

Fluxus in de anamnese

Regioprotoocol

Geboortezorg Consortium Midden Nederland



Colofon

Algemeen

Datum: 27.09.2018

Versie: 2

Samenstelling werkgroep fluxus i.a.:

Auteurs:

- Dr. E.M.A. Bormans, gynaecoloog Meander Medisch Centrum, Amersfoort.
- Mw. J.H. van Dijk, verloskundige eerstelijns, verloskundigenpraktijk Luna, Amersfoort.

Met ondersteuning en bijdragen van:

- Leden GCMN werkgroep protocollen en registratie
 - voorzitter: mw. S. Meijer
 - coördinator: mw. F. van Hoorn

Klik [hier](#) voor een overzicht van de bovengenoemde co-auteurs.

Contact Geboortezorg Consortium Midden Nederland:

E-mail: gcmn@umcutrecht.nl

Website: www.kennisnetgeboortezorg.nl/consortia/geboortezorg-consortium-midden-nederland-gcmn

Disclaimer

De originele tekst uit deze publicatie met GCMN-logo mag onveranderd worden verveelvoudigd. Delen van de tekst kunnen in lokale protocollen worden gebruikt, waarvoor de verantwoordelijkheid ligt bij het lokale samenwerkingsverband.

Voorwoord

Dit protocol is opgesteld voor de regio van het Geboortezorg Consortium Midden Nederland (zie voor samenwerkingspartners: www.goedgeboren.nl/middennederland). Het is geschreven voor alle zorgverleners en –vragers in het werkgebied. Het streven is om met alle betrokkenen concrete en eenduidige afspraken te maken over de herhalingskans en organisatie van zorg voor zwangeren met een fluxus in de voorgeschiedenis, waarbij we streven naar een reductie van een recidief fluxus postpartum.

Het primaire doel van het Geboortezorg Consortium Midden Nederland is het terugdringen van vermijdbare perinatale sterfte. De stuurgroep Zwangerschap en Geboorte geeft in haar adviesrapport 'Een Goed Begin' aan dat hier een belangrijke rol is weggelegd voor samenwerking en multidisciplinaire lijnoverstijgende afspraken. Dit protocol schept duidelijkheid voor alle partijen in de regio en is een basis voor betere samenwerking tussen de zorgprofessionals.

Regioprotocollen zijn richtinggevend en niet dwingend. Er blijft altijd ruimte voor lokale kleuring. Het is dan ook toegestaan om gemotiveerd af te wijken van adviezen, indien de situatie hierom vraagt. De lokale perinatale audits en regionale VSV-vergaderingen zijn geschikte momenten om afwijkingen van het regioprotocol met elkaar te bespreken.

Dit regioprotocol is geaccordeerd door de aan het GCMN deelnemende VSV's d.d. 27 september 2018. Het protocol zal iedere 2 jaar worden geëvalueerd, zo nodig bijgesteld en opnieuw geaccordeerd worden.

Inhoud

Colofon	
Inhoud	
1. Doel.....	5
2. Toepassingsgebied	4
3. Definitie en achtergrondinformatie	5
4. Aanbevelingen bij HPP in de voorgeschiedenis	7
5. Beleid bij plaats indicatie	8
5.1 Prenataal.....	8
5.2 Partus	8
6. Lokale VSV afspraken.....	9
7. Referenties	10
Bijlage 1. Gegevensverzameling bij fluxus postpartum in de anamnese	11

1. Doel

Optimalisering van het beleid bij preventie van fluxus postpartum, ook wel hemorrhagia postpartum bij hemorrhagia postpartum in de obstetrische voorgeschiedenis evenals continue afstemming van de zorg in de eerste, de tweede en derde lijn.

2. Toepassingsgebied

Eerste, tweede en derdelijns verloskunde.

