
De werkgroep zwangerschap beoogt de optimalisatie van de zorg voor zwangere vrouwen. Gynaecologen, huisartsen en vroedvrouwen uit Antwerpen Centrum en Berchem maken taakafspraken en stemmen hun zorg op elkaar af.

Meewerkende gynaecologische diensten zijn GZA St. Vincentius, GZA St. Augustinus en ZNA Middelheim.

Gynaecologen, huisartsen en vroedvrouwen integreren bijgevoegd protocol in hun dagelijkse praktijk, waarbij de patiënt altemnerend wordt opgevolgd.

We vertrekken steeds vanuit de keuze van de patiënt! We kunnen de patiënt niet opleggen, maar wel adviseren om voor een altemnerende begeleiding te kiezen.



PROTOCOL ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING

(naar initiatief van LMN Antwerpen Oost)

Kernvoorwaarden

- De huisarts kent de richtlijnen van Domus Medica over zwangerschapsbegeleiding.
- Huisartsen, gynaecologen en vroedvrouwen die werken volgens het protocol gebruiken het zwangerschapsboekje van Kind en Gezin als communicatiemiddel.
- De zwangerschapskalender is het symbool van ons project. Alle huisartsen, vroedvrouwen en gynaecologen bevestigen de kalender in het zwangerschapsboekje van Kind en Gezin.
- Huisartsen en vroedvrouwen die werken volgens het protocol beschikken over een doptone die harttonen kan registreren vanaf 11 weken.
- Huisartsen en vroedvrouwen die werken volgens het protocol kunnen de challenge test uitvoeren of organiseren.

Afspraken

- De tweede lijn benadrukt het belang van een vaste huisarts voor de patiënt.
- Zoveel mogelijk afspraken worden op voorhand gepland.
- Gynaecologen, huisartsen en vroedvrouwen bezorgen elkaar een (digitale) kopie van elke bloedafname.
- Huisartsen registreren het aantal zwangere vrouwen die ze opvolgen.
- Het LMN Antwerpen Berchem zorgt voor ondersteuning: u kan steeds kalenders of zwangerschapsboekjes bestellen bij zorgtrajectpromotor Linne Van den Brande (linne@chronischezorgantwerpenberchem.be – 0498/972498). Voor inhoudelijke vragen of opmerkingen kunt u terecht bij dr. C. Antonneau (secretariaat@huisartsengroepplantijn.be)
- Volgende kalender is een richtlijn voor laag risico zwangerschappen. In bepaalde gevallen kan er uiteraard afgeweken worden van wat er staat.

ZWANGERSCHAPSKALENDER

Naam: Laatste menstruatie: Verwachte bevallingsdatum:

Consult: Weken:	1 + 2* Rond 6 à 10 wk HA of G of VV	3* + 4 Vanaf 11 wk tot 14 wk G*	5 Rond 16 wk HA of VV	6* Rond 20 wk G	7* Rond 24 tot 28 wk HA of VV	8 Rond 30 wk G	9* Na 32 wk 1x / 2 à 3 wk HA of VV	10 Vanaf 37 wk 1x / 1 à 2 wk G
Datum: Zorgverlener:
Info en Voorlichting:	Diagnose en beleving <u>-Actieve risico-opsporing*</u> Info protocol en boekje -Toelichting prenatale screening <u>-Advies levensstijl en voeding*</u>	Beleving en klachten Evt. bespreking prenatale diagnose (1 wk na consult 3)	Beleving en klachten <u>-Info kraamzorg*</u>	Beleving en klachten	Beleving en klachten Nog geen vroedvrouw? Afspraak aanbevelen i.f.v. <u>GVO*</u> & postpartum zorg <u>-Herinnering info kraamzorg*</u> <u>-Aanmelding K&G*</u>	Beleving en klachten	Beleving en klachten -Vragen rond bevalling -Info borstvoeding	Beleving en klachten -Vragen rond bevalling -Pijnstilling
Klinisch onderzoek:	Bloeddruk Startgewicht	Bloeddruk Gewicht Harttonen	Bloeddruk Gewicht Harttonen Buikonderzoek	Bloeddruk Gewicht Harttonen Buikonderzoek	Bloeddruk Gewicht Harttonen Buikonderzoek	Bloeddruk Gewicht Harttonen Buikonderzoek	Bloeddruk Gewicht Harttonen Buikonderzoek	Bloeddruk Gewicht Harttonen Buikonderzoek
Echo:	Echo bij onzekere datum	<u>Echo 1*</u> abdom./vaginaal		Echo 2: abdominaal	<u>Tussenecho*</u> (occasioneel)	Echo 3: abdominaal		
Labo:	<u>Bloedafname 1*</u> (nuchter) + laatste uitstrijkje in zwangerschapsboekje	<u>Prenatale screening*</u>	Urinecultuur (screening asymptomatische bacteriurie)	<u>Proteïnurie op dipstick*</u>	<u>Bloedafname 2*</u> o.a. glucose belastingstest 50g o.a. Indirecte Coombs test		<u>GBS-screening*</u> (35-37 weken) (noteer datum + labo in boekje)	
Medicatie:	<u>Vitamine D*</u> Foliumzuur	<u>Vitamine D*</u> Foliumzuur	<u>Vitamine D*</u>	<u>Vitamine D*</u>	<u>Vitamine D*</u> Anti D (Rh) op 28 weken bij Rh neg + <u>Triaxis *</u>	<u>Vitamine D*</u>	<u>Vitamine D*</u>	<u>Vitamine D*</u>

