PROTOCOL

Antistolling

Auteur	Marieke Lagro
Geldig tot	Oktober 2029

Doelgroep of bestemd voor of verantwoordelijkheden/bevoegdheden

Eerstelijns verloskundigen, klinisch verloskundigen, physician assistants verloskunde, artsen gynaecologie en verloskunde, gynaecologen

Doel en omschrijving

Duidelijkheid over het (herhalings)risico van veneuze trombo-embolie (VTE) in de zwangerschap en het kraambed

Beleid ten aanzien van de preventie VTE

Verlagen maternale mortaliteit en morbiditeit

Indicaties/Contra indicaties/Complicaties

Achtergrond

Incidentie van veneuze trombo-embolieën (VTE) in de zwangerschap wordt geschat op 0,5 tot 1 per 1.000 zwangerschappen en is ongeveer vijfmaal hoger dan bij niet-zwangere vrouwen van dezelfde leeftijd. Het risico op VTE is in elk trimester even hoog en ongeveer 90% van de veneuze tromboses komt in het linkerbeen voor. In de drie maanden postpartum is het absolute risico ongeveer 1 tot 2 per 1.000, het hoogst na een secundaire sectio caesarea. Obesitas is een risicofactor voor het ontwikkelen van VTE. Vanaf een BMI van 30 wordt de kans op het ontwikkelen van VTE twee tot driemaal groter geschat. Indicatie tot antistolling bestaat bij patiënten die ook buiten de zwangerschap reeds een indicatie voor chronische antistolling hadden en bij patiënten met verhoogd risico voor optreden van VTE.

Indicaties

Er zijn 4 risicogroepen. Groep II is voor dit protocol het belangrijkste.

I. Patiënten met antistolling buiten de zwangerschap en indicatie tot voortzetten van antistolling gedurende de zwangerschap. Bijvoorbeeld patiënten met een cardiale indicatie. Deze patiënten hebben een tweedelijns indicatie.

II. Patiënten met VTE in voorgeschiedenis, erfelijke trombofilie of een positieve familieanamnese voor VTE

Een voorgeschiedenis van VTE is de belangrijkste risicofactor voor het krijgen van een recidief. Vrouwen met een voorgeschiedenis van VTE hebben een risico van circa 6% om antepartum een recidief te krijgen, indien zij geen profylaxe krijgen.
Het risico is hoger bij vrouwen bij wie de eerdere VTE zonder uitlokkende factor optrad, of bij wie de eerdere episode werd uitgelokt door pil, zwangerschap of kraamperiode, dan bij vrouwen die een majeure uitlokkende factor hadden zoals operatie, strikte immobilisatie of trauma.

Een sterk belaste familiegeschiedenis met tenminste één symptomatisch eerstegraads familielid is een risicofactor voor VTE en lijkt het risico circa 3,7 maal te verhogen, ook wanneer geen trombofiliedefect bij het familielid met VTE kan worden aangetoond.

Geen indicatie voor antistolling gedurende de zwangerschap of postpartum

- Algemene populatie
- Vrouwen met een positieve familie anamnese voor VTE
- Vrouwen met een erfelijke trombofilie zonder familieanamnese voor VTE

Alleen indicatie voor postpartum profylaxe gedurende 6 weken

- Vrouwen met een eenmalige VTE uitgelokt door een operatie of langdurige immobilisatie
- Vrouwen met een erfelijke trombofilie* en een positieve (eerstegraads = vader, moeder, broer/zus, kind) familieanamnese voor VTE.
- Vrouwen met een homozygote factor V Leiden of homozygote protrombine mutatie zonder familieanamnese voor VTE.

Indicatie voor zowel profylaxe gedurende de zwangerschap als postpartum

- Vrouwen met een eenmalige episode van VTE, uitgelokt door pil, zwangerschap, kraamperiode, of zonder uitlokkende factor (ongeacht de aanwezigheid van trombofilie)
- Vrouwen met recidiverende VTE in de anamnese
- Vrouwen bekend met homozygote factor V Leiden of homozygote protrombine mutatie met positieve familieanamnese voor VTE.

* Erfelijke trombofilie: antitrombine, proteïne C of proteïne S deficiëntie of heterozygote factor V Leiden of heterozygote protrombine mutatie, of dubbelheterozygotie voor factor V Leiden en protrombine mutatie

III. Patiënten die een sectio hebben gehad

Het risico op VTE na sectio caesarea is hoger dan na vaginale partus. Na een secundaire sectio is het risico op VTE hoger dan na een primaire sectio. Additionele risicofactoren verhogen dit risico. Het basis risico op VTE na sectio caesarea bedraagt vijf per 1000 hetgeen wordt beschouwd als laag risico. Aanwezigheid van tenminste één majeure risicofactor (OR>6) of tenminste twee mineure risicofactoren (gecombineerd leidend tot OR>6) geven een absoluut risico op VTE na sectio caesarea van 3% en dit is de grens waarbij verlengde tromboseprofylaxe geïndiceerd is.

