

WERKAFSPRAAK BLOEDVERLIES IN DE ZWANGERSCHAP

Kernboodschappen bloedverlies in de eerste helft

- Bij bloedverlies in het eerste trimester van de zwangerschap is bij de helft van de vrouwen de zwangerschap intact en wordt in principe een afwachtend beleid gevolgd.
- Echoscopie geeft informatie over het al dan niet intact zijn van de zwangerschap. Indien er sprake blijkt te zijn van een niet vitale intra-uteriene vrucht kan zowel een afwachtend beleid gevolgd worden als worden doorverwezen voor curettage of misoprostol inductie. De verloskundige bespreekt hiertoe met de vrouw de voor- en nadelen van deze drie opties.
- Bij een verhoogd risico op een extra-uteriene graviditeit op basis van risicofactoren of bijzonderheden in anamnese of bij lichamelijk onderzoek (ruim bloedverlies of bedreigde vitale functies), is een spoedverwijzing naar de gynaecoloog geïndiceerd.
- Bij voortdurend of herhaald bloedverlies bestaat, ook als geen diagnose gesteld is, een verhoogd perinataal risico en dient de begeleiding in de tweede lijn plaats te vinden. Bij kortdurend eenmalig bloedverlies waarbij geen oorzaak is vastgesteld, hoeft de zwangere niet in de tweede lijn gecontroleerd te worden.

Differentiële diagnostiek

a *bloedverlies uit de uterus: miskraam of EUG*

b *cervicaal bloedverlies:*

- cervicitis/cervixpoliep
- maligniteit (cervixcarcinoom)
- contactbloedingen

c *overige/onbekende oorzaak*

Anamnese

- LM? Cyclusduur? Zwangerschapstest? Wanneer? Echo: intra-uteriene zwangerschap vastgesteld?
- Bloedverlies sinds wanneer? Hoeveel? Stolsels of weefselresten?
- Weeënachtige pijn, continue pijn, duizeligheid, transpireren, schouderpijn, ziektegevoel of temperatuurverhoging?
- Risicofactoren EUG? (aanwijzingen voor tubopathologie (PID, een eerdere EUG, of subfertiliteit in de anamnese), tubachirurgie in de voorgeschiedenis, gebruik van DES door de moeder (bij vrouwen geboren voor 1976) of zwangerschap ondanks sterilisatie of gebruik van IUD, toepassing van ovulatie-inductie, IVF of vergelijkbare technieken?)

Lichamelijk onderzoek

- *RR en pols, T*
- *Palpatie buik: pijn of défense musculaire?*
- *Inspectie: bloed, stolsels of weefsel ?*
- *Echo: vitale intrauteriene graviditeit? Mola?*

Indicaties voor verwijzing naar de gynaecoloog zijn:

- vermoeden EUG of molazwangerschap;
- hevig bloedverlies (aanzienlijk heviger in duur en hoeveelheid dan bij de menstruatie)
- toenemende pijnklachten;
- koorts;
- Bij echoscopie: niet vitale intra-uteriene vrucht, terwijl de vrouw niet langer wil afwachten of een sterke voorkeur voor curettage heeft.
- echoscopie niet verricht kan worden of bij twijfel over bevindingen.
- Persistierend of recidiverend bloedverlies bij intacte graviditeit ter beoordeling van cervix (PAP smear, SOA test)

Kernboodschappen bloedverlies in de tweede helft

- **Vaginaal bloedverlies in de tweede helft van de zwangerschap kan een symptoom zijn van ernstige obstetrische ziektebeelden. Diagnostiek dient onmiddellijk ingezet te worden om ernstige morbiditeit en mortaliteit bij moeder en kind te voorkomen of te beperken. Het beleid wordt bepaald door de aard en de ernst van het bloedverlies, de foetale conditie en de zwangerschapsduur.**
- **Op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek maakt de verloskundige een inschatting of het vaginaal bloedverlies een teken kan zijn van een ernstig obstetrisch ziektebeeld waarbij een spoedverwijzing naar de gynaecoloog geïndiceerd.**
- **In overleg met de gynaecoloog kan er een indicatie bestaan voor parallelle acties (spoedtransport via SEH en oproepen OK team) en dient men te anticiperen op aanzienlijk bloedverlies tijdens transport (bewaking vitale functie, infuus)**
- **Bij voortdurend of herhaald bloedverlies bestaat, ook als geen diagnose gesteld is, een verhoogd perinataal risico en dient de begeleiding in de tweede lijn plaats te vinden. Bij kortdurend eenmalig bloedverlies waarbij geen oorzaak is vastgesteld, hoeft de zwangere niet in de tweede lijn gecontroleerd te worden.**