BIJLAGEN

Consult 1 + 2

Actieve risico-opsporing

Onder een laag risico zwangerschap verstaan we een zwangerschap die geen enkele risicofactor vertoont voor een abnormaal verloop van de zwangerschap of voor een slechte perinatale uitkomst.

Algemene risicofactoren

Leeftijd: <16 of >40 jaar; Gewicht: BMI (G/L²) <18 of >35; suboptimale socio-economische omstandigheden; risicogedrag: roken, alcohol- en druggebruik; geneesmiddelengebruik; SOA; risico's op het werk; andere persoonlijke, familiale en genetische risicofactoren

Anamnese en klinisch onderzoek

- **Medische risicofactoren**
Hart- en vaatziekten, hypertensie, trombose, longembool, nierziekten, metabole aandoeningen, stollingsstoornissen, neurologische aandoeningen, longziekten, hematologische aandoeningen, auto-immuunziekten, maligniteiten, ernstige infecties, psychiatrische aandoeningen en elke andere vooraf bestaande pathologie die van belang kan zijn tijdens de zwangerschap
- **Gynaecologische risicofactoren**
Baarmoederpathologie (anatomische afwijkingen, chirurgische ingrepen, afwijkende cytologie), bekkenafwijkingen, bekkenbodemafwijkingen of voorafgaande chirurgie, aanwezigheid van IUD, voorgeschiedenis van besnijdenis
- **Obstetrische risicofactoren**
Belaste obstetrische voorgeschiedenis, rhesus-iso-immunisatie en bloedgroepantagonisme, herhaalde miskramen, cervixinsufficiëntie of cerclage, pre-eclampsie (HELLP), prenatale bloedingen, vroeggeboorte, groei-afwijkingen, keizersnede, grande multipariteit, ernstige perinatale morbiditeit en sterfte, moeilijke bevalling, postpartumpsychose of –depressie

Risicofactoren ontwikkeld tijdens huidige zwangerschap

- **Algemene risicofactoren**
Late prenatale zorg, psychiatrische stoornis, afstandskind
- **Medische risicofactoren**
Hyperemesis gravidarum, zwangerschapsdiabetes, zwangerschapshypertensie, stollingsstoornis, trombo-embolie, maligniteiten en infectieuze aandoeningen
- **Obstetrische risicofactoren**
Amniocentesis en vlokentest, meerlingzwangerschap, mors in utero, dreigende vroeggeboorte, cervixinsufficiëntie, bloedingen, abruptio placentae, vruchtwaterverlies, negatieve of positieve discongruentie, symfyolyse, obstetrisch relevante uterus myomatosis, rhesus-iso-immunisatie en bloedgroepantagonisme, abnormale cervixcytologie (HSIL), serotiniteit

