



Zorgpad 6. Verdenking foetale macrosomie

De titel van het zorgpad is gewijzigd in: **verdenking** foetale macrosomie

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 gewijzigde aanbevelingen 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 met consent vastgesteld tijdens de mandaatvergadering op 12 september 2025.

Bijbehorend Revisiedocument “Zorgpad 6 Verdenking foetale macrosomie_2025_V2.7

©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 6 Verdenking foetale macrosomie, versie V2.6.1 apr 2025”.

Disclaimer

Dit document is samengesteld onder redactie van de werkgroep Foetale macrosomie 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).



6.1 DEFINITIE

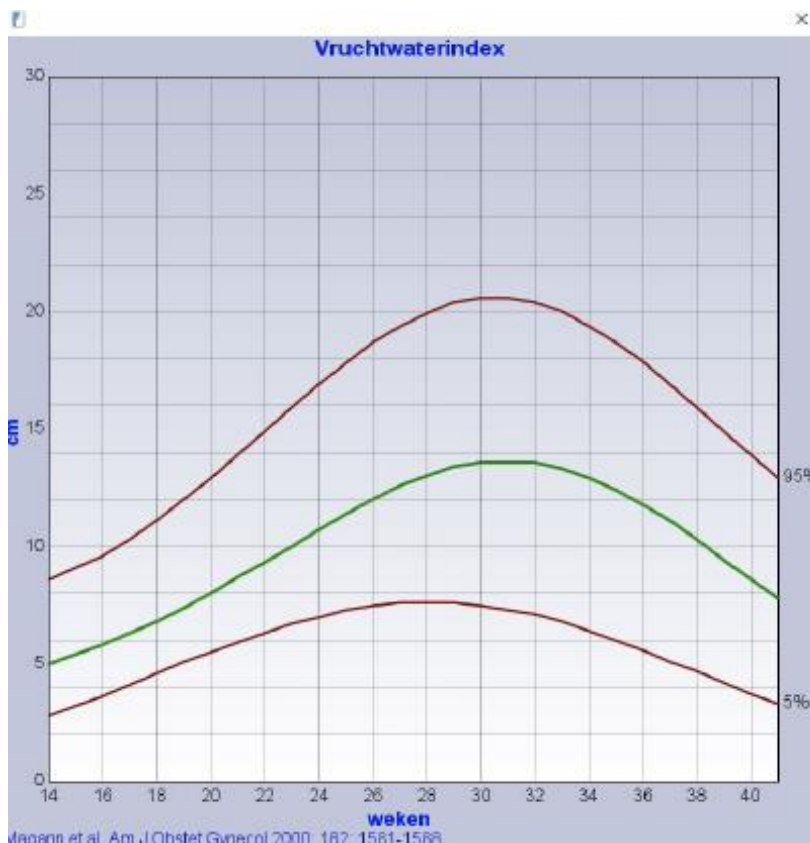
▪ Macrosomie

Het afkappunt voor macrosomie voor wat betreft het inzetten van vervolgleid, is een echoscopisch vastgesteld geschat foetaal gewicht boven het 95^e percentiel (EFW > p95) en/of een foetale abdominale omtrek boven het 95^e percentiel (AC > p95).

▪ Vruchtwater meting

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

- **Polyhydramnion** SDP >8 cm of AFI >p95



Figuur 6.1 AFI curve, (Magann et al, Am J. Obstet Gynecol 2000, 182, 1581-1588)

**Table 1.** 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 6.2 AFI tabel, (Magann et al, Am J. Obstet Gynecol 2000, 182, 1581-1588)

6.2 RISICOFACTOREN FOETALE MACROSOMIE

- Als hoog risico groep worden beschouwd:
 - Vrouwen met een kind met een geboortegewicht boven het 90^e percentiel in de voorgeschiedenis
 - BMI >30 kg/m² bij aanvang van de zwangerschap
 - Diabetes gravidarum of pre-existente diabetes mellitus

