

Counselingsleidraad:

Actief leiden van het nageboortetijdperk bij een vaginale partus in de 1^e en 2^e lijn

Aanleiding:

Deze leidraad is tot stand gekomen naar aanleiding van een casus in de PAN. In deze casus waarin een cliënt geen oxytocine wilde, ontstond er een gevaarlijke situatie na overdracht naar de 2^e lijn.

Deze leidraad is een hulpmiddel voor een uniforme counseling voor zowel de 1^e - als de 2^e lijn bij cliënten die in hun geboorteplan expliciet aangeven geen oxytocine te willen.

Het betreft dus geen standaard werkafpraak/counseling; het beleid van het nageboortetijdperk blijft de verantwoordelijkheid van de betreffende zorgverlener.

Het doel van de counseling is het voorkomen van discussie op de verloskamer en het geven van kwalitatief goede zorg.

Het is belangrijk dat cliënten die bezwaar hebben aangekaart tegen oxytocine, op de hoogte zijn van het risico op een fluxus postpartum. Ook dienen zij gewezen te worden op een grotere kans op een fluxus wanneer een baring niet meer fysiologisch verloopt (ontstaan van risicofactoren).

Achtergrondinformatie:

Is routinematig actief leiden van het nageboortetijdperk zinvol?

Het actief leiden van het nageboortetijdperk is een effectieve manier om de hoeveelheid bloedverlies te verminderen. De WHO adviseert dit bij alle vrouwen te doen omdat ook vrouwen zonder risicofactoren, een fluxus postpartum kunnen krijgen. Aanvullend onderzoek waarin specifiek laag risico vrouwen worden beschreven, ondersteunen deze gedachten, hoewel niet alle studies een effect op de kans op een ernstige HPP onderschrijven. (7.)

Wat verstaan we onder een actief nageboortetijdperk:

- Toedienen van 5 IE oxytocine intramusculair of intraveneus (indien venflon aanwezig).
- Vroeg afnavelen van het kind (na 3-5minuten), indien een of meerdere risicofactor(en) aanwezig zijn (tabel 1).
- Placenta onder controlled cord traction geboren laten worden, gevolgd door uterusmassage. Uit recent onderzoek blijkt dat dit relatief weinig bijdraagt. (2. 6.)

Dit document is een hulpmiddel om cliënten gericht te kunnen informeren en counselen t.a.v. het advies om postpartum 5 IE oxytocine i.m. toe te dienen.

Wat counsel je aan de cliënt:

Het toedienen van oxytocine postpartum is effectief gebleken in het voorkomen van een fluxus postpartum. Alle internationale richtlijnen adviseren het preventief geven van oxytocine. (5. 6.)

De cijfers voor fluxus zijn al tientallen jaren stabiel. Het risico op fluxus is 6,6% nationaal tegenover 6,7% in ons VSV. Over het secundair geven van oxytocine zijn wisselende data en lijkt het risico op fluxus groter.

- Advies om preventief 5 IE i.m. oxytocine postpartum toe te dienen (dan wel 5 IE i.v. indien venflon aanwezig).
- Risicoreductie van 40% op een fluxus postpartum, en waarschijnlijk nog meer bij aanwezige risicofactoren (tabel 1). (4. 6. 14.)

- Een fluxus geeft een trager herstel/vermoeidheid in de kraamperiode en daarbij trager op gang komen van de borstvoeding.
- Bij het ontstaan van risicofactoren tijdens de baring wordt geadviseerd de keuze voor het preventief toedienen van 5 IE oxytocine te heroverwegen (tabel 1).
- Bijwerkingen oxytocine: 1-10%: hoofdpijn; tachycardie; bradycardie; misselijkheid; braken (echter, lage dosering postpartum en dus ook kleine kans). Dit geldt dus voornamelijk bij langdurig toediening, bijv. bij inleiden van de baring. (8.)
- Er bestaan veel opvattingen over bijwerkingen die oxytocine zou geven op langere termijn, zoals depressie, angststoornissen etc. Dit is niet wetenschappelijk bewezen. (9. 11. 12.)
- Werking: bij intramusculaire toediening bij postpartum bloedingen werkt oxytocine binnen 2-4 minuten en blijft het 30-60 minuten werkzaam. Bij intraveneuze toediening werkt oxytocine binnen 1 minuut en blijft het iets korter werkzaam dan 30-60 minuten. Een constant effect op de weeën activiteit wordt na 20–40 min continue i.v.-infuus bereikt. (8.)

