

Integraal protocol: Amniotomie door 1^e lijn na plaatsing ballon bij indicatie dreigende serotiniteit 41 + 0 – 41 + 5 weken.

Doel

- Dit protocol is bestemd voor gynaecologen (in opleiding), klinisch verloskundigen, eerstelijns verloskundigen en kraamverzorgenden en beschrijft het zorgpad van het verrichten van een amniotomie door de 1^e lijn na plaatsing ballon bij indicatie dreigende serotiniteit.
- Draagt bij aan bevordering van eenduidig beleid en van samenwerking tussen eerste en tweede lijn bij laagrisico zwangeren met een dreigende serotiniteit.
- Bevorderen continuïteit van zorg.
- Beperken van capaciteitsproblematiek voor zowel eerste als tweedelijns.

Opgesteld door

Dr. J. van der Kooy, gynaecoloog perinatoloog Erasmus MC
L. Metselaar, klinisch verloskundige Erasmus MC
L. Lagarde, klinisch verloskundige Erasmus MC
R. Keuken-van Osnabrugge, manager kliniek verloskunde Erasmus MC
E.H. Ter Riet, manager kliniek verloskunde Erasmus MC
D. Spaanderman-Verkuil, Manager Geboortecentrum Sophia
R. Prins – van den Bogerd, opnamecoördinator verloskunde Erasmus MC
G. Vermeulen, verpleegkundige verloskunde Erasmus MC
M. Roon, verpleegkundig specialist neonatologie Erasmus MC
M.H. van Gelder-de Kievit, eerstelijns verloskundige
Drs. H.E. Ernst-Smelt, directeur/bestuurder Geboortecentrum Sophia

Definities

Achtergrond

In de loop der jaren is er een positieve trend te zien ten aanzien van het aantal inleidingen in Nederland (Crombag, Leeffers, Offerhaus, & Walinga, 2019). Een deel van de vrouwen wordt ingeleid wegens (dreigende) serotiniteit. In 2019 was naderende serotiniteit één van de meest voorkomende redenen van verwijzing van eerste- naar tweede lijn bij nulliparae (8,9%; (Perined, 2020)). Een inleiding waarbij cervicale rijping tot een goede Bishop-score (>5)(NVOG, 2020) middels Foley-katheter wordt bewerkstelligd, wordt inmiddels al jaren toegepast. Om de baring verder op gang te brengen worden vervolgens de vliezen artificieel gebroken (AROM) (Crombag et al., 2019). Dit kan dan ook in de eerste lijn of thuissituatie plaatsvinden. Een Nederlandse studie toonde al eerder aan dat het thuis breken van de vliezen bijdraagt aan een toename van het aantal baringen zonder medische interventies, meer thuisbevallingen en minder inleidingen of bijstimulatie (Rijnders, Dusseldorp, Prins, van der Post, & Buitendijk, 2011). Om inleidingen bij laagrisico zwangeren zo fysiologisch mogelijk te laten verlopen en de beddendruk in de tweede en derdelijn te verlagen, zou cervixrijping door middel van een Foley-katheter in de eerste lijn kunnen bijdragen. Uit een studie van Sandall et al. (2013) blijkt dat zorg die in de eerste lijn gecontinueerd wordt leidt tot minder interventies durante partu en een hogere mate van tevredenheid van patiënten.

Verskil in risico poliklinische ballonpriming

De richtlijn van de NVOG (2020) Methoden van inductie van de baring dat inductie van de baring met Foley-katheter in een poliklinische setting zeer waarschijnlijk veilig is bij laag-risico zwangeren. De PROBAAT-III studie onderzoekt op dit moment of het rijpen van de baarmoederhals thuis even

effectief en veilig is als in het ziekenhuis. Een Cochrane systematic review toonde aan dat een eerstelijns foley-inleiding, vergeleken met een klinische Foley-inleiding, leidt tot minder sectio's ((RR 0.64, 95% CI 0.41 t.o.v. 1.01, 2 studies, 159 vrouwen) en meer kunstverlossingen (RR 1.67, 95% CI 0.54-5.11, 1 studie, 48 vrouwen). Betrouwbaarheid van de geanalyseerde data was laag. Er werd geen verschil gevonden in maternale morbiditeit, mortaliteit en infectie, neonatale apgarscore <7 na 5 minuten, meconiumaspiratie, respiratoire ondersteuning, perinatale morbiditeit (Alfirevic, Gyte, Nogueira, Plachcinski, Osoti, Finucane, 2020). Een andere systematische review van Dong, Khan, Chamy en D'Souza (2020) onder laagrisicovrouwen toonde aan dat vrouwen met een poliklinische Foley-katheter minder vaak sectio's hadden (RR = 0.52, .30, 0.90). Ook in deze studie werden geen verschillen in complicaties gevonden.