6.3 DETECTIE FOETALE MACROSOMIE

- Abdominale palpatie bij elke prenatale controle
- Fundus-symfyse meting vanaf 24 weken zwangerschap
- Termijnbepaling bij voorkeur tussen 10 en 12 weken zwangerschap
- SEO tussen 18⁺⁰ en 21⁺⁰ weken zwangerschap

NB Er vindt geen standaard 3^e trimester echo bij een laag risico populatie

6.4 BELEID HOOG RISICO FOETALE MACROSOMIE

- Extra echo biometrie

Een verhoogd risico op foetale macrosomie, vastgesteld vroeg in de zwangerschap, is een reden om de groei intensief te volgen door middel van een extra echo biometrie bij **32 en 36 weken**. (Overweeg bij cliënten die geen SEO wensen een echo biometrie tussen 18⁺⁰ en 21⁺⁰ weken).



6.5 VERDENKING FOETALE MACROSOMIE

- De **verdenking** foetale macrosomie wordt vastgesteld op basis van 2 opeenvolgende echo's biometrie waarbij een EFW > p95 en/of FAC > p95 gemeten wordt.
- De verdenking op foetale macrosomie vervalt en de basis prenatale controles worden hervat, indien 2 opeenvolgende echo's biometrie een normale groei (EFW < p95 en FAC < p95) en vruchtwater laten zien.

6.6 BELEID ZWANGERSCHAP MACROSOMIE

6.6.1 Hoofdbehandelaarschap

Bij een foetale groei >p95 en/of AC >p95 is de gynaecoloog hoofdbehandelaar. Bij een EFW en/of AC p90-95, zonder overige pathologie, is de verloskundige hoofdbehandelaar.

De hoofdbehandelaar is eindverantwoordelijke, maar is niet per definitie degene die alle zwangerschapscontroles uitvoert.

6.6.2 Aanvullend onderzoek

- EFW of AC > p90 → Echo biometrie
- EFW of AC > p95 → Orale glucose tolerantietest (OGTT)
- Polyhydramnion → OGTT

NB Geen indicatie voor GUO II bij afwijkende OGTT.

6.6.3 Biometrie

Indien een foetale groei (EFW of AC) >p90 wordt vastgesteld, wordt rond **36 weken** zwangerschap een adequate gewichtsschatting met echo en uitwendige palpatie gemaakt, bij voorkeur op dezelfde locatie waar de voorgaande echo's zijn gemaakt.

6.7 BELEID BARING FOETALE MACROSOMIE

- EFW en/of AC p 90 – 95:
 - Plaatsindicatie voor de baring overwegen en bespreken met de zwangere.
 - Een adequate gewichtsschatting wordt ante-partum bepaald. Op basis hiervan wordt de zwangere gecounseld over de plaats van de bevalling.
- EFW en/of AC > p 95:
 - Klinische baring.
 - Aan het begin van de baring dient door de parteur een gewichtsschatting en liggingsbepaling uitgevoerd en gedocumenteerd te worden, zodat het beleid t.a.v. de baring zo nodig aangepast kan worden.
 - Bespreek dat de kans op schouderdystocie en complicaties daarvan mogelijk kleiner is bij inleiden vóór de atermen datum, tussen 38 en 39 weken, en bespreek de voor- en nadelen



van zowel inleiden als expectatief beleid. Maak daarbij gebruik van de keuzekaart “Inleiden of afwachten bij macrosomie” (GCL 2025) en de folder “Bevallen van een groot of zwaar kind”*

- Bij een vaginale multiparae, neem de obstetrische voorgeschiedenis mee in de counseling voor inleiding.
- Bij een EFW > 4500 gram in combinatie met een diabetes gravidarum, onvoldoende ingesteld met alleen dieet of bij een EFW $\geq$ 5000 gram dient de zwangere tijdig geïnformeerd (inclusief bespreken voor- en nadelen) te worden over de mogelijkheid van een primaire sectio caesarea rond 39⁺⁰ weken zwangerschap.

**NB Deze folder en keuzekaart worden samen met de Ouderraad van het GCL aangepast.*

- Polyhydramnion:
 - Klinische baring
-