

Het gebruik van profylactische uterotonica in Nederland in beeld gebracht

Survey of prophylactic use of uterotonics in the third stage of labour in the Netherlands^[1]

Suze Jans

Een fluxus postpartum (HPP; meer dan 1000 cc bloedverlies) is een serieuze complicatie voor de moeder. Internationale richtlijnen bevelen *Active Management of the Third Stage of Labour* (AMTSL) omdat dit het risico op HPP zou halveren. In Nederland lijkt een grote variatie te bestaan wat betreft het beleid voor het derde tijdperk. De KNOV heeft geen richtlijn voor het derde tijdperk en de NVOG adviseert een actief beleid postpartum wat niet hetzelfde is als AMTSL. Nederlandse onderzoekers uit Leiden onderzochten de kennis en het beleid in de Nederlandse verloskunde; zowel in de eerste- als tweedelij.

HPP wordt in Nederland gedefinieerd als meer dan 1000 cc bloedverlies postpartum^[2]. De internationale definitie spreekt van een minor HPP wanneer het bloedverlies meer dan 500 cc bedraagt en een major HPP wanneer het om meer dan 1000cc bloedverlies gaat^[3]. HPP komt in ons land bij 5,9% van alle bevallingen voor; bij laag-risicobevallingen is de incidentie 3,4%^[4].

Het beleid in de NVOG-richtlijn bestaat uit het profylactisch toedienen van uterotonica, in vulva afnavelen en CCT^[5]. De Cochrane review uit 2011 laat zien dat wanneer standaard AMTSL wordt toegepast, de incidentie van HPP en anemie postpartum significant vermindert, maar wel meer bijwerkingen – zoals een verhoogde bloeddruk postpartum, misselijkheid, naweeën, gebruik van pijnstilling postpartum en opname postpartum – geeft. AMTSL heeft geen invloed op de incidentie van HPP bij vrouwen met een laag risico hierop^[6]. Een Nederlandse studie uit 1996 liet zien dat 10% van de

Active Management of the Third Stage of Labour (AMTSL)

Het beleid rondom het derde tijdperk van de bevalling verschilt wereldwijd. Zowel de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) als de International Confederation of Midwives (ICM) en de International Federation of Gynaecologists and Obstetricians (FIGO) adviseren AMTSL^[3, 9]. AMTSL is een combinatie van technieken en kent verschillende definities. Het is onduidelijk wat de bijdrage van de verschillende onderdelen van AMTSL aan de reductie van bloedverlies postpartum is^[10].

De huidige internationale definitie luidt als volgt: Het toedienen van uterotonica zo spoedig mogelijk na de geboorte van het kind; *Controlled Cord Traction (CCT)* en uterusmassage nadat de placenta en vliezen zijn verwijderd^[9].

verloskundigen en 55% van de gynaecologen postpartum profylactisch uterotonica toedienen^[7]. Hoe deze cijfers tegenwoordig zijn, is niet bekend. Evenmin is bekend wat de kennis is van verloskundige hulpverleners met betrekking tot AMTSL. Marit Smit en collega's onderzochten het beleid post partum en de kennis van AMTSL binnen zowel eerstelijns verloskundige praktijken als tweedelijns klinieken in Nederland.

Methodiek

Smit et al. verstuurden een vragenlijst naar de chefs de clinique van alle afdelingen verloskunde in Nederland (n=91) en alle eerstelijns verloskundige praktijken (n=528). In de vragenlijst werd gevraagd naar het bestaan

Dr. Suze Jans is verloskundige en senior onderzoeker op de afdeling Midwifery Science, VUmc / AVAG en lid van de redactie.

van protocollen; het huidige beleid postpartum en de kennis met betrekking tot AMTSL.

Resultaten

Na herinneringen verstuurd te hebben, reageerde 92,3% van de verloskundige klinieken en 82,6% van de eerstelijns verloskundige praktijken. In 51,8% van de eerstelijns verloskundige praktijken was een schriftelijk of mondeling protocol aanwezig voor de begeleiding van het derde tijdperk in vergelijking met 91,7% van de ziekenhuizen. Van de praktijken en afdelingen met een bestaand protocol gaf 59,1% van de eerste lijn en 96,4% van de tweede lijn prophylactisch oxytocine postpartum. Bij de praktijken zonder protocol was dit respectievelijk 55,11% en 83,3%. De meeste verloskundigen en gynaecologen gaven de voorkeur aan oxytocine: 5 IE werd gebruikt bij 20,2% van de eerstelijns verloskundige praktijken en 59,8% van de tweedelijns klinieken. De hogere dosering van 10 IE had de voorkeur in de eerstelijns verloskundige praktijken, namelijk 79,8% in tegenstelling tot 40,2% van de tweedelijns klinieken.

