

## **Protocol fluxus postpartum (i.a.)**

**Binnen de eerste 24 uur na de partus**

Datum invoering: november 2020

## **Doel**

Vastleggen van afspraken binnen het VSV met betrekking tot HPP, met als doel preventie, vroege herkenning en behandeling van HPP.

## **Definitie**

Bloedverlies van meer dan 1000 ml/24 uur. HPP wordt onderverdeeld in 'vroege' en 'late' hemorragie. De vroege HPP treedt op tijdens de eerste 24 uur na de bevalling. De late vorm (bloeding in de kraamperiode) treedt op ná 24 uur maar binnen 6 weken na de bevalling. Dit protocol richt zich op de vroege HPP.

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.

## **Incidentie**

Bij ongeveer 5% van de bevallingen in Nederland is sprake van een HPP. Het herhalingsrisico bedraagt 10-15% (afhankelijk van de oorzaak).

## **Oorzaken**

### *4 T's*

- Tonus (uterusatonie; meest voorkomend)
- Tissue (vastzittende placenta of placentarest)
- Trauma (van cervix, vagina, vulva of uterus)
- Trombine (stollingsstoornis)

## **Risicofactoren**

### *Antepartum*

- HPP i.a.
- MPV i.a.
- S.C. i.a
- Grande multipariteit (P>3)
- Placenta in onderste uterussegment gelegen
- Bloedverlies 2<sup>e</sup>/3<sup>e</sup> trimester
- Aziatische etniciteit
- Hb < 6.5 mmol/l (3<sup>e</sup> trimester)
- BMI > 35 kg/m<sup>2</sup>
- Overrekking van de uterus (o.a. macrosomie [EFW ≥ P95]), polyhydramnion, meerlingen)
- PIH of pre-existente hypertensie

- Stollingsstoornis
  - o pre-existent
    - oa. hemofilie en ziekte van Von Willebrand
  - o gebruik antistolling
  - o verworven
    - o.a. diffuse intravasale stolling (DIS) tgv: vitale fluxus, abruptio placentae, vruchtwaterembolie, HELLP- syndroom, sepsis of acute leverinsufficiëntie.
- Uterusafwijkingen of uterus myomatosus
- IUVD <sup>1,2,3</sup>

#### *Durante partu*

- Weeënzwakte
  - o Primair of secundair
  - o Langdurige uitdrijving
- Zeer snelle ontsluiting c.q. uitdrijving
- Retentio placentae of placentarest (cave placenta bilobata)
- Fundusexpressie
- Kunstverlossing
- Koorts durante partu (> 38°C), chorioamnionitis
- Prematuriteit AD <31 weken
- Inversio uteri
- Inleiding <sup>1,2,3</sup>

#### **Retentio placenta**

Het niet geboren zijn van de placenta  $\geq$  30 minuten na de geboorte van het kind. Bij 40 weken wordt 90% van de placenta's binnen 15 minuten geboren en 98% binnen 30 minuten. In Nederland wordt 60 minuten aangehouden, maar het is duidelijk dat de kans op HPP met het verstrijken van de tijd toeneemt. Het tijdstip waarop gemiddeld het bloedverlies duidelijk toeneemt, ligt rond de 40 minuten na de geboorte van het kind. De WHO adviseert om na 30 minuten de diagnose retentio placentae te stellen en de bewaking hierop aan te passen, waarna het aan de zorgverlener wordt overgelaten om direct over te gaan tot een manuele placentaverwijdering of nog 30 minuten te wachten<sup>1,2</sup>. Afspraak binnen VSV Zeeland: bij vastzittende placenta in 1<sup>e</sup> lijn, overdracht naar 2<sup>e</sup> lijn bij:

- $\geq$  500cc bloedverlies EN retentio placentae (binnen 30 minuten na geboorte kind)
- Retentio placentae gedurende 30 minuten (ongeacht de hoeveelheid bloedverlies)

