

Doel

Risico inschatting en controle foeto-maternale conditie na trauma

Verantwoordelijkheden

Gynaecoloog en verloskundige:

- beleid bepalen

Verpleegkundige:

- goede zorg leveren tijdens eerste opvang en bij eventuele opname

Indicaties

Buik trauma in de zwangerschap.

Aandachtspunten

Als gevolg van een (stomp) buiktrauma in de zwangerschap zijn de te verwachten complicaties:

- Contracties;
- Partus prematurus;
- (partiële) Abruptio placentae;
- Foeto-maternale transfusie en immunisatie;
- Uterusruptuur (zeldzaam).

Ook bij een relatief gering trauma kunnen ernstige complicaties optreden. Indien in de eerste 4 tot 6 uur na het trauma geen verschijnselen zijn opgetreden, is de kans op complicaties minimaal.

Een (partiële) abruptio gaat niet altijd gepaard met buikpijn, pijn/hypertonie van de uterus ("en bois"), weeënactiviteit, polysystolie en / of vaginaal bloedverlies. CTG afwijkingen in de vorm van foetale tachycardie en/of late deceleraties kunnen een eerste uiting van een (partiële) abruptio zijn.

Wees voorzichtig met het gebruik van tocolytica bij vermeende vroeg geboorte in verband met het kunnen maskeren van een (partiële) abruptio. Bij een afwijkend CTG de bewaking continueren.

Bij fysieke mishandeling meldt patiënte zich vaak laat of niet voor verloskundige zorg; houdt hier rekening mee.

Bij een auto-ongeval is het juist dragen van de driepuntsgordel (schuine baan boven de buik en dwarse baan onder de buik = juist) een goede voorspeller van de foeto-maternale uitkomst.

Bij ernstige trauma's rekening houden met de mogelijkheid van een retroperitoneale bloeding als gevolg van een verbeterde doorbloeding van het abdomen/bekken, direct foeto-placentair trauma, maternale shock, bekkenfracturen (met name ook à terme bij reeds ingedaald hoofd), maternale hoofdverwondingen en/of hypoxie.

Opmerking overdracht van eerste naar tweede lijn. In acute situaties overleg met dd gynaecoloog, alle overige indicaties worden doorgebeld aan de klinische verloskundige.

Werkwijze algemeen

Uitvoerige anamnese:

- Aard, impact en tijdstip van het trauma inclusief periode na het trauma tot en met contact/controlle in het ziekenhuis en vaststellen amenorroeduur (mede bepalend voor het beleid).
- Uitgebreid lichamelijk onderzoek;
- Gedurende 1 uur CTG (bij AD > 25+6), bij afwijkend CTG de registratie continueren;
- Echo (globale screening foetus, ligging, vruchtwater en placenta);
- Laboratoriumonderzoek: bloedgroep + rhesus (indien in OZG onbekend) en Kleihauer-Betke. Zo nodig Hb bepalen en stollingsonderzoek inzetten. Bij indicatie voor zwaar trauma bij rhesus positieve zwangeren ook Kleihauer-Betke test inzetten;
- Anti-D (1000 IE) toedienen aan rhesus negatieve zwangeren (ook bij negatieve Kleihauer-Betke), zie protocol [Anti-D bloedgroep rhesus negatief](#);
- Positieve Kleihauer Betke: tot 20 ml foeto-maternale transfusie is 200 µg = 1000 IE anti-D voldoende; bij > 20 ml: per 1 ml extra: +50 IE anti-D extra.
- Observatie minimaal 4 uur op afdeling Ouder en Kind, herhaling CTG na 4u;
- Na observatie opnieuw evaluatie en CTG voorafgaand aan ontslag;
- In geval van ernstige foetale of maternale problemen: primaire sectio.

De **ATLS** (gevorderde levensondersteuning bij ongevallen) geldt ook voor zwangeren met een trauma. De chirurg/traumatoloog heeft de leiding. In principe is alle beeldvorming mogelijk (mits noodzakelijk voor patiënte). Bij een amenorroe >25+6 weken is monitoring (echoapparaat meenemen!) van de foetus zo snel als mogelijk gewenst, waarbij een obstetrische interventie verricht dient te worden indien matернаal en/of foetaal noodzakelijk.

Complicaties

Zie bij aandachtspunten.

Bijbehorende documenten

- [Anti-D bloedgroep rhesus negatief](#).

Bron/ referenties

- UMCG 'Buiktrauma en zwangerschap', 2015