



Zorgpad 5. Foetale groeibeperking

Voorstellen voor wijziging van dit zorgpad zijn uitgevraagd via survey monkey aan de achterban en aan de mandaatgroep ter bespreking voorgelegd. De met consent aangenomen wijzigingen in het zorgpad worden in rood omkaderd aangeduid.

Bespreking in de mandaatgroep op 15 september 2023 en na terugkoppeling met de werkgroep op 4 oktober 2024 en 13 december 2024.

Het zorgpad is vastgesteld met consent tijdens de mandaatvergadering 12 september 2025.

Revisies en literatuur zijn vastgelegd in bijhorende revisiedocument V2.6.4.

©2025, Geboortezorg Consortium Limburg (GCL)

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in welke vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs. Na verkregen toestemming is reproductie van dit document of delen ervan alleen toegestaan mits de authentieke bron als volgt vermeld wordt: "Geboortezorg Consortium Limburg Zorgpad 5 Foetale groeibeperking, versie V2.6.3 april 2025".

Disclaimer

Dit document is samengesteld onder redactie van de werkgroep Foetale groeibeperking in het kader van het GCL project zorgpaden en vastgesteld door de mandaatgroep. Hoewel aan de samenstelling de uiterste zorg is besteed, is het mogelijk dat de inhoud onjuist en/of onvolledig is. De samenstellers aanvaarden deswege geen aansprakelijkheid voor (de gevolgen van) eventueel voorkomende fouten en onvolledigheden in de teksten.

Het GCL project is mede mogelijk gemaakt door financiering van ZON MW (projectnummer 05430012220007).



5.1 DEFINITIE

- Intra Uterine Groeivertraging (IUGR)

Het afkappunt voor intra uterine groeivertraging (IUGR), voor wat betreft het inzetten van vervolgbeleid, is een geschat foetaal gewicht onder het 10e percentiel ($EFW < p10$) en/of een foetale abdominale omtrek onder het 10e percentiel ($AC < p10$) of een afbuigende groei.

- Afbuigende groei

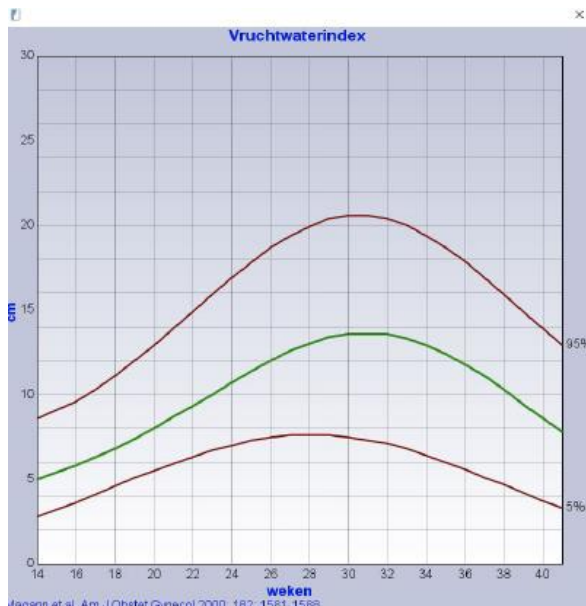
Er is mogelijk sprake van een afbuigende groei waarbij vervolgbeleid ingezet moet worden, indien de groei (**EFW en/of AC**) in de curve meer dan:

- **20 percentiel** verandert in **2 weken** of
- **40 percentiel** verandert in **10 weken**

- Vruchtwatermeting

De hoeveelheid vruchtwater wordt uitgedrukt in diepste vruchtwaterpoel (single deepest pocket, SDP) of vruchtwaterindex (amniotic fluid index, AFI).

- Oligohydramnion: $SDP < 2\text{ cm}$ of $AFI < P5$
- Polyhydramnion: $SDP > 8\text{ cm}$ of $AFI > P95$



Figuur 5.1 AFI curve, (Magann et al, Am J. Obstet Gynecol 2000, 182, 1581-1588)



Table I. Amniotic fluid index values during normal pregnancy

Gestational age (wk)	No.	Amniotic fluid index (cm)					
		5th Percentile	10th Percentile	50th Percentile	Mean	90th Percentile	95th Percentile
14	50	2.8	3.1	5.0	5.4	8.0	8.6
15	50	3.2	3.6	5.4	5.7	8.2	9.1
16	50	3.6	4.1	5.8	6.1	8.5	9.6
17	50	4.1	4.0	6.3	6.6	9.0	10.3
18	50	4.6	5.1	6.8	7.1	9.7	11.1
19	50	5.1	5.6	7.4	7.7	10.4	12.0
20	50	5.5	6.1	8.0	8.3	11.3	12.9
21	50	5.9	6.6	8.7	8.9	12.2	13.9
22	50	6.3	7.1	9.3	9.6	13.2	14.9
23	50	6.7	7.5	10.0	10.3	14.2	15.9
24	50	7.0	7.9	10.7	11.0	15.2	16.9
25	50	7.3	8.2	11.4	11.7	16.1	17.8
26	50	7.5	8.4	12.0	12.3	17.0	18.7
27	50	7.6	8.6	12.6	12.8	17.8	19.4
28	50	7.6	8.6	13.0	13.3	18.4	19.9
29	50	7.6	8.6	13.4	13.6	18.8	20.4
30	50	7.5	8.5	13.6	13.8	18.9	20.6
31	50	7.3	8.4	13.6	13.8	18.9	20.6
32	50	7.1	8.1	13.6	13.7	18.7	20.4
33	50	6.8	7.8	13.3	13.4	18.2	20.0
34	50	6.4	7.4	12.9	13.0	17.7	19.4
35	50	6.0	7.0	12.4	12.5	16.9	18.7
36	50	5.6	6.5	11.8	11.8	16.2	17.9
37	50	5.1	6.0	11.1	11.1	15.3	16.9
38	50	4.7	5.5	10.3	10.3	14.4	15.9
39	50	4.2	5.0	9.4	9.4	13.7	14.9
40	50	3.7	4.5	8.6	8.6	12.9	13.9
41	50	3.3	4.0	7.8	7.7	12.3	12.9

Figuur 5.2 AFI (Magann et al, Am J. Obstet Gynecol 2000, 182, 1581-1588)

• Dopplermeting

De doppler is afwijkend indien een pulsatility index (PI):

- a. umbilicalis (a.umb) boven het 95e percentiel (PI >p95) wordt gemeten onafhankelijk van de einddiastolische flow (EDF).

