Vraag en antwoord Vasa Previa n.a.v. webinar 9 november 2020

| | |
|---|---|
| V | **Als 1e lijns verloskundige registreren wij nergens een vasa previa. Hoe zijn deze meegenomen in studies?** |
| A | Goede vraag. Hoe zien jullie dan dat het vasa previa is? Achteraf heb ik ook met regelmaat gehad dat je vaten in de vliezen zitten, maar of deze previa hebben gezeten kan je daar niet aan zien, dus de diagnose kan dan niet gesteld worden, ook niet als de vliezen vlak langs die vaten zijn gescheurt, dat kan ook gebeuren bij geboorte placenta bv. Dus omdat de diagnose daar niet is gesteld worden deze niet meegenomen, er zal dus een (kleine overschatting zijn) omdat er een aantal worden gemist, maar het is niet zo dat alle vaten die in de vliezen lopen ook daadwerkelijk previa zijn, en deze vaten hebben dus ook niet een hoge mortaliteit. |
| | |
| V | **Als duidelijk is dat de placenta ver van het ostium ligt, dan hoef je de afstand tot het ostium toch niet meer te meten?** |
| A | Klopt, maar desalniettemin is de gouden standaard wereldwijd vaginale echografie ter beoordeling omdat transabdominaal soms toch een vertekend beeld kan geven. Als de placenta met transabdominale echo echt in fundo ligt valt te overwegen af te zien van de gouden standaard uiteraard. |
| | |
| V | **Tellen deze percentages (mortaliteit) ook als het durante partu ontdekt wordt?** |
| A | Als het durante partu ontdekt wordt, bv als er bij VT iets wordt gevoeld of met amniscoop wordt gekeken ivm verdenking op vasa previa is een SC geindiceerd en zal dus de mortaliteit heel laag zijn gelukkig. |
| | |
| V | **Er wordt gesproken over antenatale morbiditeit en mortaliteit. Ik neem aan van de baby? Komt de moeder ook nog?** |
| A | De moeder heeft geen verhoogde mortaliteit bij deze conditie |
| | |
| V | **Wat betekent NNS?** |
| A | Number needed to screen |
| | |
| V | **Waar wij in ons echocentrum tegen aan lopen is de discussie of je perse vaginaal moet kijken in het 3e trimester. Vaak kun je abdominaal namelijk prima zien waar de placenta ligt.** |
| A | Abdominaal kan je geen vasa previa beoordelen. Als er in het tweede trimester geen placenta previa danwel laagliggende placenta had is er geen verhoogd risico op vasa previa dus hoeft er niet vaginaal gekeken te worden, maar bij verhoogd risico op vasa previa wel. |
| | |
| V | **Kan je ook AROM op de OK overwegen bij een vasa praevia?** |

