PROTOCOL

Fluxus in anamnese

Auteur	E. Oude Hassink, V. Ketting
Geldig tot	Januari 2028

Doel en omschrijving

Doel

Protocollair vastleggen van afspraken binnen het VSV met betrekking tot HPP (hemorrhagia post partum). met als doel preventie en therapie van HPP.

Definitie van een fluxus post partum

> 1000ml bloedverlies in de eerste 24 uur postpartum.

Incidentie

Bij 4,5% van de bevallingen, meestal op basis van uterusatonie of retentio placentae. Andere oorzaken kunnen zijn: trauma aan het geboortekanaal of maternale stollingsstoornissen. 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.

Van de vrouwen die bij de eerste bevalling wel een HPP hadden en bij de tweede bevalling niet, is de herhalingskans bij een derde bevalling 9%[1] . Actief leiden van het nageboortetijdperk verlaagt de kans op een HPP van 24 per 1000 vrouwen naar 8 per 1000 vrouwen [2]

Aandachtspunten

Risicofactoren voor HPP

- HPP in de voorgeschiedenis
- Overrekking uterus (macrosomie, polyhydramnion, meerling, langdurige baring, kunstverlossing, inleiding, infectie, uterus myomatosus, grande mult >P5)
- Laceraties (littekenuterus, bindweefselaandoeningen, SC ia)
- Vastzittende placenta (MPV ia, risico op placenta increta/ percreta)
- Maternale ziekten of medicatiegebruik (stollingsstoornissen, HELLP)
- Intra-uteriene ingrepen
- Risicofactoren voor trauma genitalis (kunstverlossing, fundusexpressie, macrosomie, stortbevalling)
- Obesitas [3]

---

[1] Oberg AS, Hernandez-Diaz S, Palmsten K, et al. Patterns of recurrence of post partum hemorrhage in a large population-based cohort. Am J Obstet Gynecol 2014; 210:229.e1.
[2] Begley. Cochrane Database Syst Rev. 2019
[3] NVOG richtlijn hemorrhagia postpartum (HPP), 2018

Aanbeveling

- Jaarlijks training met betrekking tot het management van HPP voor alle verloskundige hulpverleners
- Schat bij iedere zwangere het risico in, pas zo nodig de zorg aan
- In principe altijd actief nageboortetijdperk bij HPP i.a.
- Juiste en volledige verslaglegging van alle data
- De ontslagbrief dient een complete weergave van alle gebeurtenissen te bevatten en een advies t.a.v. de volgende zwangerschap

FLUXUS PROTOCOL – Beschrijving van de werkwijze

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

- Tijdens de zwangerschap een plan maken met schriftelijk vastgelegde afspraken tussen de betrokken zorgverleners (1e en 2e lijn) en client, voorkeur via het MDO.
- Tijdens de zwangerschap afname van bloed voor typering en screening in GHZ laboratorium. Doe dit d.m.v. de 12de weeks screening bij het GHZ
- Bij een HPP in anamnese zal patiënte een advies krijgen voor plaatsindicatie of medische indicatie
- Streven naar Hb >7,0 mmol/L in de aterme periode. Indien niet haalbaar met orale suppletie > overleg 2e lijn.

Medisch handelen bij (dreigende) fluxus

- Oxytocine (2x 5 EH)
- Geboorte van de placenta zo spoedig mogelijk
- Katheteriseren
- Infuus zo snel mogelijk inbrengen en vullen met (warm) NaCl 0,9%
- Patiënte warm houden (goed voor de stolling)
- Patiënte plat laten liggen/ trendelenburg
- Overweeg O2 toedienen > 1,5 liter bloedverlies (8liter per minuut) of bij tekenen van shock bij een volle fles van 160 liter lukt dit 20 minuten
- Overweeg 400 – 600 mcg misoprostol sublinguaal (niet ter vervanging van oxytocine), nadat de placenta geboren is [4]. Bijvoorbeeld bij een doorgaande fluxus en weinig effect oxytocine, overleg indien nodig.
- Bloedverlies meten en continue re-assesment volgens ABCDE
- Bij atonie uterusmassage, zo nodig bimanuele uteruscompressie of aortacompressie
- Ter overweging: 1 gr tranexaminezuur in de ambulance laten geven (geadviseerd vanaf 500 ml bloedverlies)