Major risico factoren: immobiliteit (>1 week), postpartum hemorragie (>1000ml), voorgeschiedenis van VTE, PE met groeivertraging (< p2.5), trombofilie, antritrombine deficiëntie, factor V Leiden (homozygoot of heterozygoot), protrombine mutatie (homozygoot

of heterozygoot), co-morbiditeit, SLE, cardiale morbiditeit, sikkelcelziekte, bloedtransfusie (durante partu of in kraambed), postpartum infectie.

Minor risico factoren: BMI> 30, meerlingzwangerschap, postpartum hemorragie (>1000 ml), roken >10 sigaretten per dag, foetale groeivertraging (< p2.5), proteïne C of S deficiëntie, pre-eclampsie.

IV. Overige patiëntengroepen

Profylactische LMWH overwegen bij**:**

- Zwangere die tijdelijk volledig wordt geïmmobiliseerd (>1 week)
- Zwangere met een groot trauma
- Operatieve ingreep tijdens zwangerschap
- Ernstige varices en bedrust in verband met een verhoogd risico op tromboflebitis
- Uitgebreide tromboflebitis over een traject van > 5 cm (zie ook richtlijn varices en tromboflebitis in zwangerschap en kraambed (versie 5))
- Ernstige OHSS: eerste drie maanden.
- Zwangere of kraamvrouw die in eerdere zwangerschap tromboflebitis met antistolling heeft gehad.

Contra-indicaties van antistolling (laagmoleculair gewicht heparine)

- overgevoeligheid voor heparine of andere laagmoleculairgewicht heparinen
- eerder opgetreden heparine-geïnduceerde trombocytopenie (HIT);
- ernstige bloedstollingsstoornissen/verhoogd bloedingsrisico
- bloedverlies uit de tractus digestivus

Complicaties/bijwerkingen gebruik antistolling

- Pijn of subcutane hematomen op de injectieplaats.
- Milde trombocytopenie.
- Bloedingen.
- Reversibele verhoging van transaminasen (ASAT, ALAT).

Aandachtspunten/Observatiepunten/Nazorg

- Gebruik geen antistolling zodra de bevalling start
- Herstart antistolling 12 – 24 uur na de bevalling
- Epidurale of spinale analgesie: bij profylactische dosering LMWH dient interval tussen laatste gift en epidurale of spinale analgesie minimaal 10 uur te zijn en bij intermediaire of therapeutische dosering minimaal 24 uur
- Indien alleen postpartum profylaxe nodig is: Fragmin 5000 EH of indien geen borstvoeding wordt gegeven: apixaban 2 dd 2.5 mg.

Beschrijving van de werkwijze

Beleid voor patiënten met een indicatie om antistolling in zowel de zwangerschap als in het kraambed te gebruiken ter profylaxe van een recidief.

1. Start antistolling (Fragmin 5000 EH) vanaf de positieve zwangerschapstest, dit wordt veelal voorgeschreven door de huisarts, maar kan ook door de 2e lijn worden gedaan mits patiënte wel eerst consult in 2e lijn heeft gehad (TC of fysiek).

2. Patiënten kunnen in de 1e lijn onder controle gedurende de zwangerschap.

3. Verwijzing voor een intake en adviesconsult in de 2e lijn twee weken na start van antistolling

4. Tijdens het consult 2e lijn wordt uitleg gegeven over (herhalings)risico's en beleid voor de zwangerschap en de partus. Benoemd wordt dat patiënte keus heeft om in de 1e of 2e lijn onder zorg te zijn.

5. Bij een hogere dosering dan de standaard 5000IE Fragmin spuiten wordt een consult in 2e lijn vóór 36 weken geadviseerd om splitsing van de dosering Fragmin af te spreken, dit zou eventueel telefonisch kunnen bij therapeutische doseringen.

6. Partus met plaats indicatie gezien verhoogde kans op fluxus, mede afhankelijk van moment van de laatste gift Fragmin.

7. Indien de patiënt epiduraal analgesie wenst moet rekening gehouden worden met een interval van ten minste 10 uur tussen de laatste gift Fragmin en de epiduraal bij een profylactische dosering. Dit interval wordt verlengd tot ten minste 24 uur bij een therapeutische dosering.

Bij twijfel over de indicatie voor tromboseprofylaxe altijd overleggen met de gynaecoloog die betrokken is bij de praktijk.

Specifieke aanpassingen of (werkafspraken)

Geen

Patiëntenvoorlichting

Geen

Geraadpleegde literatuur/Gerelateerde documenten

Richtlijn Antitrombotisch beleid 2025. Richtlijnendatabase FMS. Trombo-embolie bij zwangerschap en postpartum - Richtlijn - Richtlijnendatabase

Bijlagen

Geen