

Foetale groeirestrictie anno 2024

dinsdag 3 december, ReeHorst Ede

Programma

Dagvoorzitters: *Sanne Gordijn*, gynaecoloog-perinatoloog, UMC Groningen
Wessel Ganzevoort, gynaecoloog-perinatoloog, Amsterdam UMC

08.45 uur **Ontvangst en registratie**

09.30 uur **Opening en korte introductie: Wat is FGR en hoe zit dat in de placenta?**

• *Sanne Gordijn*

Foetale groeirestrictie beperkt zich niet tot de kleinste 10% voor zwangerschapsduur (p10). Het wordt ook gezien bij normaal geschatte kinderen. Wat is de definitie en wat zijn de basisprincipes van de 4 voornaamste groepen van placenta-afwijkingen die geassocieerd zijn met foetale groeirestrictie: maternaal vasculaire malperfusie, foetale vasculaire malperfusie, inflammatie en overige.

10.00 uur **Screening in laag-risico zwangerschappen: wat weten we?** • *Mariëlle van Roekel*, verloskundige-onderzoeker Amsterdam UMC / docent Verloskunde Academie Amsterdam

Bij de meerderheid van de antenataal gemiste gevallen van FGR gaat het om zwangerschappen in de laag-risicopopulatie. Welke screeningsparameters voorspellen het beste ernstige perinatale uitkomsten? Wat weten we over de optimale timing van echo's in relatie tot het inschatten van het geboortegewichtpercentiel, en welke rol speelt de TTSEO bij het identificeren van afbuigende groei? Wordt in Nederland echt vaker ingeleid bij fout-positieve SGA-diagnoses? En waarom blijken sommige pasgeborenen toch aanzienlijk kleiner dan verwacht op basis van derde trimester echo's? Biedt het aanpassen van foetale groeicurves op basis van geslacht voordelen?

10.30 uur **Invloed van omgevingsfactoren op FGR** • *Renée Burger*, arts-onderzoeker, Amsterdam UMC

10.50 uur **To Doppler or not to Doppler DRIGITAT en RATIO 37** • *Wessel Ganzevoort*
In de praktijk worden Doppler metingen van de arteria umbilicalis, de arteria cerebri media en de arteria uterina gebruikt als indicator voor de placentafunctie. Recente evidence uit trials die in 2024 is gepubliceerd, wordt besproken.

11.20 uur **Pauze**

11.50 uur **Intrapartum bewaking en beleid** • *Petra Bakker*, gynaecoloog-perinatoloog, Amsterdam UMC

Perinatale asfyxie bij de à terme neonat is gelukkig zeldzaam. Als er sprake is van groeivertraging zijn zij wel vatbaarder voor de ontwikkeling van hypoxie durante partu. Bewaking is daarom geïndiceerd. Hoe ontstaat hypoxie bij deze kinderen, zijn er kenmerkende foetale hartritme patronen en kan hypoxie worden voorkomen?

- 12.20 uur **De neonat met groeirestrictie** • *Wes Onland, neonatoloog/onderzoeker, Amsterdam UMC*
Pasgeborenen met groeivertraging zijn kwetsbaarder voor complicaties zoals ademhalings- en cardiovasculaire problemen, hypoglykemie en infecties, met vaak intensieve medische zorg en langere ziekenhuisopname als gevolg. Bovendien is er een verhoogd risico op neurologische ontwikkelingsstoornissen, zoals motorische en cognitieve achterstanden, die zich later in het leven kunnen manifesteren. Het begrijpen van deze gevolgen benadrukt het belang van vroege detectie en interventie om de uitkomsten voor deze kwetsbare groep te verbeteren.
- 12.50 uur **Lunchpauze**
- 13.50 uur **Innovations in fetal growth restriction** • *Anna David, consultant in obstetrics and maternal/fetal medicine, UCLH, London (online en Engelstalig)*
For prevention of FGR, meta-analysis confirms that aspirin modestly reduces small for gestational age pregnancy in women at high risk and that a dose of ≥ 100 mg should be recommended, and to start at or before 16 weeks of gestation. In vitro and in vivo studies suggest that low molecular weight heparin may prevent FGR, however, evidence from randomised control trials is inconsistent. However, there are currently no therapies that can improve fetal growth once FGR is detected. The pipeline of potential therapies generally aim to increase fetal growth by improving poor placentation and uterine blood flow. What is the latest on scientific research?
- 14.35 uur **Wat vertel je je patiënt? – interview met een patiënt** • *Joyce Schouten, verloskundige/directeur, verloskundige stadspraktijk Groningen*
In gesprek met een patiënt over haar ervaringen. Wat kunnen we als hulpverlener (nog) leren.
- 15.10 uur **Pauze**
- 15.40 uur **De moederlijke bloedsomloop: invloed op foetale groei** • *Marc Spaanderman, hoogleraar Verloskunde, Maastricht UMC*
Foetale groei wordt door een veelheid aan factoren bepaald. Deels niet beïnvloedbaar (geboortegewicht moeder, bereikte termijn en groeipercentiel van een voorgaande zus of broer) maar deels wel beïnvloedbaar. Denk aan nuchter glucose en insuline, cholesterol, circulerend plasma volume, BMI en preventief aspirine gebruik ook geassocieerd met de kans op small for gestational age infancy (SGA) bij de daarop volgende zwangerschap. Welke mogelijkheden voor geïndividualiseerde preventieve interventies zijn er?
- 16.20 uur **Take-home-messages** • *Sanne Gordijn en Wessel Ganzevoort*
- 16.30 uur **Conclusies en afsluiting**