

# Hemorragia post partum en/of manuele placenta verwijdering in anamnese

Geboortezorg



VSV's:

Eindhoven, Anna, Veldhoven

Datum: 6 februari 2018  
DUO: T.Hasaart en C.van de Donk

## Doel

Deze richtlijn behandelt het voorspellen van HPP, hoe te handelen bij het optreden van een HPP en het beleid bij zwangeren met een HPP in de anamnese.

## Definitie

Bloedverlies van meer dan 1000cc binnen 24 uur postpartum.

NB: Bij patiënten met een verminderd circulerend vermogen zoals een ernstige PE kan vaginaal bloedverlies van 500 – 1000cc al ernstige hemodynamische consequenties hebben.

## Doelgroep

Gynaecologen  
Arts assistenten  
Klinisch verloskundigen  
Verloskundigen 1<sup>e</sup> lijn

## Incidentie

HPP komt voor bij 5% van de bevallingen en het herhalingsrisico bedraagt 10 tot 15%. HPP is een relatief veel voorkomende complicatie van de partus en de 3e meest frequente oorzaak van directe maternale mortaliteit (8%).

Het herhalingsrisico van retentio placentae met/zonder HPP bedraagt 33%

## Indeling

- Vroege HPP: binnen 24 uur postpartum
- Late HPP: na 24 uur maar binnen 6 weken postpartum

98% van de placenta's wordt binnen 30 minuten geboren. De kans op HPP en retentio placentae neemt sterk toe indien de placenta na 30 minuten nog niet geboren is.

Deze richtlijn zal alleen ingaan op de "vroege" haemorrhagia postpartum.

## Etiologie HPP

- *Uterusatonie*  
De meest voorkomende oorzaak van HPP is uterusatonie.  
Predisponerende factoren voor atonie zijn: overrekking van de uterus (bij bv. Polyhydramnion of meerlingen; weeënzwakte tijdens de partus; langdurige baring; macrosomie; grande multipariteit; chorio-amnionitis; fundusexpressie; gebruik van uterusrelaxantia).
- *Vastzittende placenta(rest)*  
Verhoogd risico bij placenta accreta en placenta-afwijkingen (zoals een bijplacenta), extreme vroeggeboorte, eerdere retentio placentae, manuele placenta verwijdering of HPP in anamnese.
- *Trauma van cervix, vaginawand, vulva*  
Verhoogd risico bij kunstverlossingen, fundusexpressie, macrosomie, episiotomie, sectio Caesarea.

- *Uterusruptuur*  
Verhoogd risico bij voorafgaande uterusoperatie (myoomenucleatie, sectio Caesarea), versie en extractie, CPD, meerlingzwangerschap, kunstverlossing en abnormale presentatie foetus, hoge pariteit.
- *Inversio uteri*  
Een complete inversio uteri is makkelijk te diagnosticeren echter een incomplete inversio niet. Vaak staat bloedverlies niet op de voorgrond, maar wel onbegrepen shock. Door middel van abdominaal, vaginaal en echoscopisch onderzoek kan de diagnose worden gesteld. Een incomplete inversio presenteert zich vaak in een abnormale vorm van de uterus, veel buikpijn en shockverschijnselen.
- *Stollingsstoornissen*  
Voorkomend bij solutio placentae, vruchtwaterembolie, HELLP-syndroom, sepsis, acute leverinsufficiëntie, het 'dead fetus syndrome', aangeboren of verworven trombocytopenie of trombocytopathie, anticoagulantia gebruik.
- *Uterus myomatosus*

### **Beleid in de zwangerschap**

- Bepalen zorgpad bij MDO
  - Poliklinische partus o.l.v. 1<sup>e</sup> lijn op medische indicatie (medium risk):
    - o HPP vanwege een uterusatonie ia, met minder dan 2L bloedverlies, zonder bloedtransfusie en zonder andere extra interventies.
    - o Manuele placenta verwijdering of een placentarest ia.
    - o HPP < 1500cc vanwege bloeding uit ruptuur/episiotomie ia. Bepaal na bestudering van verslaglegging of medium risk partus geïndiceerd is.
  - Partus o.l.v. 2<sup>e</sup> lijn:
    - o HPP ia  $\geq$  2 liter of HPP ia waarbij patiënte bloedtransfusie heeft gekregen.
    - o HPP ia (al dan niet met retentio placentae) waarbij extra interventies zijn verricht. (Bakriballon, embolisatie, B-Lynch)
    - o HPP vanwege een uterusruptuur, een inversio uteri of een stollingsstoornis ia.
- Indien partus in tweede lijn dient plaats te vinden:
  - Consult in de 2<sup>e</sup> lijn tussen am 24 en 30 weken, indien gewenst.
  - Overname vanaf 36 weken
- Het is zinvol om bij vrouwen met een verhoogde kans op HPP tijdens de zwangerschap te streven naar een hb > 6.5 mmol/l in het derde trimester.