Niet limitatieve lijst van risicofactoren die mogelijk bijkomende zorg of maatregelen vergen (Bron: Nationale richtlijn prenatale zorg, 2004, tabel 1, Brussel: KCE)

[Terug naar schema](#)

Bloedname 1 Nuchter

Hb, Hcrt, ferritine, bloedgroep/Rh, indirecte coombs, eerste controle toxo IgG + IgM, rubella IgG, hiv, TPHA, HbsAg, bij risicogedrag: chlamydia, hep. C, varicella IgG (zonder voorgeschiedenis windpokken)

Glucosetest nuchter (min. 8u):

- Bij glucose > 126mg/dl, na bevestiging, direct verwijzen naar endocrinoloog
- Bij glucose tussen 100 – 126 mg/dl, na bevestiging, direct OGTT (100g of 75g) doen. Bij gestoorde OGTT, direct verwijzen naar endocrinoloog. Anderen volgen de kalender verder en herhalen OGTT test op 24 weken.
- Bij glucose < 100 mg/dl, verdere opvolging zoals eerder aangegeven in de kalender en challenge test met 50g glucose op 24 weken.

Consult 3

Gynaecoloog/verloskundige/vroedvrouw

GZA Sint Vincentius, afspraak 03 285 28 50 - GZA Sint Augustinus, afspraak 03/443 36 63 - ZNA Middelheim, afspraak 03/280 33 75

Prenatale screening

- Echo met nekpluimmeting: tussen 11wk- 13wk & 6d
- NIPT: vanaf 1 juli 2017 wordt de Niet-Invasieve Prenatale Test (NIPT) terugbetaald voor alle zwangere vrouwen **vanaf de twaalfde zwangerschapsweek**, met een maximum van 8,68 euro remgeld voor de niet-voorkeursgerechtigden. Vrouwen met voorkeursregeling krijgen de test volledig terugbetaald. Medisch gezien kan de NIPT reeds vanaf 10 weken zwangerschap.

Consult 6

Proteïnurie op dipstick

In geval van afwijkend resultaat: urine microscopisch onderzoek + kweek. Bepaling van de eiwit/creatinine ratio op een tweede urinestaal indien bij het eerste staal geen urineweginfectie wordt gevonden.

Consult 7

GVO

GVO staat voor gezondheidsvoorlichting over de zwangerschap, gezondheid (stress, voeding, enz), voorbereiding arbeid en bevalling, borstvoeding, ontwikkeling baby, sociale wetgeving, seksualiteit, enz.

Bloedafname 2

Hb, Hcrt, glucosebelasting 50g (> 140 mg/dl; OGGT-test), indirecte Coombs
Optioneel: indien eerder negatieve serologie tweede controle toxo IgG en IgM

Consult 9

GBS-screening

Screening d.m.v. rectovaginale kweek: tussen 35 en 37 weken via één wisser (1 cm zijwand vagina + periaanaal)

Noteer de datum en de resultaten van het labo in het boekje.

[Terug naar schema](#)

OVERZICHT AFSPRAKEN

- [1. Pijn en bloedingen in het eerste trimester van de zwangerschap](#)
- [2. Structurele echo](#)
- [3. Tussenecho](#)
- [4. Schildklierproblemen](#)
- [5. Kwetsbare zwangeren](#)
- [6. Triaxis](#)

- [7. Bloedname 1 en 2](#)
- [8. Vitamine D](#)
- [9. CMV](#)
- [10. Adviezen voeding en levensstijl](#)
- [11. Kraamzorg](#)
- [12. Aanmelding Kind & Gezin](#)



1. PIJN EN BLOEDINGEN IN HET EERSTE TRIMESTER VAN DE ZWANGERSCHAP

Iedere zwangere vrouw (> 6 weken) met pijn of aanzienlijk bloedverlies verwijst je door voor een echo. Een transvaginale echo geniet de voorkeur: deze heeft een grotere sensitiviteit om de foetale pool en hartactiviteit te detecteren. Vanaf een HCG van 2000 moet je iets zien in de baarmoeder. Indien geen foetale pool zichtbaar is, meet je het vruchtzakje. Is het vruchtzakje kleiner dan 25mm, herhaal je de echo na 14 dagen. Is het vruchtzakje groter, herhaal je de echo na 7 dagen en neem je bloed af.