| | |
|---|---|
| A | Een foetus heeft slechts 200-300 ml circulerend volume en dit is snel verloren. Daarnaast als de mortaliteit dan wordt voorkomen is er wel morbiditeit omdat als de 200 ml niet wordt bereikt er wel een deel van het circuleren volume weg is en dus een forse anemie bij de foetus ontstaat. Daarnaast twijfel ik of de OK hierin mee gaat om dit te doen. Verder vind ik het zeker een creatief en goed bedachte oplossing dus absoluut iets om in het betreffende ziekenhuis bespreekbaar te maken. |
| | |
| V | **Moeten we 'bang' zijn om AROM te verrichten?**<br>**Je noemde dat elk vat binnen de 5 cm van het ostium internum een mogelijke gevaar kan opleveren. Stel dat er wel sprake is van velamenteuse navelstrenginsertie bovenin de uterus en je breekt de vliezen. Dan kunnen die vaten toch ook net zo goed scheuren?** |
| A | Bang hoeven we niet te zijn in de situatie die u schetst. Het idee is dat als het een hoofdligging is (met dus een BPD van 10cm) dat het hoofd voorkomt dat de vliezen verder doorscheuren dan ongeveer 5cm. Wel moet je je altijd bewust zijn wat we doen met AROM en wat de risico's zijn. Dat is met alles wat we doen zo. |
| | |
| V | **Is er een herhalingskans van vasa praevia (+placenta bilobata etc.) voor een volgende zwangerschap?** |
| A | Geen verhoogd risico, maar als er met een SC is ingegrepen is er wel een verhoogde kans op een placenta previa wat weer een verhoogde kans geeft op een een vasa previa. |
| | |
| V | **Als je volgens het stroomschema vrouwen met een placenta previa of een laagliggende placenta bij 32 weken terug laat komen, kan dit dan beter in de 2e lijn plaatsvinden? Omdat als de placenta nog laag ligt en er verwijzing plaats vindt, maar als deze opgetrokken is ook nog verwijzing plaatsvindt om de vasa praevia te beoordelen.** |
| A | Ja verwijzing naar 2e lijn mag, tenzij er in de verloskunde praktijk of echopraktijk ervaring is met doppler echografie. |
| | |
| V | **Waarom wordt bij SEO placenta lokalisatie +ns insertie niet verplicht gesteld evenals TVE bij laagliggende placenta/plac bilobata** |
| A | In de richtlijn van het SEO van 2019 staat het als aanbeveling opgenomen. (zie richtlijn SEO 2019) |
| | |
| V | **Hoe komen jullie aan de incidentie als een mortaliteit wordt geregistreerd als bloedverlies? Hier valt bijvoorbeeld ook een solutio onder.** |
| A | Mortaliteit wordt geregistreerd als overlijden van de foetus met het klinische beeld van een vasa previa (direct bloedverlies na breken van die vliezen met een hoeveelheid van ongeveer 200-300ml) waarna direct foetale verslechtering (meestal bradycardie) bij een pijnloze vrouw icm het beeld van vasa previa postpartum (namelijk de vaten in de vliezen lopen/er sprake is van een velamenteuze insertie danwel bilobata en bij eventueel onderzoek bij de pathologie sprake is van een kapot vat). Op die manier is de kans op een solutio (buikpijn, bloedverlies meer, niet direct na breken van de vliezen, veelal bloederig vruchtwater) een stuk kleiner dan diagnose vasa previa. |
| | |
| V | **Is verder onderzoek bij een marginale insertie minder dan 2 cm van de rand zinvol?** |

| | |
|---|---|
| | |
| V | **Adviseer je om de navelstrenginsertie standaard transvaginaal te bekijken bij het SEO** |
| A | Als de navelstreng insertie centraal in de placenta is is vaginale beoordeling van de navelstrenginsertie niet nodig. |
| | |
| V | – **Doe je bij een bilobata in fundo ook een verwijzing naar de 2e/3e lijn?** - - - - - - - - - - - - -<br>– **Bij een velamenteuze insertie hoog in de uterus: is dan verwijzing naar 2e lijn ook nodig?** - - - - - - - - - - -<br>– **Als de bilobata niet in de buurt van het otium zit, dus hoog in uterus dan is het toch geen indicatie voor verwijzing. Want de ene bilobata is de andere niet..** - - - - -<br>– **Als je een placenta hoog anterior hebt met bovenin een velamenteuze navelstranginsertie heb je dan ook meer kans op een vasa previa** - - - - - - -<br>– **Bij een velamenteuze navelstrenginsertie die in fundo ligt is er toch geen kans op vasa previa? (voor oi) Dan toch verwijzing 2e/3e lijn?** - - - - - - -<br>– **Zouden we in de eerste lijn zelf niet transvaginaal kunnen kijken bij een bilobata en velamenteuze insertie? En als de navelstrenginsertie velamenteus is en in fundo, waarom zou je dan ook moeten verwijzen en is het advies dan nog TV kijken? Is verwijzing dan werkelijk direct nodig?**<br>– |
| A | Een hoge bilobata of velamenteuze insertie heeft veel minder kans op vasa previa maar is niet uitgesloten, daarom is advies verwijzing voor echografie in tweede lijn wel gerechtvaardigd maar is er een grote kans dat na dit consult mw gewoon in 1e lijn blijft. |
| | |
| V | **Is het van belang om bij placenta bilobata/velamenteuze insertieplek ook groei-echo's te indiceren? Het lijkt mij dat het bloed evt minder goed doorstroomt waardoor er kans is op een groeivertraging?** |
| A | Er is geen bewezen relatie tussen vasa previa en IUGR. |
| | |
| V | **Zou jij het adviseren om standaard een vaginale echo te maken bij het SEO om zeker te weten dat er geen sprake is van Vasa Preavia?** |
| A | Dit zou ik niet adviseren voor de vasa previa (tenzij er een velamenteuze insertie danwel placenta bilobata is). Sowieso adviseer ik het maar wel voor de beste beoordeling van de placenta localisatie tov het ostium als dit niet abdominaal uit te sluiten is. |
| | |
| V | **Uit recent onderzoek volgde het advies om de afkapwaarden van de placenta tov de cervix te verlagen: wat vind jij hiervan?** |
| A | Aangezien het mijn eigenlijk onderzoek is (CHJR Jansen) ben ik het daarmee eens. Ik ben voor veilige maar niet overbodige diagnostiek tav afstand tussen placenta en ostium. |

