

Protocol Antistolling

Doel

Preventie van veneuze trombo-embolie / vte in de verloskunde

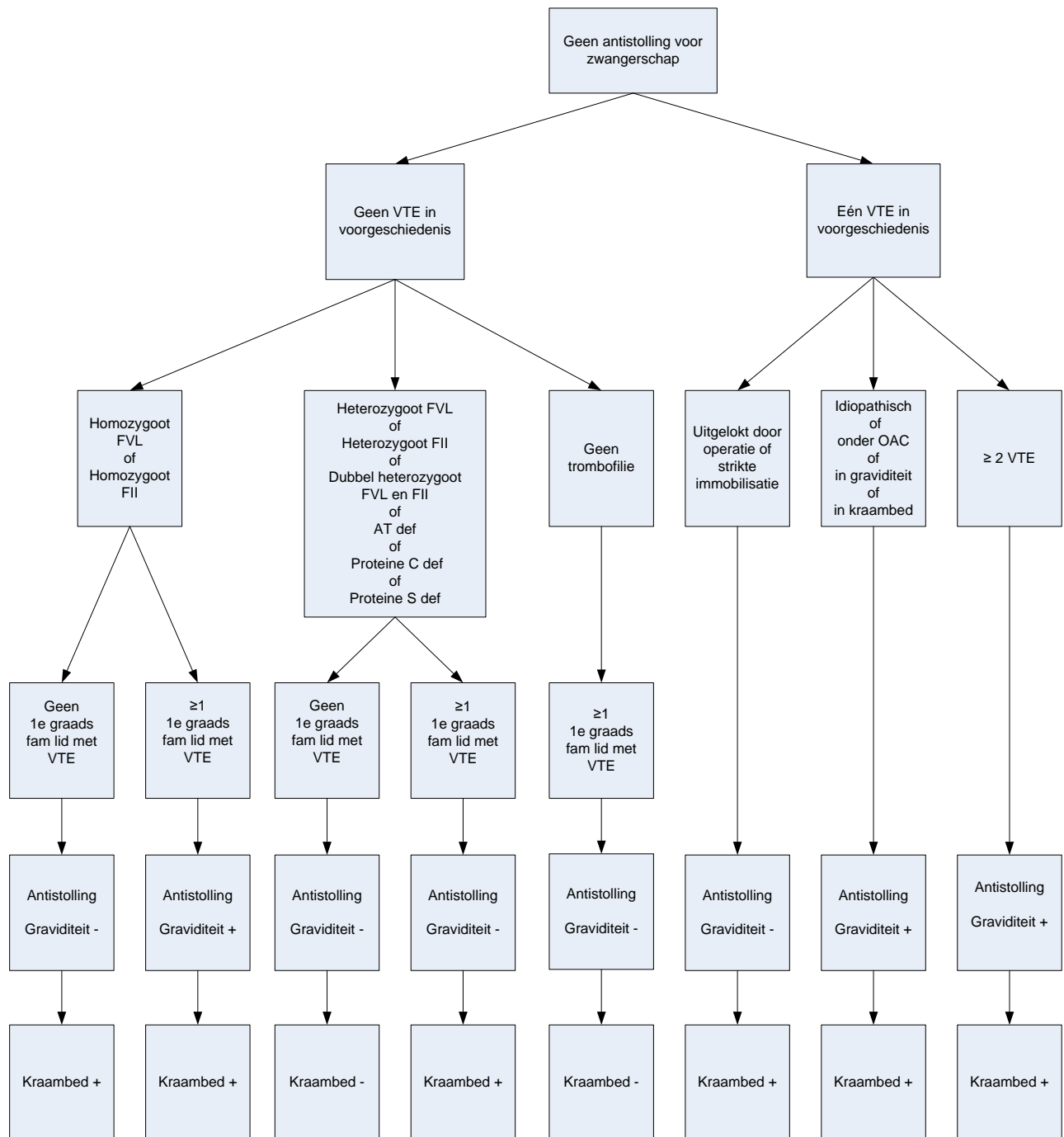
Tabel 1 Absolute risico's op een eerste VTE tijdens en na de zwangerschap bij trombofilie met en zonder een positieve familiegeschiedenis							
	Antitrombine, proteïne C of proteïne S def gecombineerd	Antitrombine deficiëntie	Proteïne C def	Proteïne S def	Factor V Leiden, heterozygoot	Protrombine 20210A mutatie heterozygoot	Factor V Leiden of Protrombine 20210A mutatie, homozygoot
Met familiegeschiedenis (eerste graad) voor VTE %/zwangerschap (95%-CI)							
Zwangerschap en kraambed gecombineerd	4,1 (1,7 tot 8,3)	3,0 (0,08 tot 15,8)	1,7 (0,4 tot 8,9)	6,6 (2,2 tot 14,7)	2,1 (0,7 tot 4,9)	2,3 (0,8 tot 5,3)	16,3
Zonder familiegeschiedenis voor VTE %/zwangerschap (95%-CI)							
Zwangerschap en kraambed gecombineerd	-	0,7 (0,2 tot 2,4)	0,7 (0,3 tot 1,5)	0,5 (0,2 tot 1,0)	1,2 (0,8 tot 1,8)	1,0 (0,3 tot 2,6)	4,8 (1,4 tot 16,8)

