

	<p>VSV Samen Protocol: Langdurig gebroken vliezen a terme</p>
Documentgebied	Verloskunde, kraamzorg, kindergeneeskunde
Groep(en)	Alle leden aangesloten bij het VSV Samen Nijmegen
Autorisatie	Voorzitter Programmaraad
Beoordelaar(s)	<p>Wieteke Heidema en Freke Wilmink, (perinatologen Radboudumc), Chantal van Bijsterveldt (gynaecoloog CWZ), Cara Simons (1^e lijns verloskundige), Hanneke Munten, klinisch verloskundige Radboudumc.</p> <p>Lloret Hoenselaar, PA neonatologie Radboudumc</p>
Documentbeheerder(s)	VSV werkgroep protocollen
Auteur	Marianne Peeters, PA klinisch verloskundige Radboudumc
Datum publicatie	15-11-2022
Openbaar document	Ja
Controledatum	15-11-2023
Versie document	3.0

Doel

Eenduidig handelen in het beleid bij langdurig gebroken vliezen (LGV) à terme dat wil zeggen langer dan 24 uur na een zwangerschapsduur ≥ 37 weken.

Toepassingsgebied

Alle zwangeren en kraamvrouwen die zorg ontvangen van een zorginstelling die is aangesloten bij het VSV-Samen Nijmegen en omstreken.

Definities

- Voortijdig gebroken vliezen: aansluitend aan het spontaan breken van de vliezen treedt geen weeënactiviteit op. Het voortijdig breken van de vliezen gaat gepaard met een verhoogde kans op een intra-uteriene infectie. De perinatale morbiditeit en mortaliteit zijn derhalve verhoogd, evenals de maternale morbiditeit. Perinatale complicaties worden voornamelijk bepaald door de zwangerschapsduur op het moment van het breken van de vliezen (1).
- PROM = Pre-labour/Premature Rupture Of Membranes: synoniem van voortijdig breken van de vliezen
- SROM = Spontaneous Rupture Of Membranes
- AROM = Artificial Rupture Of membranes, het kunstmatig breken van de vliezen
- PPRM = Preterm, Premature Rupture Of Membranes, de vliezen breken spontaan voor 37 weken zonder dat er sprake is van weeënactiviteit
- LGV a terme dus ≥ 37 weken = de vliezen zijn langer dan 24 uur gebroken.
- LGV <37 weken = de vliezen zijn langer dan 18 uur gebroken (3).
- Intra-uteriene infectie: infectie van de uterus holte, vruchtvliezen, vruchtwater, foetus en placenta.

Incidentie

De incidentie van het voortijdig breken van de vliezen na 37 weken is circa 8%. In de à terme periode is bij een afwachtend beleid 90-95% van de zwangeren binnen drie dagen na SROM bevallen (1).

Werkwijze bij gebroken vliezen a terme in de eerste lijn

Controles bij spontaan gebroken vliezen a terme

- Foetale cortonen
- Kleur van het vruchtwater
- Indaling van het foetale caput
- Controle temperatuur en pols
- Bij twijfel of de vliezen zijn gebroken: varentest of Amnicator®

Adviezen tot 24 uur na het spontaan breken van de vliezen zonder weeën activiteit

- Controle temperatuur en pols viermaal daags
- Geen coïtus
- Niet in bad, onder de douche mag wel
- Niet toucheren
- Geen tampons gebruiken

Er dient contact opgenomen te worden opgenomen met de tweede lijn bij:

- Bloedverlies anders dan tekenen
- Meconiumhoudend vruchtwater
- Minder leven voelen
- Temperatuur >38.0°C (rectaal)
- Maternale tachycardie ≥ 90 slagen per minuut
- Foetale tachycardie >150 slagen per minuut
- Toename van de foetale basis hartfrequentie van ≥ 30 per minuut
- Riekend vruchtwater (foetor)

Verwijzing naar de tweede lijn bij >24 uur gebroken vliezen

De zwangere wordt verwezen naar de tweede lijn indien de vliezen langer dan 24 uur zijn gebroken, ongeacht of de zwangere in partu is of niet. Als het tijdstip van verwijzing bij langdurig gebroken vliezen zonder weeën valt in de nacht, dan kan er tot maximaal zes uur voor tot maximaal zes uur na het tijdstip verwezen worden naar de tweede lijn (2).

Werkwijze bij gebroken vliezen a terme in de tweede lijn

Controles in de tweede lijn

- Bij twijfel of de vliezen zijn gebroken: speculumonderzoek en/of varentest
- Indaling van het foetale caput
- Kleur van het vruchtwater
- CTG
- Echo (indien deze niet recent is verricht): voor ligging en biometrie
- Anus/introïtusweek: GBS (bij voorkeur een PCR-sneltest)
- Controle temperatuur en pols viermaal daags
- CRP en leukocyten. Het is echter onzeker of dit meer diagnostische waarde heeft dan temperatuurmeting alleen (1).

Inleiding in de tweede lijn

Als alle controles normaal zijn, vindt er opname en inleiding plaats de ochtend na 24 uur gebroken vliezen, zie ook bijlage 2: inleiding bij LGV. Op verzoek en na overleg is de inleiding de ochtend nadat de vliezen 48 uur gebroken zijn eventueel mogelijk na beoordeling in de tweede lijn. In geval van GBS-dragerschap: zie hiervoor het VSV-Samen protocol GBS.

Bij verdenking intra uteriene infectie is continue foetale bewaking via het CTG geïndiceerd (4) en is er een contra-indicatie voor een badbevalling.

