

Auteur	Sofie van Gemert
Afdeling	Gynaecologie/verloskunde
Inhoudsdeskundige (verificatie van de inhoud)	
Autorisatie door	Heleen van Dongen, gynaecoloog
Bestemd voor	Gynaecologen, arts-assistenten en klinisch verloskundigen, eerstelijnsverloskundigen
Status / Versie	Concept versie november 2022
Geldig tot	
Gerelateerde documenten / evt. wet- en regelgeving	
Vindplaats bronbestand / Aantal en vindplaats hardcopies	Publicatie op GHZ Intern <i>Gestructureerde documenten/medische protocollen</i> www.inzwang.nl

Kindsbewegingen voelen:

Kindsbewegingen geven een indruk over het functioneren van het centrale zenuwstelsel en het bewegingsapparaat van de foetus. De meerderheid van de primiparae is zich bewust van kindsbewegingen vanaf 18-20 weken. Bij multiparae is dit vaak al eerder. Een foetus wisselt actieve periodes af met rustperiodes. Deze rustperiodes duren meestal 20-40 minuten, en zijn bij een gezonde foetus zelden langer dan 90 minuten. In de namiddag en de avond worden meestal de meeste bewegingen gevoeld. Het aantal spontane bewegingen neemt toe tot circa 32 weken, waarna een plateau wordt bereikt dat aanhoudt tot het begin van de baring. Na deze periode verandert het foetale slaap-waakritme en worden de rustperiodes langer: 50-75 minuten. In de actieve periodes is het aantal bewegingen gelijk, maar kunnen ze naarmate de zwangerschap vordert wel als minder intensief worden ervaren.

Prevalentie:

40% van de zwangeren heeft een of meerdere keren in de zwangerschap zorgen over minder leven voelen. 4-15% van de zwangeren neemt om deze reden contact op met de zorgverlener.

Oorzaken minder leven voelen:

De definitie van minder leven voelen is niet eenduidig en berust vooral op de maternale perceptie. Oorzaken voor een verminderde perceptie kunnen zijn: Angst, stress, afleiding, fysieke activiteit, obesitas, roken, alcohol- of sedatievagebruik, medicatie, placentalokatie, foetale positie (rug voor of rug achter), maternale positie, oligohydramnion, polyhydramnion, uteruscontracties.

Oorzaken voor afname van foetale bewegingen kunnen zijn: rustperiode, medicatie (corticosteroiden), sedativa, alcoholgebruik, roken, maternale inspanning, foetale hypoxie, placentainsufficiëntie, foetale afwijkingen, IUVD.

Management:

Doel van het beleid is het uitsluiten van foetale sterfte of foetale nood. Ook dient er risicoselectie plaats te vinden. Tegelijkertijd is het voorkómen van onnodige interventies belangrijk omdat de specificiteit van de klacht laag is.

Zwangeren moeten bewust gemaakt worden van het unieke bewegingspatroon van hun kind. Zij dienen schriftelijke (digitale) en mondelinge informatie over foetale bewegingen te krijgen.

Bij zorgen over vermindering of verandering van de kindsbewegingen dienen zij nog dezelfde dag contact op te nemen met hun zorgverlener.

Bij twijfel wordt geadviseerd om zich in linkerzijligging te focussen op kindsbewegingen. Over het algemeen zal een zwangere binnen een half uur weer foetale bewegingen hebben gevoeld. Bij persistente ongerustheid, een duidelijke verandering in het bewegingspatroon of het niet voelen van leven neemt de zwangere contact op met haar zorgverlener.

Beleid bij afname van kindsbewegingen bij een zwangerschapsduur tot 24 weken.

In dit geval is controle van de foetale hartactie geïndiceerd. Vroege groeivertraging is zeldzaam in deze periode. Aanwezigheid van foetale hartactie sluit een vroege intrauteriene vruchtdood uit. Case reports beschrijven foetus met neuromusculaire afwijkingen die totaal niet bewegen. Bij volledige afwezigheid van kindsbewegingen is verder echoscopisch onderzoek daarom aangewezen. Ook bij het bestaan van foetale anemie of hydrops foetalis en een afname van de kindsbewegingen is verdere echoscopische analyse aangewezen.

Indien een zwangere bij 24 weken zwangerschapsduur nog geen kindsbewegingen voelt is dat reden voor uitgebreider onderzoek.

Beleid bij afname van kindsbewegingen bij een zwangerschapsduur van 24-26 weken.

