



11. Zorgpad Vroeggeboorte

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

Besluitvormig in de mandaatgroep door consent vindt plaats op 13 juni 2025.

De werkgroep heeft wijzigingsvoorstellen gedaan op basis van de recente richtlijn preventie recidief spontane vroeggeboorte NVOG, de genoemde literatuur en de conceptribrichtlijn vroeggeboorte NVOG. Indien er aanbevelingen uit de conceptribrichtlijn wijzigen, zijn deze aanpassingen nu nog niet meegenomen.

Vanwege de extensieve veranderingen is ervoor gekozen geen rood omkaderde stukken aan te geven. De veranderingen en overwegingen zijn terug te vinden in het revisiedocument.

©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 11 Vroeggeboorte, versie V2.2 jan 2025".

Disclaimer

Dit document is samengesteld onder redactie van de werkgroep Vroeggeboorte 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).





11.1 DEFINITIE

- Vroeggeboorte wordt gedefinieerd als een geboorte vóór 37⁺⁰ weken zwangerschap.

11.2 RISICOFACTOREN VROEGGEBOORTE

- Uterus anomalie
 - vb. uterus (sub)septum, uterus uni-/ bicornis
- Nulliparae met
 - een conisatie in de voorgeschiedenis.
 - een lis-excisie in de voorgeschiedenis.
- Multiparae met
 - een conisatie of lis-excisie in de voorgeschiedenis zonder een zwangerschap ná deze ingreep.
 - een spontane vroeggeboorte <34⁺⁰ weken zwangerschap in de voorgeschiedenis.
 - een spontane vroeggeboorte ≥34⁺⁰ - <37⁺⁰ weken zwangerschap in de voorgeschiedenis.
 - Een sectio bij volledige ontsluiting in de voorgeschiedenis

11.3 DETECTIE VROEGGEBOORTE

- Bij asymptomatische laag risico zwangeren vindt geen standaard onderzoek plaats ter detectie van een dreigende vroeggeboorte. Onderzoek wordt wel ingezet bij asymptomatische zwangeren met een hoog risico op vroeggeboorte en/of zodra symptomen van een dreigende vroeggeboorte optreden.

11.4 BELEID HOOG RISICO VROEGGEBOORTE

11.4.1 Hoofdbehandelaar

- Indien er sprake is van een spontane vroeggeboorte ≥34⁺⁰ - <37⁺⁰ AD in de voorgeschiedenis wordt het hoofdbehandelaarschap per individu beoordeeld. Het risicoprofiel wordt namelijk sterk bepaald door het verloop van de eerdere zwangerschap.
- Indien er sprake is van een uterus anomalie of een eerdere vroeggeboorte <34⁺⁰ AD, is de gynaecoloog hoofdbehandelaar tot 37⁺⁰ AD, daarna kan de zorg indien gewenst worden overgedragen aan de verloskundige.

Bij een verhoogd risico op een vroeggeboorte kan indien er een stabiele situatie is, terug verwijzing naar de eerste lijn plaats vinden bij in ieder geval 37 weken. Individualiseer tussen 32-37 weken.

11.4.2 Omega 3

Aan alle zwangeren en met name de zwangere met een hoog risico op vroeggeboorte wordt Omega3 vetzuren geadviseerd, indien er onvoldoende intake is, conform advisering **Fout! De hyperlinkverwijzing is ongeldig.** (Zie ook H1 Basisprenatale zorg).

Acetylsalicylzuur

Overweeg patiënten te informeren over de mogelijkheid van acetylsalicylzuur voor de preventie van alle vroeggeboorten en neem in deze overweging individuele factoren mee. De expect calculator spoort mogelijk al vrouwen op met een verhoogd risico op spontane vroeggeboorte aangezien er een overlap lijkt te zijn in factoren die spontane vroeggeboorte, preecampsie, en IUGR veroorzaken.



Indien gekozen wordt voor aspirine: start profylaxe met acetylsalicylzuur in een dosering van 80-150mg per dag vanaf AD 12wk en bij voorkeur voor 16wk. Staak de behandeling bij AD 36w.

11.4.3 Zwangerschapsinterval en recidief vroeggeboorte

Adviseer een zwangerschapsinterval van tenminste 6 maanden aan te houden om de kans op herhaalde vroeggeboorte (<37 en <32 weken) te reduceren.

Bespreek dat er mogelijk een associatie is tussen langer wachten (>18 maanden) en een kleinere kans op recidief vroeggeboorte en weeg langer wachten af tegen individuele potentiële nadelen van een afwachtend beleid (vruchtbaarheid).

11.4.4 Bacteriële vaginose

Verricht geen routinematige screening naar bacteriële vaginose ter preventie van spontane vroeggeboorte. Dit geldt zowel voor vrouwen met en zonder vroeggeboorte in de voorgeschiedenis.