Differentiële diagnostiek

a bloedverlies uit de uterus:

- abruptio placentae
- placenta praevia
- vasa praevia

b cervicaal bloedverlies:

- begin van de baring ('tekenen')
- dreigende vroeggeboorte
- cervicitis/cervixpoliep (SOA)
- maligniteit (cervixcarcinoom)
- contactbloedingen e.c.i

c overige/onbekende oorzaak

Anamnese

- Bloedverlies sinds wanneer en hoeveel? Stolsels of weefselresten verloren?



- Pijn in buik of rug, weenachtige pijn, continue pijn?
- Duizeligheid, transpireren, schouderpijn, ziektegevoel of temperatuurverhoging?
- Risicofactoren voor een solutio, placenta praevia? (VG, roken, gebroken vliezen?)
- Leven voelen? Foetale nood?
- Aanleiding (trauma? coitus?)

Lichamelijk onderzoek

- *RR en pols, T*
- *Palpatie van de buik.* (contracties, couvelaire uterus, voorliggend deel, indaling)
- *Foetale cortonen.*
- *Vaginaal toucher op indicatie.* (contracties)
- *Echo:* op indicatie. (geen cortonen kunnen localiseren)

Indicaties voor verwijzing naar de gynaecoloog zijn

- Vermoeden van solutio, placenta praevia, vasa praeviae;
- Hevig bloedverlies (bloedverlies dat aanzienlijk heviger is in duur en hoeveelheid dan bij de menstruatie)
- Toenemende pijnklachten;
- Contracties
- Koorts
- Cortonenpathologie.
- Persisterend of recidiverend bloedverlies bij intacte graviditeit ter beoordeling van cervix (PAP smear, SOA test)

Toelichting bij werkafpraak Bloedverlies in de zwangerschap

1. Bloedverlies in de eerste helft

Vaginaal bloedverlies in het eerste trimester van de zwangerschap treedt op bij twee op de tien zwangere vrouwen. Bloedverlies in de eerste maanden van de zwangerschap is meestal onschuldig en kan verschillende oorzaken hebben. In de helft van het aantal keren dat er bloedverlies optreedt in het begin van de zwangerschap is er sprake van een miskraam. Andere oorzaken kunnen zijn een afwijking aan de baarmoedermond of een buitenbaarmoederlijke zwangerschap (EUG).

Differentiële diagnostiek

a bloedverlies uit de uterus:miskraam of EUG

b cervicaal bloedverlies:

- cervicitis/cervixpoliep
- maligniteit (cervixcarcinoom)
- contactbloedingen

c overige/onbekende oorzaak

A MISKRAAM OF EUG

Bij bloedverlies in de eerste helft van de zwangerschap wordt in principe een afwachtend beleid gevolgd. Indien er sprake blijkt te zijn van een niet vitale intra-uteriene vrucht kan zowel een afwachtend beleid gevolgd worden als worden doorverwezen voor curettage of misoprostol behandeling. Echoscopie geeft informatie over het al dan niet intact zijn van de zwangerschap. Bij een verhoogd risico op een extra-uteriene graviditeit op basis van risicofactoren of bijzonderheden in anamnese of bij lichamelijk onderzoek, is een spoedverwijzing naar de gynaecoloog geïndiceerd.