Als een zwangere zich meldt met een afname van kindsbewegingen bij een zwangerschapsduur tussen 24 weken en 26 weken is het aangewezen de foetale hartactie vast te stellen en een normaal prenataal verloskundig onderzoek te verrichten. (inclusief anamnese, klachten, risicofactoren, bloeddruk en uitwendig onderzoek). Placentainsufficiëntie met of zonder hypertensieve aandoeningen kan in deze zwangerschapsperiode optreden. Er is geen bewijs voor het nut van een routine CTG. Gezien de ongunstige prognose bij CTG-afwijkingen tot 26 weken dient een CTG alleen te worden verricht na uitdrukkelijke counseling. Er is geen bewijs voor het routinematig verrichten van echoscopisch onderzoek. Bij verdenking op vroege groeivertraging is echoscopisch onderzoek geïndiceerd. Ook bij het bestaan van foetale anemie of hydrops foetalis en een afname van de kindsbewegingen is verdere echoscopische analyse aangewezen.

Beleid bij afname van kindsbewegingen na een zwangerschapsduur van 26 weken:

Beoordeling bij voorkeur binnen 1 uur. Tenminste indien er geen leven meer wordt gevoeld.

Anamnese:

- Wees bij het afnemen van de anamnese en het lichamelijk onderzoek alert op aanwezigheid van risicofactoren en signalen van placenta insufficiëntie (verdenking IUGR) of aangeboren afwijkingen.
- Indien na een eerste evaluatie blijkt dat er toch geen sprake is van afname van de kindsbewegingen, er harttonen aanwezig zijn en de zwangerschap een ongecompliceerd beloop heeft, dan kan geruststelling volgen. Echter, bij blijvende ongerustheid is uitgebreidere evaluatie in de tweede lijn aangewezen
- Bij bevestiging van afname van de kindsbewegingen of bij verdenking op zwangerschapscomplicaties zoals IUGR is verwijzing naar de tweede lijn aangewezen.

Risicofactoren voor foetale sterfte (Bron: RCOG 2011)

Anamnestiche factoren

Gecomplieerde obstetrische voorgeschiedenis, primigravida, maternale leeftijd > 35 jaar, etniciteit, obesitas, roken, alcohol en/of drugs gebruik. Bij laag-risicozwangerschappen met een BMI > 25 of roken bestaat er een significant verhoogd risico op IUGR en IUVD

Klinische verschijnselen in deze zwangerschap

Teken van placenta insufficiëntie (IUGR), hypertensie (met of zonder preeclampsie), diabetes
erfelijke aandoeningen / aangeboren afwijkingen

Overige factoren

Zorgvermijding, taal- of andere communicatieproblemen, huiselijk geweld

Onderzoek:

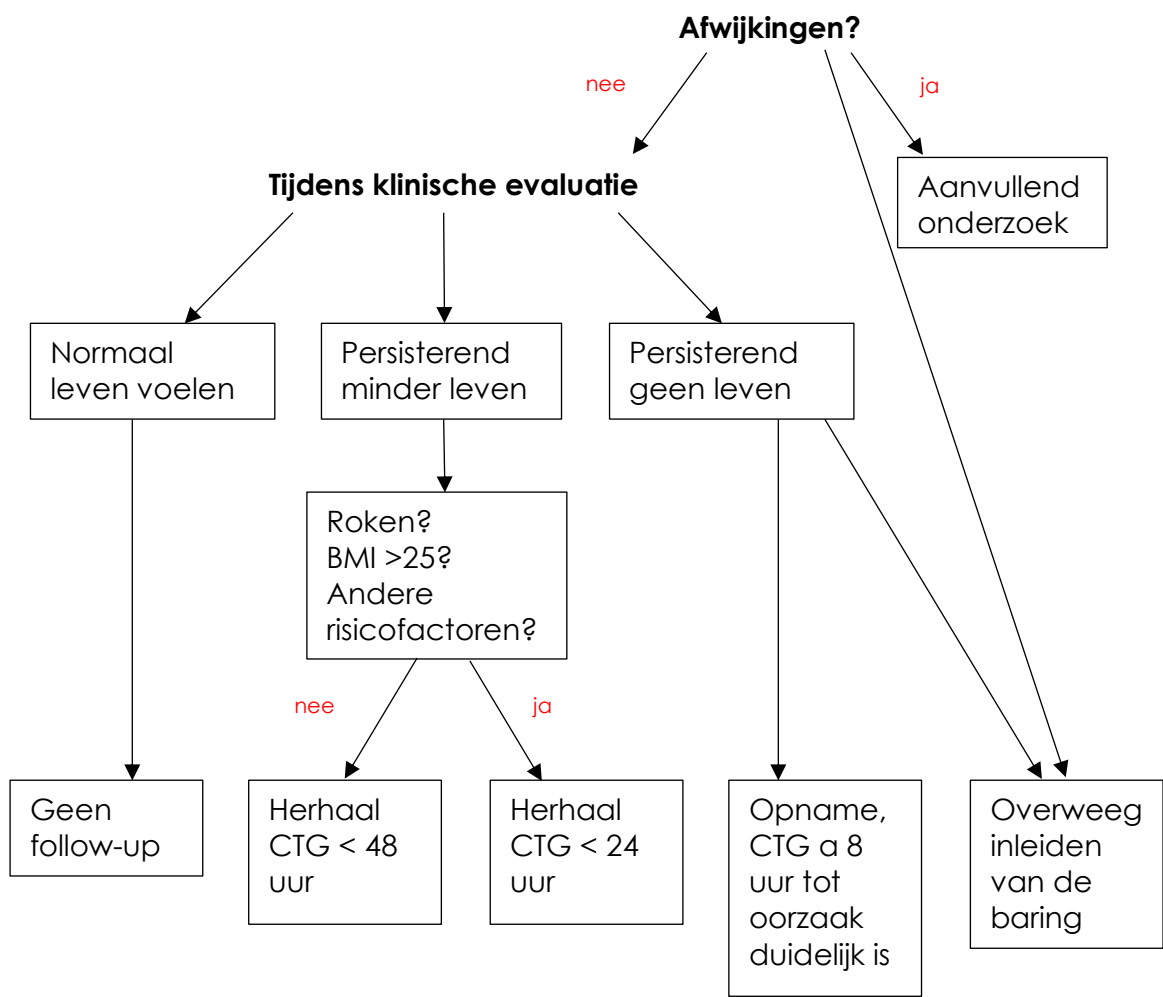
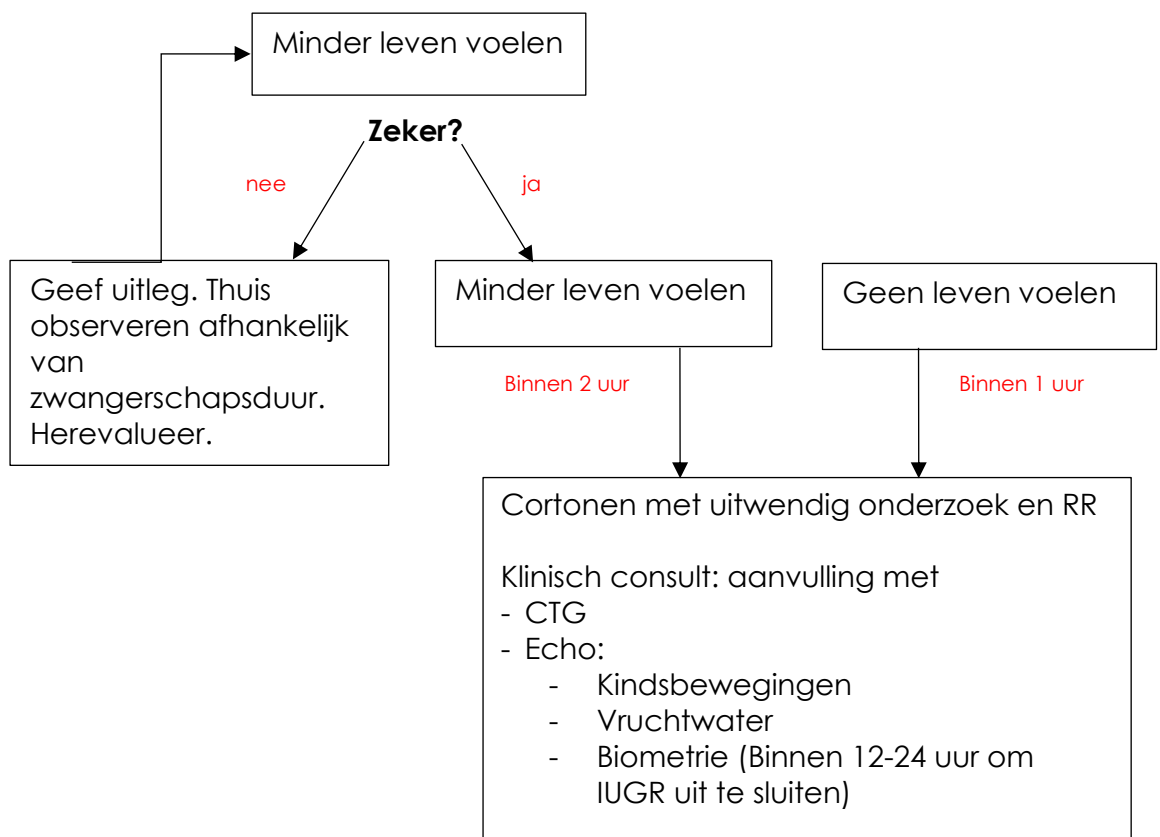
Verricht uitwendig onderzoek en beoordeel de foetale groei en contractiliteit van de uterus. Controleer de foetale hartslag middels auscultatie, en onderscheidt daarbij de foetale hartslag van de moederlijke hartslag. Bij twijfel dient onmiddellijk echoscopische evaluatie plaats te vinden. Aangezien hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap gerelateerd zijn aan placenta insufficiëntie, is het meten van de bloeddruk bij verminderde kindsbewegingen geïndiceerd. Bij hypertensie moet verdere diagnostiek verricht worden.