11.4.5 SOA screening

Verricht geen screening op *Trichomonas vaginalis*, *N Gonorrhoeae* of *Chlamydia trachomatis* bij asymptomatische zwangere vrouwen in de algemene populatie, noch bij zwangere vrouwen met een vroeggeboorte in de voorgeschiedenis, vanwege het mogelijke verhoogde risico op vroeggeboorte bij behandeling met metronidazol.

11.4.6 Screening en beleid, geclassificeerd in risicogroepen

Voor een samenvatting, zie tabel 1

Richtlijnen adviseren wisselend met betrekking tot de frequentie van seriele cervix metingen. De mandaatgroep heeft ervoor gekozen de metingen zoveel mogelijk te laten aansluiten bij reguliere afspraken. Hiermee wordt een frequentie van elke 3 weken als standaard aangehouden. Bij twijfel of individuele hoog risico situaties kan dit vaker gedaan worden. Er worden bij asymptomatische vrouwen met een verhoogd risico geen routinematige metingen gedaan na 24 weken.

Asymptomatische patiënten zonder risicofactoren voor vroeggeboorte

Bij asymptomatische vrouwen zonder vroeggeboorte of uterusanomalie in de anamnese, waarbij een cervixlengte wordt gezien <25 mm <24 weken wordt vaginale progesteron aangeraden.

Bij asymptomatische vrouwen zonder vroeggeboorte of uterusanomalie in de anamnese, waarbij een cervixlengte wordt gezien <10 mm < 24 weken kan daarnaast een cerclage worden aangeboden

Bied een cerclage aan bij asymptomatische vrouwen i.g.v. ontsluiting of uitpuilende vochtblaas <24 weken. NB >4cm ontsluiting, of vliezen voorbij het ostium externe hebben een hoge failure rate (met verlies van de zwangerschap in de pre-viable periode).

Indicaties buiten bovenstaande worden bij voorkeur in teamoverleg gesteld.

Asymptomatische vrouwen zonder vroeggeboorte i.a., maar wel verhoogd risico op vroeggeboorte (o.b.v. anamnese van uterusanomalie, SC bij VO, lis en conisatie).

- In geval van een conisatie of lis-excisie in de voorgeschiedenis bij nullipara, of bij multipara indien er nog geen zwangerschap ná de ingreep heeft plaatsgevonden, of een sectio bij volledige ontsluiting in de voorgeschiedenis wordt het volgende besproken:



- In geval van een verhoogd risico op vroeggeboorte o.b.v. een uterus anomalie, met uitzondering van een uterus arcuatus wordt 3 wekelijkse cervixlengtemeting bij 13, 16, 19 en 23 weken AD verricht
- In het geval van een verhoogd risico op basis van een conus, een lisexcisie of sectio bij volledige ontsluiting in de voorgeschiedenis screening bij 13 en 20 weken. Dit kan tijdens de ETSEO en TTSEO.
- Bij een meting ≥ 40 mm ten tijde van de ETSEO of ETGUO blijft de hoofdbehandelaar onveranderd.
- Bij een meting ≥ 30 mm ten tijde van de TTSEO of TTGUO blijft de hoofdbehandelaar onveranderd.

Indien hierbij een cervixlengte < 25 mm wordt gevonden wordt een cerclage als optie besproken, bij een cervixlengte < 15 mm een cerclage aangeboden.

Vanaf 24 weken wordt verwezen naar 11.5 Dreigende vroeggeboorte.

Asymptomatische patiënten met vroeggeboorte i.a. < 34 weken

In geval van een verhoogd risico op vroeggeboorte o.b.v. een eerdere vroeggeboorte $< 34^{+0}$ weken wordt 3 wekelijkse cervixlengtemeting bij 13, 16, 19 en 23 weken AD verricht.

Indien hierbij een cervixlengte < 25 mm wordt gevonden wordt progesteron aangeboden. Bij een cervixlengte > 25 mm wordt progesteron als optie besproken.

Indien hierbij een cervixlengte < 25 mm wordt gevonden wordt een cerclage als optie besproken, bij een cervixlengte < 15 mm een cerclage aangeboden. Vanaf 24 weken wordt verwezen naar 11.5 Dreigende vroeggeboorte.

Asymptomatische patiënten met vroeggeboorte 34-37 weken i.a.

Biedt in geval van een verhoogd risico op vroeggeboorte o.b.v. een eerdere vroeggeboorte $\geq 34^{+0}$ - $< 37^{+0}$ weken een cervixlengtemeting bij 19 en 23 weken AD.

