

# Bloedverlies in de tweede helft van de zwangerschap

## 1 Definitie

Vaginaal bloedverlies in de tweede helft van de zwangerschap (globaal na een amenorroe duur van 20 weken) kan een symptoom zijn van ernstige obstetrische ziektebeelden.

Het beleid wordt met name bepaald door de aard en de ernst van het bloedverlies, de foetale conditie en de zwangerschapsduur.

## 2 Differentiaal diagnose

Bloedverlies uit de uterus:

- abruptio placentae
- placenta praevia
- vasa praevia
- rand vene bloeding

Cervicaal bloedverlies:

- begin van de baring (tekenen)
- cervicitis / vaginitis (o.a. Chlamydia)
- cervixpoliep
- maligniteit (cervixcarcinoom)
- contactbloedingen (door o.a. coitus) bij een ectropion of pre-maligniteit

Overige/onbekende oorzaken

- gastro-intestinaal bloedverlies
- hemorroïden
- bloedverlies uit blaas
- urethra poliep

## 3 Beleid en algemene afspraken

- Bij elke zwangere met wezenlijk vaginaal bloedverlies in de tweede helft van de zwangerschap vindt overleg plaats met de klinisch verloskundige en/of de dienstdoende gynaecoloog.

- De zwangere wordt direct gezien en beoordeeld op afdeling verloskunde A4.

- Indien er sprake is van wezenlijk vaginaal bloedverlies met een uteriene oorzaak, vindt er altijd opname plaats ter observatie.

- Indien het zeker is dat het vaginale bloedverlies berust op tekenen en de hoeveelheid bloedverlies is acceptabel hoeft er geen overleg of verwijzing plaats te vinden.

- Het specifieke beleid afhankelijk van de oorzaak van het bloedverlies, wordt in het vervolg van dit protocol beschreven.

## 4 Abruptio placentae

## Definitie

Een voortijdige loslating (geheel of gedeeltelijk) van de normaal gelokaliseerde placenta. Treedt op tussen 3 en 16 per 1000 geboorten.

## Risicofactoren

- trauma
- maternale leeftijd en pariteit
- abruptio placentae in voorgeschiedenis
- chronische hypertensie
- pre-eclampsie
- PPROM
- roken
- cocaine gebruik
- meerling zwangerschap
- sectio in de voorgeschiedenis
- uterusanomalie

## Symptomen en bevindingen

- Vaginaal bloedverlies is geen obligaat symptoom. Bloeding blijft soms beperkt tot achter de placenta. Het totale bloedverlies kan aanzienlijk meer zijn dan wat men ziet.
- Pijn in de buik of rug. Niet altijd te onderscheiden van weeën activiteit.
- Foetale nood. Afhankelijk van de omvang kan dit variëren van ongestoord tot foetale sterfte.
- Contractiliteit van geringe tot plankharde uterus (uterus en bois).
- Stollingsstoornissen treden meestal alleen op bij een totale abruptio, waarbij foetale sterfte is opgetreden en tekenen van shock bij de moeder.

## Diagnostiek

Abruptio placentae wordt vermoed bij vaginaal bloedverlies, buikpijn, maternale shock en/of foetale nood.

Echoscopisch kan een retroplacentaire bloeding worden waargenomen. Met zekerheid uitsluiten, met name als de placenta op de achterwand ligt, is niet mogelijk.

Post partum kan de diagnose bevestigd worden door de aanwezigheid van een impressie in het maternale placentaoppervlak met adherent stolsel. De abruptio moet dan al enige uren bestaan om de delle te veroorzaken.