| | |
|---|---|
| | |
| V | **Het lijkt mij best wel een ding om bij elke seo inwendig te kijken naar de placentalokalisatie. De zwangere is daar niet op voorbereid.** |
| A | Daarom counsel ik en maak ik het niet verplicht. Ik leg uit waarom en vraag of ze dit willen, dan kunnen zij zelf beslissen. |
| | |
| V | **Een niet a terme sectio is geen aanbeveling n.a.v. van dit onderzoek bij vasa praevia of placenta praevia? Want in het stroomdiagram zie ik echoscopische herbeoordeling bij 36 weken.** |
| A | Bij placenta previa is advies echoscopisch herbeoordelen bij 36 weken, hiervan is het advies SC vanaf 37 weken. Omdat we weten dat de placenta de laatste weken zich toch nog iets kan aanpassen en dus de afstand nog wat groter kan worden tussen placenta en ostium adviseren we nog eenmaal te kijken bij 36 weken voordat de beslissing tot SC definitief wordt genomen. |
| | |
| V | **Is de insertie altijd te zien bij het SEO?** |
| A | Ja, deze is altijd te zien, soms is het even wachten als de foetus ervoor ligt maar daarom begin ik hiermee en mocht het dan niet lukken kan ik het aan het eind van het onderzoek nog eens bekijken. |
| | |
| V | **Indien er sprake is van een placenta bilobata met vaten doorlopend in de vliezen die zich NIET in het UOS bevinden, wat is dan de reden voor overname van zorg door 2e/3e lijn?** |
| A | Nee |
| | |
| V | **Dus als je een previa beoordeelt bij 32 wk, dien je dus altijd trans vaginaal kijken met een doppler, om een vasa previa uit te sluiten? Ongeacht of de previa ondertussen >2cm van het ostium ligt?** |
| A | Ja, de placenta kan een grote afstand hebben tot het ostium maar het vat kan blijven liggen in de tussentijd (zoals het voorbeeld dat ik noemde van de patiente die bij 20 weken een placenta previa had, bij 32 weken een placenta tot het ostium en bij 33 weken en placenta van het ostium maar nog wel een vat naast het ostium, deze was biljven liggen) |
| | |
| V | **Dient er bij een transvaginale echo voor beoordeling van de vasa previa alleen longitudinaal gekeken te worden of ook transversaal?** |
| A | Ik kijk beide, ik begin saggitaal en als ik dan al een vasa previa zie is het vaak duidelijk, als ik hem dan niet zie beoordeel ik ook transversaal om compleet overzicht van het gebied te krijgen. |
| | |
| V | **ik zie weleens dat de placenta vroeg in het SEO laag ligt en later in hetzelfde onderzoek niet meer laag** |