Indien hierbij een cervixlengte < 25 mm wordt gevonden wordt vaginale progesteron besproken en een cerclage als optie besproken. Indien < 24 weken een cervixlengte < 15 mm wordt gevonden wordt een cerclage aangeboden.

Vanaf 24 weken wordt verwezen 11.5 Dreigende vroeggeboorte.

Meerlingzwangerschappen

Bij Meerlingen wordt een cervixlengte gemeten ten tijde van de SEO of GUO in het 2e trimester. Indien er sprake is van een cervixlengte < 25 mm, wordt gecounseld over de twin cerclage studie, waarin een cerclage wordt vergeleken met alleen progesteron.
<https://www.zorgevaluatienederland.nl/evaluations/twin-cerclage>

11.4.7 Onderstaande stellingen bieden extra achtergrondinformatie maar zijn niet te classificeren onder bovenstaande risicogroepen

- Het pessarium wordt verwijderd uit het zorgpad omdat er overtuigende evidence is dat het pessarium geen voordeel biedt ter preventie van vroeggeboorte.
- Funnel is geen onafhankelijke risicofactor voor vroeggeboorte en wordt daarom verwijderd uit het zorgpad.



11.4.8 Progesterontoediening

Progesteron dient bij voorkeur in vaginale vorm (dagelijkse toediening) te worden aangeboden en bij voorkeur gestart rond 16 weken. Counseling dient voor deze tijd in de 2^e lijn plaats te vinden. Indien er een indicatie is voor progesteron wordt een dosering van 200 mg per dag aanbevolen

11.4.9 Cerclage: aanvullende indicaties en technische overwegingen

▪ Indicaties cerclage

Algemeen:

Er is een zeer beperkte 'evidence base' mbt het voordeel van cerclage in verschillende situaties. Deze is moeilijk alsnog te bewerkstelligen omdat men is gaan behandelen zonder eerst te onderzoeken. Naar de beschikbare evidence is verwezen bij de betreffende indicatie.

History indicated cerclage (primaire cerclage) :

Bied cerclage aan bij asymptomatische vrouwen met risico factoren in de voorgeschiedenis:

- 3 of meer vroeggeboortes in 2^e en of 3^e trimester, eenlingzwangerschap 11-14 weken
- Indicaties buiten bovenstaande worden bij voorkeur in teamoverleg gesteld.

Abdominale cerclage

Bied vrouwen die ondanks een primaire of secundaire vaginale cerclage toch prematuur bevallen zijn, een preconceptioneel advies consult aan. Informeer vrouwen die ondanks een vaginale cerclage extreem vroeg zijn bevallen (< 28 weken) over de mogelijk kleinere kans op een vroeggeboorte <32 en 37 weken in de volgende zwangerschap na plaatsing van een abdominale cerclage. De nadelen van deze ingreep dienen ook te worden meegenomen in de counseling.

▪ Methode

- Streven naar een zo hoog mogelijke cerclage
- Geen duidelijke voorkeur voor Shirodkar of MacDonald
- Hechtmateriaal: monofilament: (minder maternale sepsis en clinical chorioamnionitis) t.o.v. multifilament).
- Er is geen bewijs dat een bepaalde techniek van anesthesie de voorkeur heeft.

▪ Antibiotica:

- Er is geen bewijs dat antibiotica de uitkomst verbetert. Er zijn studies die laten zien dat antibiotische behandeling meer dysbiose veroorzaakt. Er kan gekozen worden voor eenmalig antibiotica (cefazoline+metronidazol) peroperatief in gevallen waarbij de vliezen zichtbaar zijn.

▪ Tocolyse:

- Er kan pragmatisch worden gekozen voor Indocid op de dag van de cerclage zelf. Er is geen bewijs dat tocolyse de uitkomst verbetert.

Verwijdering van de cerclage

- Als een vaginale bevalling wordt nagestreefd: verwijder de cerclage rond 37 weken. Indien er sprake is van gebroken vliezen is er geen duidelijk bewijs dat verwijdering geïndiceerd is, wel moet worden gelet op tekenen van chorioamnionitis na PPRM met een cerclage in situ.

Nb het verwijderen van een cerclage kan moeilijk zijn. In de C-stitch trial werd in 56% van de gevallen het verwijderen als moeizaam gescoord, in ca 35% van de gevallen anaesthesie nodig om de cerclage te kunnen verwijderen



11.5 DREIGENDE VROEGGEBORTE TIJDENS HUIDIGE ZWANGERSCHAP

11.5.1 Hoofdbehandelaar

- Na een opname i.v.m. een dreigende vroeggeboorte, blijft de gynaecoloog hoofdbehandelaar tot 37⁺⁰ weken zwangerschap, daarna kan de verloskundige de zorg overnemen.

