

HPP revisited

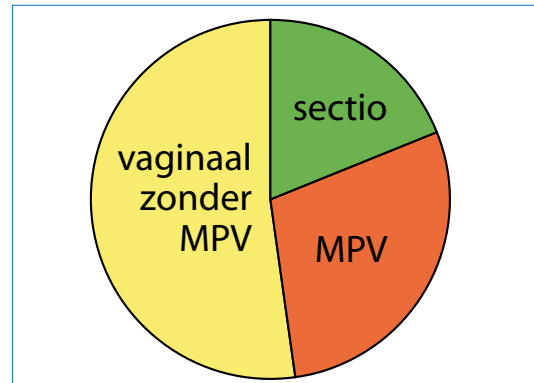
T. de Neef, A. Franx en C.C.T. Rietberg, met medewerking van H.C.J. Scheepers

Inleiding

Bijna twee jaar geleden rapporteerden wij op deze plaats wat ons opviel in de LVR2 aangaande haemorrhagia post partum (HPP): de sterke toename gedurende de voorgaande vijf jaar.¹ Zo'n toename is ook geconstateerd in andere landen en een bevredigende verklaring ontbreekt. Dit heeft ons ertoe aangezet om nog eens op een andere manier naar de beschikbare gegevens te kijken. Het idee was dat er wellicht praktijken zijn die zich onttrekken aan de algemene trend door een lage, stabiele of zelfs dalende incidentie van HPP, en dat er in het beleid dat deze praktijken voeren, generaliseerbare aanknopingspunten zijn voor verbetering. Met hulp van Stichting Perinatale Registratie Nederland hebben wij een klein aantal van dergelijke *best-of-class*-praktijken geselecteerd en bevraagd om te zien of we tot een hypothese over goed HPP-beleid zouden kunnen komen. Dat laatste is niet gelukt maar de gesprekken hebben wel geleid tot meer inzicht in het fenomeen.

Einde baring

Gemiddeld over alle casus in de periode 2005-2009 komt HPP (> 1000 ml) voor bij 6,6% van de tweedelijsbevallingen. Er zijn diverse correlaties: bij zwaardere kinderen komt het meer voor dan bij lichte; bij tweelingen is de incidentie tweemaal zo hoog als bij eenlingen; hoe jonger de moeder, hoe kleiner de kans. Maar geen van deze correlaties lijkt een verklaring te geven voor de grote verschillen tussen praktijken onderling, noch voor de trend (6% HPP in 2005, 7,5% in 2009). Voor de verdere analyses beperken we ons tot eenlingbevallingen. Casus waarbij het kind ante partum was overleden sluiten we uit, evenals de casus waarbij de tweedelijsbegeleiding pas na de geboorte van het kind begon - een beperking die met name invloed heeft op het aantal manuele placentaverwijderingen in de onderzoeksgroep.



Figuur 1. Gemiddelde verdeling van HPP-casus.

In deze referentiegroep is de incidentie iets lager (6,0% over de periode 2005-2009). Het is verhelderend om drie situaties te onderscheiden:

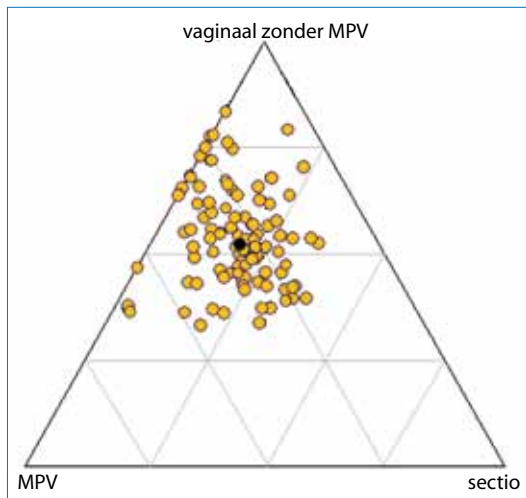
1. De baring eindigde met een sectio (primair of secundair).
 2. Op een vaginale baring volgde een manuele placentaverwijdering (MPV).
 3. De baring was vaginaal en er volgde geen MPV.
- Aantallen en percentages voor deze situaties worden samengevat in tabel 1.