Effect amniotomie eerstelijns

Een Nederlandse RCT van Rijnders et al. (2011) zien dat laagrisicovrouwen met een zwangerschapsduur tussen de 41+5 en 42+0, waarbij een amniotomie (thuis) door hun eigen eerstelijnsverloskundige wordt verricht, meer kans op een geboorte zonder interventies (OR 1.6 (95% BI 1.1-2.3), NNT 8.3) of thuisbevalling (OR 2.3 (95%BI: 1.5-3.5)) hebben dan vrouwen waarbij de amniotomie in de tweedelijns werd verricht. Er werden geen verschillen gevonden in kunstverlossing, pijnstillingsverzoek, AB-profylaxe, perinatale sterfte, neonatale infectie, lage Apgar-score en opname NICU. Er zijn aanwijzingen dat bij 85-87% van de vrouwen spontaan in partu komen na een foleykatheter en amniotomie in de eerstelijns binnen 12-24 uur. (Van Dijk, 2016; Rijnders., 2011; Cooley et al., 2010; Dekker et al., 1999)

Voordelen van amniotomie in de eerstelijns

- Bevallen onder leiding van eigen zorgverlener in de eerstelijns
- Bewaken van de fysiologie binnen de eerste lijn
- Hogere patiënttevredenheid (Rijnders et al., 2008)
- Voorkomen van klinische inleiding en dus reductie beddendruk en kostenbesparend.
- Bij niet in partu raken geen verhoogd risico op foetale infectie

Bevoegdheden

Dit protocol is strikt bedoelt voor eerstelijns en dus laagrisicopatiënten zonder andere medische indicatie en geldt dus niet voor tweede- of derdelijns patiënten binnen het Erasmus Medisch Centrum. De eerstelijns verloskundige, kraamverzorgende en klinisch verloskundigen/ANIOS/AIOS/gynaecoloog/verpleegkundige zijn allen verantwoordelijk voor hun aandeel in de naleving van dit protocol. De eerstelijns verloskundige is verantwoordelijk voor de partus, zolang de cliënt niet wordt overgedragen aan de tweedelijns.

Beleid intra partum

Voorwaarden poliklinische ballonpriming

- Primipara of multipara;
- Laag-risico zwangere zonder bijkomende pathologie (zonder BD-indicatie);
- Inleiding op eigen wens met als enige indicatie dreigende serotiniteit;
- Termijn vanaf AD41+0 tot maximaal 41+5 voor het plaatsen van de Foley-katheter;
- Goed ingedaald caput (cvibi of cbibi);
- Geen wens voor primair epiduraal verzoek;
- Counselingsgesprek heeft plaatsgevonden en informed consent verkregen.

Counseling

- o Circa 31% komt in partu na plaatsing van de foleycatheter, 5% spontaan gebroken vliezen, 56% amniotomie door eerstelijns verloskundige de volgende dag, 8% amniotomie niet mogelijk dus verwezen naar tweedelijns.
- o 87% van de vrouwen kreeg spontane weeën binnen 12-24 uur na amniotomie in eerste lijn
- o 33% onder begeleiding van eerstelijns verloskundige; 23% van de nulliparae en 48% van de multiparae.
- o Meet voorkomende oorzaken overdracht tweede lijn; pijnstilling (34%), meconiumhoudend vruchtwater (18%) en niet vorderende ontsluiting (15%).
- o 75% spontaan vaginaal, 6% met behulp van VE, 19% middels secundaire sectio.
- o Post partum werd 3% van de neonaten opgenomen wegens verdenking infectie
- o Er traden geen ernstige complicaties op ten aanzien van de maternale en neonatale morbiditeit of mortaliteit.

Verschillende scenario's:

- o Mogelijkheid van meconiumhoudend vruchtwater
- o Mogelijkheid dat VT in 2e lijn te gunstig is voor ballon en dat advies is om inleiding te starten met misoprostol ipv ballon (dan overname 2e lijn).
- o Noodzaak tot bijstimulatie middels oxytocine i.v.
- o Volmelding ziekenhuis (mogelijk verplaatsing van plaatsing ballon / tijdstip AROM)

Aanvullende voorwaarden AROM eerstelijns

- Gunstige toucher met Bishop score van 5 of hoger
- Na AROM iedere 6 uur controle temperatuur, vruchtwater en kindsbewegingen
- Verwijzing bij meconiumhoudend vruchtwater, koorts (38.0 of hoger) of anderszins tekenen van infectie.