Pasgeborene

- Consult kinderarts na de geboorte, kinderarts hoeft niet bij de partus aanwezig te zijn indien er durante partu geen (klinische) tekenen van infectie zijn.
- Klinische observatie op de kraamafdeling gedurende 12 uur mits er geen symptomen van infectie aanwezig zijn.
- Specifieke controles a 3 uur: pols, ademhaling en temperatuur
Iedere 8 uur wordt tevens de zuurstofsaturatie en de capillaire refill bepaald.

NB: Indien er sprake is van > 24 uur gebroken vliezen maar de barende is binnen deze 24 uur spontaan in partu gekomen dan is klinische observatie van de neonaat niet geïndiceerd, mits de neonaat geen tekenen van infectie heeft en er geen andere risicofactoren voor een early onset neonatale infectie aanwezig zijn zoals een positieve GBS kweek/sneltest of maternale koorts durante partu (zie bijlage 1 conform richtlijn NVK 2017).

Ontslag moeder en pasgeborene

- De kraamvrouw en pasgeborene worden, indien er zowel bij de kraamvrouw als bij de pasgeborene geen tekenen van infectie zijn, na 12 uur ontslagen naar huis. Hierna volgt voor de pasgeborene thuis nog 24 uur observatie waarbij de temperatuur wordt gecontroleerd.
- Indien er geen GBS sneltest is uitgevoerd en ten tijde van het ontslag de uitslag van de reguliere anus/introïtusweek nog niet bekend is, dan krijgt de 1^e lijns verloskundige praktijk die het kraambed verzorgt telefonisch bericht hierover als de uitslag bekend is. De kraamvrouw kan tevens in “Mijn Radboud” of in “MijnCWZ” de uitslag van de kweek inzien.

Intra uteriene infectie: symptomen

- Koorts: temperatuur >38.0° C, twee keer gemeten met een tussenpoos van 30 minuten
- Maternale tachycardie (hartslag ≥90/min.)
- Maternale leukocytose
- Foetor van aflopend vruchtwater of meconium
- Foetale tachycardie (hartslag >150/minuut)
- Toename van de basisfrequentie van de foetale hartslag ≥ 30/minuut

Sommige bacteriën, zoals o.a. hemolytische groep-B-streptokokken (de meest voorkomende verwekkers van neonatale sepsis à terme) veroorzaken geen foetor en slechts subtiele tekenen van infectie bij de moeder, terwijl ze uitermate bedreigend voor de neonaat kunnen zijn (1).

Bij aanwijzingen voor een intra uteriene infectie dient gestart te worden met antibiotica, zie hiervoor het VSV-Samen protocol “Koorts durante partu”(4).

Bronnen

1. NVOG richtlijn “Breken van de vliezen voor het begin van de baring”, 2002
2. VSVNO Besluitenoverzicht, 2012, 2008-03 “langdurig gebroken vliezen”.
3. Richtlijn preventie EOS sepsis van de NVK en NVOG, 2017
4. VSV-samen protocol “Koorts durante partu”

Bijlage 1: Maternale risicofactoren early onset neonatale infectie (3)

Risicofactor	Red Flag
Parenterale antibiotische behandeling van de moeder bij een klinisch beeld van sepsis tijdens de bevalling of binnen 24 uur na de geboorte	X
Verdenking of bewezen infectie bij een ander kind in het geval van een meerlingzwangerschap	X
Invasieve groep B streptokokken infectie bij een voorgaand kind (A)	
Maternale groep B streptokokken kolonisatie, bacteriurie of urineweginfectie in de huidige zwangerschap (B)	
>24 uur spontaan gebroken vliezen zonder weeën activiteit bij een a terme geboren kind	
Spontane premature geboorte (zwangerschapsduur <37 weken)	
>18 uur gebroken vliezen (verdenking of bevestigd) bij een prematuur <37 weken	
Intrapartum koorts >38°C (ongeacht epidurale analgesie), of chorioamnionitis (verdenking of bewezen)	

A + B: Deze risicofactoren ("non red flags") blijven ook bestaan na GBS-profylaxe, maar maken zonder bijkomende risicofactoren geen antibiotische behandeling van de pasgeborene nodig. Meestal voorkomt deze profylaxe GBS-kolonisatie van de pasgeborene. Desalniettemin is deze profylaxe geen toereikende behandeling voor een reeds aanwezige infectie.

Bijlage 2: inleiding bij LGV

Duidelijke medische argumenten ontbreken om te kiezen voor ofwel het inleiden van de baring op korte termijn ofwel een afwachtend beleid. Onderzoek naar de voorkeur van de zwangere geeft geen eenduidig antwoord. De meest praktische benadering lijkt derhalve om vrouwen met gebroken vliezen voor het begin van de baring à terme te informeren hierover en in gezamenlijk overleg het beleid te bepalen (1).

Bij afwachten is klinische observatie (waarschijnlijk) niet noodzakelijk, wel dagelijks controle van de foetale conditie (ctg) en instructie van de zwangere vrouw ten aanzien van onthouding van coïtus, temperatuur meten en naar het ziekenhuis komen bij koorts, buikklachten, bloedverlies, kleurverandering van het vruchtwater of verminderde kindsbewegingen.

Indien besloten wordt tot inleiden van de baring kan zowel voor oxytocine i.v. als voor prostaglandine vaginaal gekozen worden. Het al of niet gebruiken van prostaglandine bij een onrijpe cervix vermindert de kans op een sectio niet. Er zijn aanwijzingen dat, indien gekozen wordt voor inleiden kort na breken van de vliezen met oxytocine, minder vaak chorioamnionitis optreedt (1).