

### Titel

Fluxus postpartum (FPP) en/of manuele placentaverwijdering (MPV) in anamnese

### Specialisme

Obstetrie en gynaecologie

### Soort document

VSV-protocol

### Verdenking ziektebeeld

- Dreigende fluxus post partum
- Dreigende retentio placentae (vastzittende placenta)

### Doel

Eenduidig beleid betreft de preventie en behandeling van patiënten met een verhoogd risico op een fluxus post partum en/of manuele placentaverwijdering.

### Aard van de behandeling

Preventief en deels curatief.

### Algemene opmerkingen

#### Definitie

In de Nederlandse setting wordt hemorragia postpartum (HPP) of fluxus postpartum (FPP) 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.

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 intensive care) is 4,4 /1000 partus.

Het identificeren van hoog risico vrouwen heeft de voorkeur, zodat adequate anticipatie mogelijk is. Uit een grote registratie studie uit Zweden 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. 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 hemorragische diathese (versterkte bloedingsneiging) en is de overweging om stollingsonderzoek in te zetten.

De oorzaak van HPP is vaak hetzelfde in een volgende zwangerschap, maar HPP i.a. geeft ook een verhoogd risico op een HPP met een andere oorzaak.

### Risicofactoren

Verloskundigen en gynaecologen zullen onderstaande risicofactoren aanhouden, waarop zij het risico op een fluxus voor de zwangere beoordelen en zodoende de plaats voor de baring bepalen. Risicofactoren voor een fluxus postpartum die een klinische baring rechtvaardigen:

- Majeure fluxus in anamnese:  $\geq 2000$ ml bloedverlies, of fluxus behandeld met een bloedtransfusie en/of bakriballon en/of embolisatie en/of opname op de intensive care
- Pre-existente hypertensie
- Trombocytopathie/ -penie
- Stollingsstoornis
- Uterus myomatosus
- Sectio caesarea in anamnese
- Meerling, macrosomie (EFW  $>p95$  en/of AC  $>p95$ ), polyhydramnion
- Zwangerschapshypertensie, pre-eclampsie, HELLP
- Placenta praevia, accreta, increta, percreta
- Anemie Hb  $<5,6$  mmol/L vanaf 32 weken
- Intra uteriene vruchtdood (IUVD)

Risicofactoren voor een fluxus postpartum die ten minste een plaats indicatie rechtvaardigen:

- BMI  $> 35$  kg/m<sup>2</sup>
- Fluxus postpartum in anamnese (ongeacht de oorzaak)
- Manuele placentaverwijdering in anamnese

Indien 1 of meer van onderstaande risicofactoren aanwezig zijn, dient gezien het licht verhoogde risico op een fluxus postpartum, een plaatsindicatie voor de baring overwogen te worden.

- Aziatische etniciteit
- Grande multipara ( $>5x$  bevallen)
- Recidiverend vaginaal bloedverlies tijdens het 2<sup>e</sup>/ 3<sup>e</sup> trimester van de zwangerschap
- Ruime uitzetting

## Werkwijze

### Aanbevelingen bij HPP in anamnese

HPP in de voorgeschiedenis op basis van	Zwangerschap	Partus
1000ml - 2000ml	1 <sup>e</sup> lijn Gegevens HPP worden compleet gedocumenteerd. De zwangere wordt besproken op de intakebespreking en zo nodig voor consult verwezen naar de 2 <sup>e</sup> lijn.	MR-baring (plaats indicatie met partus assistentie door O&G verpleegkundige)
>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 <sup>e</sup> lijn Gegevens HPP worden compleet gedocumenteerd. Overname bij 36 weken door gynaecoloog.	2 <sup>e</sup> lijn
Hemorragische diathese (versterkte bloedingsneiging, ofwel verdenking stollingsstoornis), HPP in de anamnese en bekende stollingsstoornis, HPP t.g.v. placenta accreta, increta, percreta	Controle gehele zwangerschap door gynaecoloog. Gegevens HPP worden compleet gedocumenteerd. Individueel beleidsplan maken (i.o.m. eigen behandelaar of eventueel i.o.m. 3 <sup>e</sup> lijn)	2 <sup>e</sup> lijn (of 3 <sup>e</sup> lijn)

### Beleid hoog risico HPP

Een hoog risico op een fluxus post partum vereist:

- Ten minste een medium risk (MR) plaats-indicatie voor de baring en partus assistentie door een gediplomeerd O&G-verpleegkundige.
- Een waaknaald (groen) durante partu inclusief afname van kruisbloed. Kruisbloed voorzien van een patiënten sticker, datum, tijdstip van afname.
- Overweeg voor de uitdrijving de blaas te ledigen (catheteriseren).
- Na geboorte baby (voor geboorte placenta) 5 IE Syntocinon langzaam intraveneus toedienen na partus. Eventueel 5 IE herhalen. In de kliniek wordt bij publicatie van dit protocol 2,5 IE Syntocinon toegediend. De vakgroep gynaecologie overweegt om de dosering eveneens aan te passen naar 5 IE.

