

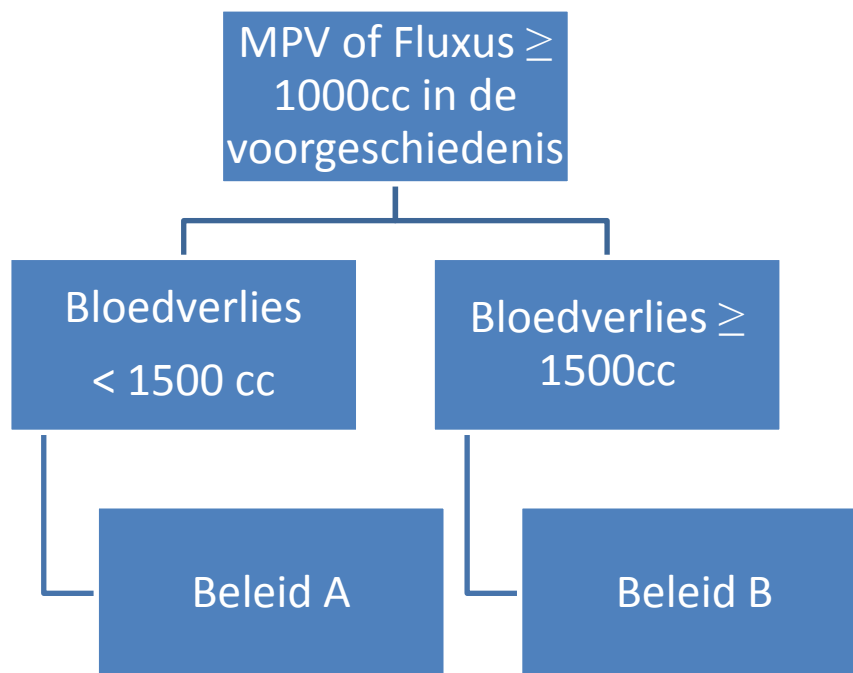
Werkafsprak Fluxus preventie bij patiënten met fluxus post partum en of Manuele Placenta Verwijdering (MPV) in anamnese.

november 2015

Doel:

Primaire en secundaire preventie van fluxus postpartum bij zwangeren met een risicofactor op een vroege fluxus postpartum vanwege een retentio placentae en/of een fluxus in de voorgeschiedenis.

Stroomdiagram beleid bij MPV/Fluxus in de voorgeschiedenis



Beleid A: Case manager is de 1^e lijn tijdens zwangerschap en bevalling.

- Patiënte aanmelden in de zwangerschap met een kopie van de zwangerschapskaart voor B/D situatie bij zwangerschapsbespreking in de 2^e lijn.
- Patiënte hoeft zelf niet op consult te komen in de zwangerschap.
- Bloedgroep en IEA bepaling in het ziekenhuis waar patiënte gaat bevallen.
- Controle en preventie anemie in zwangerschap: Hb en ferritine controle bij 34 weken, ijzersuppletie bij anemie of laag normaal hemoglobine met ferritine < 10
- Identificeer en noteer overige predisponerende risicofactoren voor fluxus in de kaart. (zie verderop in deze werkafsprak).
- De verloskundige bespreekt met de zwangere en noteert het herhalingsrisico (zie achtergrondinformatie) en de maatregelen in de zwangerschap en tijdens de partus.
- Partus met plaatsindicatie (B/D).
- Waaknaald durante partu en afname stolbloed voor definitieve 2^e bloedgroepbepaling, - typering en screening op antistoffen.
- Overweeg hemodilutie.

- Blaas legen voor start persen.
- Primair actief nageboorte tijdperk: blaas leeg, direct afnavelen na de geboorte, geen navelstrengbloeddonatie, 10IE oxytocine im na geboorte van de voorste schouder, of oxytocine volgens lokaal protocol en bij eerste uteruscontractie controlled cord traction.
- Bloedverlies actief wegen.
- **Overdracht na 30 minuten of bij 500cc bloedverlies.**
- Stel diagnose retentio/ fluxus op tijd en voorkom delay in het stellen van diagnose en het starten van de behandeling.

Beleid B: Case manager is de 1^e lijn tijdens de graviditeit, 1^e of 2^e lijn tijdens de partus (individueel bepaald)