Circa de helft van alle HPP's treedt op bij vaginale baringen zonder MPV (zie figuur 1). Rond een derde van alle HPP-casus is gerelateerd aan MPV en sectio's dragen een vijfde bij aan de geregistreerde HPP's. De diversiteit onder praktijken is uitzonderlijk groot en kan sterk verschillen tussen deze situaties. Dit wordt uitgebeeld in figuur 2.

Ieder rondje in deze figuur stelt een praktijk voor en zijn positie bepaalt hoe figuur 1 er voor die praktijk uitziet. De nabijheid van een hoekpunt geeft aan dat de betreffende situatie voor die praktijk overheersend was. De zwarte punt geeft het gemiddelde weer (de situatie van figuur 1). Het is duidelijk dat er prak-

Situatie (2005-2009)	Sectio	Vaginaal met MPV	Vaginaal zonder MPV
Bevallingen	120.277	15.965	407.470
HPP (> 1000 ml)	6.203	9.727	17.365
% HPP	5,2%	61%	4,3%

Tabel 1. Indeling van HPP-casus naar karakteristiek einde baring.



Figuur 2. Verdeling van HPP-casus per praktijk.

tijken zijn (bovenin de driehoek) waarbij HPP voornamelijk wordt geregistreerd bij vaginale bevallingen zonder MPV. De praktijken langs de linker zijkant registreren geen HPP bij sectio's. Er zijn praktijken met meer dan 60% van al hun geregistreerde HPP's bij MPV; er zijn er ook waar dat minder is dan 10%. We beschouwen deze drie situaties daarom afzonderlijk.

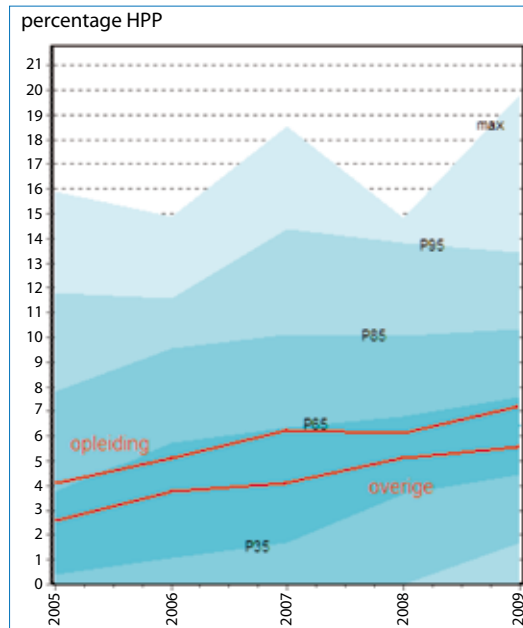
Sectio's

Voor sectio's kunnen we ervan uitgaan dat er de afgelopen jaren weinig is veranderd aan de techniek, bemensing en de wijze van meten van bloedverlies. Toch is juist bij sectio's de toename van geregistreerde HPP over de jaren opvallend. Bovendien is het verschil tussen opleidingsklinieken en overige praktijken significant. HPP bij sectio's in opleidingsklinieken stijgt in de periode 2005-2009 van 4,1% tot 7,1% (een toename van 72%); bij de overige praktijken is dat van 2,6% tot 5,5% (111% toename!). Zie figuur 3.

