

Bloedverlies in het eerste trimester

1 Definitie

Bloedverlies in het eerste trimester van de zwangerschap treedt in 20% van de zwangerschappen op en berust in 50 % van de gevallen op een niet vitale intra-uteriene zwangerschap (NHG en KNOV, 2006).

Andere oorzaken voor bloedverlies zijn:

- Innestelingsbloeding
- Extra-uteriene graviditeit
- Cervicitis / vaginitis (SOA, mycose, bacteriële vaginose)
- Cervicale maligniteit of pre-maligniteit
- Cervicaal ectropion
- Cervix poliep

Een miskraam wordt gedefinieerd als een zwangerschap die spontaan eindigt voor een amenorroeduur van 16 weken (NHG en KNOV, 2006).

2 Miskraam

Oorzaak

In bijna alle gevallen wordt een miskraam veroorzaakt door een chromosomale afwijking (NVOG, 2007). De kans op het ontstaan van een chromosomale afwijking bij de bevruchting neemt toe met de leeftijd. Tussen de 35 en 40 jaar eindigt 1 op de 5 zwangerschappen in een miskraam. Tussen de 40 en 45 jaar is dit 1 op de 3. In het algemeen eindigt minimaal één op de tien zwangerschappen die ontstaat, in een miskraam (NVOG, 2007). Een habituele miskraam komt voor bij 0.5-1% van alle vrouwen die zwanger willen worden. Andere oorzaken voor het ontstaan van een miskraam kunnen zijn: aanwezigheid van antifosfolipide antistoffen, hyperhomocysteinemie, stollingsafwijkingen of vorm afwijkingen van de uterus (NVOG, 2007).

Terminologie

- Spontane abortus: Miskraam die vanzelf opgang komt.
- Abortus provocatus: Afbreken van een ongewenste zwangerschap (Abortus provocatus lege artis, APLA).
- Missed abortion: Niet vitale zwangerschap echoscopisch vastgesteld, waarbij er nog geen klinische symptomen zijn.
- Incomplete abortus: Miskraam waarbij de uterus nog niet leeg is.

De term "missed-abortion" wordt in wisselende mate gebruikt in de landelijke protocollen. Voorlopig zal de term in dit protocol worden gebruikt.

Symptomen

Meestal is er sprake van vaginaal bloedverlies en/of buikpijn. Ook de zwangerschapsverschijnselen, zoals ochtendmisselijkheid en gespannen borsten, kunnen afnemen.

Diagnostiek

De definitieve diagnose wordt gesteld op basis van de volgende criteria:

- Anamnese:
 - Bepaling zekerheid zwangerschapsduur.
- Transvaginale Echografie:
 - Afwezigheid van foetale hartactie in een embryo met een CRL > 5mm
 - Afwezigheid van foetale delen bij een vruchtzak met een diameter \geq 18 mm

- Optioneel aanvullend onderzoek:
 - Speculumonderzoek
 - Vaginaal toucher

Verwijzing

Een patiënte met een miskraam bij een amenorroeduur minder dan 10 weken die fysiologisch verloopt, kan begeleid worden door de eerstelijnsverloskundige of door de huisarts (NHG en KNOV, 2006).

Bij een miskraam waarbij er sprake is van ruim vaginaal bloedverlies, heftige pijn of infectie tekenen vindt verwijzing naar de tweedelijns plaats. De eerstelijns verloskundige neemt hiervoor contact op met de klinisch verloskundige. Patiënte zal altijd direct worden gezien door de dienstdoende klinisch verloskundige en de gynaecoloog.

Indien er sprake is van een missed abortion wordt geadviseerd minimaal 1 week (langer mag ook) af te wachten. De meerderheid van de vrouwen zal binnen 2 weken na de diagnose een spontane complete miskraam ondervinden (50-70%) (NVOG, 2007). Als de miskraam niet spontaan opgang komt vindt verwijzing naar de tweedelijns plaats. Hiervoor wordt contact opgenomen met de polikliniek gynaecologie. Patiënte wordt binnen 3 dagen gezien op het spoedspreekuur (indien er geen spoedspreekuur is, dan in het normale spreekuur of in de agenda van de dienstdoende gynaecoloog).

Begeleiding eerstelijns

De eerstelijns verloskundige geeft zowel mondelinge als schriftelijke informatie over het natuurlijk beloop van een miskraam.

De verloskundige spreekt tevens af dat de patiënte contact moet opnemen bij hevig bloedverlies, toenemende continue pijn en het optreden van koorts.

Een week na het starten van het bloedverlies vindt een controle plaats. Bij twijfel of er sprake is van een complete miskraam vindt echoscopisch onderzoek plaats. Deze echoscopische controle kan zowel in de eerstelijns als in de tweedelijns plaatsvinden.

Bij deze controle is er aandacht voor de emotionele verwerking van de miskraam.

Wanneer er sprake is van minimaal 2 miskramen, kan verwijzing naar de tweedelijns plaatsvinden voor verder onderzoek naar de herhaalde miskraam. Na drie of meer miskramen wordt gesproken van een habituele abortus.

Behandeling tweedelijns

Bij een abortus in gang met heftig bloedverlies en / of buikpijn vindt een individuele beoordeling en behandeling plaats door de gynaecoloog. De behandeling kan bestaan uit het verrichten van een curettage maar ook uit het toedienen van pijnstilling en hemodynamische bewaking.