Een HCG-stijging van meer dan 63% binnen de 48u tijd sluit een falende zwangerschap uit. In dat geval neem je na 7 à 14 dagen een echo. Een daling van 50% op 48u tijd wijst daarentegen op een falende zwangerschap. Een echo om dit aan te tonen is niet nodig maar kan wel nuttig zijn. Zo kan een vrouw moeilijk opnieuw zwanger raken als er placentaresten in de baarmoeder aanwezig zijn. Wanneer het HCG onvoldoende stijgt of daalt, verwijst je door naar de tweede lijn. Echo's zijn dan noodzakelijk: een HCG-bepaling maakt immers geen onderscheid tussen een evolutieve zwangerschap, extra-uteriene zwangerschap of een miskraam. Een progesteronbepaling geeft geen extra info. De controle van progesteron bij een miskraam of extra-uteriene zwangerschap gebeurt in de tweede lijn.

Is een doorverwijzing heel dringend, verwijst je de zwangere vrouw door naar de spoeddienst. Is de verwijzing iets minder dringend contacteer je 's morgens de materniteit: zij plannen zo snel mogelijk een afspraak. De zwangere vrouw wordt aanbevolen om bij problemen eerst naar de huisarts te bellen.

- Bij pijn en hevig bloedverlies verwijst je de patiënt steeds door naar de tweede lijn.
- HCG bepalen kan met enkele dagen ertussen.
- Laat een echo nemen na elke miskraam.
- Heeft een vrouw een miskraam en is ze resusnegatief, dien je haar -bij een zwangerschapsduur van langer dan 8 weken- rhogam toe.

Zie schema in bijlage: 'Pijn en bloedingen in het eerste trimester'*

2. STRUCTURELE ECHO

- Eerste trimester screening op 'Down syndroom': echo (nekplooiemeting) vanaf 11 weken tot 13 weken & 6 dagen (GYN).
- De huisarts counselt alle zwangere vrouwen. De gynaecoloog bundelt alle gegevens.
- Huisartsen geven in het zwangerschapsboekje aan met welk labo ze werken. Zowel huisartsen als specialisten geven elkaar een digitale kopie van labo-uitslagen.
- De gynaecoloog geeft een digitale kopie van het echoverslag aan de huisarts.

3. TUSSENECHO

Occasioneel zullen gynaecologen een tussenecho aanbevelen tussen wk 27 en wk 28, dit voor het bepalen van eventuele groeiachterstand bij de baby (bij abnormale bloeddruk, kleine buik).

[Terug naar schema](#)

4. SCHILDKLIERPROBLEMEN

Over de behandeling van **subklinische hypothyroidie** bestaat geen consensus. Endocrinologen behandelen de problematiek op verschillende wijze. De ene vindt screening belangrijk maar wil niet overbehandelen; patiënten met een TSH-waarde > 5 mU/l of behorende tot een risicogroep (eerdere miskraam) worden behandeld. De andere volgt patiënten met een waarde van 3 mU/l op tot de TSH evolueert naar 0,4 mU/l (zoals beschreven in de richtlijnen).

Mogelijks start je met levothyroxine (25µg of meer). Titreer op en controleer 1 keer per 4 weken tot de TSH-waarde zich tussen 0,4mU/l (1 mU/l) en 2mU/l bevindt. Indien je kiest om geen behandeling te starten, volg je de waarde om de 4 weken op en start je de behandeling bij het ontstaan van een open hypothyroidie. Bij een euthyroidie herhaal je een bloedafname na 3 maanden.

We kunnen subklinische hypothyroidie eerder detecteren door goed te controleren. Wanneer de TSH-waarden hoog zijn, voeren de specialisten na een maand opnieuw een controle uit. Sommigen testen naast TSH ook de T4-waarde; als deze waarde normaal is, mogen hoge TSH-waarden genegeerd worden. Conclusie: wetenschappelijke evidentie voor de behandeling van een subklinische hypothyroidie bestaat niet maar controle blijft belangrijk!

