



IN ZWANG PROTOCOL : Haemorrhagia postpartum (HPP)

Doel:

Protocollair vastleggen van afspraken binnen het VSV met betrekking tot HPP met als doel preventie en therapie van HPP.

Definitie van een fluxus post partum:

> 1000ml bloedverlies in de eerste 24 uur postpartum.

Incidentie:

Bij 6,5% van de bevallingen, meestal op basis van uterusatonie of retentio placentae.

HPP is de belangrijkste oorzaak van maternale sterfte wereldwijd en in Nederland verreweg de belangrijkste oorzaak van ernstige maternale morbiditeit.

Herhalingsrisico 10-15%, afhankelijk van de oorzaak.

Risicofactoren voor HPP

- HPP in de voorgeschiedenis.
- Sectio caesarea in voorgeschiedenis.
- Risicofactoren voor atonie:
 - overrekking uterus(macrosomie > 4000gr, meerling, polyhydramnion)
 - weeënzwakte tijdens baring
 - grande mult
 - infectie
 - fundusexpressie
- Langdurige bevalling (ontsluitingsfase en uitdrijving > 12 uur).
- Risicofactoren voor placentarest zijn:
 - MPV/placentarest in de voorgeschiedenis
 - gestoorde placentatie in de voorgeschiedenis
 - bijplacenta.
- Risicofactoren voor trauma genitalis zijn kunstverlossing, fundusexpressie, macrosomie, stortbevalling.
- Maternale stollingsstoornis.
- Obesitas

Beleid ter voorkoming van HPP:

- Wees je ten alle tijden bewust dat snel vervoer naar een ziekenhuis kan plaatsvinden.
- Kind na maximaal 3 minuten afnavelen en de navelstreng aan de placenta-zijde laten leeglopen.
- Bij voorkeur direct na afnavelen 10 IE syntocinon IM of IV (bij een lopend infuus).
- Ontwikkeling van de placenta zo spoedig mogelijk.
- Zorgen voor een lege blaas.
- Vroege herkenning risicopatiënten en meet bloedverlies!
- Baby aan de borst leggen.
- Indien de placenta niet volgt binnen 20 minuten, een tweede keer 10 IE syntocinon geven.
- Na 30 minuten post- partum contact opnemen met GHZ en ambulance voor overplaatsing ziekenhuis. **Bij ruim bloedverlies (>500cc) eerder!**
Altijd als spoedrit (A1) aanvragen (ook bij retentio placenta en geen bloedverlies).
Zo snel mogelijk naar ziekenhuis vertrekken.
- Wanneer de cliënte in de thuissituatie ruim vloeit, overweeg dan om alvast zelf met haar naar beneden te gaan. Zo ook na 20 minuten wanneer placenta er nog niet is.

Aanvullende maatregelen bij zwangeren met verhoogd risico op HPP op grond van de anamnese of complicaties tijdens de zwangerschap:

- Tijdens de zwangerschap bevalplan maken met goede (schriftelijk vastgelegde) afspraken tussen de betrokken zorgverleners (1^e en 2^e lijn).
Dit kan door middel van een consult in de tweede lijn.
- Tijdens de zwangerschap afname van bloed voor typering en screening in GHZ laboratorium. Doe dit dmv de 12^{de} weeks screening bij de HAG.
- Er zal een onderverdeling gemaakt worden tussen zwangeren at risk voor HPP :
 - A. Er is sprake van een **plaatsindicatie** en de bevalling zal door de eerste lijnsverloskundige verricht worden.
Een infuus wordt geplaatst bij binnenkomst en de dienstdoende arts-assistent/2^e lijnsverloskundige wordt ingelicht.
Tevens opnieuw afname kruisbloed.
Deze zwangeren worden overgedragen naar de 2^e lijn bij dreigende fluxus (> 500ml) en/of placenta na 30 minuten nog niet geboren en/of tekenen van shock).
 - B. Er is sprake van een **medische indicatie** en de bevalling zal onder directe leiding van de 2^e lijn verricht worden (zo min mogelijk tijdverlies) (ernstige fluxus in de anamnese, placenta accreta).
Deze zwangeren worden overgedragen naar de tweede lijn bij voorkeur vanaf AD 36-37 weken.