De Doppler van de A. Cerebri media wordt niet standaard aangeboden voor het maken van beleid, alleen in onderzoeksverband.

5.2 RISICOFACTOREN IUGR

Zwangere vrouwen met één of meer van onderstaande risicofactoren, worden als hoog risicogroep beschouwd voor een IUGR:

- Vrouwen met in de voorgeschiedenis een kind onder het 10e percentiel
 - Intra-uteriene vruchtdood (IUVD) in de voorgeschiedenis
 - Pre-existente hypertensie
 - Chronische nierziekte
 - Auto-immuunziekte (o.a. Systemische Lupus Erythematosus, antifosfolipidensyndroom)
 - Diabetes mellitus
 - Leeftijd > 40 jaar
 - Roken >11 sigaretten/dag

NB. Bij bovenstaande risicofactoren is gekozen voor een odds ratio >2.0 (zie literatuurdokument 'foetale groeistoornissen 2017'.)



5.3 DETECTIE IUGR IN EEN LAAGRISICOPOPULATIE

- Abdominale palpatie bij elke prenatale controle
- Fundus-symfyse meting vanaf 24 weken zwangerschap
- Termijnbepaling bij voorkeur tussen 10 en 12 weken zwangerschap
- Echo biometrie 20 weken zwangerschap

(In een laagrisico populatie wordt niet standaard een derde trimester groei echo aangeboden met als doel een foetale groeibeperking te detecteren).

5.4 BELEID HOOG RISICO IUGR

- Extra echo biometrie

Bij een verhoogd risico op IUGR, vastgesteld vroeg in de zwangerschap, is een seriële echo biometrie in het derde trimester geïndiceerd (28, 32 en 36 weken zwangerschap).

5.5 VERDENKING IUGR

Zodra (bij uitwendig onderzoek) een negatieve dyscongruentie wordt vastgesteld, bestaat er een verdenking op een IUGR en is er een indicatie voor biometrie (5.6).

Bij een discrepantie tussen uitwendig onderzoek en bevindingen bij de echo, vindt her evaluatie plaats.

5.6 BELEID BIJ VASTGESTELDE IUGR

- Een EFW en/of AC <p5 **of** een afwijkende hoeveelheid vruchtwater **of** een afwijkende doppler, is reden voor overdracht van zorg naar de gynaecoloog
 - Bij een echografisch vastgestelde IUGR in de 1^e lijn vindt direct doorverwijzing plaats naar de 2^e lijn voor een consult met doppler meting.
 - Zo lang er een verdenking IUGR bestaat vindt wekelijks doppleronderzoek met vruchtwater bepaling en elke 2 weken echo biometrie plaats.
 - Bij een foetale groeibeperking met een EFW p5-10 o.b.v. 2 echo's **en** normale hoeveelheid vruchtwater **en** normale doppler blijft het hoofd behandelaarschap ongewijzigd.
 - Bij een stabiele groei tussen p5 en p10 is er terug verwijzing naar de eerste lijn (dus na 3 echo's). Hiermee vervalt de verdenking IUGR en is er dus ook geen reden tot inleiding of CTG bewaking durante partu. Wel blijft er sprake van een verhoogd risico op verdere groeibeperking zodat de biometrie bij 32 en 36 weken herhaald wordt.
 - Indien de partus op gang komt VOORDAT de tweede biometrie gedaan is, is er reden voor foetale bewaking en dus overdracht van zorg.
- Geavanceerd ultrageluid onderzoek
GUO-II indicaties m.b.t. foetale groeistoornissen:
 - Een termijn <32+0 wkn én een van de volgende echoscopisch vastgestelde bevindingen: EFW <P2.3 (HC, AC en/of FL<P2.3).

- Doppler



- Bij een groei EFW of FAC <P10 of afbuigende groei, wordt er een doppler van de A.Umbilicalis 1x/week gedaan.

- Bij een groei EFW of FAC <P10 of afbuigende groei, wordt het vruchtwater beoordeeld bij het maken van de doppler van de A.Umbilicalis 1x/week.

- CTG

- Bij een normale doppler < 37 weken: geen CTG
- Bij een PI umb >p95: CTG minimaal 2x per week
- Bij een PI umb zeroflow: dagelijks CTG
- Bij een vastgestelde IUGR en expectatief beleid na 37 weken: 2/week
- Durante partu bij een vastgestelde IUGR en in evaluatiefase p5-p10

5.7 BELEID BARING BIJ VASTGESTELDE IUGR

- Bij een aterm FGR (38-40 weken) dient de voorkeur van de patiënt een rol te spelen met betrekking tot de termijn van termineren van de zwangerschap. Maak bij counseling gebruik van de keuzekaart IUGR en de folder “Te klein kind” (Bijlagen bij dit zorgpad). Na 40 weken is het advies in te leiden, tenzij het gaat om een groei op eigen curve (p5-p10)
- Bij een FGR (EFW/AC) p<3 is het advies in te leiden bij 37 weken.