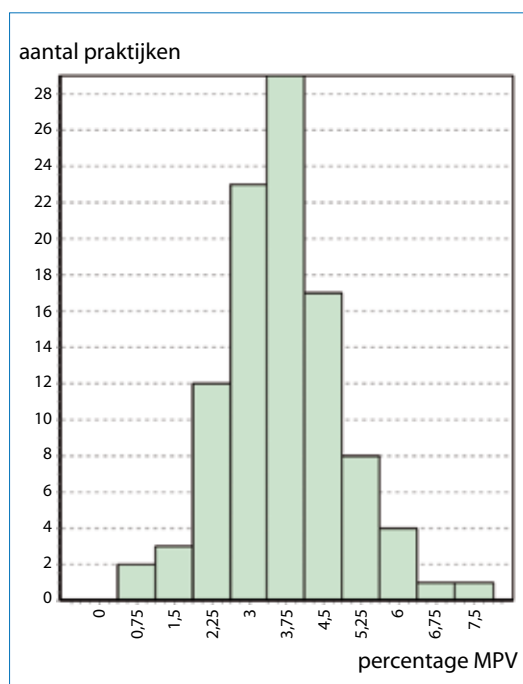
De figuur geeft met een blauwe arcering percentielbanden aan voor alle praktijken. Verschillen en fouten bij de registratie zullen een rol spelen. Zo is het onwaarschijnlijk dat er praktijken zijn zonder HPP bij sectio's. Maar wij hebben ten minste één praktijk ontmoet waar een zeer gering percentage HPP bij sectio's werd ondersteund door terugkoppeling van het laboratorium over het (geringe) aantal bloedtransfusies. En uit de LVR2 blijkt ook dat sommige praktijken wel HPP registreren bij sectio's bij tweelingbevallingen en niet/nauwelijks bij eenlingsectio's. Een zeker opportunisme zal de cijfers echter wel beïnvloeden. De onderlinge verschillen tussen praktijken zijn niettemin groot. Overigens blijkt uit de registratie dat het risico op HPP bij secundaire sectio's niet groter is dan bij primaire sectio's.

Manuele placentaverwijdering

Het risico dat de placenta manueel moet worden



Figuur 3. Spreiding van klinieken (HPP bij sectio's).



Figuur 4. Spreiding van praktijken naar percentage MPV's bij vaginale baringen.

verwijderd is sterk afhankelijk van de leeftijd van de moeder (2% bij 25 jaar, 5% bij 35 jaar). Het neemt iets af met toenemende pariteit (4,1% bij het eerste en 2,8% bij het vierde kind). Maar uitgesproken correlaties met verloskundig beleid lijken er niet te zijn. Inleidingen, stimulatie, pijnbestrijding, hulp bij het einde van de baring, zwangerschapsduur: ze zijn allemaal slechts van beperkte invloed (minder dan 1%) op het risico. Toch zijn er grote onderlinge verschillen in het percentage MPV's. Figuur 4 beeldt die uit.

MPV wordt soms foutief gecodeerd bij sectio's, maar er zijn geen aanwijzingen dat er grote fouten worden gemaakt bij de registratie van MPV bij vaginaal eindigende bevallingen. De grafiek geeft een beeld van de situatie over de periode 2005-2009. Daaruit blijkt dat er ongeveer net zo veel praktijken zijn met 2,5% MPV of minder als met 5% of meer. De kans op HPP bij manuele placentaverwijdering is groot bij alle praktijken. Behalve enkele extremen meten we percentages tussen 50% en 75% met een gemiddelde van 61%. De laatste drie jaar stabiliseert dit percentage.

Vaginaal zonder MPV

Er is één casemixfactor die de kans op bloedverlies zeer sterk beïnvloedt: het geboortegewicht van het kind. Figuur 5 laat zien dat het risico op HPP bij vaginale bevallingen (waarbij geen MPV hoefde te worden verricht) toeneemt van 2,5% bij lichte kinderen tot 10% bij zware kinderen.

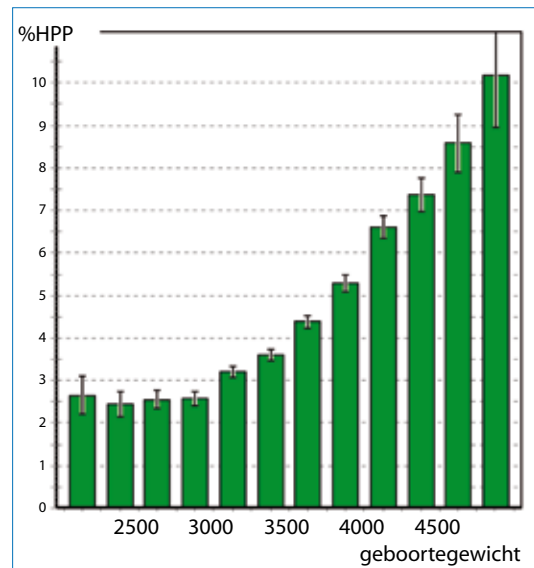
Wat betreft het verloskundig beleid lijkt alleen de wijze waarop de baring begint van invloed. Bij spontaan begonnen baringen is de kans op meer dan 1 liter bloedverlies 4,1% terwijl dat bij een amniotomie (doorgaans met oxytocine) 4,9% is (een relatieve toename van 20%). Bij gebruik van prostaglandines is er een risico op HPP van 4,5%. Bij relatief zware kinderen verdwijnen deze verschillen in risico. Figuur 6 toont de relatie tussen percentages amniotomie en HPP op praktijkniveau.