- Bloedverlies postpartum wegen.
- Tonus en hoogte van de fundus uteri postpartum elke 5-10 minuten controleren gedurende ten minste 60 minuten.
- Uterusmassage bij atonie.
- Denk aan warmtemanagement (verwarmde Ringerlactaat toedienen en toedekken patiënt).
- Bij bloedverlies > 500 ml vraagt de O&G-verpleegkundige CITO bepaling aan van het afgenomen bloed voor: bloedgroep, Rhesusfactor, antistoffen, CBC en vraagt een collega dit naar het laboratorium te brengen.
- *MR-baring:*
  - o Indien er meer dan 500 ml bloedverlies is en/of na 30 minuten geen placenta is geboren, vindt overdracht naar de 2<sup>e</sup> lijn plaats volgens SBARR. Geboorte van de placenta vind in 98% plaats binnen 30 minuten na geboorte kind. Na 30 minuten na geboorte kind is de kans van spontane geboorte van de placenta klein en neemt de kans op een fluxus toe. Door na 30 minuten 2<sup>e</sup> lijn te informeren kunnen er afhankelijk van omstandigheden in de 2<sup>e</sup> lijn (drukte/aanwezigheid gynaecoloog en OK-team) tijdig interventies gestart worden.
  - o Bloeddruk en pols ten minste elke 5-10 minuten meten.
  - o Verblijfskatheter (CAD) inbrengen.
  - o Overweeg een tweede infuus in te brengen (groene naald).
  - o Postpartum 4 uur observatie/meting van de pols, vaginaal bloedverlies en de tonus en hoogte van de fundus uteri door de parteur of O&G-verpleegkundige ten minste elke 30 minuten.
- *Thuisituatie:*
  - o Indien patiënte door snel partus beloop ziekenhuis niet tijdig kan bereiken: overweeg ambulance stand-by te bellen voor vervoer direct postpartum en overweeg dienstdoende gynaecoloog alvast in te lichten over thuisbaring bij MR indicatie.
  - o Streef ernaar om een waakinfuus in te brengen
  - o Overweeg voor de uitdrijving de blaas te ledigen (catheteriseren).
  - o Na geboorte baby (voor geboorte placenta) 5 IE Syntocinon intramusculair/ intraveneus toedienen na partus. Eventueel 5 IE herhalen.
  - o Persistierend bloedverlies (ruimer dan normaal) > 500 ml:
    - Spoedverwijzing naar het ziekenhuis per ambulance
    - Indien placenta geboren is, in overleg met dienstdoende gynaecoloog Misoprostol 4x200 mcg rectaal toedienen. Geef placenta mee met patiënte naar het ziekenhuis.
    - Bij (dreigende) shock: start toediening O<sub>2</sub> 15L
    - Verzoek de ambulanceverpleegkundige een infuus in te brengen als dit nog niet gedaan is en Tranexaminezuur 1-2 gram i.v. toe te dienen
    - Bloeddruk + pols ten minste elke 5-10 minuten meten
    - Verblijfskatheter (CAD) inbrengen

- Tijdens de telefonische overdracht aan het ziekenhuis door de eerstelijns verloskundige, wordt de noodzaak tot parallelle acties besproken. Hierbij wordt meegewogen:
    - Aan- of afwezigheid van tekenen van shock (o.a. pols >110 slagen/min, lage bloeddruk)
    - Wel/niet geboren zijn van de placenta
  - En wordt afgesproken:
    - Waar de patiënt naartoe gaat; direct naar de operatiekamers of eerst naar de verloskamers
- *Klinisch*: medicamenteuze behandeling volgens kliniekprotocol 'fluxus post partum'.
- Evaluatie in het team wanneer majeure HPP heeft plaatsgevonden.

### Beleid kraambed

Indien sprake is van een fluxus postpartum (>1000 ml bloedverlies), wordt 24-48 uur postpartum het maternale hemoglobinegehalte (Hb) bepaald. Verder beleid is afhankelijk van de labuitslagen en klinische conditie van de patiënte.

### Extra info

Denk aan: **H**ulp **O**xxygen (**T**ilt) & **A**irway **B**reathing **C**irculation (**HOT ABC**)

Herkenning van hypovolemische shock (ATLS / MOET classificatie): (Hypotensie is een laat teken)				
	Klasse I	Klasse II	Klasse III	Klasse IV
Bloedverlies (vol %)	<15%	15-30%	30-40%	>40%
Bloedverlies (ml)	<750	>750-1500	1500-2000	>2000
hartfrequentie	<100	>100	>120	>140
Bloeddruk systolisch	normaal	normaal	verlaagd	verlaagd
Bloeddruk diastolisch	normaal	<b>verhoogd</b>	verlaagd	verlaagd
Bewustzijn	enige angst	angst	verwardheid	lethargie

### Datum protocol

Goedgekeurd door het VSV en gepubliceerd in december 2021

### Wijzigingen t.o.v de vorige versie

Niet van toepassing

### Bronvermelding/literatuurverwijzing

Geboortezorg Consortium Midden Nederland (2018). *Fluxus in de anamnese*. Geraadpleegd op 27 september 2021 van

<https://werkgroepen.kennisnetgeboortezorg.nl/?file=20520&m=1543338153&action=file.download>

NVOG (2018). NVOG-richtlijn Hemorrhagia postpartum (HPP). Geraadpleegd op 27 september

2021 van <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/02/Hemorrhagia-postpartum-HPP-3.0-14-11-2013.pdf>

Verloskundig Consortium Limburg (2019). *Limburg Obstetric Quality System Zorgpaden (LOQS)*

*aanbevelingen, versie 1.7.* Geraadpleegd op 27 september 2021 van  
[https://www.zwangerinlimburg.nl/sites/zwangerinlimburg/files/loqs\\_zorgpaden\\_aanbevelingen\\_vid1.70719.pdf](https://www.zwangerinlimburg.nl/sites/zwangerinlimburg/files/loqs_zorgpaden_aanbevelingen_vid1.70719.pdf)