Alle verloskundigen gaven de oxytocine per intramusculaire (IM) injectie. Bij de gynaecologen gaf 66,3% de oxytocine IM, de rest gaf dit intraveneus (IV).

De respondenten van praktijken waar een protocol aanwezig was, maar die geen AMTSL toepasten, werd gevraagd naar hun motivatie voor dit beleid. Hierbij gaf 91,1% van de verloskundige praktijken en twee ziekenhuisafdelingen aan dat zij het routinematig toedienen van oxytocine aan vrouwen zonder een verhoogd risico op HPP onnodig vonden.

Wat betreft de kennis over AMTSL, vindt 96,1% van de eerstelijns verloskundige praktijken en 98,8% van de ziekenhuis afdelingen dat het geven van uterotonica onderdeel is van AMTSL. Vertraagd afnemen (delayed cord clamping), behoorde volgens 87,4% van de verloskundigen en 88,1% van de gynaecologen tot AMTSL. Veel minder essentieel werden CCT (verloskundigen 15,8% en gynaecologen 71,4%) en uterusmassage (verloskundigen 10,1% en gynaecologen 20,2%) gezien als onderdeel van AMTSL.

De verschillen tussen de eerste- en tweede lijn bleken in alle gevallen statistisch significant ($p < 0,01$).

Conclusie

De onderzoekers concluderen dat het routinematig gebruik van oxytocine aanzienlijk is toegenomen in de Nederlandse verloskunde. Het geven van prophylactische oxytocine postpartum aan vrouwen met een laag risico op HPP is geen standaard beleid in de eerste lijn in tegenstelling tot de tweedelijns.

Hoewel er voor hoogrisicovrouwen voldoende bewijs is ten aanzien van het gebruik van prophylactische oxytocine is verder onderzoek nodig naar het routinematig gebruik van uterotonica in eerstelijns verloskundige praktijken. Bovendien adviseren Smit et al. dat er een landelijke richtlijn voor het beleid in het derde tijdperk in de eerstelijns verloskundige praktijk zou moeten worden geschreven.

Hoewel Smit et al. in de introductie van hun artikel refereren aan een toenemende incidentie van HPP in geïndustrialiseerde landen^[8], geven zij geen antwoord op de vraag of dit in Nederland ook het geval is. Dit is een logische vraag in het licht van het toegenomen gebruik van uterotonica zoals deze studie laat zien. ■

Referenties

- [1] Smit M, Stralen G van, Wolterbeek R, et al. Survey of prophylactic use of uterotonics in the third stage of labour in the Netherlands. 2013. *Midwifery*. Dec. 5 2012. Epublication ahead of print.
- [2] Verloskundig Vademecum. Eind rapport van de Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen. 2003.
- [3] WHO. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. 2009. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009>.
- [4] Stichting Perinatale Registratie Nederland, Utrecht, 2008.
- [5] NVOG. Richtlijn Haemorrhagia PostPartum. 2006.
- [6] Begley CM, Gyte GM, Devane D, et al. Active versus expectant management for Women in the third stage of labour. 2011. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD007412.
- [7] Groot AN de, Roosmalen J van, Dongen PW van. Survey of the management of third stage of labour in the Netherlands. 1996. *European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology*. 66, 39-40.
- [8] Knight M, Callaghan WM, Berg C, et al. Trends in postpartum haemorrhage in high resource countries: a review and recommendations from the International Postpartum Haemorrhage Collaborative Group. *BMC pregnancy and Childbirth* 9, 55.
- [9] FIGO/ICM: Joint Statement. Management of the Third Stage of Labour to Prevent Post-partum Haemorrhage 2007. www.figo.org.
- [10] Gülmezoglu AM, Widmer M, Merialdi M, et al. Active management of the third stage of labour without controlled cord traction: a randomized non-inferiority controlled trial. *J. of reproductive health*. 2009 Jan 21;6:2.