B CERVICAAL BLOEDVERLIJES

Indien geen duidelijke oorzaak voor bloedverlies is vastgesteld en/of wanneer er sprake is van recidiverend bloedverlies dient onderzoek naar eventuele cervicale oorzaken te worden uitgevoerd middels speculumonderzoek. Hierbij kan als aanvullende diagnostiek een cervixkweek (Chlamydia) en cervixcytologie (bij verdenking op cervixpathologie) worden afgenomen.

C BLOEDVERLIJES ZONDER DUIDELIJKE OORZAAK

Bij voortdurend of herhaald bloedverlies bestaat, ook als geen diagnose gesteld is, een verhoogd perinataal risico en dient de begeleiding in de tweede lijn plaats te vinden.

Bij kortdurend eenmalig bloedverlies waarbij geen oorzaak is vastgesteld, hoeft de zwangere niet in de tweede lijn gecontroleerd te worden.

2. Bloedverlies in de tweede helft

Vaginaal bloedverlies in de tweede helft van de zwangerschap kan een symptoom zijn van ernstige obstetrische ziektebeelden. Diagnostiek dient onmiddellijk ingezet te worden om ernstige morbiditeit en mortaliteit bij moeder en kind te voorkomen of te beperken. Het beleid wordt met name bepaald door de aard en de ernst van het bloedverlies, de foetale conditie en de zwangerschapsduur

Differentiële diagnostiek

a bloedverlies uit de uterus:

- abruptio placentae
- placenta praevia
- vasapraevia

b cervicaal bloedverlies:

- begin van de baring ('tekenen')
- dreigende vroeggeboorte
- cervicitis/cervixpoliep
- maligniteit (cervixcarcinoom)
- contactbloedingen

c overige/onbekende oorzaak

A. BLOEDVERLIES UIT DE UTERUS

ABRUPTIO PLACENTAE

Een abruptio placentae is een voortijdige loslating van de normaal gelokaliseerde placenta. De abruptio kan compleet of gedeeltelijk zijn. De incidentie wordt in de literatuur meestal opgegeven tussen 3 en 16 per 1000 geboorten. Zij daalt van ca. 90/1000 geboorten onder 28 weken naar 2/1000 geboorten bij 40 weken.

Tabel 1. Risico-indicatorenabruptio placentae

<i>risicofactor</i>	<i>RR</i>	<i>referentie</i>
trauma (niet gewond - ernstig gewond)	4,8-9,0	3
maternale leeftijd en pariteit	1,1-3,7	4,5
abruptio placentae (1x) in VG	4,5-16,9	6,7,8
abruptio placentae (2x) in VG	36	7
chronische hypertensie	3	9
pre-eclampsie	1,7	9,10
PPROM	3	9
roken	1,7-2,1	6,11,12
cocaïnegebruik	3,9	12
meerlingen	1,5-3,0	13
sectio in VG	1,3-1,7	6,14
uterusanomalie	8,1	6

Symptomen en bevindingen

- Vaginaal bloedverlies (78%) is geen obligaat symptoom, aangezien de bloeding soms beperkt blijft tot achter de placenta. Het totale bloedverlies kan aanzienlijk meer zijn dan het waargenomen bloedverlies; ook bij gering uitwendig bloedverlies kan patiënte in shock raken.
- Pijn in buik of rug (66%): niet altijd te onderscheiden van weeënactiviteit.
- Foetale nood (60%): afhankelijk van de omvang van de abruptio kan de foetale conditie variëren van ongestoord tot foetale sterfte kort na de abruptio (12-15 %).
- Contractiliteit : het beeld kan variëren van geringe contractiliteit tot een 'plankharde' uterus (34%).
- Bij circa 60% van de vrouwen die een abruptio placentae hebben doorgemaakt, kunnen metabole en/of stollings afwijkingen worden gevonden (hyperhomocysteinemie, proteïne-S-deficiëntie, proteïne-C-deficiëntie, factor-V-mutatie, factor-II-mutatie, APC-resistentie, anticardiolipine-antistoffen of lupus-anticoagulans). De klinische betekenis van eventuele

afwijkingen is echter niet bekend. Stollingsstoornissen op basis van verbruikscagulopathie treden meestal alleen op bij een totale abruptio waarbij ook foetale sterfte is opgetreden .

