

Protocol bloedverlies in vroege zwangerschap

Definitie

Zwangerschap <12 weken amenorroeduur met buikpijn/bloedverlies.

Doel

Bij aanvang van de zwangerschap dienen een aantal zaken duidelijk te worden. Ten eerste: is er een (gewenste) zwangerschap aanwezig? Zo ja, ten tweede: waar is de zwangerschap gelokaliseerd (intra- vs. extra-uterien)? Ten derde: hoever gevorderd is de zwangerschap en ten vierde: is het een vitale zwangerschap?

Betrokkenen

- Patiënte en partner
- Huisarts
- Eerstelijns verloskundige
- Klinisch verloskundige
- Arts-assistent
- Gynaecoloog

Locatie van de zwangerschap

Bij een vroege zwangerschap is het belangrijk om allereerst de anamnese volledig af te nemen om tot een goede werkdiagnose te komen.

Vraag naar:

- Eerste dag van de laatste menstruatie (ELM)
- Positieve zwangerschapstest (wanneer bepaald?)
- Regelmaat menstruatiecyclus en de duur van de cyclus
- Eerdere zwangerschappen/miskramen

En op indicatie naar:

- Duizeligheid, transpireren, flauwvallen, koorts
- Mate en duur van bloedverlies, verlies van stolsels en/of weefselresten
- Buikpijn
- Risicofactoren voor EUG (oa SOA's, endometriose)
- Mictie / defecatie
- Coïtus

(eventueel) lichamelijk onderzoek :

- Pols, tensie, temperatuur
- Palpatie van buik (drukpijnlijk)
- Echografisch onderzoek

Een echoscopisch leeg cavum bij een vrouw met vaginaal bloedverlies en een positieve zwangerschapstest kan suspect zijn voor een miskraam. De zorgverlener moet er op bedacht zijn dat er ook sprake kan zijn van een EUG. Verder aanvullend onderzoek in de tweede lijn is dan geïndiceerd.

Klachten die kunnen passen bij een EUG

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

Bij onzekerheid over een aanwezige zwangerschap kan een zwangerschapstest worden gedaan. Bij verdenking op een EUG of mola zwangerschap dient er direct te worden verwezen naar de tweede lijn.

Voor de juiste beoordeling van het hCG in combinatie met echografische bevindingen is tweedelijns specialistisch echo onderzoek noodzakelijk. Het bepalen van het hCG dient derhalve uitsluitend in de tweedelijns plaats te vinden.

Termijn en vitaliteit van een intra-uteriene zwangerschap

Vanaf een amenorroeduur van 5+3 weken en een zwangerschapsring van >15mm is met vaginale echoscopie mogelijk om hartactie waar te nemen. Dit verschilt per echoapparatuur en echoscopist. Aangeraden wordt om echoscopisch onderzoek te doen v.a. 6w4d amenorroeduur op basis van ELM om de vitaliteit te beoordelen. Vaginale echoscopie heeft de voorkeur boven abdominale echoscopie om de vitaliteit te beoordelen.

Herhaal de echo na 7 tot 14 dagen bij twijfel aan de vitaliteit van het embryo.

De diagnose niet-vitale vroege zwangerschap (n.b. de term 'missed abortion' is verlaten) kan gesteld worden indien er met de vaginale echoscopie sprake is van:

- Crown-rump lengte ≥ 7 mm zonder hartactie
- De gemiddelde diameter (het liefst in drie dimensies gemeten) van de vruchtzak ≥ 25 mm zonder embryonale delen ('lege vruchtzak')
- Afwezigheid van een embryo met een positieve hartactie ≥ 2 weken na een initiële echoscopie dat een vruchtzak *zonder* dooierzak toonde
- Afwezigheid van een embryo met een positieve hartactie ≥ 11 dagen na een initiële echoscopie dat een vruchtzak *met* dooierzak toonde

Behandeling bij niet-vitale zwangerschap

Voorlichting over de volgende mogelijkheden:

1. Expectatief beleid: wekelijkse controle, of eerder indien:
 - Hevig bloedverlies
 - Buikpijn
 - Koorts
 - Ongerustheid