Bij een gekende **subklinische hyperthyroidie** verwijs je steeds door naar de specialist indien bij de eerste trimester bloedafname opnieuw subklinische waarden gevonden worden. Ook patiënten met hypertensie of een zwangerschapswens verwijs je best door naar de endocrinoloog. Voor andere patiënten is een doorverwijzing niet nodig.

Goed ingestelde **hypothyreoïdie** zonder TSH-receptorantistoffen kan in de eerstelijns opgevolgd worden. Verhoog thyroxine met 30% zodra de zwangerschap is vastgesteld; controleer T4 en TSH elke vier weken. Streef naar een TSH-waarde van 1 tot 2 mU/l.

Na de zwangerschap kan je de medicatie stopzetten of afbouwen tot de dosis van voor de zwangerschap. Bij stopzetting controleer je TSH in het eerste jaar na één maand, drie maanden en een half jaar. Nadien is een jaarlijkse opvolging voldoende. Er bestaat een verhoogde kans op een permanente hypothyreoïdie na een postpartum thyroïditis.

Verwijs vrouwen die medicatie tegen **hyperthyreoïdie** gebruiken en vrouwen met TSH-receptorantistoffen naar de internist en gynaecoloog.

Na de zwangerschap test je T4 en TSH, en opnieuw na zes tot acht weken. Let op voor postpartum thyroïditis (tussen twee en zes maanden); bepaal TSH-R AS (Graves), behandel klachten (b-blokker) en controleer TSH en vrij T4 om de zes weken. Bij patiënten met klachten van vermoeidheid en depressie of na een miskraam volg je de schildklier een jaar op.

5. KWETSBARE ZWANGERE VROUWEN

Het OCMW richtte samen met andere partners als 'Kind en Gezin' en expertisecentrum 'De Kraamvogel' een **prenataal aanspreekpunt voor kwetsbare zwangere vrouwen** op. Elke zorgverlener zou een zwangere vrouw die niet in orde is met de mutualiteit of verzekering (of waarbij een vermoeden bestaat) best zo snel mogelijk doorverwijzen naar het aanmeldpunt. De medewerkers gaan na of de vrouw verzekeraar is of in aanmerking komt voor een aanvraag DMH. Op het doorverwijsformulier vermeld je minimum naam, adres en telefoonnummer. Bovendien geef je het attest voor medische urgentie (KB 12/12/'96) mee. Het aanspreekpunt is gevestigd in sociaal centrum Het Plein (Lamorinièrestraat 137, 2018 Antwerpen, 03/292 83 30). Elke partner die een kwetsbare zwangere vrouw opvolgt, zet zijn stempel op een apart blad in het zwangerschapsboekje. Zo kan iedereen het traject van de zwangere vrouw volgen. Via de website www.panza.be vind je informatie (flowcharts, sociale kaart, vormingen, ...) rond de opvolging van kwetsbare zwangere vrouwen.

6. TRIAXIS

De vaccinatie gebeurt best tussen 24 à 30 weken bij de huisarts die deze vaccinatie gratis ter beschikking heeft. De huisarts voert de vaccinatiegegevens in Vaccinnet in. Sinds kort kunnen ook gynaecologen gebruik maken van Vaccinnet. Denk ook aan het **griepvaccin** in het seizoen.

[Terug naar schema](#)

7. BLOEDNAME 1 EN 2

Volgens de Domus Medica-richtlijnen voor labo-aanvragen bij een zwangerschap, moet bij een **eerste bloedname** getest worden op ABO, rhesus, irreguliere AS, Hb en Ferritine (6-8 weken). Een aandachtspunt in onze regio zijn hemoglobinoopathiën: ze komen niet veel voor maar we dienen ze in het achterhoofd te houden omwille van de populaties. Bij een lage hemoglobine en een laag MCH, is het aangewezen toch een electroferese uit te voeren. Voor de **tweede bloedname** controleren we zeker de irreguliere AS, Hb en ferritine (24-28 weken). Standaard testen we niet op chlamydia en hepatitis C (tenzij bij seksueel risicogedrag).