Diagnostiek

Abruptio placentae is een klinische diagnose, die wordt vermoed op basis van één of meer van de volgende symptomen: vaginaal bloedverlies, buikpijn en/of foetale nood. Aanvullende diagnostiek bestaat uit bepaling van de maternale conditie (hemodynamiek en laboratoriumonderzoek) en foetale conditie (harttonen, CTG). Echoscopisch kan een retroplacentaire bloeding worden waargenomen. Met zekerheid uitsluiten van een abruptio, met name als de placenta op de achterwand van de uterus ligt, is echter niet mogelijk. Post partum kan de diagnose bevestigd worden door de aanwezigheid van een impressie in het maternale placentaoppervlak met adherent stolsel. De abruptio moet echter al enige uren bestaan om de typische delle te veroorzaken.

Achteraf dient de situatie, met de bevindingen tijdens sectio of vaginale bevalling, goed gedocumenteerd te worden en wordt de diagnose gesteld o.b.v. een of meer van de volgende criteria:

- gedeeltelijk of geheel losliggende placenta,
- stolsels in utero,
- stollingsproblemen moeder,
- couvelaire uterus,
- bloederig vruchtwater.

Beleid

1. Bij abruptio placentae is bewaking van de maternale circulatie met voldoende suppletie van circulerend volume essentieel.
2. In geselecteerde casus is een expectatief beleid met eventueel weeënremming in geval van een partiële abruptio placentae verantwoord, met name om corticosteroiden te laten inwerken (bewijskracht niveau C). Weeënremming op zich is niet bewezen zinvol (bewijskracht niveau C).
3. De werkgroep is van mening dat bij een abruptio placentae < 28 weken een expectatief (abstinerend) beleid gerechtvaardigd is (bewijskracht niveau D).
4. Trombofilieonderzoek heeft vooralsnog geen therapeutische consequenties en is in het kader van het advies voor een volgende zwangerschap dus niet geïndiceerd (bewijskracht niveau B).

PLACENTA PRAEVIA

Een placenta praevia is tot dicht bij of over het ostium internum van de cervix geïmplanteerd, waardoor ernstig bloedverlies kan ontstaan.

Tegenwoordig wordt de diagnose echoscopisch (vaginaal) gesteld, waarbij aangegeven wordt of de placenta over het ostium internum ligt of hoe ver de placenta hiervan verwijderd is. Er zijn vier types:

- placenta praevia totalis: hierbij ligt de placenta over het gehele ostium internum,
- partiële placenta praevia: hierbij bedekt de placenta gedeeltelijk het ostium internum.
- placenta praevia marginalis: hierbij reikt de placenta tot aan het ostium internum.
- laagliggende placenta: hierbij is de placenta geïmplanteerd in het onderste uterus segment, maar reikt zij niet tot aan het ostium internum.

Voor 20 weken ligt de placenta bij ongeveer 5% van de zwangerschappen dicht bij het ostium internum. Na 20 weken neemt dit af tot 1%. Met het groter worden van de baarmoeder kan deze afstand toenemen, zodat wat aanvankelijk een placenta praevia leek, het uiteindelijk niet blijkt te zijn. Het is daarom van belang om altijd een echo in het derde trimester te herhalen wanneer er een verdenking is op een placenta praevia. Ten tijde van de partus wordt een incidentie van 0,3-0,9% beschreven, afhankelijk van de samenstelling van de onderzoekspopulatie, de wijze van vaststellen van de diagnose en de definiëring.

Een verhoogd risico op placenta praevia bestaat bij vrouwen met een sectio caesarea in de voorgeschiedenis, met een verdere toename van het risico indien meer dan één sectio werd verricht. Verder is placenta praevia gerelateerd aan toegenomen pariteit, cocaïnegebruik, roken,

zwangerschap na geassisteerde voortplanting en meerlingzwangerschap Of toegenomen leeftijd ook separaat van pariteit een invloed heeft is niet duidelijk.

Symptomen

Bloedverlies kan acuut optreden, meestal zonder weeënactiviteit of buikpijn.