Contra-indicaties

- GBS-dragerschap
- Maternale verhoging (37,8°C)/koorts (>38°C)
- Vasa- of placenta previa
- Cortonenpathologie
- Niet ingedaald caput
- Primair epiduraal verzoek

Prenataal

- Counseling inleiding bij dreigende serotiniteit door eerstelijns; inhoud counseling -
- 1^e lijn plant samen met de spoedtelefoon/OC de volgende afspraken in:
 - o Dag 1: Consult acute zorg (CTG + echo + VT) voor intake en poliklinische ballonplaatsing tussen 41+0 en 41+5.
 - o Inleiding dag 2; indien Bishop van 5 of hoger AROM door 1e lijn in overleg met opnamecoördinator Erasmus MC tussen 14:00 – 15:00 uur (010-7036236).
 - o Klinische inleiding dag 3
- Indien patiënt niet in partu

Dag 1

- Consult op acute zorg poliklinische ballonplaatsing door klinisch verloskundige of arts volgens protocol poliklinische ballonpriming EMC in KMS.
- Na ballonplaatsing retour 1^e lijn

Dag 2

- Controle patient door 1e lijn: luistert cortonen

- 1^e lijn heeft overleg met opnamecoördinator (010-7036236) over plek voor inleiding indien meconium houdend vruchtwater bij amniotomie (Uitgangspunt opnamecoördinator: 1 vrije verloskamer op dat moment)
- Wel plek: amniotomie om tussen 14 of 15 uur.
 - Geen plek: afstemmen tijdstip amniotomie later moment/overleg SFG of periferie door Erasmus MC
- Beoordeling bisshopscore door 1^e lijn + cortonen luisteren
 - Bishopscore **>5**: amniotomie door 1^e lijn
 - Bishopscore **≤5**: priming/inleiding dag 3 → opnamecoördinator informeren. Indien foley in situ, laten zitten en CTG-controle.
 - Bij meconiumhoudend vruchtwater of tekenen van infectie 1e lijn contacteert oudste (010-7037662) waarna overname zorg 2^e lijn.

Dag 3

- Indien niet in partu overname zorg 2^e lijn voor inleiding van de baring.

Overzicht rolverdeling

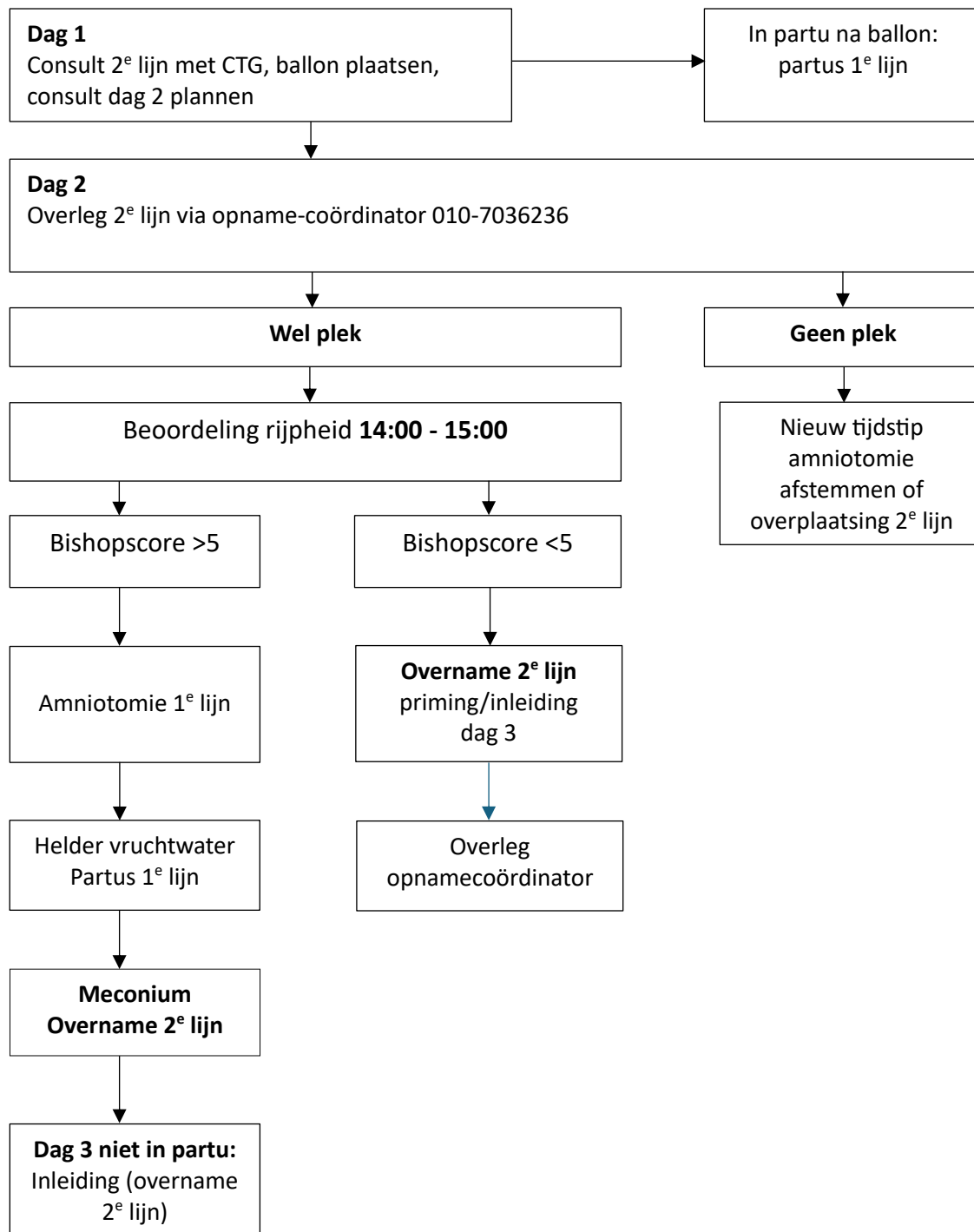
Eerstelijns verloskundige	Kraamverzorgende	OC/ oudste	Verpleegkundige
Priming dag 1 plannen Controle 1 ^e lijn dag 2 plannen	Begeleiding partus 1 ^e lijn (indien plaats partus geboortecentrum Sophia + notatie BD indicatie in Atermes	Afspraak 1 ^e dag plannen door OC	Assisteren bij consult op de acute zorg (CTG aansluiten, benodigdheden klaarzetten)
Contact OC tussen 14:00 – 15:00 uur voor tijdstip amniotomie		Dossier + DBC aanmaken (Z41) Intake nieuwe patiënt Ballonplaatsing	Assisteren bij partus indien overname 2 ^e lijn
Amniotomie op dag 2 en controle zwangere		Begeleiding partus indien overname 2 ^e lijn	
Overdracht 2 ^e lijn indien niet in partu op dag 3		Geen plek Erasmus MC bellen voor overname in periferie	