Een expectatief beleid heeft zeker de eerste week na vaststellen van een niet vitale graviditeit de voorkeur gaat uit naar twee weken aangezien de meeste spontane miskramen optreden in de eerste 2 weken na vaststellen van de niet vitale zwangerschap. Verwijs patiënte na deze weken naar de tweede lijn. De overige opties kunnen dan met haar worden besproken, en er kan Hb/kruisbloed worden afgenomen. Mocht zij het spontaan beloop nog langer dan deze twee weken willen afwachten, is daar geen bezwaar tegen, mits controle blijft plaatsvinden, eventueel telefonisch. De voors- en tegens van langer afwachten dienen in samenspraak met de patiënte worden afgewogen. Besproken kan worden dat 60-70% van de vrouwen binnen twee weken een complete miskraam krijgen, en dat in de weken daarna de kans op alsnog een spontane miskraam daalt en de kans op een incomplete miskraam met daarbij langer of meer bloedverlies groter wordt.

2. Medicamenteuze behandeling middels mifepristone (mifegyn) en cytotec (misoprostol) (tweedelij)
3. Vacuüm curettage (tweedelij)

Indien de vrouw voorkeur heeft voor snellere verwijzing naar de tweede lijn voor aanvullende behandeling dan is dat mogelijk. Er wordt gestreefd naar plannen van een consult <1 week na aanmelding.

Anti-D

Bij een spontane miskraam, bij een bekende intacte intra-uteriene zwangerschap, dient er anti-D te worden gegeven aan alle Rhesus negatieve vrouwen met een amenorhoe duur >10 weken plus een CRL > 33mm. Degene die de vrouw in zorg heeft op dat moment is verantwoordelijk voor het toedienen van de anti-D.

Anti-D wordt gegeven bij alle Rhesus negatieve vrouwen waarbij een curettage wordt gedaan ongeacht de termijn.

Bloedverlies bij vroege zwangerschap

In ongeveer 20% van de zwangerschappen kan bloedverlies in het eerste trimester worden geobserveerd. Hier zijn meerdere oorzaken voor, variërend van zeer onschuldig tot zeer ernstig.

DD bloedverlies 1^e trimester:

- Innestelingsbloeding of menstruatie
- Post coïtus
- Cystitis / hemorrhoiden
- Ectropion
- Dreigende miskraam (krampende pijn, bloedverlies)
- Incomplete miskraam
- Vanishing twin
- EUG
- Mola zwangerschap
- Cervicitis / SOA
- Gynaecologische oorzaak, cervixpoliep of cervixcarcinoom

Bij eenmalig bloedverlies zonder aanwijsbare reden en <6 weken AD: Geef voorlichting over de mogelijkheden van bloedverlies in eerste trimester en dat er nu geen aanwijsbare (risicovolle) reden gevonden is. Overweeg een verwijzing naar de tweede lijn bij recidief bloedverlies bij een intacte zwangerschap om andere, zoals cervicale pathologie, uit te sluiten.

1. Herbeoordeling na 1 week, zo nodig eerder bij:
 - Hevig bloedverlies
 - Buikpijn
 - Koorts
 - ongerustheid
2. Indien er geen verdenking is op ernstige pathologie (o.a. verdenking op EUG, veel bloedverlies) dan kan echoscopisch onderzoek ingepland worden zodra patiënte 6+0 weken AD gepasseerd is (Asselt, et al., 2017)

Bronnen

- NVOG: richtlijn Miskraam
- NHG standaard miskraam
- NVOG: richtlijn Tubaire Extra Uteriene Graviditeit (EUG) en Zwangerschap met Onbekende Locatie (ZOL)
- Asselt, et al., 2017

Protocol gemaakt door	Anne-Lotte van der Kooi, AIOS gynaecologie Liv Freeman, gynaecoloog-perinatoloog
Besproken met	Lineke van den Berg, 1 ^e lijns verloskundige Madelaine Jonkers, klinisch verloskundige Hans Versendaal, perinatoloog-gynaecoloog Robbert van Oppenraaij, gynaecoloog Lineke van den Berg, 1e lijns verloskundige Gardy Laurijssen, 1e lijns verloskundige Pauline Doedens, 1e lijns verloskundige Sabrina Grinwis-Henseler, 1e lijn verloskundige Rashida Visser, 1e lijns verloskundige Renate Middelveld, kraamzorg Elvira Sakko, klinisch verloskundige
Goedgekeurd op	25-01-2022

Bijlage 1: Stroomdiagram (Asselt, et al., 2017)

