

Titel

Irregulaire cortonen

Specialisme

Obstetrie en gynaecologie

Soort document

VSV-protocol

Doel

Eenduidig beleid rondom irregulaire cortonen

Verdenking ziektebeeld

Achtergrond

Foetale ritmestoornissen

- Bradycardie (hartfrequentie < 100/min)
 - o Sinusbradycardie (vermoedelijke dood te verwachten)
 - o Congenitaal (totaal) AV-block (50-100/min, bij hydrops slechte prognose)
- Tachycardie (hartfrequentie >180/min)
 - o Sinustachycardie (180-200/min, door bijv. koorts, meestal gunstige prognose)
 - o Supraventriculaire tachycardie (240-290/min, 1:1 AV-geleiding, hydrops 36-64%)
 - o Atriale flutter (300-480/min)
 - o Ventriculaire tachycardie (220-280/min, slechte prognose)
- Extrasystolie
 - o Niet voortgeleide PAC's (meestal benigne, cave progressie naar tachyarritmieën)

Meest voorkomende vormen van irregulaire cortonen

Premature atriumcontracties (PAC's) (85%) = supraventriculaire extrasystole

Premature atriumcontracties leiden tot een atrioventriculair (AV)-blok, doordat de impuls de AV-knoop bereikt wanneer deze in de repolarisatiefase is. De impuls wordt dan niet voortgeleid naar het ventrikel, dit heeft een gemiste ventrikelcontractie en een compensatoire pauze tot gevolg. Bij auscultatie: gemiste of overgeslagen hartslagen.

Supraventriculaire tachycardie (10%)

Bij 95% gaat het om een cirkeltachycardie met een frequentie boven de 180/min, meestal 220-240/min, met een 1:1-AV-geleiding. Bij atriumfladderen kan de atriumfrequentie 400-500/min bedragen, vaak met een 2:1-, een 3:1- of een variabel AV-blok, waardoor de ventriculaire frequentie 180-220/min is.

Gevolgen van ritmestoornissen

Premature atriumcontracties

Premature extrasystolen leiden niet tot intra-uteriene complicaties. Ze blijven tot kort na de geboorte bestaan en verdwijnen daarna zonder therapie. Bij 0,5-2% van de foetussen ontwikkelt zich echter een supraventriculaire tachycardie.

Supraventriculaire tachycardie

De foetus met een persisterende tachycardie heeft een hoog risico op het ontstaan van hartfalen en hydrops in utero, die gepaard gaan met een verhoogd risico op foetale dood (20-50%), neurologische complicaties (ongeveer 20%), partus prematurus en neonatale complicaties.

Werkwijze

Beleid prenataal

Na het vaststellen van irregulaire hartactie (na ongeveer 20 weken zwangerschap):

- Consult bij gynaecoloog binnen 1-2 dagen
 - o Echo ter uitsluiting van foetale decompensatie
 - o 1 minuut cortonen luisteren
 - o GUO < 72u (spoed bij bradycardie/tachycardie/hydrops)
 - o In afwachting van de GUO: overname zorg gynaecoloog SKB
 - o Instructie m.b.t. minder leven voelen.
- Foetaal hartritme 2x verspreid over de week controleren met de doptone (minimaal 1 minuut); om en om gynaecoloog en eigen verloskundige. Continueren totdat er gedurende 2 weken (dus 4 opeenvolgende controles) een normaal sinusritme is vastgesteld. Daarna reguliere zwangerschapscontroles bij eigen verloskundig zorgverlener hervatten.
- Indien er een foetale tachycardie (>180/min) wordt vastgesteld, dient patiënte direct doorverwezen te worden naar de gynaecoloog. Deze zal overleg plegen met het Radboud UMC.
- Bij foetale decompensatie of afwijkingen op de GUO: overname door de gynaecoloog van het Radboud UMC.

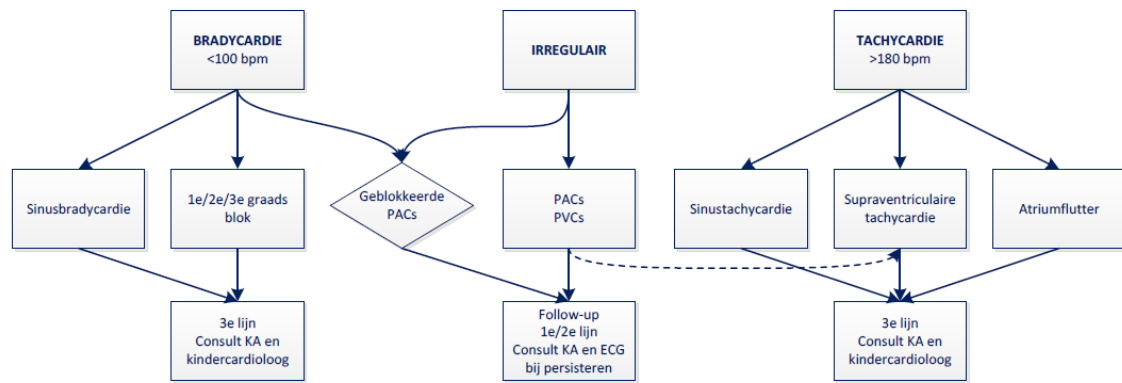
Beleid a terme/durante partu

- Partus in 2^e lijn totdat 2 weken achter elkaar geen irregulaire cortonen meer zijn gehoord.
- Bij PAC's de novo: overdracht gynaecoloog.

Beleid postnataal

- Ongeacht aantal PAC's durante partu: postpartum kinderarts in consult.
- Kinderarts beoordeelt welke verdere diagnostiek (ECG en/of monitoring) gedaan moet worden.
- Monitoring en observatie kind gedurende minimaal 12 uur.
- Consult kinderarts niet nodig wanneer er gedurende 2 weken voorafgaand aan partus geen irregulaire cortonen meer zijn gehoord.

Extra info



Datum protocol

Gepubliceerd in 2020