3. Definitie en achtergrondinformatie

In de Nederlandse setting wordt hemorrhagia postpartum (HPP) gedefinieerd als bloedverlies van meer dan 1000 ml de eerste 24 uur post partum. Een late HPP wordt gedefinieerd als meer dan 1000 ml bloedverlies tussen de 24 uur en 12 weken postpartum. HPP geeft een herhaal risico op HPP bij een volgende zwangerschap (Kominiarek MA et al).

De incidentie van majeure HPP (definitie: indien meer dan 4 EH packed cells en/of hysterectomie en/of embolisatie noodzakelijk is en/of patiënte opgenomen wordt op de ic) is 4,4 /1000 partus (definities en cijfers uit de LEMMoNstudie, 2009).

Het identificeren van hoog risico vrouwen heeft de voorkeur, zodat adequate anticipatie mogelijk is. Uit een grote registratie studie uit Zweden (Oberg et al AJOG 2014) met >500.000 primipara bleek een herhalingsrisico van 15% in een tweede zwangerschap met een relatief risico van 3 (95%

CI 2.9-3.1) ten opzichte van vrouwen zonder HPP in de voorgeschiedenis. Bij twee keer HPP was de herhalingskans 26.6% ten opzichte van 4.4% bij vrouwen zonder HPP met een relatief risico van 6.1 (95% CI 5.1-7.2). Indien er in de eerste zwangerschap wél HPP had plaatsgevonden en bij de tweede partus niet, was de herhalingskans 9.9% en indien alleen bij de tweede zwangerschap HPP heeft plaatsgevonden was de kans 15%.

De meest voorkomende oorzaak van HPP is atonie van de uterus (WHO 2012). Andere oorzaken betreffen laceraties van de tractus genitalis (vagina, cervix, uterus), retentio placentae of placentaresten, inversio uteri, en maternale stollingsstoornissen. Bij majeure HPP in voorgeschiedenis met onbekende oorzaak dient gevraagd te worden naar hemorraghische diathese (versterkte bloedingsneiging) en is de overweging om stollingsonderzoek in te zetten.

Uit de eerdergenoemde registratiestudie blijkt dat de oorzaak vaak hetzelfde is in een volgende zwangerschap (met name voor retentio placentae), maar ook een verhoogd risico geeft op een HPP met andere oorzaak.

Hoewel er geen overtuigend wetenschappelijk bewijs is dat het aantal milliliters van de HPP in de voorgeschiedenis correleert met de kans op een majeure fluxus, is op basis van lage evidence besloten om de volgende zwangeren te beschouwen als een **ernstig risico op majeure fluxus**: \geq 2000ml bloedverlies, of fluxus behandeld met een bloedtransfusie en/of bakriballon en/of embolisatie en/of opname op de intensive care.

4. Aanbevelingen bij hemorrhagia postpartum in de voorgeschiedenis

HPP in de voorgeschiedenis op basis van:	Zwangerschap	Partus
1000ml -1500ml	1 ^e lijn Gegevens HPP worden compleet gedocumenteerd, zie bijlage 1	Poliklinische partus
1500ml - 2000 ml	1 ^e lijn Gegevens HPP worden compleet gedocumenteerd, zie bijlage 1 Volgens lokale afspraken wordt de zwangere besproken op de gezamenlijke bespreking of voor consult verwezen naar de 2 ^e lijn	Poliklinische partus
>2000 ml en/of HPP in de voorgeschiedenis met: -bloedtransfusie en/of -tekenen van shock en/of -bakriballon en/of -embolisatie en/of -opname op de intensive care	1 ^e lijn Gegevens HPP worden compleet gedocumenteerd, zie bijlage 1 Consult 2 ^{de} lijn volgens lokale afspraken, overdracht naar 2 ^{de} lijn volgens lokale afspraken	2 ^{de} lijn
Hemorragische diathese (versterkte bloedingsneiging, ofwel verdenking stollingsstoornis)	Gegevens HPP worden compleet gedocumenteerd, zie bijlage 1 Consult 2 ^{de} lijn in 1 ^e helft zwangerschap evt shared care	2 ^{de} lijn
HPP in de anamnese en bekende stollingsstoornis	2e lijn Gegevens HPP worden compleet gedocumenteerd, zie bijlage 1 Evt shared care volgens lokale afspraken	2 ^e lijn
HPP tgv placenta accreta, increta, percreta	2 ^e en evt 3 ^e lijn evaluatie Gegevens HPP worden compleet gedocumenteerd, zie bijlage 1	2 ^{de} lijn
HPP in anamnese, daarna ongestoorde partus	1e lijn Gegevens HPP worden compleet gedocumenteerd, zie bijlage 1	Poliklinische partus