Tabel 1: Risicofactoren voor HPP gerelateerd aan atonie (6.)

BMI > 35 kg/m ²	Kunstverlossing
Grote uitzetting (meerling, groei >p95, polyhydramnion)	Gebruik tocolyse bij dreigende vroeggeboorte.
Aziatische etniciteit	Atonie in de voorgeschiedenis
Uterus myomatosus	MPV (ia)
Grande multipara (para >3)	Infectie/maternale koorts
Schouderdystocie	Sectio caesarea
Nageboortetijdperk >30min.	Sectio ia (littekenuterus)
Langdurige baring	IUVD

Literatuurlijst:

1. Active versus expectant management of third stage of labour: the Hinchingsbrooke randomised controlled trial. J Rogers¹, J Wood, R McCandlish, S Ayers, A Truesdale, D Elbourne <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9504513/>
2. A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Begley CM, Gyte GM, Devane D, Mc Guire W. Weeks Cochrane Database Syst Rev. 2011 Nov 9;(11):CD007412. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22071837/>
3. Third stage of labour care for women at low risk of postpartum haemorrhage Kathleen M Fahy; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19720339/>
4. A comparison of active management and expectant management of the third stage of labour: a Swedish randomised controlled trial; E Jangsten¹, L-Å Mattsson, I Lyckestam, A-L Hellström, M Berg <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21134105/>
5. NVOG richtlijn, spontane vaginale baring: <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/02/Spontane-vaginale-baring-2.0-14-11-2013.pdf>
6. NVOG richtlijn, Hemorrhagia Postpartum (HPP) <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/02/Hemorrhagia-postpartum-HPP-3.0-14-11-2013.pdf>
7. World Health Organization recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. 2012: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/97?sequence=1>

8. Farmcotherapeutisch kompas:
<https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/o/oxytocine>
9. Lareb→ Oxytocine. <https://www.lareb.nl/nl/databank/result?formGroup=&atc=H01BB02>
10. Oxytocin prevent excessive blood loss woman during third stage labour. Salati JA, Leathersich SJ, Williams MJ, Cuthbert A, Tolosa JE
https://www.cochrane.org/CD001808/PREG_oxytocin-prevent-excessive-blood-loss-women-during-third-stage-labour.
11. Mother to infant bonding, determinants and impact on child. E. Tichelman. 2021.
<https://research.rug.nl/en/publications/mother-to-infant-bonding-determinants-and-impact-on-child-develop>
12. Oxytocin and postpartum depression: a systematic review. 2020. Taylor A. Thul, Elizabeth J. Corwin, Nicole S. Carlson, Patricia A. Brennan and Larry J. Young.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32683141/>
13. The lente study, effectiveness of prophylactic intramusculair Oxytocin.
<https://research.rug.nl/en/publications/the-lente-study-the-effectiveness-of-prophylactic-intramuscular-o>
14. Routine oxytoin in the third stage of labour: a placebo controlled randomized trial.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9236641/>

Commissie Verloskundige Werkafspraken Den Haag-Delft, maart 2023.

Marga Kortekaas, Margreeth Piers, Michelle Beijerinck, Bernadet van Baars, Isis Bot, Corla Vredevoogd, Marion van Hoorn, Janneke Burgers.

Auteurs: Isis Bot, Michelle Beijerinck, Viviën Jacobson.

Maart 2023

Revisie 2025