## Beleid eerstelijns

- Verwijzen naar de tweedelijns conform het Netwerk protocol Parallele acties
- Bloeddruk en pols opnemen
- Cortonen kind controleren
- Ambulance transport regelen
- Indien beschikbaar: infuus inbrengen en NaCl starten (hoge druppel snelheid)

## Beleid tweedelijns

- Na melding uit eerstelijns voorbereidingen treffen conform protocol Parallele acties
- Afhankelijk van de situatie opvang op afdeling verloskunde A4 of direct op de OK conform protocol parallelle acties

Bij opvang op A4:

- Bloeddruk en pols opnemen
- CTG aansluiten
- Bloedonderzoek: kruisbloed, Hb, Ht, trombocyten, APTT, PTT, fibrinogeen, leverfuncties, nierfunctie
- Op indicatie packed-cells reserveren of kruisen
- Lichamelijk onderzoek verrichten
- Echoscopisch onderzoek verrichten
- Anti-D gammaglobulinen 1000 IE toedienen bij een rhesus negatieve zwangere en een rhesus positief kind

Indien zwangerschap < 32 weken

- Overweeg corticosteroiden en tocolyse
- Bij een goede foetale en maternale conditie kan er een afwachtend beleid worden gevoerd
- Bij een goede foetale conditie mag een vaginale baring geaccepteerd worden
- Afhankelijk van de foetale en maternale conditie dient overleg plaats te vinden met een perinatologisch centrum en dient de zwangere eventueel overgeplaatst te worden.

Indien zwangerschap > 32 weken

- Overweeg corticosteroiden en tocolyse (tot 34 weken)
- Bij een goede foetale en maternale conditie kan er een afwachtend beleid worden gevoerd
- Bij een goede foetale conditie mag een vaginale baring geaccepteerd worden

Intra-uteriene vruchtdood

- Foetaal overlijden echoscopisch bevestigen
- Vitale functies bewaken (bloeddruk, pols, diurese)
- Zorgen voor adequate volume suppletie
- Zorgen voor adequate pijnstilling, indien gewenst door de zwangere (bij stollingsstoornissen is een epiduraal gecontra-indiceerd)
- Hb, stollingswaarden, leverfunctie en nierfunctie minimaal dagelijks controleren
- Inleiding van de baring

5 Placenta praevia

Definitie

Een placenta praevia is een placenta welke dichtbij of over het ostium internum van de cervix is geïmplanteerd.

- placenta praevia totalis: over het hele ostium internum
- partiële placenta praevia: gedeeltelijk over het ostium internum
- placenta praevia marginalis: reikt tot aan het ostium internum.
- laagliggende placenta: implantatie in het onderste uterussegment, maar niet reikend tot aan het ostium internum

Incidentie

Voor 20 weken ligt 5% van de placenta's dicht bij het ostium internum.

In deze gevallen behoort een echo placenta lokalisatie in het derde trimester plaats te vinden, bij een termijn tussen de 30 en 34 weken.

Placenta praevia tijdens partus heeft een incidentie van 0,3 -0,9%.

## Risicofactoren

- Sectio caesarea in voorgeschiedenis (het risico neemt toe naar mate er meer sectio's zijn verricht)
- Pariteit (het risico neemt toe naar mate de pariteit toeneemt)
- Cocaïne gebruik
- Roken
- Zwangerschap na geassisteerde voortplanting
- Meerlingzwangerschap

## Symptomen

Bloedverlies kan acuut optreden, meestal zonder weeën activiteit of buikpijn. Vaak periodiek. Regelmatig is er sprake van een niet ingedaald voorliggend deel of een liggingsafwijking.

## Diagnostiek

Echoscopisch onderzoek. Bij een abdominale echo kan in de helft van de gevallen de exacte lokalisatie van het ostium internum ten opzichte van de placenta moeilijk worden waargenomen. Vaginale echo is superieur. Bloedverlies is geen contra-indicatie.

Indien de placenta meer dan 5 cm van het ostium ligt, mag de partus in de eerstelijns plaatsvinden.

Indien de placenta tussen 2 en 5 cm van het os internum gelegen is, wordt gesproken van een laagliggende placenta en is er een indicatie voor een poliklinische partus met waakinfuus. Er kan een vaginale baring worden nagestreefd, het risico op haemorrhagia post partum is echter verhoogd.

Indien de placenta minder dan 2 cm van het ostium ligt bestaat er een tweedelijnsindicatie.