| | |
|---|---|
| A | Bij een abdominale beoordeling komt dit vaak door de vulling van de blaas. Bij een gevulde blaas rekt de uterus wand uit en ligt de placenta vaak hoger dan bij een lege blaas. Vrouwen plassen vaak vlak voor het SEO begint en hebben dus een lagere placenta dan wanneer de blaas aan het einde van het onderzoek vol is. |
| | |
| V | **Aan de hand van de beslisboom: dus bij een plac anterior tussen de 5 en 20 mm van het o.i. af, behoeft er geen plac lok te worden gedaan bij 32 weken?** |
| A | Nee, inderdaad |
| | |
| V | **Waarom is de cliente beter af met 2e/3e lijns zorg bij een placenta previa? Bloedverlies is in 2e/3e lijn ook niet te voorkomen. Op het moment dat er bloedverlies optreedt, kan de 1e lijns zorgverlener verwijzen naar de 2e/3e lijn. Juist veiliger: indien bloedverlies <32 wkn verwijs ik direct naar 3e lijn en daarna naar 2e lijn. Onnodig transport van 2e naar 3e lijn wordt dus voorkomen.** |
| A | Het advies om in te sturen naar de tweede/derde lijn bij een placenta previa bij 20 weken is voor een consult. Vrouwen met een placenta previa hebben een verhoogde kans op vroeggeboorte en een deel van deze vroeggeboorte gebeurt in een acute setting in verband met hevig bloedverlies. Daarom is het advies mevrouw voor echo en consult in te sturen zodat zij bekend is in de tweede/derde lijn en er een mogelijkheid is een dossier aan te maken en bv ook kruisbloed te prikken, voor het geval dat mevrouw in een spoedsetting bij bloedverlies binnen komt en zij samen met haar bloedgroep niet bekend zijn. Na consult kunnen zij terug naar 1e lijn en pas retour als previa bij herevaluatie persisteert of als er geen ervaring is met doppler echografie dus de echo bij 32 weken in tweede lijn plaats vindt. |
| | |
| V | **Gaan deze risico's alleen over de vaten die voor het ositum langs lopen? Bij een bilobata in fundo met daar ook de navelstrenginsertie tussen de 2 placentae is dit risico er dan ook? en is dit dan ook een reden voor een sectio?** |
| A | Nee alleen als de vaten voor of dichtbij bij het ostium lopen |
| | |
| V | **Wat is de reden van de verhoogde kans op vasa previa na fertiliteitsbehandeling?** |
| A | waarschijnlijk door de verhoogde kans op een placenta previa en/of velamenteuze insertie na fertiliteitsbehandeling is er een verhoogde kans op vasa previa |
| | |
| V | **Een hoge placenta-bilobata geeft toch minder kans op vasa previa?** |
| A | Een hoge bilobata of velamenteuze insertie heeft veel minder kans op vasa previa maar is niet uitgesloten, daarom is advies verwijzing voor echografie in tweede lijn wel gerechtvaardigd maar is er een grote kans dat na dit consult mw gewoon in 1e lijn blijft. |
| | |
| V | **SC** |

- **Is de kans dat er iets mis gaat bij een vasa previa groter dan de risico´s van een sectio?** - - - - - - - - -
- **Waarom 34-34 wkn en bijv niet 37 wkn. Dat is een enorm verschil in foetale risicofactoren** - - - - - - - -
- **Prematuur een sectio plannen vind ik ongelofelijk veel impact hebben, wegen de voordelen dan op tegen de risico's? Bestaat er meer onderzoek of is dit advies gebaseerd op één onderzoek?**
- **Ik begrijp niet waarom na 37 weken een sectio niet zinvol is bij vasa praevia.** - - - - - - - - -
- **Nadelen van een geforceerde partus prem. , SC voor moeder en nadelen evt. volgende grav. wegen misschien ook wel niet op tegen de nadelen van die enkele vasa previa die mis gaat?**
- **Is een vasa previa gerelateerd aan vroeggeboorte? Waarom zou je anders een primaire sectio overwegen tussen de 35-37 weken bij vrouwen die eerder a terme zijn bevallen?** -
- **Waarom altijd een premature SC? Zijn de nadelen van de prematuriteit ook meegenomen? SROM op 37 weken niet heel vaak voorkomend, maar dan geen prematuur, met alle voordelen van dien....**
- **Is er ook onderzoek gedaan naar wat er gebeurt als je geen sectio doet?**
- **Is het niet zo dat de natuur bijna altijd ervoor zorgt dat de vliezen breken langs de vaten?**
- **Kan het geen advies zijn om bij vasa praevia op de SEO geen vliezen te breken durante partu?**
- **Waarom is, indien mogelijk, wanneer er sprake is van vasa pr-adviseur een electieve sectio bij 38wk niet voordelig? Je voorkomt immers prematuriteit en alle morbiditeit die daarmee gepaard gaat.**
- **Is hier ook gekeken naar lange termijn effecten op de uitkomst van het kind, van het vroeg sectioneren?** - - - - - - -
- **Ik snap niet dat je zei " het doen van een sectio na 37 weken weegt niet meer op tegen het risico" als een client eerder bij 41 weken is bevallen is het dan niet beter voor het kind om iig tot 37 weken te wachten?**
- **Is er een vergelijking qua morbiditeit?Het voorkomen van mortaliteit door SC is duidelijk. Maar met premature SC maak je ook meer kansen op morbiditeit - bij AD 34 wk geboren worden is wel wat anders dan bij 39-40 wk...**
- **Hebben jullie ook data wat sectio effect heeft op volgende zwangerschap van moeder en kind ? Net zodat bij stuit later ook bleek dat het effect er later ongunstiger kan zijn. Verwacht je dit nu ook?**
- **Zolang we niet fatsoenlijk onderzoeken hoe een baring te begeleiden met vasa previa (bijvoorbeeld geen AROM), kun je mi niet zeggen dat sectio bij 34-35 weken gerechtvaardigd is.....**
- **Zijn er gegevens bekend hoe vaak het voorkomt dat voorliggende vaten breken bij spontaan gebroken vliezen? Zou het kunnen dat er te snel gekozen wordt voor een sectio? Zou het kunnen dat er gewoon gekozen kan worden om niet (standaard) artificieel de vliezen te willen breken? Vooral bij de termijn voor 37 wkn is voor een baby best ingrijpend.**

