vinden echoscopische groeiconroles plaats.


Eerste ervaringen

Zowel patiënten als zorgverleners zijn positief over het pilotproject, zo blijkt uit de eerste ervaringen. Ze waarderen de intentie om de opsporing te verbeteren. Het belangrijkste knelpunt in de pilotpraktijken is de interobserver-variatie.

Ondanks de geprotocolleerde meting van de fundus-symfyseafstand en de training is het verschil tussen verschillende zorgverleners meer dan de 1 tot 2 centimeter die in de literatuur wordt beschreven bij het hanteren van dezelfde meettechniek.³⁶ In het Verenigd Koninkrijk is het aantal zorgverleners in de zwangerschap een kwaliteitsindicator, waarbij veel verschillende zorgverleners wordt gezien als suboptimale zorg. Het aantal zorgverleners blijkt van invloed op de opsporing van foetale groeivertraging; het risico op meet- en interpretatiefouten is lager bij een kleiner aantal zorgverleners.³⁷

Een belangrijk praktisch probleem is dat de curves op dit moment niet digitaal ingevuld kunnen worden. We adviseren de leveranciers van verloskundige softwareprogramma's dan ook de CGC's snel in de digitale dossiers op te nemen, omdat het essentieel is voor een brede implementatie.

Tevens is de indruk dat we relatief veel echo's maken na de eerste meting rond 26-28 weken. De eerste fundus-symfysemeting vormt een belangrijk ijkpunt omdat deze de trend zet voor de te volgen curvelijn. Valt deze onder de p10 van de CGC, dan is een echo geïndiceerd om te verifiëren of het geschat foetaal gewicht daadwerkelijk onder de p10 zit. Evaluatie van de pilot zal meer inzicht moeten verschaffen over het nut van deze echo's.

Voor veel deelnemers betekent het gebruik van GROW een omslag in denken en handelen. We kijken niet langer naar de afzonderlijke onderzoeken en metingen, maar naar de curve: volgt deze mooi de lijn, of buigt deze af? Het uiteindelijke doel is een vermindering van de perinatale sterfte. Het feit dat verloskundigen en gynaecologen zich gezamenlijk inzetten voor dat doel, versterkt de samenwerking, wat goed is voor de verloskundige zorg als geheel. 



De referenties vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

praktijkperikel

Kindvriendelijk

Als lid van het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie word ik door een maatschap anesthesiologie van ziekenhuis A benaderd met de volgende vraag: 'Zorgverzekeraar CZ vindt onze prijs voor adenotonsillectomie te hoog, omdat de kostprijs vanwege een langere ok-duur in ons ziekenhuis hoger is dan in ziekenhuis B.

In ons ziekenhuis worden de kinderen met de kindvriendelijke, veilige intubatie anesthesietechniek behandeld; in ziekenhuis B worden de kinderen "op de kap gesluderd".

Hoezo gaat de verzekeraar voor kwaliteit? Het moet toch niet veel gekker worden.