Doel
Het voorkomen van / vroegtijdige herkenning van maternale en foetale morbiditeit/mortaliteit ten gevolgen van een abruptio placentae

Doelgroep
Gynaecoloog, verloskundige eerste en tweede lijn, O-verpleegkundigen (i.o.)

Aandachtspunten
- In geval van een spoedsectio vragen of er een kinderverpleegkundige mee kan voor de opvang van de neonaat
- MOET kar op de kamer, eventueel mee naar OK

Definitie
- Het vroegtijdig loskomen van de placenta, geheel of gedeeltelijk
- Incidentie abruptio placentae: 3-16 per 1000 bevallingen
- Incidentie partiële abruptio: 90 per 1000 bevallingen onder de AD 28 weken en 2 op 1000 bevallingen àterm
- Neonatale sterfte ten gevolgen van een abruptio placentae: 1 per 1600 bevallingen

Risicofactoren
- Abruptio in anamnese
- Sectio in anamnese
- Myomen (submuceus èretroplacentair)
- Uterus anomalie
- Chronische hypertensie
- Pre-eclampsie
- PPROM
- Polyhydramnion
- Meerlingzwangerschap
- Hoge maternale leeftijd (>35 jaar) en multipariteit
- Roken
- Cocaïne gebruik
- Trombofilie

Symptomen
- Vaginaal bloedverlies
- Pijnlijke uterus of rugpijn
- Foetale nood
- Premature contracties
- Hoog frequente contracties
- Hypertonie (uterus en bois)
- Intra uteriene vruchtdood
- Shock t.g.v. verbloeding
- Couvelaire uterus

Diagnostiek
Abruptio placentae is een klinische diagnose, waarbij bovenstaande symptomen aanwezig kunnen zijn. De situatie, met de bevindingen tijdens sectio of vaginale baring, dient, zo nodig achteraf, goed gedocumenteerd te worden. De diagnose wordt gesteld op basis van één of meer van de volgende criteria:
- Gedeeltelijk of geheel losliggende placenta
- Stolsels in utero
- Stollingsproblemen maternaal
- Couvelaire uterus
- Bloederig vruchtwater
- Placenta PA

Cave verborgen bloedverlies: Ook bij het ontbreken van vaginaal bloedverlies kan een hypovolemische shock optreden als gevolg van een bloeding achter de placenta, eventueel op te merken door stijging van de fundushoogte.

Couvelaire uterus: Ten gevolgen van extravasatie van bloed in het myometrium en onder de serosa, ontstaat een uteroplacentaire apoplexy, beter bekend als een couvelaire uterus

Mogelijke complicaties bij een complete abruptio placentae
- Hypovolemisch shock
- Intra uteriene vruchtdood
- Verbruikscoagulopathie: laag fibrinogeen, hoog D-dimeer, lage stollingsfactoren, DIS (in 10-20% bij tevens IUVD)
- Nierfalen: vaak ten gevolgen van hypovolemie, in 75% van de gevallen met nierfalen betreft het een reversibele acute tubulus necrose

Beleid bij acute abruptio placentae
- *Logistiek bij aankondiging abruptio placentae vanuit thuis*:
  - Zet protocol 'Parallelle acties' in, zie 0531
    Zorg voor goede voorbereiding voor opvang van patiënte
    Zie verpleegkundig protocol 2708
  - Materiaal infusen klaarleggen, lab aanvraag in overleg met gynaecoloog
  - Echo standby : controle foetale conditie en placentae
  - CTG standby : contole cortonen
  - MOET kar standby
  - Gynaecoloog op afdeling aanwezig
  - TILT (linker zijligging) met 15 liter O_2 / min

- *Bij mogelijk vitaal bedreigde zwangerschap*:
  Eerste opvang op SEH, met infusen, MOET kar, lab +aanvragen (minimaal 2 PCs en 1 FFP) en ECHO, gynaecoloog en zm verloskundig team aanwezig.
  Echo verrichten voor de foetale conditie, indien positieve hartactie en waarschijnlijk diagnose; abruptio met vitaal bedreigde graviditeit, zo spoedig mogelijk naar OK. Inzetten protocol 'Code Rood' zie 0529
  Overweeg echo mee te nemen naar OK voor nogmaals controle foetale hartactie.
  Niet wachten op bloeduitslagen

- *Eerste beoordeling op B4*:
  Indien geen vitaal bedreigde zwangerschap, kan patiënte op B4 worden opgevangen, of vanuit de SEH worden doorgestuurd. Bovenstaande onderzoeken worden in gang gezet, inclusief CTG.