| | |
|---|---|
| | – **waarom plan je sectio 35-37wkn? vanwege verandering onderste uterus segment?** - - - - - - - - -<br>– **Wat is de incidentie van SROM per week, tussen 34 en 40 weken? Hoe verhoudt zich dit tot de uitspraak dat een prim SC na 37 weken niet opweegt tegen de nadelen van afwachten? Voor foetus lijken mij hier toch ook behoorlijke voordelen aan te zitten (ervan uitgaande dat de vliezen niet spontaan breken). Wat is het Number Needed tot Treat?**<br>– **Hoe verhoud zich het risico gevolgschade door de vroeggeboorte tov risico mortaliteit.** - - - - - - - -<br>– **Geen vraag maar een opmerking: Een primaire sectio tussen 35 en 37 wkn vind ik wel heftig! Daar zijn ook nadelen aan verbonden!** - - - -<br>– **Ik mis cijfers over het sterfte aantal agv een sectio en agv praematuriteit.**<br>**Wegen deze cijfers op tegen de heel soms fatale vast praevia???**<br>**Is dit beleid niet enorm medicaliserend??** |
| A | Ik kan mij goed vinden in de vele vragen mbt de premature sectio die het advies is bij vrouwen met een vasa previa. Wij zijn ook bewust voor de morbiditeit die bij de premature neonaat optreedt door ons toe doen. De reden dat het advies staat is om mortaliteit te voorkomen en in dat geval wint het voorkomen van mortaliteit het van het optreden van morbiditeit. Er is altijd ruimte voor counseling en informeren van ouders zodat zij hun eigen keuze hierin maken, en ook zij kunnen er voor kiezen om niet de sectio prematuur plaats te laten vinden, maar dit is wel ons advies om met grote zekerheid het spontaan breken van de vliezen en dus een kans op een geruptureerde vasa previa met daarbij grote gevolgen voor de foetus te voorkomen. Hier zit wel speling in wanneer de primaire sectio wordt gepland, nogmaals bij een vrouw met een spontane partus prematurus voor de 34 weken is het advies de sectio eerder te verrichten dan bij iemand die eerder is ingeleid in verband met dreigende serotiniteit. Maar het advies geldt dus omdat de gevolgen, ondanks dat ze een lage incidentie hebben (evenals de vasa previa zelf gelukkig, dus veel kinderen doen we de prematuriteit niet aan), enorm groot zijn. |
| | |

Opmerkingen:

- Als je een pleidooi houdt voor vaginale echoscopie standaard bij 2e trim SEO: sluit je dat dan ook kort met de betreffende instanties die over dit bevolkingsonderzoek gaan (dus niet alleen NVOG-richtlijn)? Dit vergt ook iets meer onderzoekstijd voor het SEO: plassen, onderzoeksbank ombouwen etc.
- Kijk je ook naar hoe zwangeren dit evaluren: de incidentie + de risico's van vasa previa versus het standaard uitbreiden van het 2e trim SEO met vaginale echoscopie?
- Al meerdere casus meegemaakt waarbij er een placenta bilobata was met duidelijk dat de vaten bovenlangs lopen tussen beide delen en dus niet voor het ostium. Met doppler kunnen we zelf goed zien waar de vaten lopen. Vaak wordt vasa previa verward met door de vliezen lopende vaten. Met groot verschil in risico. Ik ben voor duidelijke en eerlijke communicatie naar de zwangere zonder angst creëren. Verwijzing geeft altijd onrust. Een insertie in fundi of bilobata zou ik niet standaard insturen. Wel vervolgen.