Bloedverlies in de zwangerschap

Definitie

In dit protocol wordt bloedverlies verdeeld in: 'Bloedverlies tijdens de eerste helft van de zwangerschap' en 'Bloedverlies tijdens de tweede helft van de zwangerschap'.

Bloedverlies in de eerste helft van de zwangerschap

Doel

- Het opsporen, en indien nodig verwijzen, van een niet vitale zwangerschap.
- Het opsporen van een EUG.
- Cervicaal bloedverlies opsporen (cervicitis/cervixpoliep, maligniteit (cervixcarcinoom), contactbloedingen, cytologische afwijkingen).

Achtergrond

Tijdens het eerste trimester krijgt 20% van de vrouwen te maken met vaginaal bloedverlies. 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.
Spotting van 1-2 dagen komt frequent voor en lijkt geen verhoogd risico op een miskraam te geven t.o.v. zwangerschappen zonder spotting.

Differentiële diagnostiek

A. Bloedverlies uit de uterus: Innestelingsbloeding (5-12 dagen na bevruchting), miskraam, EUG of Mola.
B. Cervicaal bloedverlies: - cervicitis/cervixpoliep - maligniteit (cervixcarcinoom) - contactbloedingen, cytologische afwijkingen.
C. Overige/onbekende oorzaak

Werkwijze

Anamnese

- Laatste menstruatie? Cyclusduur? Zwangerschapstest? Wanneer?
- Intra-uteriene zwangerschap vastgesteld (echo)?
- Bloedverlies: sinds wanneer? Hoeveel? Stolsels of weefselresten?
- Soort pijn: weeënachtige pijn, continue pijn?

- Andere klachten zoals duizeligheid, transpireren, schouderpijn, ziektegevoel of temperatuurverhoging?
- Risicofactoren EUG? Zoals: aanwijzingen voor tubapathologie (PID, eerdere EUG of subfertiliteit i.a., tubachirurgie in de voorgeschiedenis, zwangerschap ondanks sterilisatie of IUD en toepassing van ovulatie-inductie/IVF/vergelijkbare technieken.

Lichamelijk onderzoek:

- RR, pols en temperatuur.
- Palpatie buik: pijn of défense musculaire?
- Inspectie: bloed, stolsels of weefsel?
- Echo: vitale intra-uteriene graviditeit? EUG? Vrij vocht? 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.
- Indien echoscopie niet verricht kan worden of bij twijfel over bevindingen.
- Persisterend of recidiverend bloedverlies bij intacte graviditeit (min. 1x geobjectiveerd door hulpverlener) ter beoordeling van cervix (PAP smear, SOA test).

Tweede lijn

- Transvaginale echo: zwangerschap intra- of extra-uterien en foetale hartactie?
- Speculumonderzoek bij herhaaldelijk bloedverlies (PAP-smear, SOA-test). Dit kan een bron van bloedingen aan het licht brengen die niets met zwangerschap te maken heeft; in dergelijke gevallen hangt verdere evaluatie af van de aard van de afwijking.
- Laboratoriumonderzoek. Metingen van hCG zijn nuttig als echografie niet-diagnostisch is.
    - Bij hemodynamisch stabiele patiënten kan een uitgangs Hb nuttig zijn indien er sprake is van hevig vaginaal bloedverlies.

VSV Assen

Herziening maart 2026

Bloedverlies in de tweede helft van de zwangerschap

Doel
Een inschatting maken of vaginaal bloedverlies een teken kan zijn van ernstig obstetrisch ziektebeeld waarbij een spoedverwijzing naar de gynaecoloog geïndiceerd is.

Achtergrond
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 is.

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.

Werkwijze

Anamnese:
- Bloedverlies sinds wanneer en hoeveel? Stolsels of weefselresten verloren?
- Pijn in buik of rug: weeënachtige pijn, continue pijn?
- Andere klachten: duizeligheid, transpireren, schouderpijn, ziektegevoel of temperatuurverhoging?
- Risicofactoren voor een solutio, placenta praevia? (VG, roken, gebroken vliezen?)
- Leven voelen? Foetale nood?
- Aanleiding (trauma? Coïtus?)