8. VITAMINE D

Onderzoeken suggereren een **positief effect van vitamine D** voor zowel zwangere vrouwen als de baby. Een **Vitamine D-tekort** veroorzaakt een ernstig risico op rachitis, osteomalacie, hypocalcemie en een mild risico op een lage botdensiteit. De baby heeft een lager geboortegewicht en de moeder heeft meer kans op zwangerschapsdiabetes. Bovendien vermoeden onderzoekers een verhoogde kans op pre-eclampsie en astma. Elke vrouw heeft per dag 600 à 1000 eenheden vitamine D nodig (> 20 µg/dag). Het supplement zou al in de preconceptiefase meegegeven kunnen worden met het foliumzuur. Aangezien de meerderheid van de bevolking met een vitamine D-tekort kampt, slagen we de screening over en schrijven we aan iedereen een behandeling voor.

9. CMV

In een besluit van 24 oktober 2016 maakte het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) bekend dat systematische screening van CMV zonder klinisch vermoeden van een acute infectie tijdens de zwangerschap niet langer wordt vergoed.

Motivering: In de literatuur bestaat geen bewijs dat systematische screening leidt tot een daling van het aantal kinderen met letsels t.g.v. een besmetting in utero. Daarenboven bestaat er geen behandeling om transmissie van moeder op foetus te voorkomen, en de inschatting van eventuele letsels bij de foetus is met de huidige technische middelen niet mogelijk. Een positieve antistoftiter geeft een vals gevoel van veiligheid, daar een aantal congenitale CMV-infecties het gevolg is van herinfectie of reactivatie. Belangrijk om weten is dat eventuele foetale letsels, na moeder op foetus transmissie, in geval van herinfectie of reactivatie bij de moeder, doorgaans minder ernstig zijn.

Aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) en het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE):

- Was de handen met water en zeep gedurende 15-20 seconden (of desinfecteren met handalcohol) na risicoactiviteiten zoals verpamperen, eten geven en wassen van een jong kind, neus snuiten, manipuleren van speelgoed
- Gebruik niet hetzelfde eetgerei noch tandenborstel of voedsel
- Gebruik niet dezelfde handdoeken of washandjes
- Steek de fopspeen van een kind niet in je mond
- Vermijdt contact met speeksel bij het kussen van een kind
- Was speelgoed en andere oppervlaktes die in nauw contact komen met urine en speeksel van kinderen

Bij zwangere vrouwen met een beroepsrisico (bijvoorbeeld kleuterschool) is de werkgever verplicht tot een risico-evaluatie in samenspraak met de arbeidsgeneesheer. Zwangeren werkzaam in een kinderdagverblijf, moeten zo snel mogelijk deze activiteit stopzetten.

Bronnen:

https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_248As_aanbevolen_onderzoeken_zwangerschap_Synthese.pdf

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr-9262-cytomegalovirus.pdf

[Terug naar schema](#)

10. ADVIEZEN VOEDING EN LEVENSTIJL

Bij specifieke vragen over voeding en aanpassingen in levensstijl kan informatie worden opgevraagd op <http://www.uzleuven.be/nl/voedingtijdenszwangerschap> en <https://www.domusmedica.be/varia/docman-alles/publiek/praktijkdocumenten/richtlijnen/731-zwangerschapsbegeleiding-1/file.html>

11. KRAAMZORG

Het is van belang tijdig info te geven over kraamzorg i.f.v. wachtlijsten.