5. **Beleid bij plaats indicatie (ook wel BD indicatie of poliklinische partus)**

5.1 **Prenataal**

Het is belangrijk dat de voorgeschiedenis zo compleet mogelijk beschreven wordt, zie hiervoor bijlage 1 voor vereiste informatie.

Er vindt (conform lokale afspraken) overleg met, of een consult plaats bij de gynaecoloog voor het bepalen van het beleid rondom de partus en het aanmaken van een status. Bloedgroep en Hb moet bekend zijn in het ziekenhuis waar patiënte met plaats indicatie of in de 2e lijn gaat bevallen.

5.2 **Partus**

De verloskundige licht (conform lokale afspraken) de dienstdoende assistent/klinisch verloskundige in bij aanmelding van de partus. Bij infuus aanbrengen altijd Hb en kruisbloed bepalen (groene naald). Voor de uitdrijving wordt (volgens lokale afspraken), de blaas leeggemaakt en de dienstdoende arts-assistent/klinisch verloskundige op de hoogte gesteld.

Het nageboortetijdperk wordt actief geleid met 5IE oxytocine im of iv na de geboorte van het kind, zo nodig wordt dit herhaald met 5IE oxytocine im of iv (bij infuus in principe iv laten toedienen door verpleegkundige).

Weeg het bloedverlies conform de werkafspraken registratie vaginaal bloedverlies postpartum, GCMN, 2016. Indien er meer dan 500ml bloedverlies is en/of na 15 minuten geen placenta is geboren, vindt overdracht naar de 2^e lijn plaats volgens de SBARR. Uit onderzoek blijkt de kans op HPP na 18-20 min toe te nemen. Door na 15 minuten 2^{de} lijn te informeren kunnen er afhankelijk van omstandigheden in de 2^{de} lijn (drukte/aanwezigheid gynaecoloog en OK-team) tijdig interventies gestart worden. Indien nodig start parallelle actie, zie hiervoor het lokale protocol.

Evaluatie in het team wanneer majeure HPP heeft plaatsgevonden.

6. Lokale VSV afspraken

Dient een zwangere met een fluxus in de voorgeschiedenis, maar zonder ernstig risico op HPP verwezen te worden voor een consult?	
Bij welke zwangerschapsduur wordt een zwangere met ernstig risico op HPP verwezen voor consult ivm HPP ia?	
Worden de zwangerschapscontroles vanaf 36 weken overgenomen in de 2 ^e lijn bij zwangeren met ernstig risico op HPP ?	
Wanneer wordt de gynaecoloog geïnformeerd?	
Wanneer worden packed cells klaargelegd?	
Hoeveel packed cells worden klaargelegd?	