Geen profylaxe	Alleen postpartum profylaxe gedurende 6 weken Risicoverschil op VTE risico met en zonder LMWH tenminste 1% (10 per 1000 vrouwen), NNT 100	Antepartum én 6 weken postpartum profylaxe Risicoverschil op VTE risico met en zonder LMWH tenminste 3% (30 per 1000 vrouwen), NNT 33
Algemene populatie*	Vrouwen met een eenmalige episode van een VTE uitgelokt door operatie of strikte immobilisatie	Vrouwen met een eenmalige episode van VTE, uitgelokt door pil, zwangerschap, kraamperiode, of zonder uitlokkende factor (ongeacht de aanwezigheid van trombofilie)
Vrouwen* met een positieve familie anamnese voor VTE	Vrouwen* bekend met erfelijke trombofilie** en een positieve (eerstegraad) familie anamnese voor VTE	Vrouwen met recidiverende VTE in de voorgeschiedenis
Vrouwen* bekend met erfelijke trombofilie** zonder familie anamnese voor VTE	Vrouwen* bekend met homozygote factor V Leiden of protrombine mutatie zonder familie anamnese voor VTE	Vrouwen* bekend met homozygote factor V Leiden of protrombine mutatie met familie anamnese voor VTE

* zonder VTE in de voorgeschiedenis

**antitrombine, proteïne C of proteïne S deficientie of heterozygote factor V Leiden of heterozygote protrombine mutatie, of dubbelheterozygotie voor factor V Leiden en protrombinemutatie.

Stroomschema tromboseprofylaxe bij zwangeren en kraamvrouwen



Dosering Fragmin profylactisch

2500 EH bij gewicht < 85 kg

5000 EH bij gewicht > 85 kg

Dosering Fragmin therapeutisch

200 IE/dag met max 18.000 EH /dag

VSV ACHTERHOEK OOST – Antistolling PROTOCOL

Gepubliceerd in 2014, volledig herzien juli 2018

Tromboseprofylaxe na sectio

Geef alle vrouwen na een sectio caesarea tromboseprofylaxe met LMWH zolang ze in het ziekenhuis opgenomen zijn.

Geef vrouwen na sectio caesarea met persisterende risicofactoren leidend tot een VTE risico groter dan 3% (zie tabel hieronder) verlengde tromboseprofylaxe met LMWH tot zes weken postpartum.

Overweeg mechanische tromboseprofylaxe bij vrouwen met een verhoogd risico op VTE en een contra-indicatie voor tromboseprofylaxe met LMWH (zoals een bloeding) na een sectio caesarea.

Tabel

Risicofactoren voor VTE die leiden tot een risico op postpartum VTE > 3% na sectio caesarea

Majeure risicofactoren (odds ratio >6): aanwezigheid van tenminste één risicofactor geeft een risico op postpartum VTE van >3% na sectio caesarea
<ul style="list-style-type: none">- Immobiliteit (strikte bedrust gedurende tenminste één week tijdens de zwangerschap)- Fluxus postpartum ≥ 1000 ml met chirurgie- Voorgeschiedenis van VTE- Pre-eclampsie met foetale groeivertraging- Trombofilie- Antitrombine deficiëntie- Factor V Leiden (homozygoot of heterozygoot),- Protrombine G20210A mutatie (homozygoot of heterozygoot)- Comorbiditeit- SLE- Cardiale morbiditeit- Sikkelcelziekte- Bloedtransfusie- Postpartum infectie
Mineure risicofactoren (odds ratio >6 indien gecombineerd): aanwezigheid van tenminste twee risicofactoren of één risicofactor na spoed sectio caesarea geeft een risico op postpartum VTE van >3% na sectio caesarea
<ul style="list-style-type: none">- BMI > 30 kg/m²- Meerlingzwangerschap- Fluxus postpartum > 1L- Roken > 10 sigaretten per dag- Foetale groeivertraging (< p2.5 gecorrigeerd voor zwangerschapsduur en geslacht)- Trombofilie- Proteïne C deficiëntie- Proteïne S deficiëntie- Preeclampsie

Patiëntgebonden risicofactoren voor VTE

De richtlijn benoemt de Padua prediction score als het best beschikbare model dat gebruikt kan worden voor de inschatting van het risico op VTE bij opgenomen niet-chirurgische patiënten, conform ACCP 2012.

Tabel 1 Padua prediction score risk assessment model	
Risico factor	Punten
Actieve maligniteit ^a	3
Eerdere VTE (exclusief oppervlakkige vene trombose)	3
Verminderde mobiliteit ^b	3
Reeds bekende trombofilie ^c	3
Recent (<1 maand) trauma en/of chirurgie	2
Hogere leeftijd (>70 jaar)	1
Hart- en/of respiratoir falen	1
Myocardinfarct of ischemisch herseninfarct	1
Acute infectie en/of reumatologische afwijking	1
Obesitas (BMI ≥30)	1
Gebruik van hormonale anticonceptie of suppletie therapie	1

a. patiënten met lokale of perifere metastasen en/of voor wie chemotherapie of radiotherapie is uitgevoerd in de afgelopen zes maanden;

b. geanticipeerde bedrust met toilet/douche privileges (zowel door beperkingen van de patiënt als door instructie van de behandelaar) gedurende tenminste drie dagen;

c. drager van deficiënties van antitrombine, proteïne C of S, of factor V Leiden, G20210A protrombine mutatie, antifosfolipiden syndroom.

Hierbij beschouwt men:

- laag trombose risico <4 punten
- hoog trombose risico ≥4 punten.