Bloedverlies treedt vaak periodiek op. Typisch bij het klinisch beeld is een niet-ingedaald voorliggend deel of een liggingsafwijking.

Diagnostiek

De diagnose wordt gesteld door echoscopisch onderzoek. Bij abdominale beeldvorming kan in de helft van de gevallen de exacte lokalisatie van het ostium internum ten opzichte van de placenta moeilijk waargenomen worden. Vaginale echoscopie is met betrekking tot beeldvorming superieur. Vaginaal bloedverlies op dat moment is geen contra-indicatie. Bij patiënten met placenta praevia worden vaker congenitale afwijkingen gevonden; het mechanisme hiervoor is niet duidelijk (odds ratio 2,6 (95%-BI 1,5-4,2)). De relatie laag geboortegewicht en placenta praevia wordt voornamelijk bepaald door vroeggeboorte. Slechts 3,7% van de intra-uteriene groeivertraging wordt toegekend aan placenta praevia .

Bij patiënten met een eerdere sectio caesarea en een placenta praevia die over het uteruslitteken is geïmplanteerd, zijn verschillende echoscopische karakteristieken (lacunae, dun myometrium, verlies van de retroplacentaire echolucente ruimte, verhoogde vasculariteit.p.v. serosa uterus-blaas, turbulente flow in de lacunae (kleurendoppler)), die de mate van waarschijnlijkheid van een placenta accreta of percreta bepalen. Voor de verschillende kenmerken worden wisselende getallen voor sensitiviteit en specificiteit opgegeven, maar gecombineerd kan een hoge mate van waarschijnlijkheid worden afgegeven.De klinische toepasbaarheid is echter nog onduidelijk. MRI-onderzoek heeft vooralsnog geen aanvullende waarde in de diagnostiek van placenta accreta. Het kan wel een toegevoegde waarde hebben voor de operateur in het bepalen van de topografie en uitbreidheid van invasie van de placenta.

Beleid

1. Bij vaginaal bloedverlies of niet-ingedaald voorliggend deel à terme dient de placenta echoscopisch gelokaliseerd te worden. Bij verdenking op een placenta praevia dient de diagnose met transvaginale echoscopie gesteld te worden (bloedverlies is geen contra-indicatie) (bewijskracht niveau B).
2. Bij een sectio vanwege placenta praevia dient men te anticiperen op aanzienlijk bloedverlies (bewijskracht niveau C).
3. Bij placentalokalisatie < 1 cm van het ostium internum is een primaire sectio te overwegen gezien de grote kans op een secundaire sectio durantepartu wegens overmatig bloedverlies (bewijskracht niveau C). Indien de placenta 1-2 cm van het ostium ligt is de kans op een sectio ook duidelijk verhoogd, maar de werkgroep is van mening dat klinische factoren een rol kunnen spelen in de beslissing tot een vaginale baring. De partus dient klinisch plaats te vinden (bewijskracht niveau D).
4. Bij een placenta praevia die geïmplanteerd is over een sectiolitteken, moet men rekening houden met de mogelijkheid van placenta accreta/increta/percreta (bewijskracht niveau B). Bij een verdenking hierop dient men de patiënt over te plaatsen naar een centrum met adequate logistieke voorzieningen (bewijskracht niveau D).

VASA PRAEVIA

Foetale vaten in de vliezen ter plekke van de ontsluitingsopening. Dit kunnen navelstrengvaten (of vertakkingen daarvan) zijn in geval van een velamenteuze navelstrenginsertie of verbindende vaten in geval van een placenta bilobata. De incidentie bedraagt ongeveer 1 per 2500-6000 partus.

Indien vasaprevia niet ante partum worden gediagnosticeerd, is de perinatale sterfte 50-95%. Indien de diagnose wel wordt vastgesteld ante partum, en een sectio caesarea wordt verricht is de perinatale overleving 97%.

Het risico neemt toe indien er sprake is van een laagliggende placenta of placenta bilobata of indien er eerder in de zwangerschap aanvankelijk sprake was van een placentaslip over het ostium internum. Andere risicofactoren zijn: meerlingzwangerschap en zwangerschap ontstaan na IVF.