Wat opvalt is dat juist de praktijken die relatief veel amniotomie toepassen, een relatief lage incidentie HPP hebben - in weerwil van de gemiddelde stijging van HPP met toenemend gebruik van amniotomie. Het zou dus kunnen zijn dat deze praktijken een 'gouden greep' doen met het relatief vaak inleiden. De figuur laat ook zien dat de meeste praktijken een incidentie van HPP hebben tussen 3% en 5,5%.

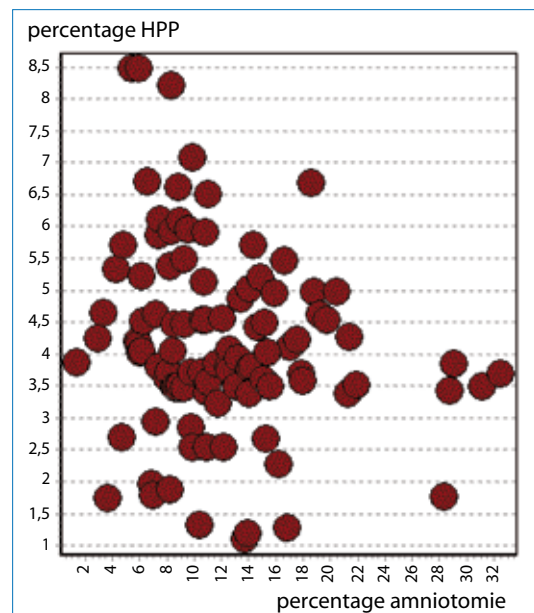
Wij hebben uitsluitend gesprekken gevoerd met praktijken met een gunstig (laag) percentage HPP. Deze praktijken geven vrijwel unaniem aan veel aandacht te besteden aan het actief leiden van het nabootertijdperk. De NVOG-richtlijn wordt maar ten dele gevolgd: extra oxytocine wordt altijd gegeven en snel afnavelen lijkt praxis, maar *controlled cord traction* zeker niet. De kans op HPP is niet groter bij bevallingen die door een tweedelijnsverloskundige worden begeleid in vergelijking met bevallingen onder leiding van gynaecologen of arts-assistenten.

Wij vroegen Liesbeth Scheepers om commentaar:

De incidentie van HPP is in de laatste jaren gestegen, ondanks de aandacht voor dit probleem in richtlijnen en calamiteitentrainingen zoals de MOET-cursus. Het



Figuur 5. Relatie tussen HPP-risico en geboortegewicht.



Figuur 6. Praktijken geordend naar hun percentages HPP en amniotomie (vaginaal zonder MPV).

zou kunnen dat de zwangerenpopulatie is veranderd. Deels wordt dit ook door de LVR2-data ondersteund: vrouwen worden ouder, krijgen grotere kinderen, hebben mogelijk vaker hypertensie en worden vaker ingeleid. Ook data die niet in de LVR2 worden geregistreerd zouden een rol kunnen spelen: een langdurige baring (al dan niet met koorts zoals bij epidurale analgesie) en met name een grotere BMI geven een hoger risico.²

De grote praktijkvariatie suggereert echter dat ook beleidsaspecten en toepassing van richtlijnen een rol spelen. De toename van HPP bij zowel primaire als secundaire sectio's suggereert dat toename van *repeat*-sectio's een rol speelt. Het percentage *trial of*

labor lijkt af te nemen en het is bekend dat het verrichten van meerdere sectio's bij eenzelfde patiënte de kans op een placenta accreta en de hiermee samenhangende kans op HPP doet toenemen. De variatie in hoeveelheid bloedverlies bij een manuele placentaverwijdering heeft mogelijk te maken met de snelheid waarmee men de beslissing neemt om een MPV te verrichten en de directe beschikbaarheid van OK-faciliteiten. Het effect van medicamenteuze behandeling is nog onduidelijk. Toediening van oxytocine in de navelstreng is niet zinvol,³ systemische behandeling mogelijk wel, maar de literatuur is nog beperkt en de WHO adviseert dit niet.^{4,5}