Op basis van enkele retrospectieve (niet-geblindeerde) studies blijkt dat indien de placenta 1-2 cm van het ostium ligt de kans op een sectio duidelijk is verhoogd, en dat indien de placenta minder dan 1 cm van het ostium internum is gelegen, de kans op een sectio kan oplopen tot 100%

## Beleid eerstelijns

- Verwijzen naar de tweedelijns conform het Netwerk protocol Parallele acties (nr. 11)
- Bloeddruk en pols opnemen
- Cortonen kind controleren
- Ambulance transport regelen
- Indien beschikbaar: infuus inbrengen en NaCl starten (hoge druppel snelheid)

## Beleid tweedelijns

- Na melding uit eerstelijns voorbereidingen treffen conform protocol Parallele acties
- Afhankelijk van de situatie opvang op A4 of direct op de OK conform protocol parallelle acties

Bij opvang op A4:

Het beleid hangt af van de ernst van het bloedverlies en de zwangerschapsduur.

Indien symptomatisch bloedverlies:

- Infuus en zo nodig volume suppletie
- Bloedgroeytyping inclusief irreguliere antistoffen.(elke 72 uur herhalen)
- Bij een termijn < 34 weken corticosteroiden toedienen
- Sectio caesarea indien bloedverlies niet te compenseren is, of foetale conditie hier aanleiding toe geeft.
- Indien bloedverlies overgaat kan patiënte ontslagen worden.
- Anti-D profylaxe (1000IE) aan rhesus negatieve zwangeren met een rhesus positief kind (wel eerst diagnostiek naar een foetomaternal transfusie verrichten in de vorm van een Kleihauer-Bethke test).
- Streefwaarde Hb >6 mmol/l

Bij een asymptomatische placenta praevia :

- Bloedgroeytyping inclusief irreguliere antistoffen
- Regelmatige poliklinische controles met goede instructies aan de zwangere
- Indien er een baringsbelemmering bestaat inplannen van een primaire sectio vanaf een termijn van 37 weken

Bij een sectio bestaat er een verhoogde kans op aanzienlijk bloedverlies door sterke vascularisatie van het onderste uterus segment en verminderde capaciteit tot contraheren. De zwangere dient hierover gecounseld te worden.

## 6 Vasa praevia

### Definitie

Foetale vaten in de vliezen ter plekke van de ontsluitingsopening. Dit kunnen navelstrengvaten (of vertakkingen daarvan) zijn in geval van een velamenteuze navelstrenginsertie of verbindende vaten in geval van een placenta bilobata.

### Incidentie

1 per 2500-6000 partus. Indien vasa previa niet ante partum worden gediagnosticeerd, is de perinatale sterfte 50-95%. Indien de diagnose wel wordt vastgesteld ante partum, en een sectio caesarea wordt verricht is de perinatale overleving 97%.

### Risicofactoren

- Laagliggende placenta
- Placenta bilobata
- Vroeg in de zwangerschap een placentaslip over ostium internum
- Meerlingzwangerschap
- Zwangerschap na IVF

### Symptomen

Meestal symptoom loos voor breken van de vliezen. Bij breken van vliezen lacereert een vat, waardoor bloedverlies kan optreden. De bloeding kan onopgemerkt verlopen. Bij wezenlijk bloedverlies ontstaat er een foetale verbloeding.

Foetale verbloeding leidt tot cortonen pathologie, asfyxie en uiteindelijk overlijden van het kind.

#### Beleid eerstelijns

- Verwijzen naar de tweedelijns conform het Netwerk protocol Parallele acties
- Bloeddruk en pols opnemen
- Cortonen kind controleren
- Ambulance transport regelen
- Indien beschikbaar: infuus inbrengen en NaCl starten (hoge druppel snelheid)

#### Beleid tweedelijns

- Na melding uit eerstelijns voorbereidingen treffen conform protocol Parallele acties
- Afhankelijk van de situatie opvang op A4 of direct op de OK conform protocol parallelle acties
- Indien er tijdens de partus een verdenking op vasa praevia is, dient een spoedsectie te worden verricht als de neonatale levenskansen voldoende geacht worden

Indien de diagnose antepartum wordt vastgesteld, dient een electieve sectie te worden verricht.