Bevalling op plaatsindicatie (A):

- Waakinfuus tijdens de baring en afname kruisbloed en inlichten dienstdoende arts-assistent/2^e lijns verloskundige over de reden van de plaatsindicatie.
- Actief nageboortetijdperk:
 - o snel afnavelen (na max 3 minuten)
 - o direct na plaatsen eerste klem 10 IE syntocinon iv
 - o placenta zo snel mogelijk geboren laten worden
 - o catheteriseren
- Hoeveelheid bloedverlies goed meten / wegen!
- Na 15 minuten 10 IE syntocinon herhalen.
- Indien neiging tot fluxus eerder arts-assistent of 2^e lijnsverloskundige waarschuwen.
- Na 30 minuten nog geen placenta: overname 2^e lijn.

Beleid volgende baring indien déze baring ongecompliceerd is verlopen:

- plaatsindicatie blijft staan, herhalingsrisico blijft bestaan.
- actief leiden nageboortetijdperk blijft staan!

Maatregelen bij HPP

- Inroepen van hulp (thuissituatie 112, ambulance en zonodig brandweer en contact ziekenhuis; poliklinische partus: assistent/2^e lijnsverloskundige).
- Doorgeven: hoeveelheid bloedverlies, bloeddruk, pols en tekenen van shock.
- Oxytocine 10 IE im (maximaal 2 x).
- Blaas leegmaken.
- Patiënte warm houden (goed voor de stolling).
- Patiënte plat laten liggen, liefst met benen omhoog (trendelenburg).
- O2 toedienen (8 liter per minuut, 0.8 l, 200bar, volle fles is 160 liter, lukt dus voor 20 minuten).
- Toedienen van 5 tabletten misoprostol rectaal, na overleg met dienstdoende assistent/verloskundige/gynaecoloog na geboorte placenta.
- Bloedverlies meten (met de unster), en elke 15 minuten RR en pols nagaan.
- Bij atonie uterusmassage, zo nodig ook bimanuele uteruscompressie (handgreep Zangemeister) of aortacompressie.
- Inbrengen infuus zo mogelijk, start met vullen (warm) NaCl 0.9%.
- Gehele OK team wordt in paraatheid gebracht.
Ambulance brengt patiente naar de VK of direct naar de OK op de 4e verdieping.
Gehele team, inclusief laborante ontvangt pt op de VK of OK.
Duidelijk communiceren waar patiente naar toe gaat (VK of OK).

Aanbeveling:

- Jaarlijkse training m.b.t het management van HPP voor alle verloskundige hulpverleners is de streefnorm.
- Bij elke zwangere moet overwogen worden of zij at risk is voor HPP en de zorg aangepast aan het risicoprofiel.
- In principe altijd actief nageboorte tijdperk (risico reductie HPP met 60%).

- Casus van ernstige HPP worden geregistreerd en leerzame casus worden besproken in de VSV aan de hand van NVOG audit formulier (www.nvog.nl)
- Juiste en volledige verslaglegging van alle genoemde data is van groot belang en de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar.
- De ontslagbrief dient een complete weergave van alle gebeurtenissen te bevatten en een advies t.a.v de volgende zwangerschap.

Maart 2012

Namens werkgroep In Zwang Protocollen

Literatuur:

Herziene NVOG richtlijn september 1998 Haemorrhagia postpartum.

Tijdschrift voor verloskundigen jan 2006: Synto in de eerste lijn.

Wet BIG – Idema.

MOET course manual / chapter 16.

Tijdschrift Verloskundigen jan 2006: synto in de eerste lijn.

Cochrane reviews.

Vademecum.

Safe Motherhood, Severe Maternal Morbidity in de Netherlands.

The LeMMoNstudy / J. Zwart 2009 proefschrift.