

Positieve dyscongruentie: large for gestational age/macrosomie en polyhydramnion

Werkafspraak VSV Assen, juli 2021

Bij een **positieve dyscongruentie** is de uterus 2-4 weken groter dan verwacht bij de amenorroeduur. Oorzaken hiervoor zijn onder andere een large for gestational age kind (LGA), meerlingzwangerschap, polyhydramnion, placenta praevia, bekkenafwijking, uterusanomalie, uterus myomatosus en congenitale of syndromale afwijkingen. Oorzaken van **LGA en macrosomie** zijn o.a. diabetes mellitus / diabetes gravidarum, maternale obesitas (BMI >30), multipariteit, LGA in anamnese (herhalingsrisico 85%). Deze werkafspraak gaat over een positieve dyscongruentie als gevolg van LGA of als gevolg van polyhydramnion.

LARGE FOR GESTATIONAL AGE en MACROSOMIE

LGA = foetale biometrie (AC, HC, FL) > 90^e percentiel

Macrosomie = geboortegewicht ≥ 4500 gram

In Nederland wordt 2% van de kinderen geboren met een geboortegewicht boven de 4500 gram. Macrosomie is geassocieerd met ongunstige geboorte uitkomsten ten gevolge van baringsproblemen (schouderdystocie). Macrosomie is per definitie pas na de geboorte vast te stellen en het goed inschatten van het geboortegewicht voor de baring is lastig. Eerder inleiden (37-39 weken) leidt tot reductie van het gemiddelde geboortegewicht en het optreden van schouderdystocie. Er zijn geen verschillen gevonden in neonatale schade zoals plexus brachialis laesis of asfyxie, percentage sectio's en kunstverlossingen. In de inductiegroep waren meer vrouwen met 3^e/4^e graads rupturen en meer neonatale opnames voor fototherapie. Er is geen eenduidig bewijs dat routinematig inleiden van de baring alleen op vermoeden van macrosomie of LGA >P95 leidt tot verbetering van baringsuitkomsten. In individuele gevallen kan een inleiding overwogen worden bij een vermoeden van (extreme) macrosomie (verdenking disproportie, eventuele diabetes gravidarum, maternale lengte en obstetrische voorgeschiedenis).

Wees alert op taalgebruik richting de cliënt omtrent uitspraken rondom 'groot kind', want dit kan onrust geven bij zowel de zwangere als de zorgverlener.

Beleid zwangerschap

- Uitwendig onderzoek: fundushoogte en indaling
 - Echoscopisch onderzoek: biometrie, AFI, placentaalokalisatie, myomen
- Te gebruiken curves**
Metingen [HC, BPD, AC, FL] volgens ; **Verburg et al**
Hadlock 3 (HC, AC en FL) gebruiken voor de EFW (Estimated Foetal Weight)
- OGTT. Indien er al een OGTT is gedaan bij 24-28 weken, deze alleen herhalen bij toenemende AC percentiel in de curve. Wanneer de groei stabiel vanaf de SEO eigen curve volgt is dit niet nodig. Volg het protocol 'diabetes gravidarum' bij een afwijkende OGTT
 - Indien er geen afwijkende bevindingen zijn na bovenstaande onderzoeken behoudens LGA kunnen patiënten verder in de 1^e lijn worden begeleid. Overweeg een MR partus bij een EFW > P95
 - Herhalen echoscopisch onderzoek à 4 weken: biometrie en AFI

- Bij belastende obstetrische factoren (zoals een moeizame partus of schouderdystocie) of extreme macrosomie (EFW >P97 bij 36 weken): consult gynaecoloog bij 36 weken om beleid en eventuele inleiding te bespreken.

Beleid partus

Inleiden bij een verwacht groot kind verlaagt niet het risico op een sectio, kunstverlossing of perinatale morbiditeit. Inleiden om het risico op een schouderdystocie of fracturen te verkleinen is waarschijnlijk alleen effectief voor 38 weken. Echter bij deze termijn moet je de risico's van randprematuuriteit afwegen.

- Bij macrosomie met een normale OGTT vindt een afwachtend beleid plaats
- Advies medium risk partus (1^e lijns verloskundige kan hier op indicatie van afwijken)
- CAVE: fluxus postpartum, niet vorderende baring, schouderdystocie en totaalruptuur
- Geef 10 IE oxytocine iv in 4 uur bij een gewicht > 4500 gram

Beleid postpartum

- Bij een geboortegewicht >P90 consult kinderarts in daytime en opname op de kraamafdeling voor glucosecontrole
- Bij een onverwacht LGA kind glucose controle door de huisarts >6 weken postpartum om een eventuele DM2 tijdig op te sporen

Advies volgende graviditeit

- Random glucose 1^e trimester en OGTT rond 24-28 weken bij een LGA kind >P95 of >4500 gram

POLYHYDRAMNION

= amniotic fluid index (AFI) van >24 cm of een single deepest pocket (SDP) van > 8-10 cm.

Oorzaken van een polyhydramnion zijn diabetes (gravidarum), hydrops foetalis en congenitale en syndromale afwijkingen. Risico's van een polyhydramnion zijn PPRM en premature partus, abruptio placentae of navelstrengprolaps na het breken van de vliezen.

Beleid zwangerschap

- Overname zorg 2^e lijn
- OGTT indien niet recent gedaan
- GUO II
- Herhalen echoscopisch onderzoek à 4 weken: biometrie en AFI

Beleid partus

- Waaknaald durante partu en 10 IE oxytocine iv in 4 uur
- CAVE snel aflopend vruchtwater, navelstrengprolaps, fluxus, vruchtwaterembolie

Beleid postpartum

- Consult kinderarts

Referenties:

Protocol positieve dyscongruentie UMCG

Factsheet Vermoeden macrosomie KNOV, maart 2020

Boulvain M, Induction of labour at or near term for suspected fetal macrosomia. Cochrane database syst rev 2016 (5).