#### 7 Cervicaal bloedverlies

Bij verdenking op cervicaal bloedverlies vindt er een beoordeling in de tweedelijns plaats.

Er wordt speculum onderzoek verricht waarbij minimaal een cervixkweek en cervixcytologie wordt afgenomen.

De cervixkweek kan, afhankelijk van het klinisch beeld, onderzoek bevatten naar banale pathogenen, candida en/of chlamydia.

Bij afwijkende cervix cytologie of bij verdenking van een maligne cervix afwijking wordt een kolposcopie op de POK verricht, waarbij biopsies worden afgenomen.

#### 8 Bloedverlies zonder duidelijke oorzaak

Allereerst gastro-intestinale of urologische oorzaken uitsluiten middels anamnese, lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek.

Bij voortdurend of herhaald bloedverlies bestaat, ook als geen diagnose gesteld is, een verhoogd perinataal risico en dient de begeleiding in de tweede lijn plaats te vinden. Bij 40% van de vrouwen met bloedverlies blijkt het uiteindelijk niet mogelijk een diagnose te stellen. Onverklaarbaar bloedverlies in de tweede trimester is geassocieerd met vroeggeboorte, vruchtdood en congenitale afwijkingen.

Indien het bloedverlies stopt, hoeft de zwangere niet in de tweede lijn gecontroleerd te worden en vindt terug verwijzing naar de eerstelijns plaats.

#### 9 Literatuur

NVOG. (2008). Bloedverlies in de tweede helft van de zwangerschap. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, Utrecht, 19 maart 2008.

VIL. Verloskundige indicatielijst. 11 januari 2016.

Bijlage: Minimaal vereiste zorg-kernaanbeveling

#### Abruptio placentae

Bij abruptio placentae is bewaking van de maternale circulatie met voldoende suppletie van circulerend volume essentieel.

In geselecteerde casus is een expectatief beleid met eventueel weeënremming in geval van een partiële abruptio placentae verantwoord, met name om corticosteroiden te laten inwerken (bewijskracht niveau C). Weeënremming op zich is niet bewezen zinvol (bewijskracht niveau C).

De werkgroep is van mening dat bij een abruptio placentae < 28 weken een expectatief (abstinerend) beleid gerechtvaardigd is (bewijskracht niveau D).

Trombofilieonderzoek heeft vooralsnog geen therapeutische consequenties en is in het kader van het advies voor een volgende zwangerschap dus niet geïndiceerd (bewijskracht niveau B).

#### Placenta praevia

Bij vaginaal bloedverlies of niet-ingedaald voorliggend deel à terme dient de placenta echoscopisch gelokaliseerd te worden. Bij verdenking op een placenta praevia dient de diagnose met transvaginale echoscopie gesteld te worden (bloedverlies is geen contra-indicatie) (bewijskracht niveau B).

Bij een sectio vanwege placenta praevia dient men te anticiperen op aanzienlijk bloedverlies (bewijskracht niveau C).

Bij placentalokalisatie < 1 cm van het ostium internum is een primaire sectio te overwegen gezien de grote kans op een secundaire sectio durante partu wegens overmatig bloedverlies (bewijskracht niveau C). Indien de placenta 1-2 cm van het ostium ligt is de kans op een sectio ook duidelijk verhoogd, maar de werkgroep is van mening dat klinische factoren een rol kunnen spelen in de beslissing tot een vaginale baring. De partus dient klinisch plaats te vinden (bewijskracht niveau D).

Bij een placenta praevia die geïmplanteerd is over een sectiolitteken, moet men rekening houden met de mogelijkheid van placenta accreta/increta/percreta (bewijskracht niveau B). Bij een verdenking hierop dient men de patiënt over te plaatsen naar een centrum met adequate logistieke voorzieningen (bewijskracht niveau D).

#### Vasa praevia

Bij voortdurend of herhaald bloedverlies bestaat, ook als geen diagnose gesteld is, een verhoogd perinataal risico en zou de begeleiding in de tweede lijn moeten plaatsvinden (bewijskracht niveau B).