

Fluxus in anamnese

Doel

Haemorrhagia postpartum/ Fluxus is een relatief frequente complicatie van de baring met aanzienlijk risico op maternale morbiditeit. Massaal bloedverlies rondom de partus is de derde meest frequente (8%) oorzaak van directe maternale sterfte

Definitie

Haemorrhagia postpartum (HPP) : bloedverlies van meer dan 1000 ml/24 uur

Oorzaken

1. Uterusatonie.

De meest voorkomende oorzaak van HPP. Predisponerende factoren voor uterusatonie zijn overrekking van de uterus (b.v. polyhydramnion, meerlingen), weeënzwakte tijdens de baring, macrosomie, grande multipariteit, chorioamnionitis, na fundusexpressie en bij gebruik van uterusrelaxantia.

2. Placentarest.

Bij placenta accreta en placenta-afwijkingen zoals een bijplacenta komen achtergebleven placentaresten frequenter voor, evenals bij extreme vroeggeboorte. Voorts is er een verhoogd risico op achtergebleven placentaresten bij eerdere retentio placentae, manuele placentaverwijdering en HPP.

3. Trauma van cervix, vagina, vulva en perineum

Een toegenomen risico op HPP als gevolg van trauma komt voor na kunstverlossing, fundusexpressie, foetale macrosomie, episiotomie en sectio caesarea.

4. Uterusruptuur.

Een toegenomen risico op uterusruptuur en het daarmee gepaard gaande abdominale en vaginale bloedverlies bestaat bij voorafgaande uterusoperaties als myoomenucleatie en sectio caesarea, bij versie en extractie, baringsonmogelijkheid als gevolg van wanverhouding, meerlingzwangerschappen, abnormale foetale presentatie en kunstverlossingen. Hoge pariteit is een extra risicofactor zowel voor uterusatonie als voor uterusruptuur.

5. Inversio uteri.

6. Stollingsstoornis.

HPP als gevolg van een stollingsstoornis wordt gezien bij abruptio placentae, vruchtwaterembolie, HELLP-syndroom, sepsis, acute leverinsufficiëntie en het 'dead fetus syndrome'. Ook patiënten met verworven of aangeboren stollingsstoornissen of een trombocytopenie/trombocytopathie en patiënten die anticoagulantia krijgen, hebben een verhoogde kans op HPP.

HPP in anamnese: Beleid baring

Bij alle HPP in anamnese moet de patiënte poliklinisch bevallen. Uitgezonderd in het geval van trauma van vagina, vulva of perineum dan mag ze thuis of poliklinisch bevallen.

MPV ia met placenta accreta: klinische partus

Bij HPP in anamnese van > 1000 cc bloedverlies:

- Poliklinische partus. Dienstdoende verloskundige op de hoogte stellen van komst barende en reden vermelden van fluxus ia.
- Tijdens de partus consult 2e lijn, waarbij liefst ruim voor de uitdrijving een waaknaald wordt geplaatst door een klinisch verloskundige of in overleg door de 1e lijns verloskundige ook wordt er kruisbloed afgenomen.

Voorkomen HPP door:

- Actief leiden van nageboortetijdperk dmv 10IE synto im of iv. Herhaling na 15 min.
- Katheteriseren
- Uterusmassage
- Afklemmen navelstreng direct na de geboorte zo dicht mogelijk bij vulva
- Vlot geboren laten worden placenta liefste binnen 9 min. Eventueel mbv Controlled cord traction (indien uterus goed gecontraheerd is)

- Indien placenta niet volgt binnen 15-30 min, 20 IE synto + 20 NaCal in navelstrengvene spuiten
- Bij problemen zoals ruim bloedverlies direct de 2e lijn in consult roepen
- Indien na 30 min retentio placenta -> insturen

Bij HPP in anamnese van >1500 cc bloedverlies:

- Poliklinische partus. Dienstdoende verloskundige op de hoogte stellen van komst barende en reden vermelden van fluxus ia.
- Tijdens de partus consult 2e lijn, waarbij liefst ruim voor de uitdrijving een waaknaald wordt geplaatst door een klinisch verloskundige of in overleg door de 1e lijns verloskundige ook wordt er kruisbloed afgenomen.

Voorkomen HPP door:

- Actief leiden van nageboortetijdperk dmv 10 IE synto im of iv. Herhaling evt na 10 min.
- Katheteriseren
- uterusmassage
- Afklemmen navelstreng direct na de geboorte zo dicht mogelijk bij vulva
- Vlot geboren laten worden placenta liefste binnen 9 min. Eventueel mbv Controlled cord traction (indien uterus goed gecontraheerd is)
- Indien placenta niet volgt binnen 15-30 min, 20 IE synto + 20 NaCal in navelstrengvene spuiten
- Bij problemen zoals ruim bloedverlies direct de 2e lijn in consult roepen
- Indien na 30 min retentio placenta -> insturen 2e lijn

Bij HPP in anamnese >2000cc bloedverlies:

- Tijdens de zwangerschap consult 2e lijn.
- Poliklinische partus of klinische partus afhankelijk wat er is afgesproken tijdens consult 2e lijn.
- Ruim voor de uitdrijving wordt door een klinisch verloskundige of in overleg door de 1e lijns verloskundige een waaknaald geplaatst en kruisbloed afgenomen.

Voorkomen HPP door:

- Actief leiden van nageboortetijdperk dmv 10IE synto im of iv. Herhaling na 15 min.
- Katheteriseren
- uterusmassage
- Afklemmen navelstreng direct na de geboorte zo dicht mogelijk bij vulva
- Vlot geboren laten worden placenta liefste binnen 9 min. Eventueel mbv Controlled cord traction (indien uterus goed gecontraheerd is)
- Indien placenta niet volgt binnen 15-30 min, 20 IE synto + 20 NaCal in navelstrengvene spuiten
- Bij problemen zoals ruim bloedverlies direct de 2e lijn in consult roepen
- Indien na 30 min retentio placenta -> insturing/consult 2e lijn

Aanbeveling

- Bloedverlies niet schatten maar altijd wegen.
- Goede documentatie ten aanzien van hoeveelheid bloedverlies en de oorzaak van het bloedverlies. Denk aan de verslaglegging in mosos P.
- Bij fluxus/ MPV nacontrole 6 weken post partum. Tijdens deze controle moet het beleid voor een eventuele volgende baring besproken worden. Daarbij is goede verslaglegging essentieel.

Literatuur:

NVOG: richtlijn Haemorrhagia postpartum

KNOV: verloskundige indicatie lijst

CAVE cursus boxmeer