Begeleiding partus 1 ^e lijn			
--	--	--	--

Voor alle zorgverleners: vul na afloop van de baring het debriefing formulier in:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSePG2926R_kbFYneBT4bsMVPc5Eiy8e5i9LQR_D0yL9-z026w/viewform?usp=header

Of gebruik de QR-code op de computer van de verloskamer EMC, geboortekamer GCS of post GCS

Flowchart Amniotomie door 1^e lijn na ballonpriming

Tabel 1: De Bishop-score

score	0	1	2	3
ontsluiting (cm)	0 cm	1-2 cm	3-4 cm	> 5 cm
verstrekenheid van de portio (in percentages van de lengte)	0-30%	40-50%	60-70%	> 80%
consistentie van de portio	stug	vrij week	week	
positie van de portio	achter de bekkenas	in de bekkenas	voor de bekkenas	
indaling van het voorliggende deel	Hodge 1	Hodge 2	Hodge 3	Hodge 3-4

Referenties

- Alfirevic, Z., Gyte, G., Pileggi, V., Planchcinski, R., Osoti, A., & Fincuane, E. (2020). Home versus inpatient induction of labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database Systematic Review*, 8(8):CD007372.
- Crombag N, Leeffers D, Offerhaus P, Walinga R. KNOV-factsheet Inleiding van de baring. Utrecht: KNOV, 2019.
- Cooley, S., Geary, M., O'Connell, M., McQuillan, K., McParland, P., Keane, D., (2010). How effective is amniotomy as a means of induction of labour? *Irish Journal of Medical Science*, 179(3):381-3.
- Dekker, C., Wolfswinkel, F., Aarnoudse, J., (1999). Inleiding van de baring thuis bij dreigende serotiniteit. Een observatieonderzoek in de huisartspraktijken op Urk. *Huisarts en Wetenschap*; 42(6):251-3.
- van Dijk, C., Hack, K., Erlings, F., Schuitemaker, N., Vogelvang, T., (2016). Inleiding baring bij laag-risico multipara vrouwen na 41 weken: amniotomie in de eerste lijn. *Tijdschrift van Verloskunde*, (1):18-22.
- Dong, S., Khan, M., Hashimi, F., Chamy, C., & D'Souza, R. (2013). Inpatient versus outpatient induction of labour: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, doi.org/10.1186.
- NVOG. (2020). *Methoden van inductie van de baring. 2.0*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.
- Perined. (2020). *Perinatale zorg in Nederland anno 2019: landelijke perinatale cijfers en duiding*. Utrecht: Perined.
- Rijnders M, Baston H, Schonbeck Y, van der Pal K, Prins M, Green J, et al. (2008) Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth*, 35(2):107-16.
- Rijnders, M., Dusseldorp, E., Prins, M., van der Post, J., & Buitendijk, S. (2011). A randomised controlled trial of amniotomy at home for induction between 292 and 294 days gestation. *UvA-DARE*.