Beleid tijdens HPP in eerste lijn

- Inroepen van hulp + zo mogelijk naar begane grond (thuis 112/088-246 3445: ambulance en zo nodig brandweer, contact ziekenhuis 0182505800, evt collega bellen)
- Altijd als spoedrit (A1) aanvragen (ook bij retentio placentae en geen bloedverlies). Zo snel mogelijk naar het ziekenhuis vertrekken.
- Bij thuispartus: Ambulance brengt patiënte naar VK of direct naar de OK op de 2e verdieping. Hier duidelijk over overleggen.
- SBAR overdracht met daarin: hoeveelheid bloedverlies, retentio placentae, RR, pols en tekenen van shock

Beleid tijdens fluxus in tweede lijn

- Supervisor op de hoogte brengen
- OK team laagdrempelig in huis laten komen
- Bij geen recent kruisbloed <72 uur: laborant laten komen voor cito bepaling

[4] WHO Recommendations Uterotonics for Prevention of HPP

PROTOCOL HPP IN ANAMNESE

Beleid graviditeit

- Tijdens de zwangerschap afname van bloed voor typering en screening in GHZ laboratorium. Doe dit d.m.v. de 12de weeks screening bij het GHZ
- Bespreek beleid rond de AD 20 wkn op het MDO (ook bij fluxus t.g.v. episiotomie in anamnese). Maak individuele afspraken m.b.v. shared decision making.
- Streven naar Hb > 7.0 mmol/l
- Beleid en afspraken voor partus duidelijk in dossier vermelden
- Overname door tweede lijn bij AD 36 – 37 weken bij placenta accreta

Beleid partus

- Partus op plaatsindicatie onder leiding van de 1e lijns verloskundige
- Bij fluxus ia. van >2 liter: Maak afspraken in het MDO en vermeld deze duidelijk in het dossier (1e en 2e lijn). Vanaf geboorte kind overdracht 2e lijn.
  Acties 1e lijn: vooraf melding binnenkomst client en doorgeven start persen aan dienstdoende (evt op kamer/gyn bellen). Minst tijdverlies bij actieve fluxus.
- Waaknaald door verpleegkundige (of 1e lijns vk) met afname kruisbloed
- De dienstdoende arts-assistent/ tweedelijns verloskundige wordt SBAR ingelicht + zwangerenkaart delen
- Denk aan regelmatig blaas legen voor uitdrijving
- Evalueer kracht/effectiviteit van de weeën regelmatig.
- Actief nageboortetijdperk. Overweeg afnavelen na 3 minuten in verband met het actief toedienen van 1x5 EH oxytocine OF 1x 3IE oxytocine IV, gevolgd door een onderhoudsdosering van 2.5 IU per uur gedurende 4 uur . Maak zelf de afweging tussen 'vroeg afnavelen' en oxytocine geven bij een intacte navelstreng [5]
- Katheteriseren (als er ruimte en tijd is een CAD plaatsen)
- Placenta zo snel mogelijk geboren laten worden
- Hoeveelheid bloedverlies wegen
- Baby aan de borst leggen
- Denk aan andere houdingen om zwaartekracht mee te laten werken
- Na 15 min 5 EH oxytocine IV als placenta nog niet geboren is of eerder als patiënte ruim gaat vloeien
- Overname door tweede lijn bij dreigende fluxus (> 500 ml) en/of placenta na 30 minuten nog niet geboren en/ of tekenen van shock
- Bij onverwachte thuispartus: 2e lijn bellen ter kennisgeving + situatie zo effectief mogelijk maken voor evt transport. Overweeg een ambulance (en of collega) te bellen als parallelle actie.

Kraambed

- Bij herhaling fluxus of laag Hb start Ferrofumeraat (evt controle door HA 6 wkn pp)
- Aandacht voor rust
- Aandacht voor borstvoeding
- Voldoende vochtinname
- Att psyche ouders

---

[5] Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A, A Active versus expectant management for the women in the third stage of Labour. Cochrane Database Syst Rev 2011