11.5.2 Corticosteroïden

- Bij een dreigende vroeggeboorte tussen 23⁺⁵ en 25⁺⁶ weken, wordt de zwangere verwezen naar een perinatologisch centrum en worden corticosteroïden toegediend indien na counseling voor een actief beleid gekozen wordt.
- Bij een dreigende vroeggeboorte tussen 26⁺⁰ weken en 33⁺⁶ weken worden corticosteroïden standaard geadviseerd.
- Een corticosteroïden kuur kan herhaald worden indien een 2^e episode van een dreigende vroeggeboorte <34⁺⁰ wk optreedt en de 1^e kuur vóór 32⁺⁰ wk gegeven is met een tijdsinterval van minimaal 2 weken tussen 2 kuren.
- Adviseer geen corticosteroïden bij een dreigende spontane vroeggeboorte tussen 34 en 37 weken.

Overweeg het gebruik van antenatale corticosteroiden bij zwangere vrouwen die tussen 34+0 en 34+6 weken zwangerschapsduur een sectio ondergaan om de incidentie van neonataal respiratoir distress syndroom (RDS) te verminderen. Houd daarbij voor ogen dat met toenemende zwangerschapsduur de risico's van corticosteroiden ten opzichte van de gunstige effecten toenemen.

Bespreek de afweging tussen risico's en gunstige effecten van antenatale corticosteroiden met zwangere vrouwen die tussen 35+0 en 36+6 weken zwangerschapsduur een electieve sectio ondergaan.

In onze regio wordt ten aanzien van de corticosteroiden na de 34 weken ook bij een SC een "nee tenzij" beleid gevoerd. Er wordt besproken dat het gebruik van ACS minder ademhalingsproblemen geeft, maar ook meer hypoglycemie. De lange termijn effecten zijn onduidelijk. Daarmee wordt het niet routinematig gegeven tenzij er aanvullende overwegingen zijn.

11.5.3 Tocolyse

Er wordt geen tocolyse gegeven bij een dreigende vroeggeboorte na 30 weken.

11.5.3 Aanvullende testen

- Bij zwangeren met symptomen van een dreigende vroeggeboorte en een transvaginaal gemeten cervixlengte tussen de 16-30 mm bij een termijn < 34⁺⁰ weken, wordt een aanvullend diagnosticum (PAMG-1, Partosure of fibronectine test) ingezet om de kans op vroeggeboorte te voorspellen.
 - Positieve aanvullende test: tussen 24 en 26 weken counseling 3^e lijn m.b.t. actief beleid
 - Bij een actief beleid overplaatsing naar perinatologisch centrum (tot 32 weken AD)
 - Tocolyse (tot 30 weken AD of om overplaatsing mogelijk te maken)
Overweeg alleen tocolyse > 30 weken bij overplaatsing indien er evident ontsluiting is en de zwangere klinisch in partu oogt.



- Corticosteroïden (tot 34 weken)
- Magnesumsulfaat ter neuroprotectie (tot 32 weken AD)
- Negatieve aanvullende test: observatie, cervixlengte vervolgen.

11.5.4 Overplaatsing - ongewijzigd

- Er vindt overplaatsing naar een perinatologisch centrum plaats bij een dreigende vroeggeboorte <32⁺⁰ weken in combinatie met:
 - een cervixlengte <15 mm en/of
 - >3 cm ontsluiting en/of
 - PPRM ongeacht of er sprake is van contracties OF
 - een cervixlengte 16-30 mm + een positieve aanvullende test

11.5.5 Groep-B-streptokokken -

- Bij een dreigende vroeggeboorte <37⁺⁰ weken wordt GBS diagnostiek (introïtus vaginae – anus kweek) of sneltest (PCR) ingezet.

GBS kweek of sneltest (PCR) positief: GBS profylaxe: durante partu antibiotica geven.

GBS kweek of sneltest (PCR) onbekend: GBS profylaxe: durante partu antibiotica geven.

GBS kweek of sneltest (PCR) negatief: Geen GBS profylaxe.

- Overweeg bij een zwangere met GBS dragerschap en PPRM tussen 34 en 37 weken een vroege geplande bevalling vanwege de mogelijk verhoogde kans op een neonatale infectie. Bespreek de voor- en nadelen van een geplande vroege bevalling ten opzichte van afwachten, waarbij de voordelen van een inleiding groter lijken dan de nadelen

11.5.6 Magnesiumsulfaat

- Bij een dreigende vroeggeboorte wordt tot 32⁺⁰ weken magnesiumsulfaat (MgSO₄) gegeven i.v.m. het neuroprotectieve effect.

11.5.7 Laat afnavelen

Wacht minimaal 60 seconden met het afklemmen van de navelstreng na de geboorte van een vitale pasgeborene met een zwangerschapsduur tussen de 24 - 37 weken.