Maak een CTG en beoordeel deze volgens de geldende richtlijnen. Verricht een echoscopisch onderzoek en beoordeel daarbij uitingen van chronische hypoxie of malnutrition door de hoeveelheid vruchtwater te beoordelen en eventueel biometrie te verrichten. Biometrie dient binnen 12-24 uur verricht te worden indien er met uitwendig onderzoek geen goede indruk verkregen kan worden van de foetale groei. Foetale bewegingen worden beoordeeld alsmede maag- en blaasvulling. De meerwaarde van Dopplersonderzoek is niet bewezen. Eventueel kan er structureel onderzoek gedaan worden.

Follow up:

Bij afwijkend onderzoek moet gehandeld worden volgens geldend protocol. Indien CTG en echo-onderzoek niet afwijkend zijn dient er bij persisterend minder leven herbeoordeling plaats te vinden na 24-48 uur. Zwangeren met een verhoogd risico (zie tabel) dienen na 24 uur herbeoordeeld te worden. Indien er weer normaal leven wordt gevoeld is er geen indicatie meer voor revisie. Bij persisterend geen leven voelen en goede controles moet opname overwogen worden tot de oorzaak duidelijk is.

Zwangeren die twee of meer keren komen met een melding van verminderde kindsbewegingen hebben meer kans op een slechte zwangerschapsuitkomst zoals vroeggeboorte, IUGR of foetale sterfte dan vrouwen met een eenmalige periode van minder kindsbewegingen. Meer onderzoek is nodig om te bepalen wat het optimale beleid is: een expectatief beleid met monitoring, dan wel het bespoedigen van de geboorte van het kind. In de a terme periode moet overwogen worden om de baring in te leiden. Het beleid dient geïndividualiseerd te worden en in samenspraak met de zwangere. Hierbij moeten de risico's van afwachten, de risico's van inleiden, de zwangerschapsduur en de kans van slagen van een inleiding meegewogen worden. Vanaf een zwangerschapsduur van 41 weken is het advies om de baring in te leiden conform de richtlijn serotiniteit.



Bronvermelding:

NVOG/KNOV richtlijn 'Verminderde kindsbewegingen' versie 1.0 Dec 2013

Greentop guideline 57: reduced fetal movements. Londen: RCOG, 2011.

Saastad E, Tveit JV, Flenady V, Stray---Pedersen B, Fretts RC, Bordahl PE *et al.*

Implementation of uniform information on fetal movement in a Norwegian population reduced delayed reporting of decreased fetal movement and stillbirths in primiparous women --- a clinical quality improvement. *BMC Res Notes* 2010;3(1):2.

Tveit JV, Saastad E, Stray---Pedersen B, Bordahl PE, Flenady V, Fretts R *et al.* Reduction of late stillbirth with the introduction of fetal movement information and guidelines --- a clinical quality improvement. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009;9:32.

Triagewijzer verloskunde, Richtlijn verloskundige triage versie 7.0