- *Bij totale abruptio placentae en IUVD*:
  - **Pas inleiden of baring nastreven indien moeder hemodynamisch stabiel is en stolling (gecontroleerd) goed is**
  - Zorg voor 2 lopende infusen, minimaal groene naald
  - Bloedafname: Bloedgroep +rhesus (zonodig), kruisbloed, bloedbeeld, electrolyten, nierfunctie, APTT, PT, fibrinogeen
  - Zorg voor goede hemodynamisch volume expansie
  - CAD met urimeter (controle diurese à 1 uur)
  - TILT (linker zijligging) met 15 liter O2 / min
  - Zo nodig corrigeren van de stolling
  - Op indicatie, maar laagdrempelig, PC's en FFP's bestellen

Vuistregel volume expansie bij abruptio placentae:
Volume suppletie dient groter te zijn dan het vaginale bloedverlies gezien er doorgaans meer verlies is dan uitwendig zichtbaar. Er dient ongeveer tweemaal zo veel vocht toegediend te worden dan geschat bloedverlies.

Monitoring op geleide van maternale pols, tensie en diurese moet per uur nauwkeurig plaatsvinden.

Partiële abruptio placentae met goede foetale conditie:
Afhankelijk van de termijn wordt beleid opgesteld.

- AD <32 weken: Indien mogelijk corticosteroïden geven.
  Geef magnesiumsulfaat: bolus 4 gram in 20 minuten, gevolgd door een continue infuus 1 gram/uur tot aan geboorte of maximaal 24 uur indien geen partus optreedt. Voor meerlingen geldt dezelfde dosering als voor eenlingen.
- Tocolyse is relatief gecontra-indiceerd. Indien er na overleg met een tweede gynaecoloog besloten wordt tot tocolyse wordt Atosiban gestart. **Géén** nifedipine.
- Tussen de AD 32-34 weken alleen corticosteroïden, mits de tijd het toelaat, dit dient per casus te worden besproken.
- Boven de 34 weken baring, dan wel sectio, nastreven

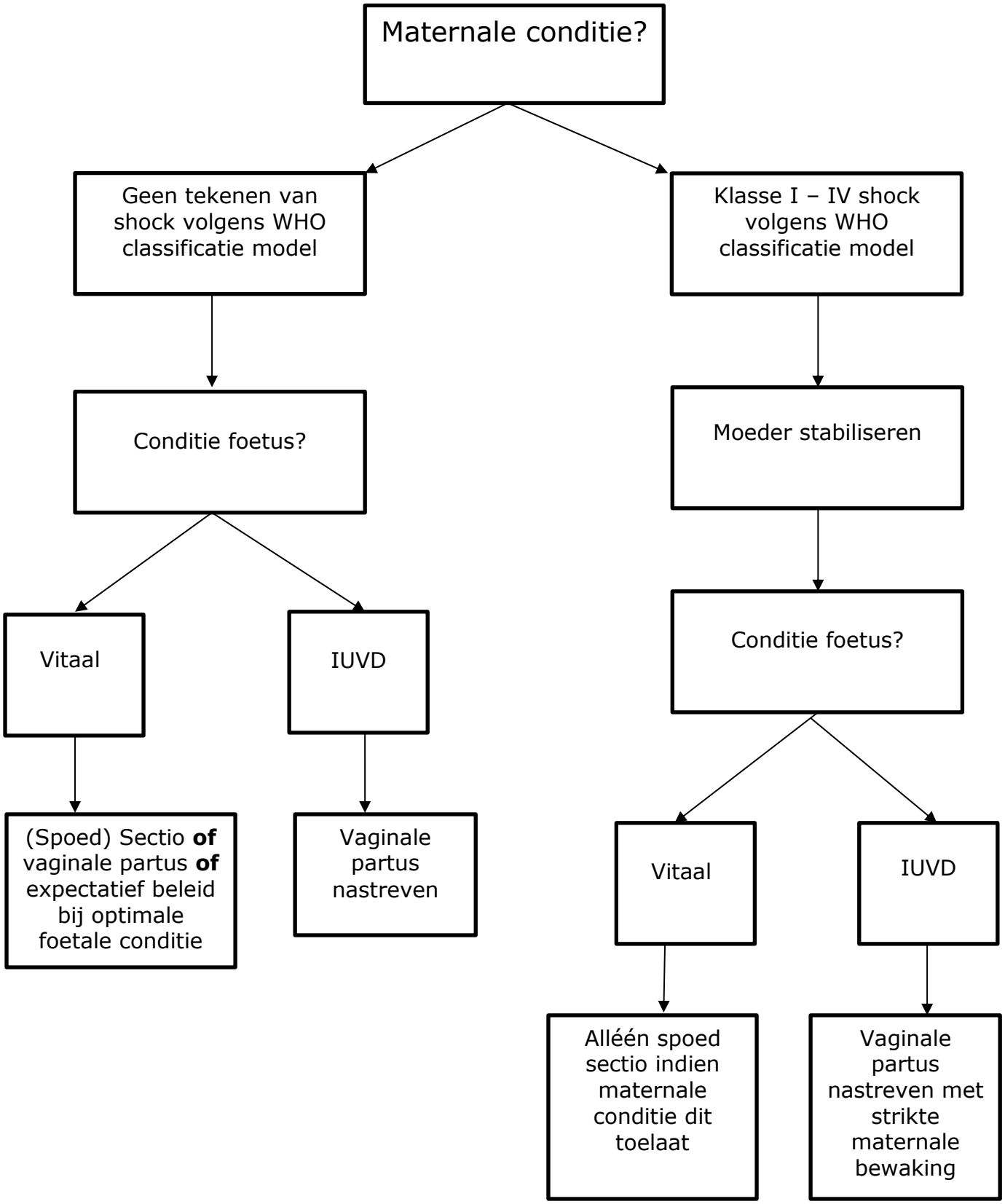
Beleid bij patiënten met een abruptio placentae in anamnese
De absolute kans op herhaling na een abruptio in de voorgeschiedenis bedraagt 5-15%.
Na tweemaal een doorgemaakte abruptio placentae is de kans op herhaling 20-25%.
Er is geen consensus in de literatuur over het nut van een preventieve opname. Dit is eventueel op psychosociale en/of reisafstand indicatie per casus te bekijken.