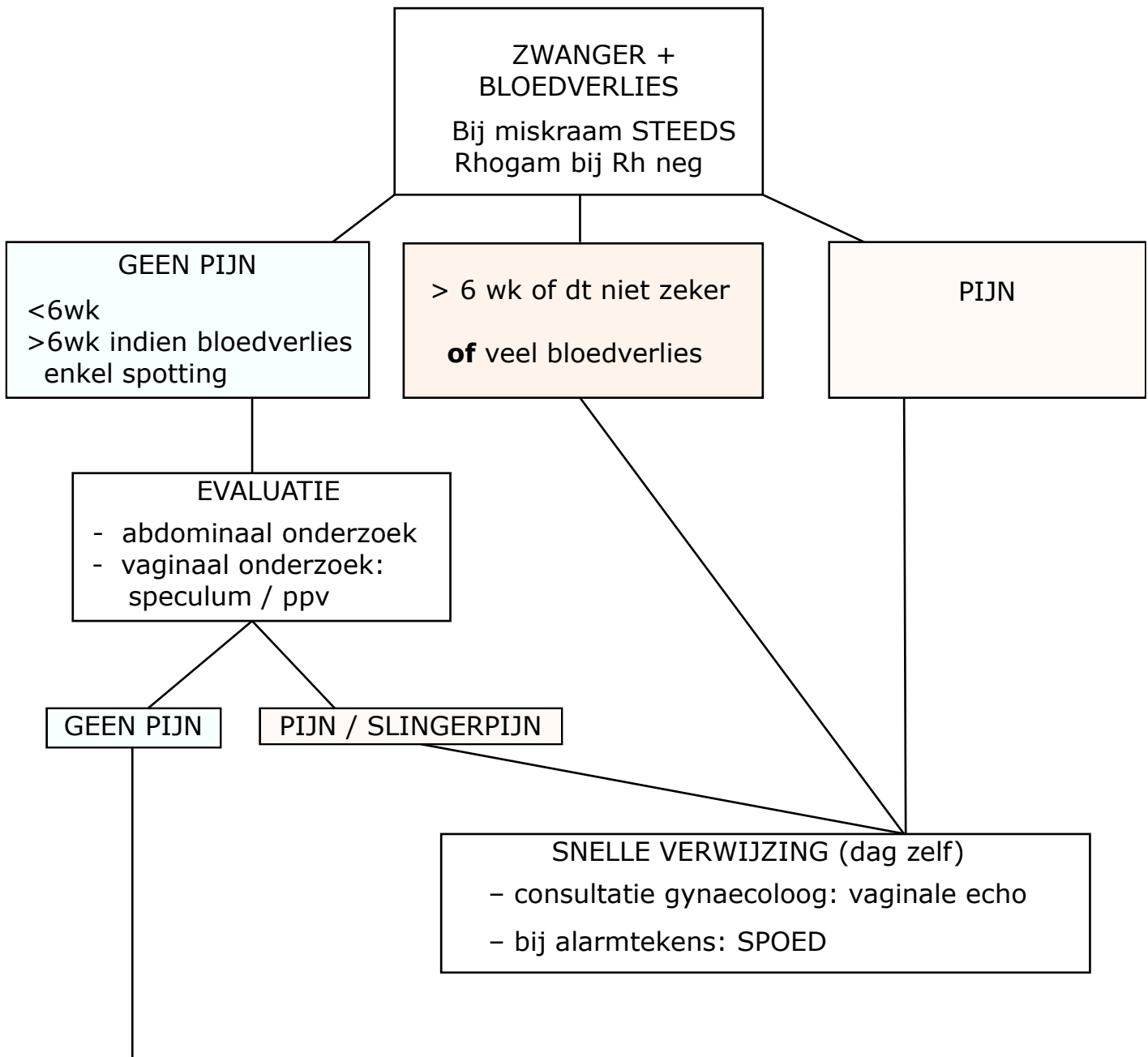
Meer info op <http://www.zwangerinantwerpen.be/nl-BE/content/kraamzorg/33/> of op <https://www.kraamvogel.be/kraamzorg>

12. AANMELDING KIND EN GEZIN

Kind & Gezin organiseert het startgesprek nu reeds in het laatste trimester van de zwangerschap. Ouders kunnen het eerste contact aanvragen via www.kindengezin.be of de Kind en Gezin-lijn (078 150 100, op werkdagen van 8-20u). Meer info in bijlage.

ZORGPAD

Bloeding en pijn in het 1ste trimester van de zwangerschap



Optie 1: NORMALE VERWIJZING: HGG bepaling

vroeg vaginale echo → hartactiviteit op 6wk of bij een HCG>2000

Optie 2: BLOEDAFNAME

2x HCG bepaling met 48u tussen:

→ stijging > 63%: zwangerschap verloopt wellicht nl

→ daling > 50 %: sterk vermoeden miskraam => snelle verwijzing echo

-> stijging < 63% of daling < 50%, NORMALE VERWIJZING voor consult vaginale echo