

## Negatieve dyscongruentie

### Inleiding

In deze folder vindt u informatie over negatieve dyscongruentie en zwangerschap. Wanneer de grootte van de baarmoeder te klein is voor de duur van de zwangerschap, spreekt men van negatieve dyscongruentie. In deze folder bespreken we een stukje achtergrondinformatie, welke controles meestal plaatsvinden tijdens de opname, en welke extra zorg mogelijk is. De verloskundige, de huisarts of de gynaecoloog informeert en adviseert u verder.

### Wat weten we over negatieve dyscongruentie?

#### Definitie

Van negatieve dyscongruentie wordt gesproken onder de volgende omstandigheden:

- de uitzetting van de baarmoeder loopt 2 - 4 weken achter op de normale ontwikkeling, en/of ;
- de omtrek van de bovenbuik van het kindje, is bij meting tijdens de echografie kleiner dan verwacht wordt bij de huidige zwangerschapduur (meer dan twee weken achterstand).

Men spreekt dan van een te klein kindje voor de duur van de zwangerschap.

Om de groei van het kindje te bepalen, zal de verloskundige of gynaecoloog de hoogte van de baarmoeder meten. Er wordt ook een echo gemaakt om de grootte van het kind te kunnen meten.

Tijdens de zwangerschap en na de geboorte, wordt het gewicht van het kindje vergeleken met de percentielverdeling van een 'normaalcurve'. (Denk aan de groeigrafieken die worden gebruikt op het consultatiebureau, welke aangeven of je gemiddeld bent in lengte en gewicht, of onder of boven het gemiddelde zit). Hiermee kun je zien of het kind een gemiddelde, te kleine of te grote groeicurve heeft. Ook wordt echografisch

gekeken naar de hoeveelheid vruchtwater, de doorstroming van de navelstreng en de hersenen, en of er bij het kind geen aangeboren afwijkingen zijn.

### Oorzaak

De groei van het kindje wordt bepaald door de eigen groeimogelijkheid van het kindje en door de aanvoer van voedingsstoffen en zuurstof.

Bij het merendeel van de patiënten met een groeiachterstand is de oorzaak een aanvoerstoornis van voedingsstoffen door de placenta. De oorzaak ligt dan in een verminderd functioneren van de placenta. Vooral in de tweede helft van de zwangerschap zal de groeiachterstand tot uiting komen, omdat het kindje dan een flinke groeisprint maakt. Deze kan worden tegengewerkt, doordat er niet voldoende voedingsstoffen door de placenta naar de baby komen. Vaak blijft hierbij de omtrek van de buik achter bij de groei van de schedel. Wanneer de groeivertraging al voor de 30<sup>ste</sup> week van de zwangerschap optreedt, zal de omvang van buik en schedel eerder in verhouding zijn.

Negatieve dyscongruentie komt vaak voor bij zwangerschapshypertensie (hoge bloeddruk) en pre-eclampsie (hoge bloeddruk in combinatie met eiwitverlies in de urine), maar kan ook onafhankelijk hiervan optreden.

Roken leidt tot placenta-afwijkingen. Bij zwangere vrouwen die meer dan 20 sigaretten per dag roken, is de kans op het krijgen van een kind met een geboortegewicht <2500 gram tweemaal hoger dan bij zwangere vrouwen die niet roken.

Andere intoxicaties (alcohol, harddrugs of medicijnen) kunnen naast een gestoorde

groei ook structurele afwijkingen (o.a. hart) en vertraagde psychomotore ontwikkeling van het kind veroorzaken.

De meeste overige stoornissen in de groei berusten op een verminderd groeivermogen. Zo kunnen infecties bijvoorbeeld een groeistoornis veroorzaken.

De groeivertraging kan gevolgen hebben met betrekking tot de conditie van het kindje. Soms zie je dat het kindje minder gaat bewegen en er kan verzuring optreden (denk bijvoorbeeld aan verzuring in de spieren door sporten). Dit laatste is waarneembaar met behulp van cardiotocografie (=CTG/hartslagregistratie van het kindje).

### **Wanneer en hoe kan negatieve dyscongruentie worden opgespoord?**

#### **Opsporing van een groeistoornis**

In de praktijk worden zwangeren geselecteerd op het bestaan van risicofactoren aan het begin van de zwangerschap (groeiachterstand in een eerdere zwangerschap, nierziekten, hoge bloeddruk en dergelijke).

Wanneer er geen verhoogd risico bestaat, kan de zwangere bij een verloskundige in een thuispraktijk gecontroleerd worden. Hier wordt de groei van het kindje met behulp van uitwendig en echoscopisch onderzoek gevolgd.

Vrouwen met risicofactoren aan het begin of in het verloop van de zwangerschap, worden naar een gynaecoloog verwezen. Ook bij twijfel van de verloskundige over de groei van het kindje, zal zij de zwangere doorverwijzen naar de gynaecoloog. Bij deze mensen kan herhaald echoscopisch onderzoek nuttig zijn.