Bij een abruptio in de voorgeschiedenis voor de AD 34 weken, tijdstip van de partus individualiseren. Bij een abruptio AD <34 weken in anamnese, corticosteroïden ter foetale longrijping preventief overwegen, gezien mogelijkheid op recidief. Baring nastreven vanaf AD 37-38 weken.

Postpartum beleid
Trombofilie onderzoek moet alleen worden ingezet op indicatie.
Van groot belang zijn een goede anamnese en familie anamnese met betrekking tot stollingsproblematiek / trombose en eventuele herhaalde miskramen.
Indien de placenta PA placentabedpathologie liet zien, of bij de abruptio tevens een PIH of PE was, is **acetylsalicylzuur 160mg / dag** geïndiceerd in een volgende zwangerschap vanaf AD 8-10 weken tot 36 weken.

Bronnen
- Williams Obstetrics
- MOET cursus boek
- Addis A ea, Fetal effects of cocaine: an updated metaanalysis. Reprod Toxicol. 2001 Jul-Aug;15(4):341-69
- Aydeniz B ea, Significance of myoma-induced complications in pregnancy. A comparative analysis of pregnancy course with and without myoma involvement] Z Geburtshilfe Neonatol. 1998 Jul-Aug;202(4):154-8
- Matsaseng T ea, Pregnancy outcomes in patients with previous history of abruptio placentae. Int J Gynaecol Obstet. 2006 Mar;92(3):253-4
- Furuhashi M ea, Pregnancy following placental abruption. Arch Gynecol Obstet. 2002 Nov;267(1):11-3
- NVOG richtlijn bloedverlies tweede helft zwangerschap, 2008
- Protocol Abruptio Placentae, UMCGroningen

Bijlagen
- *Bijlage 1 : Classificatie model WHO, hypovolemische shock*:

Shock klasse	**Klasse 1**	**Klasse 2**	**Klasse 3**	**Klasse 4**
Bloedverlies	<750cc	750-1500cc	1500-2000cc	>2000cc
Volume	<15%	15-30%	30-40%	>40%
Pols	<100 sl/min	>100 sl/min	>120 sl/min	>140 sl/min
Bloeddruk	normaal	normaal	verlaagd	verlaagd
Urine productie	>30cc/u	20-30cc/u	5-15cc/u	Nihil
Mentaal	alert	angst	verward	lethargie

Bijlage 2 : Stroomdiagram bij verdenking abruptio placentae **:**