Bij een missed abortion (met een foetus conform maximaal 13 weken) wordt de patiënte gecounseld voor een expectatief beleid, medicamenteuze inductie van de miskraam of een curettage.

Bij een missed abortion met een foetus groter dan conform 13 weken, vindt klinische medicamenteuze inductie plaats. Het verrichten van een curettage kan individueel overwogen worden.

Medicamenteuze inductie:

Patiënte krijgt een recept voor 8 tabletten Misoprostol (Cytotec) 200 µg. Van deze tabletten moeten er 4 diep vaginaal worden ingebracht. De overige 4 tabletten worden na 24 uur gebruikt. Indien echoscopisch is vastgesteld dat er een miskraam is opgetreden na de eerste gift Misoprostol, hoeft de tweede gift niet ingebracht te worden. In alle andere gevallen altijd ook de tweede gift inbrengen.

Breng patiënte op de hoogte van het mogelijk optreden van ruim vaginaal bloedverlies en krampende pijn. Adviseer voldoende maandverband in huis te halen.

Voordelen:

Patiënte heeft zelf de regie en kan zelf het geschikte moment bepalen.
Er is in de meeste gevallen geen ingreep en narcose nodig.

Effectiviteit: 60-80% miskraam binnen 48 uur.

Nadelen:

In een aantal gevallen is de miskraam incompleet en is alsnog een curettage nodig.

Bijwerkingen:

Misselijk, diarree (30%).

Contra-indicaties:

Litteken uterus: relatieve contra-indicatie

Astma

Glaucoom

Sikkel cel anemie

Allergie voor Misoprostol

Curettage:

Patiënte wordt aangemeld voor OK, waarbij de curettage binnen 1 week zal plaatsvinden.

Tevens krijgt patiënte een recept mee voor 200 microgram Misoprostol.

Patiënte moet de Misoprostol 4 uur voor de ingreep sublinguaal innemen. In praktijk betekent dit inname bij het vertrek naar het ziekenhuis.

De curettage wordt bij voorkeur onder algehele anesthesie verricht. Indien de bloedgroep van patiënte niet in het ziekenhuis systeem bekend is vindt een bloedgroep bepaling plaats. Op indicatie vindt een Hb bepaling plaats.

Voordelen:

Patiënte heeft minder pijn.

Patiënte maakt de miskraam niet bewust mee.

Nadelen:

Risico op perforatie van de uteruswand

Risico op infectie

Risico op het ontstaan van het syndroom van Asherman

Risico op incomplete verwijdering en her-curettage

Nacontrole tweedelij

Een week na de medicamenteuze inductie van de miskraam vindt een poliklinische controle plaats. Altijd vindt echoscopisch onderzoek plaats om te beoordelen of er een complete miskraam heeft plaatsgevonden.

Na een curettage vindt de nacontrole na ongeveer 4 weken plaats. Patiënte wordt geïnstrueerd eerder te bellen bij aanhoudend vaginaal bloedverlies, buikpijn of koorts.

Bij de nacontrole is er tevens aandacht voor de emotionele verwerking van de miskraam

Er is geen bewijs dat een pauze tussen deze en een volgende zwangerschap de kans op een miskraam verkleint.

Anti-D toediening

Rhesus negatieve vrouwen krijgen anti-D 375 IE (binnen 48 uur).

Bij een spontane (niet instrumentele) complete miskraam tot 10 weken amenorroe is er geen anti-D noodzakelijk (dus ook niet na Misoprostol <10 weken).

3 Overige oorzaken van bloedverlies in het eerste trimester

Andere oorzaken voor bloedverlies zijn:

- Innestelingsbloeding
- Extra-uteriene graviditeit

- Cervicitis / vaginitis (SOA, mycose, bacteriële vaginose)
- Cervicale maligniteit of pre-maligniteit
- Cervicaal ectropion
- Cervix poliep

Een innestelingsbloeding is een relatief veel voorkomende oorzaak van bloedverlies in het eerste trimester. Deze bloeding wordt verwacht bij een amenorroeduur van 4-6 weken. In een aantal gevallen is er een intra-uteriene vochtcollectie naast de vruchtzak echoscopisch zichtbaar. Bij afwezigheid van andere echo afwijkingen kan een expectatief beleid worden gevoerd.

Bij verdenking op een extra-uteriene graviditeit moet een beoordeling in de tweedelijns plaatsvinden. Zie ook het Netwerk protocol: Extra-uteriene graviditeit.

Bij een cervicitis of vaginitis vindt er een beoordeling plaats in speculo en worden er kweken afgenomen. Dit kan zowel in de eerstelijns door de huisarts als in de tweedelijns door de gynaecoloog plaatsvinden.

Bij verdenking op een cervicale maligniteit, ectropion of poliep vindt beoordeling plaats door de gynaecoloog op de polikliniek.

4 Literatuur

NHG en KNOV. Landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken miskraam (LESA) Nederlands Huisartsen Genootschap en Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, april 2006.

NVOG. Richtlijn herhaalde miskraam. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Utrecht, 6 juni 2007.

Protocol Verloskundig Samenwerkings Verband Utrecht- Zuid en omstreken