### **Beleid tijdens partus**

- Poliklinische partus o.l.v. 1<sup>e</sup> lijn op medische indicatie:
  - De reden van de poliklinische partus op medische indicatie wordt bij aanmelding durante partu vermeld aan de dienstdoende arts-assistent/klinisch verloskundige.
  - Waaknaald (laten) inbrengen en bloed afnemen voor hb, ht en kruisbloed.
  - Voor start persen katheteriseren.
  - Het nageboortetijdperk wordt actief geleid (Syntocinon 5 IE i.v of 10 IE i.m.)
  - De hoeveelheid bloedverlies wordt gemeten d.m.v. het wegen van de matjes
  - Zorg wordt overgedragen aan de 2e lijn indien:
    - o De placenta 30 min postpartum nog niet geboren is.
    - o En/of er sprake is van aanhoudend bloedverlies > 500 cc.

- Acute zorg bij verwijzing i.v.m. HPP en/of retentio placentae 1<sup>e</sup> lijn thuis:
  - Verwijzing naar 2e lijn indien placenta 30 min postpartum niet geboren is en/of aanhoudend bloedverlies > 500 cc.
  - Tijdig informeren van de ambulancehulpverlening.
    - Bellen naar meldkamer regionale ambulancevoorziening
    - In principe een A1 rit.  
Uiteraard bij instabiele situatie maar ook bij stabiele situatie met retentio placentae en aanhoudend vaginaal bloedverlies omdat de situatie acuut kan verslechteren.
  - Vooraankondiging aan de 2e lijn, en update indien situatie verslechtert tijdens de ambulancerit. Bij aankondiging overleg of protocol “acute verloskunde” (parallele actie) in gang gezet moet worden.
  - Mondelinge en schriftelijke informatieoverdracht naar ambulance en 2<sup>e</sup> lijn omtrent:
    - Tijdstip geboorte kind
    - Gewogen bloedverlies
    - Allergieën
    - Medicatiegebruik
    - Bloedgroep en irregulaire antistoffen
  - (kopie) Zwangerschapskaart mee aan de ambulance
  - Directe therapeutische handelingen.
    - Catheter à demeure
    - Uterusmassage
    - Toedienen van uterotonica (in totaal: 2 x 10 IE Syntocinon i.m.)
    - Toedienen zuurstof
    - Inspectie van cervix en vagina
    - Geen Misoprostol rectaal
    - Vanaf plaatsing van patiënte op brancard vindt overdracht van zorg en beleid naar ambulanceverpleegkundige plaats.
  - Minimaal één IV-toegang (bij voorkeur 18G (groen) of dikker), van de eerste professional die zich hiertoe bekwaam acht.
    - Circa 300 ml NaCl 0.9%iv toedienen voor elke 100 ml bloedverlies.
    - Gebruik van drukzak indien aanwezig
    - Ter overweging 10 IE Syntocinon in de infuuszak (500/1000 ml)
  - De 2<sup>e</sup> lijn beschikt bij opvang HPP/retentio placentae over tenminste 4 en bij voorkeur 6 packed cells met kenmerk O negatief, E negatief en Kell negatief zijn en 4 FFP's om transfusie tijdens type- en screenprocedure mogelijk te maken. Tijd tussen aanvraag en beschikbaarheid van specifieke bloedproducten is minder dan een uur.
  - Bij aankondiging van HPP > 1500 cc bloedverlies in de thuissituatie OK team oproepen (door 2<sup>e</sup> lijn).
    - Zie ook richtlijn ‘parallele acties’
    - Overweeg opstarten richtlijn ‘massaal bloedverlies’
  - Bij overname i.v.m. HPP en/of retentio placentae wordt door de 2<sup>e</sup> lijn de klinische richtlijn gevolgd.

### **Afspraken rondom ontslag**

- Bij ontslag van patiënte wordt de 1<sup>e</sup>lijns verloskundige gebeld door de arts of klinisch verloskundige en voorzien van de volgende informatie:
  - Totaal bloedverlies (ook bij late HPP)
  - Hb, Ht
  - Bloeddruk en hartfrequentie bij ontslag
  - Bloedtransfusie ja/nee
  - IJzer suppletie ja/nee
  - Overige interventies

- In de ontslagbrief na een HPP en/of retentio placentae wordt een advies gegeven omtrent het beleid rondom de volgende partus.

### **Overig**

- Een verloskundige dient te beschikken over kennis en vaardigheid omtrent infuus inbrengen, alsmede over de benodigde middelen, inclusief infuusmateriaal.
- Een verloskundige dient al het bloedverlies nauwkeurig te wegen zodat er een reëel beeld is over de hoeveelheid bloedverlies.
- De eerste lijns verloskundigen heeft de mogelijkheid om zich binnen het VSV voor deze vaardigheid te bekwamen.
- Evaluatie van de zorgketen vindt plaats middels:
  - Debriefing z.s.m. postpartum met betrokken zorgverleners.
  - Audits (bv volgens LEMMoN criteria), gefaciliteerd vanuit ROAZ en gedragen vanuit de VSV.
- Ervaren knelpunten wordt per casus, zo snel mogelijk, teruggekoppeld aan de beheerders van de richtlijn en het VSV bestuur.
- Draag zorg voor adequate verslaglegging met o.a. beschrijving van het tijdsplan, interventies, hoeveelheid bloedverlies en mogelijke oorzaak HPP.

### **Literatuur**

- Transmurale richtlijn VSV Veldhoven
- Transmurale richtlijn VSV Eindhoven
- Transmurale richtlijn VSV Anna
- Verloskundig Vademecum 2003
- NVOG richtlijn: Haemorrhagia post partum. (versie november 2013).