6. Literatuur

- Kominiarek MA, Kilpatrick SJ. Postpartum hemorrhage: a recurring pregnancy complication. *Semin Perinatol* 2007;31:159-66
- World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO; 2012.
- NVOG richtlijn HPP november 2013: <http://www.nvog-documenten.nl/uploaded/docs/NVOG%20richtlijn%20HPP%2014-11-2013%20definitief%20d.pdf>
- Checklist NVOG, behorende bij richtlijn HPP, 2014.
- Verloskundige Indicatie Lijst
- "ZWANG" protocol Fluxus
- UMC Utrecht Fluxus ia protocol
- Protocol Fluxus Ede
- Oberg AS, Hernandez-Diaz S, Palmsten K, Almqvist C, Bateman BT. Patterns of recurrence of postpartum hemorrhage in a large population-based study. *AJOG* 2014 ; 210:229.
- Magann EF, Evans S, Chauhan SP, Lanneau G, Fisk AD, Morrison JC. The length of the third stage of labor and the risk of postpartum hemorrhage. *Obstetrics & Gynecol* 2005; 105:290-3:
- Frolova AI, Stout MJ, Tuuli MG, López JD, Macones GA, Cahill AG. Duration of the Third Stage of labor and Risk of Postpartum Hemorrhage. 2016.
- Tita AT, Szychowski JM, Rouse DJ, Bean CM, Chapman V, Nothorn A, Figueroa , Quinn R, Andrews WW, Hauth JC. Higher-dose oxytocin and hemorrhage after vaginal delivery; a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2012; 119:293.
- 1A Combs CA, Murphy EL, Laros RK Jr. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. *Obstet Gynecol.* 1991;77:69–76.
- 1B Combs CA, Murphy EL, Laros RK Jr. Factors associated with hemorrhage in cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 1991;77: 77–82.
- Bais JM, Eskes M, Pel M, Bonsel GJ, Bleker OP. Postpartum haemorrhage in nulliparous women: incidence and risk factors in low and high risk women. A Dutch population-based cohort study on standard (≥ 500 ml) and severe (≥ 1000 ml) postpartum hemorrhage. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;115:166–72.
- Sheiner E, Sarid L, Levy A, Seidman DS, Hallak M. Obstetric risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum hemorrhage: a population-based study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2005;18:149–54.
- Sosa CG, Althabe F, Beliz_an JM, Buekens P. Risk factors for postpartum hemorrhage in vaginal deliveries in a Latin-American population. *Obstet Gynecol* 2009;113:1313–9.
- Stones RW, Paterson CM, Saunders NJ. Risk factors for major obstetric hemorrhage. *Eur J Obst Gynecol reprod Biol* 1993;48:1;15-18.

Bijlage 1. Gegevensverzameling bij hemorrhagia postpartum in de anamnese.

Te registreren items	
Hoeveel ml bloedverlies is geregistreerd bij de vorige partus?	... milliliters
Aantal minuten waarin het bloedverlies optrad	... minuten
Wat was de oorzaak van het bloedverlies?	<input type="checkbox"/> Atonie <input type="checkbox"/> Retentio placentae <input type="checkbox"/> Episiotomie <input type="checkbox"/> Vaginawandruptuur <input type="checkbox"/> Cervixruptuur <input type="checkbox"/> Inversio uteri <input type="checkbox"/> Stollingsstoornis <input type="checkbox"/> HELLP Indien een combinatie, graag allen benoemen <input type="checkbox"/> Anders namelijk:
Welke interventies zijn gepleegd rondom de fluxus?	<input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> CAD <input type="checkbox"/> Medicatie: oxytocine .. EH/ nalador/ misoprostol/ methergine/ tranexaminezuur <input type="checkbox"/> OK: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Manuele placenta verwijdering <input type="checkbox"/> Natasten <input type="checkbox"/> Hechten cervixruptuur <input type="checkbox"/> Hechten vaginawandruptuur <input type="checkbox"/> Totaalruptuur <input type="checkbox"/> Transfusie: ... eenheden packed cells ... eenheden fresh frozen plasma ... eenheden trombocyten concentraat <input type="checkbox"/> Bakriballon <input type="checkbox"/> Embolisatie <input type="checkbox"/> Opname IC
Heeft de HPP in de voorgeschiedenis geleid tot een trauma zwangere en partner	Ja/nee