

vSv

Franciscus
08-05-2024

'Stappen maken naar
integrale geboortezorg'

Algemeen

Bloedverlies tijdens de zwangerschap komt vaak voor, vooral in de eerste 3 maanden van de zwangerschap. Dit kan verschillende oorzaken hebben, bijvoorbeeld innesteling van het embryo in de uterus of afwijkingen aan de cervix. Soms is een spontane abortus de reden van het bloedverlies.

Definitie

Zwangeren met bloedverlies AD 5+3 en <13 weken amenorroeduur

Doel

Eenduidige werkwijze onder de eerstelijns verloskundigen voor bloedverlies in het eerste trimester van de zwangerschap.

Werkwijze consult

Informeel cliënt altijd deze werkwijze een nieuwe vorm van samenwerking is tussen de verloskundigen en de gynaecologen. Indien de cliënt dit wenst bestaat de mogelijkheid om direct verwezen te worden naar de tweedelijns.

- Cliënte wordt aangemeld door 1e lijns verloskundige bij het triagecentrum. 1e lijns verloskundige heeft cliënte eerst gesproken en uitgevraagd hoeveel vaginaal bloedverlies het is en of zij een acute buik heeft.
- Indien verdenking shock en/of acute buikklachten > Ambulance A1 rit door verloskundige geregeld direct naar Franciscus locatie Gasthuis.
- Indien bloedverlies, al dan niet met buikpijn afspraak op VPTC <24 uur

Anamnese uitvragen

- G/P & Amenorroeduur obv cyclusduur, regulaire cyclus
- Locatie zwangerschap al bekend
- Hoeveelheid bloedverlies
- Sinds wanneer en hoe vaak
- Kleur bloedverlies
- Buikpijn & Locatie
- Voorgeschiedenis (SOA)
- Symptomen van EUG (zie bijlage 1)

Lichamelijk onderzoek

- TAE of TVE afhankelijk van termijn en zicht.
- Zwangerschap intra uterinen - Indien geen IUG zichtbaar > ZOL protocol.
- Hartactie
- Tekenen van hematoom in utero > indien hematoom en deze na 13 weken/ETSEO er nog zit > verwijzing 2e lijn vanwege verhoogde kans op partus immatures.

Echografisch onderzoek

Volgens de NVOG wordt bij een CRL <33mm (=AD10+0) een transvaginale echo aanbevolen voor de beoordeling van de intactheid van de zwangerschap. Hierbij dient gekeken te worden naar de locatie in de uterus en dienen de ovaria beoordeeld te worden.

IUG/EUG

- Bij een IUG is een echolucente holte in de uterus zichtbaar met een hyperechogene rand met al dan niet foetale delen of dooierzak zichtbaar. Belangrijk is dat de holte

Consult VPTC

> Vaginaal bloedverlies in het 1e trimester

niet in de cavumlijn zit, maar hierboven of hieronder gecentraliseerd is.

Bij een holte in de cavumlijn is een aanwijzing voor een EUG. De echolucente holte kan middels 3 richtingen gemeten worden, waarna een gemiddelde zwangerschapsduur naar voren komt.

- Hartactie is zichtbaar 17 dagen na een positieve zwangerschapstest.
- Indien geen IUG zichtbaar, dient van een EUG uit te gaan tot het tegendeel bewezen is.

Beoordeel bij het transvaginaal onderzoek minimaal de volgende aspecten en sla deze plaatjes op.

- Uterus sagittaal en transversaal en hierbij het endometrium/myometrium
- Endometrium meting in sagittale doorsnede
- Ovaria links en rechts
- Overzichtsfoto (mogelijk vocht in cavum Douglasi)
- Cervix

Recidiverend bloedverlies

- Speculumonderzoek:
 - o Kweek PCR: chlamydia – Gonorrhoe en Trichomonas (uitslag duurt 48u).
 - o Cervixsmear (indien <6mnd geleden gedaan is een CX niet nuttig) (uitslag duurt 21 dagen).
- Vaginaal toucher voor het beoordelen van de cervix.
Bij afwijkingen zal de cervix anders aanvoelen.

Beleid

- Indien geen afwijkingen > cliënt uitleg en instructies geven.
Tevens de verwijzer informeren over het resultaat.
- IUG zichtbaar zonder hartactie > uitleg missed abortion, telefonische terugkoppeling naar verwijzer.
- Indien geen IUG zichtbaar en eerder geen IUG gezien > ZOL protocol inzetten.
- Indien geen IUG zichtbaar en wel eerder IUG gezien > miskraam (in gang).
- Bij een verdenking EUG > verwijzing 2e lijn, cliënt instrueren nuchter te blijven.

Indien afwijkingen rondom de kweek PCR: huisarts cliënt contacten en vragen om behandeling.

Indien afwijkende cervixsmear: verwijzen naar de 2e lijn.

LET OP: stel de diagnose complete miskraam bij een echoscopisch leeg cavum zonder vooraf bevestigde intra-uteriene zwangerschap pas als een EUG is uitgesloten.

Na afloop van consult wordt alles geregistreerd in het bronsysteem.

Er vindt terugkoppeling plaats naar de verwijzer. Het consult wordt geregistreerd op de registratielijst van de verloskundigenpost.

Bijlage 1: EUG / ZOL.

Risicofactoren EUG

- EUG in de voorgeschiedenis
- Tubachirurgie i.a.
- Sterilisatie
- IUD in situ
- Endometriose
- SOA's of PID i.a.
- Fertiliteitsproblematiek
- IVF
- Gecompliceerde buikoperaties

Klachten passend bij EUG

- Subjectieve zwangerschapsverschijnselen
- Vaginaal bloedverlies
- Buik- of bekkenpijn
- Schouderpijn
- Duizeligheid, syncope
- Urineweg symptomen
- Gastro-intestinale symptomen (zoals diarree, misselijkheid en braken)

Echoscopische aanwijzingen voor EUG

- EUG buiten de uterus (sensitiviteit 87-99%, specificiteit 94-99%)
- Ectopische massa (sensitiviteit 84%)
- Vrij vocht in cavum Douglasi (28-56% bij eug)
- Pseudosac: kleine hoeveelheid vocht in het cavum. Verschil met vruchtzak is dat het vocht centraal in het cavum gelegen is en dit vocht niet met een echodense structuur omgeven is (20% van de gevallen)

Beslisboom VerloskundigenPost

Vaginaal bloedverlies in het 1e trimester < 13 weken