### **Bepaling van de foetale grootte en verder onderzoek**

Schatting van het gewicht van het kindje kan op verschillende manieren worden gemeten:

- er kan worden gekeken naar de groei/hoogte van de baarmoeder (uitwendig onderzoek);
- er kan uitwendig aan de buik worden gevoeld, waarmee de grootte van het kindje kan worden geschat (=palpatie).
- er kan via een echo een schatting gemaakt worden, dit door de omtrek van het hoofdje, de buik en het bovenbeentje te meten. Deze waarden samen geven een schatting van het gewicht. Een echo zal om de twee weken gemaakt worden. Vaker heeft geen meerwaarde.

Als een groeistoornis is geconstateerd, kan Dopplersonderzoek nuttig zijn. Bij Dopplersonderzoek wordt met een echoapparaat bekeken hoe de doorbloeding via de navelstreng verloopt. Dit wordt aangeduid met een bepaalde maatverdeling: de pulsatility index (PI).

Soms loopt de foetale urineproductie terug en neemt het vruchtwatervolume af doordat het kindje minder voedingsstoffen krijgt via de placenta (minder voeding → verminderde uitscheiding).

Ook de hoeveelheid vruchtwater kan met een echo worden geschat.

### **Wat gebeurt er wanneer groeiachterstand wordt geconstateerd?**

Indien er sprake is van negatieve dyscongruentie, is de eerste stap het controleren van de duur van de zwangerschap.

Vervolgens moet een uitgebreide anamnese worden afgenomen voor mogelijke uitlokkende factoren voor groeiachterstand tijdens de zwangerschap zoals:

- positieve familieanamnese;
- ernstige hypertensie;
- intoxicaties (roken);
- infecties.

Vervolgens zal de groei van het kindje gevolgd worden. Soms is hiervoor een ziekenhuisopname wenselijk. In het ziekenhuis kan ook nauwlettend de conditie van het kindje in de gaten worden gehouden. Het CTG is vooralsnog dé methode om het ontstaan van foetale (kinderlijke) nood te kunnen waarnemen.

Doppleronderzoek helpt bij het voorspellen wanneer dit zal optreden en maakt het mogelijk op een eerder moment in te grijpen. Soms is het nodig de baby voortijdig geboren te laten worden. Afhankelijk van de situatie kan worden gekozen voor het inleiden van de bevalling, of een keizersnede. Wanneer het geboren laten worden noodzakelijk is bij een zwangerschapsduur van minder dan 34 weken, wordt aangeraden voor de geboorte corticosteroiden aan de moeder toe te dienen ter bevordering van de foetale longrijping.

Bij een zwangerschapsduur van minder dan 32 weken of een geschat gewicht van minder dan 1500 gram, verdient het aanbeveling met een perinatologisch centrum (NICU/intensive care voor pasgeborenen) te overleggen, over eventuele verwijzing. De grenzen hierbij kunnen per kliniek bepaald worden op grond van de beschikbare faciliteiten. In ons ziekenhuis zal worden doorverwezen naar een NICU voor de 32 weken zwangerschap, omdat daar meer faciliteiten zijn om het kindje zo goed mogelijk op te kunnen vangen.

### **Wat gebeurt er tijdens een ziekenhuisopname**

Tijdens de opname wordt geadviseerd zoveel mogelijk bedrust te houden. De klinische effectiviteit van bedrust is niet aangetoond; wel is bekend dat overmatige activiteit schadelijk is.

Verder zal dagelijks een CTG worden gemaakt van ongeveer 30 minuten. Dit houdt in dat de hartslag van het kindje, de bewegingen van het kindje en de (non-)activiteit van de baarmoeder in een grafiek zullen worden

geregistreerd. Het CTG geeft een indruk van de conditie van het kind.

Verder kan regelmatig bloedonderzoek en echografie plaatsvinden (meestal 1 x per twee weken) om de groei te beoordelen en soms twee maal per week voor de beoordeling van de PI index.

Het vermijden van toxische stoffen en stoppen met roken zijn belangrijke maatregelen. Het geboortegewicht van kinderen van vrouwen die het roken vroeg in de zwangerschap hebben gestaakt, is niet verschillend van dat van kinderen van vrouwen die nooit hebben gerookt of al voor de zwangerschap zijn gestopt. Dit geldt ook voor drugs en een overconsumptie van alcohol.

Andere behandelingen hebben geen aangetoond nuttig effect.

### **Wat gebeurt er na de geboorte**

Wanneer uw kindje wordt geboren met een laag geboortegewicht, kan het zijn dat uw kindje opgenomen wordt op de couveuse afdeling. Omdat het kindje zo klein is, kan het moeite hebben om in de nodige energievoorziening te voorzien. Dit uit zich doordat de bloedsuiker daalt. Op een kinderafdeling kunnen ze dit behandelen. Verder kunnen deze kindjes zich vaak niet voldoende op temperatuur houden. Dit is ook een gevolg van een gebrek in de energievoorziening. Daarom zal het kindje in de couveuse worden gelegd, zodat het warm gehouden wordt en daar zelf dus geen energie in hoeft te steken.

Er is op de afdeling meer informatie over de kinderafdeling. U kunt een verpleegkundige hier altijd naar vragen. Tevens is het mogelijk om de couveuseafdeling al voor de bevalling te bezoeken.

© NVOG

Het copyright en de verantwoordelijkheid voor deze folder berust bij de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) te Utrecht.