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

Indicaties voor verwijzing naar de gynaecoloog zijn:
- Vermoeden van solutio, placenta praevia, vasa praevia.
- Hevig bloedverlies (bloedverlies dat aanzienlijk heviger is in duur en hoeveelheid dan bij de menstruatie).
- Toenemende pijnklachten.
- Premature contracties.
- Koorts.
- Cortonenpathologie.
- Persisterend of recidiverend bloedverlies bij intacte graviditeit ter beoordeling van cervix (PAP smear, SOA test).

Tweede lijn

Diagnostiek algemeen
- Beoordeel foetale conditie (cortonen/CTG).
- Echoscopie: beoordeel de placenta lokalisatie (verricht evt. transvaginale echografie), beoordeel of er een retro-placentaire bloeding is (NB echografisch kan dit niet altijd aangetoond worden).
- Verricht bij verdenking dreigende vroeggeboorte een cervixlengtemeting.
- Indien bij echoscopisch onderzoek geen duidelijke verklaring wordt gevonden voor het bloedverlies, doe een speculumonderzoek.
- Beschrijf bij het speculumonderzoek of het bloedverlies uit het ostium komt, dan wel dat het cervicaal lijkt (gemakkelijk bloedende portio?). Wordt bij speculumonderzoek cervicaal bloedverlies waargenomen, dan kan als aanvullende diagnostiek een cervixkweek (Chlamydia) en cervixcytologie worden afgenomen.

Therapie algemeen
- Neem patiënt op ter observatie met bedrust met douche/toilet, tenzij het duidelijk cervicaal bloedverlies is.

Geef aan rhesus-negatieve vrouwen (>30wk met RhD pos foetus) 1000IE anti-D (bij verdenking vaginaal bloedverlies bij placenta praevia: na afname Kleihauer).

A. Bloedverlies uit de uterus

Abruptio

Bij verdenking abruptio: breng infuus in en neem bloed af (kruisbloed, Hb, trombocyten, APTT, PTT, fibrinogeen, nier-en leverfuncties. Registreer de foetale harttonen. Bij indicatie voor een spoedsectio hoeft niet op de uitslagen van de stolling te worden gewacht, omdat bij aanwezige foetale hartactie de bloedstolling waarschijnlijk (nog) niet is gestoord is. Als geen foetale hartactie kan worden waargenomen, dient het foetale overlijden bevestigd te worden met echoscopisch onderzoek. Aansluitend op de abruptio kunnen meer of minder ernstige stollingsstoornissen ontstaan op basis van een verbruikscoagulopathie.

Placenta praevia

- Infuus en zo nodig volume-suppletie.
- Bloedgroeptypering incl. irregulaire antistoffen bij ruim bloedverlies (elke 72u herhalen).
- Zwangerschapsduur <34 weken: overweeg corticosteroiden ter foetale longrijping, protocol dreigende vroeggeboorte.
- Verricht een sectio indien het bloedverlies niet adequaat te compenseren is of de foetale conditie hier aanleiding toe geeft.
- Z.n. ferrofumaraat starten indien Hb laag. Bij acuut bloedverlies kan bloedtransfusie overwogen worden, vooral bij vroege termijn.

Vasa praevia
Verricht een spoedsectio 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 het tweede trimester is geassocieerd met vroeggeboorte (OR 3,17(CI 2,76-3,64)), IUVD (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.
- UpToDate. Bloedverlies in de zwangerschap.
- https://deverloskundige.nl/themas/variaties-en-complicaties/bloedverlies-tijdens-de-zwangerschap-wat-betekent-dat

Auteurs:
Rianne Jonkman, Esther Tuinman-Vollaard, Jolien Verstraete.