Een actief beleid in het nageboortetijdperk is bewezen effectief bij laagrisicovrouwen⁶ en wordt door de WHO wél geadviseerd. In Nederland geeft men wel oxytocine, maar met name de *controlled cord traction* wordt niet (goed) uitgevoerd.⁷ Men lijkt niet bereid de aanbeveling van de WHO te volgen om bij alle vrouwen een actief nageboortetijdperk te leiden. Het is de vraag of de risicoselectie van degenen bij wie dit zeker nodig is op dit moment goed loopt.

We kunnen niet uitsluiten dat op meerdere fronten verbetering mogelijk is. Op dit moment wordt de Fluxim-studie uitgevoerd, waarin we onderzoeken hoe de dagelijkse praktijk omgaat met een aantal kernaanbevelingen uit (inter)nationale richtlijnen.⁸ Knelpunten worden geïdentificeerd aan de hand van interviews met zorgverleners en video-opnames op de werkvloer. We zijn heel blij dat zestien ziekenhuizen hun verloskamers open hebben gesteld en meewerken aan deze studie. Dat is een signaal dat veel gynaecologen kwaliteitsverbetering belangrijk vinden en bereid zijn kritisch naar het eigen handelen te (laten) kijken.

Dankbetuiging

Met dank aan Jo Vreuls, Rolf Cikot, Marieke de Jong, Paul Reuver en Hans Duvetot.

Literatuur

1. Neef T de, Franx A, Roosmalen J van. Wat ons opvalt in de LVR2 -Haemorrhagia post partum. *Ned Tijdschr Obstet Gynaecol* 2009;122:227-8.
2. Royal College of Obstetrician and Gynaecologists. *Green-top Guideline No. 52. Prevention and management of postpartum hemorrhage.* Beschikbaar via: <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GT52PostpartumHaemorrhage0411.pdf>.
3. Weeks AD, Alia G, Vernon G, Namayanja A, Gosakan R, Majeed T, et al. *Umbilical vein oxytocin for the treatment of retained placenta (Release Study): a double blind, randomized controlled trial.* *Lancet* 2010;375:141-7.
4. Beekhuizen HJ van, Groot AN de, De Boo T, Burger D, Jansen N, Lotgering FK. *Sulprostone reduces the need for the manual removal of the placenta in patients with retained placenta: a randomized controlled trial.* *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:446-50.
5. World Health Organization. *WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta.* Geneva, Switzerland: WHO Press, 2009. Beschikbaar via: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598514_eng.pdf.
6. Rogers J, Wood J, McCandlish R, Ayers S, Truesdale A, Elbourne D. *Active versus expectant management of third stage of labour: the Hitchingbrooke randomized controlled trial.* *Lancet* 1998;351:693-9.
7. Winter C, Macfarlane A, Deneux-Tharaux C, Zhang WH, Alexander S, Brocklehurst P, et al. *Variations in policies for management of the third stage of labour and the immediate management of postpartum haemorrhage in Europe.* *BJOG* 2007;114:45-54.
8. <http://www.studies-obsgyn.nl/fluxim>.

Auteurs

T. de Neef, fysicus, onafhankelijk auteur van VOKS2i en LVRinsight

A. Franx, voorzitter Commissie Indicatoren, lid bestuur Stichting Perinatale Registratie Nederland (namens de NVOG) en gynaecoloog-perinatoloog, hoogleraar verloskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht

C.C.T. Rietberg, gynaecoloog, Zuwe Hofpoort Ziekenhuis, Woerden

H.C.J. Scheepers, gynaecoloog-perinatoloog, Maastricht Universitair Medisch Centrum

Correspondentieadres

E-mail: tdeneef@qolor.nl