- Verloskundige vraagt partusgegevens op indien vorige partus elders heeft plaatsgevonden.
- **Consult in 2^e lijn tussen 27-29 weken**, inclusief partusverslagen vorige partus. Tijdens dit consult zal **individueel beleid** worden afgesproken. Dit gebeurt op basis van de voorgeschiedenis en het beloop van de vorige partus (massale bloedtransfusie, extra behandeling, meerdere predisponerende factoren). De partus zal met plaatsindicatie of in 2^e lijn plaatsvinden (bijvoorbeeld met primair MPV).
- Tijdens de zwangerschap bloedgroepbepaling en IEA in het ziekenhuis waar patiënte gaat bevallen.
- Controle en preventie anemie tijdens de zwangerschap. Hb en ferritine controle bij 34 weken, ijzersuppletie bij anemie of laag normaal hemoglobine met ferritine < 10.
- Identificeer en noteer overige predisponerende factoren op HPP en noteer in de kaart (zie verderop in de werkafpraak).
- Partus ten minste met plaatsindicatie (B/D).
- Waaknaald durante partu en afname stolbloed voor definitieve 2^e bloedgroepbepaling, - typering en screening op antistoffen.
- Overweeg hemodilutie.
- Blaas legen bij start persen.
- **Overleg bij start persen met 2^e lijn.** Afhankelijk tijdstip / drukte/ overige predisponerende factoren kan dan door de arts/gynaecoloog overwogen worden ok-team in huis te halen/ te informeren.
- Primair actief nageboorte tijdperk: blaas leeg, direct afnavelen na de geboorte, geen navelstrengbloeddonatie. 10IE oxytocine im na de geboorte van voorste schouder, of oxytocine volgens lokaal protocol en bij eerste uteruscontractie controlled cord traction.
- Bloedverlies actief wegen.
- **Na 10- 15 minuten overdracht aan 2^e lijn of bij > 500cc bloedverlies.**
- Stel diagnose retentio/ fluxus op tijd en voorkom delay in het stellen van diagnose en het starten van de behandeling.

Definitie:

Volgens WHO is er sprake van Fluxus bij bloedverlies > 500ml. In de westerse wereld wordt een definitie van > 1000ml aangehouden. Er is sprake van Fluxus Post Partum = Haemorrhagia Post partum (HPP) bij meer dan 1000 cc bloedverlies per 24 uur na geboorte van de neonat. Bij patiënten met een verminderd circulerend volume, zoals bij ernstige (pre)eclampsie, kan een hoeveelheid bloedverlies van 500 à 1000 ml reeds hemodynamische consequenties hebben.

HPP is als volgt in te delen:

- vroege HPP: haemorrhagie tijdens de eerste 24 uur post partum;
- late HPP: haemorrhagie na 24 uur en binnen zes weken post partum.

Manuele placenta verwijdering:

98% van de placenta's wordt binnen 30 minuten geboren. Het aantal fluxus en retentio placentae neemt sterk toe indien de placenta na 30 minuten nog niet is geboren.

Incidentie:

In ongeveer 5-6 % van de bevallingen in Nederland is sprake van HPP.

Het herhalingsrisico bedraagt 10-15 %. Het herhalingsrisico na 2x een MPV in de voorgeschiedenis is 25%. Het laatste decennium is de incidentie van HPP in Nederland gestegen van bijna 4 naar bijna 6 %

Predisponerende factoren voor HPP:

- HPP of retentio placentae in de VG
- Sectio caesarea in VG
- Grande multipara (>para3)
- BMI >35 kg/m²
- Aziatische etniciteit
- Pre-existente hypertensie
- Trombocytopathie/ -penie
- Stollingsstoornis
- Uterus myomatosis
- Grote uitzetting (meerling, groei>p95, polyhydramnion)
- Bloedverlies 2^e/3^e trimester
- Antistolling gebruik durante partu
- Zwangerschapshypertensie, preeclampsie of HELLP-syndroom
- Hb <6.5mmol/l in 3^e trimester
- Placenta praevia
- Placenta accreta/increta/percreta

De meest belangrijke risicofactoren voor HPP zijn: verlengde tweede tijdperk baring > 1 uur en het moeten verrichten van een MPV.

Referenties:

1. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Nov 9;(11):CD007412. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A.
2. Dörr e.a.; Obstetrische Interventies. Elsevier gezondheidszorg, Amsterdam 2010. ISBN 9789035230996
3. NVOG-richtlijn "Haemorrhagia Postpartum" 2013
4. Save Motherhood, Severe Maternal Morbidity in the Netherlands, The LeMMon study/J.Zwart 2009 proefschrift
5. Wetta LA, Szychowski JM, Seals S, et al. Risk factors for uterine atony/postpartum hemorrhage requiring treatment after vaginal delivery. Am J Obstet Gynecol 2013;209:51.e1-6
6. The aberrant third stage of labor. Stralen, G. van, 2015, Doctoral Thesis, Leiden University. ISBN 9789461089861

Commissie Verloskundige Werkafspraken Den Haag-Delft, november 2015.

Marga Kortekaas, Merel de Regt, Margreeth Piers, Michelle Beijerinck, Ineke Spijker, Diaan Lobert, Anneke Dijkman, Cas Holleboom, Corla Vredevoogd, Hanneke Feitsma, Lyanne Rövekamp, Mary Beshay, Joanne Verweij, Myrthe Bouwman, Thirsa Visser.

Vragen/opmerkingen melden bij het lokale VSV.

1^e versie 2015

Revisie november 2017