Symptomen

Meestal symptomeloos tot het moment van breken van de vliezen. Bij het breken van de vliezen lacereert een vat, waardoor vaginaal bloedverlies kan optreden. Dit kan echter ook vrij onopgemerkt verlopen. Het kan leiden tot foetale verbloeding met als gevolg CTG-afwijkingen, asfyxie en overlijden van de foetus.

Diagnostiek

Antenatale diagnostiek naar vasapraevia is mogelijk m.b.v. echografie en kleurendoppler bij patiënten met een verdenking op een placenta previamarginalis of placenta bilobata. Sensitiviteit en specificiteit zijn in twee grote studies hoog (33.208 en 93.874 onderzochte vrouwen, waarbij de diagnose in respectievelijk 10 van 11 en 14 van 18 postnataal werd bevestigd). Hierbij dient echter opgemerkt te worden dat de vasapraevia bij de vrouwen die een sectio kregen, niet altijd zouden hebben geleid tot neonatale morbiditeit en mortaliteit en andersom er mogelijk ook vasapraevia zijn geweest, niet leidend tot problemen, bij vrouwen die vaginaal zijn bevallen. De werkgroep adviseert om indien de placenta in het tweede trimester laagliggend of praevia was met transvaginale echoscopie naar een eventuele vasapraevia (navelstrenginsertie) te kijken. Ook bij een laagliggende placenta in het derde trimester kan de navelstrenginsertie bepaald worden. Op het moment van schrijven van deze richtlijn is dit geen onderdeel van het structureel echoscopisch onderzoek (modelprotocol SEO).

Indien tijdens de partus een structuur verdacht voor vasapraevia wordt gevoeld kan amnioscopie de diagnose bevestigen. In de praktijk wordt het beleid tijdens de partus bepaald door het optreden van CTG-afwijkingen. De diagnose wordt meestal pas achteraf gesteld na onderzoek van de placenta en vliezen.

Beleid

Indien de diagnose ante partum wordt vastgesteld dient een electieve sectio te worden verricht. In de literatuur wordt n.a.v. kleine series geadviseerd de sectio te verrichten tussen 35-37 weken, na toediening van corticosteroiden. De kans dat de vliezen breken tussen 26 en 34 weken is 1% en tussen 34 en 37 weken 1,5%. Derhalve kan opname overwogen worden.

Indien er tijdens de partus een verdenking op vasaprevia is, dient een spoedsectio caesarea te worden verricht als de neonatale levenskansen voldoende geacht worden.

B CERVICAAL BLOEDVERLIES

Indien geen duidelijke oorzaak voor bloedverlies uit de uterus is vastgesteld dient onderzoek naar eventuele cervicale oorzaken te worden uitgevoerd. Wordt bij speculumonderzoek cervicaal bloedverlies waargenomen, dan kan als aanvullende diagnostiek een cervixkweek (Chlamydia) en cervixcytologie (bij verdenking op cervixpathologie) worden afgenomen.

C BLOEDVERLIES ZONDER DUIDELIJKE OORZAAK

Bij voortdurend of herhaald bloedverlies bestaat, ook als geen diagnose gesteld is, een verhoogd perinataal risico en dient de begeleiding in de tweede lijn plaats te vinden. Bij 40% van de vrouwen met bloedverlies blijkt het uiteindelijk niet mogelijk een diagnose te stellen.

Onverklaarbaar bloedverlies in the tweede trimester is geassocieerd met vroeggeboorte (OR 3,17(CI 2,76-3,64)), vruchtdood (OR 2,09 (CI 1,43-3,06)) en congenitale afwijkingen (OR 1,42(CI 1,07-1,87)). Bij kortdurend eenmalig bloedverlies waarbij geen oorzaak is vastgesteld, hoeft de zwangere niet in de tweede lijn gecontroleerd te worden.

Bronnen

NVOG richtlijn. Bloedverlies in de tweede helft van de zwangerschap
NHG standaard Miskraam



VSV Assen