

Protocol: Geboortecentrum Sophia (GCS) 2.0 Amniotomie door 1^e lijn bij indicatie naderende serotiniteit, vanaf 41 + 0 – 41 + 6 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 bij indicatie naderende serotiniteit vanaf 41+0 – 41+6 weken.

Opgesteld door

Dr. J. van der Kooy, gynaecoloog perinatoloog Erasmus MC
L. Metselaar, klinisch verloskundige Erasmus MC
L. Lagarde, klinisch verloskundige Erasmus MC
E. van der Meij, ANIOS 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
A. Brons, verpleegkundige verloskunde Erasmus MC
M. Roon, verpleegkundig specialist neonatologie Erasmus MC
R. Kornelisse, neonatoloog neonatologie Erasmus MC
M.H. van Gelder-de Kievit, eerstelijns verloskundige
S.R. Kiel, projectmanager Verloskunde en Neonatologie Erasmus MC

Definities

Inleiding middels artificieel gebroken vliezen bij een Bishop score ≥ 5 .

Achtergrond

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 bedoeld 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 tweede lijn.

Dit protocol wordt toegepast wanneer de patiënt gevorderde ontsluiting heeft, waardoor het gebruik van een ballonkatheter niet meer mogelijk is.

Beleid intra partum

Voorwaarden poliklinische AROM

- Primipara of multipara met een bishopscore ≥ 5
- Laag-risico zwangere zonder bijkomende pathologie (zonder BD-indicatie);
- Inleiding op eigen wens met als indicatie naderende serotiniteit vanaf 41+0 – 41+6 weken;
- Termijn vanaf AD 41+0 tot maximaal 41+6;
- Goed ingedaald caput (cvibi of cbibi);
- Geen wens voor primair epiduraal verzoek;
- Counselingsgesprek heeft plaatsgevonden en informed consent verkregen.

Counselingsgesprek

In het counselingsgesprek komen de voor- en nadelen van de foley-AROM methode aan bod. Benoem tenminste:

- 85-87% van de vrouwen komt na AROM in de eerstelijns binnen 12-24 uur spontaan in partu (Van Dijk, 2016; Rijnders, 2011; Cooley et al., 2010; Dekker et al., 1999)
- Uit retrospectieve cohortstudie bleek dat na amniotomie in de eerste lijn 21% ook daadwerkelijk in de eerste lijn beviel (Velthuijs et al., 2024).
- Grotere kans op partus zonder interventies (OR 1.6 (95%BI 1.1-2.3) (Reijnders et al. 2011)
- Geen verschil sectio of kunstverlossing (Reijnders et al. 2011; Velthuijs et al. 2024)
- Grotere kans op langdurig gebroken vliezen >24 uur (Reijnders et al. 2011)
- Geen verschil in neonatale uitkomsten (lage apgar, infectie, opname NICU).

Bespreek mogelijke scenario's:

- Meconium houdend vruchtwater
- Mogelijk noodzaak tot bij stimulatie middels oxytocine
- Bij volmelding ziekenhuis mogelijk partus elders of verplaatsen tijdstip.

Aanvullende voorwaarden AROM eerstelijns

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

Prenataal

- Counseling amniotomie bij indicatie naderende serotiniteit vanaf 41+0 – 41+6 weken door eerstelijns; Gesprek over risico's amniotomie

Werkwijze:

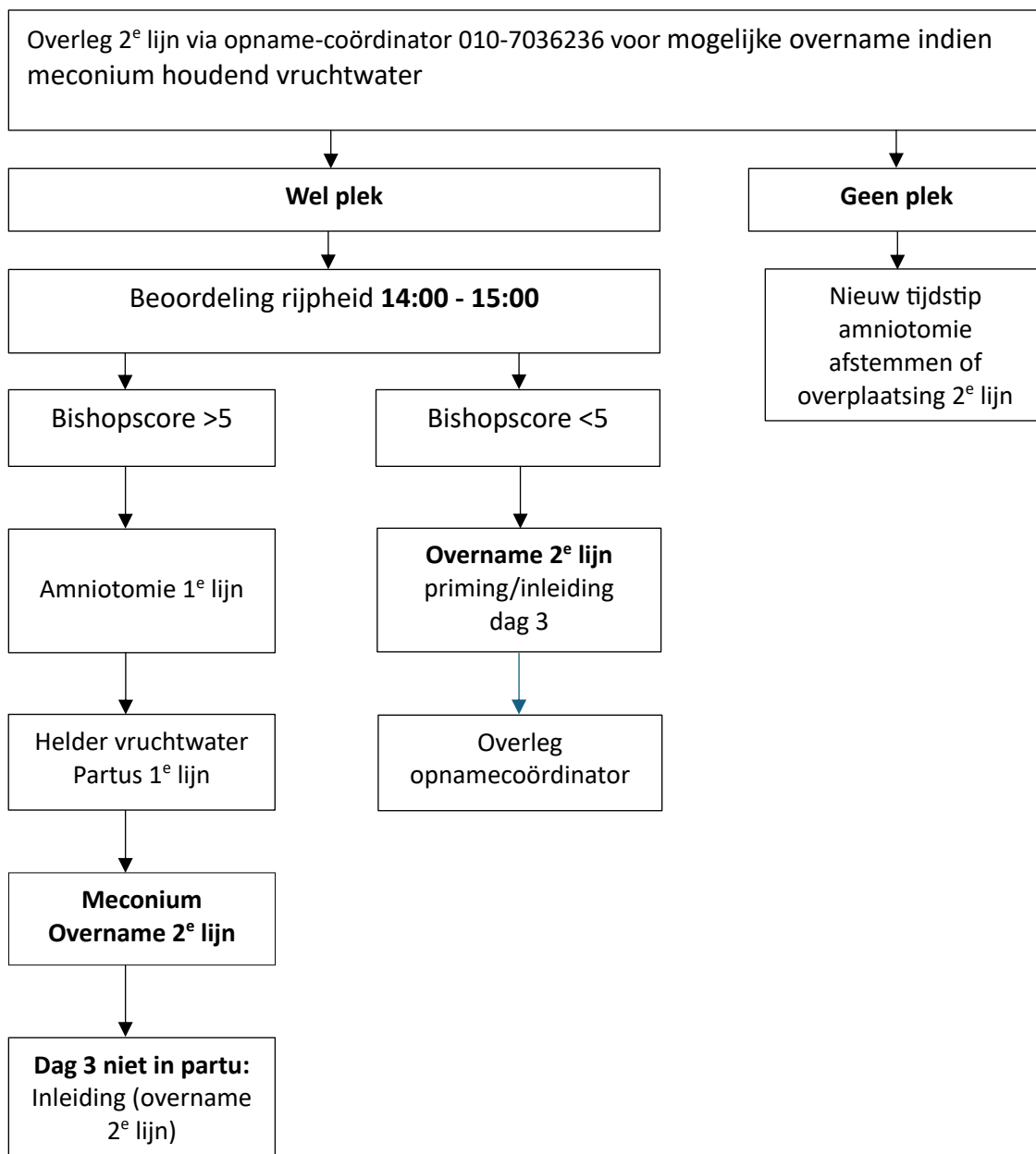
- Controle patient door 1e lijn: luistert cortonen/controle patient
 - 1^e lijn heeft overleg met opnamecoördinator (010-7036236) over plek voor mogelijke overname indien meconium houdend vruchtwater bij amniotomie (Uitgangspunt opnamecoördinator: 1 vrije verloskamer op dat moment)
 - Wel plek: Bishopscore ≥ 5 → amniotomie tussen 14 of 15 uur.
 - Geen plek: afstemmen tijdstip amniotomie later moment/overleg
 - *SFG, *IJsseland of ander perifeer centrum door Erasmus MC.
 - *Protocol is ook actief in SFG en IJsseland.
- Bij meconiumhoudend vruchtwater of tekenen van infectie 1e lijn contacteert oudste (010-7037662) waarna overname zorg 2^e lijn.

Bij helder vruchtwater wordt afgewacht en wordt gestreefd naar een partus in de eerstelijnszorg. Er kan gedurende 18-24 uur gewacht worden op het ontstaan van weeën activiteit. Indien na deze periode geen weeën activiteit is opgetreden, dient de patiënt zich de volgende ochtend bij de eerstelijns verloskundige te melden. Na 24 uur wordt overgegaan tot inleiding in de tweede lijn. De verloskundige neemt contact op met de opnamecoördinator (010-7036236) om een inleidingsplek te reserveren. De start van de inleiding vindt plaats op het moment dat er capaciteit is in het ziekenhuis, hetgeen kan betekenen dat een inleiding die oorspronkelijk in de ochtend gepland stond, later op de dag zal worden gestart. Indien er geen beschikbaarheid is in het Erasmus MC, zal de opnamecoördinator contact opnemen met het SFG, het IJsseland Ziekenhuis of andere perifere ziekenhuizen in de regio.

Overzicht rolverdeling

Eerstelijns verloskundige	Kraamverzorgende	OC/ oudste	Verpleegkundige
Counseling amniotomie	Begeleiding partus 1 ^e lijn (indien plaats partus geboortecentrum Sophia + notatie BD indicatie in Atermes	OC: Akkoord amniotomie verlenen Uitgangspunt: 1 vrije verloskamer op dat moment	
Contact OC tussen 14:00 – 15:00 uur voor tijdstip amniotomie			Assisteren bij partus indien overname 2 ^e lijn
Amniotomie en controle zwangere		Begeleiding partus indien overname 2 ^e lijn	
Overdracht 2 ^e lijn indien niet in partu na 24 uur		Geen plek Erasmus MC bellen voor overname in periferie	
Begeleiding partus 1 ^e lijn			

Flowchart Amniotomie door 1^e lijn



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*.
- Velthuijs, E., Jacod, B., Videler-Sinke, L., Kooij, C., & van Rheenen-Flach, L. (2024). Outcome of induction of labour at 41 weeks with Foley catheter in midwifery-led care. *Midwifery*, 135.doi: 10.1016