## Beleid

### Preventie

- **Identificeren van zwangeren met een risicofactor voor HPP:** de hoeveelheid bloedverlies postpartum kan beperkt worden door patiënten met een risicofactor op HPP, of met een verhoogd risico op complicaties als gevolg van een HPP, te identificeren met als doel voor hen de tijd tussen diagnose en start behandeling zo kort mogelijk te maken.
- Zorg vóór het persen voor een lege blaas;
- Actief nageboortetijdperk (5EH syntocinon IM of traag IV (in een paar minuten inspuiten), optioneel: controlled cord traction).
- Vroegtijdig afnavelen, d.w.z. binnen 3 minuten, is niet bewezen effectief en heeft nadelen voor het kind;<sup>5</sup>
- Weeg het bloedverlies (schatten = onderschatten);
- Dien een tweede keer 5 of 10 EH syntocinon toe wanneer de placenta niet binnen 20 minuten volgt en zorg voor een lege blaas.

### Zwangerschap

Bij patiënten met een verhoogd risico op HPP:

- Bloedgroep en IEA bepaling in het ziekenhuis waar mevrouw gaat bevallen; let op: bij patiënten met aanwezige irregulaire antistoffen: **ALTIJD** overleg met gynaecoloog in zwangerschap.
- Controle en preventie van anemie in de zwangerschap. Streven naar Hb  $\geq$  6.5 bij partus.

### Counselen

Counsel patiënten met onderstaande risicofactoren dat zij een verhoogde kans op HPP hebben, zodat zij zelf een weloverwogen keuze kunnen maken over de plaats van bevallen.

- Grande multipariteit (P>3)

### D-indicatie

- HPP < 1500 cc in anamnese
- MPV zonder HPP in anamnese
- MPV met HPP in anamnese
- BMI > 35 kg/m<sup>2</sup>
- Macrosomie, EFW  $\geq$  p95
- Hb 5,7 - 6,3 mmol/l

### C-indicatie

- HPP > 1500cc in anamnese (bij HPP 1500-2000cc eventueel in cliëntenoverleg individueel beleid afspreken, afhankelijk van de voorgeschiedenis en het beloop van de vorige partus).
- Uterus myomatosus (na consult gynaecoloog is eventueel A danwel D-indicatie mogelijk afhankelijk van localisatie en/of grootte van myomen. Deze inschatting moet door gynaecoloog gemaakt worden).
- Placenta in onderste uterussegment gelegen (<2 cm van het ostium internum)
- Hb < 5,7 mmol/l

### In geval van D-indicatie

#### **Durante partu**

- Klinisch verloskundige voor aanvang baring inlichten over patiënte met risicofactor voor fluxus;
- Waaknaald plaatsen (bij voorkeur groene venflon) en daarbij Hb en kruisbloed afnemen;
- Blaas (laten) ledigen voor start persen.

#### **Postpartum**

- Actief nageboortetijdperk (5 EH syntocinon IM of traag IV (in een paar minuten inspuiten), controlled cord traction)
- Bloedverlies wegen;
- Regelmatig tonus uterus controleren;
- Overdracht bij: ≥ 500cc bloedverlies EN retentio placentae (binnen 30 minuten na geboorte kind) OF retentio placentae gedurende 30 minuten (ongeacht de hoeveelheid bloedverlies)
- Denk nogmaals aan lege blaas!
- Dien een tweede keer 5 of 10 EH syntocinon toe wanneer de placenta niet binnen 20 minuten volgt.
- Bij ruim bloedverlies is het belangrijk patiënte warm te houden d.m.v. warme dekens en indien mogelijk verwarmde infusievloeistoffen. Door afkoeling treedt verminderde stolling op.

**Link naar: Handeling Assisteren bij een Fluxus (Kenniscentrum Kraamzorg):**

<https://kckzapp.nl/appify/22-handeling-assisteren-bij-een-fluxus/>

## Literatuur

1. WHO Recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage and retained placenta. Versie 2009, update 2012
2. NVOG-richtlijn: hemorragia postpartum 2013
3. RCOG guideline: prevention and treatment of postpartum hemorrhage 2009.
4. NICE Guideline Postpartum Haemorrhage (2014)
5. Scherjon, S.A. en Smit, J. (2008). Late afnaveling in het belang van het pasgeboren kind. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 152:1409-12
6. Handeling Assisteren bij een Fluxus (Kenniscentrum Kraamzorg): <https://kckzapp.nl/appify/22-handeling-assisteren-bij-een-fluxus/>