

Module

**Modus partus bij placenta praevia marginalis, versie 12-11-
2015**

**Behorende bij de richtlijn 'Bloedverlies in de tweede helft
zwangerschap', versie 19-03-2008**

Algemene gegevens

Korte titel	Modus partus placenta praevia marginalis
Volledige titel	Optimale modus partus bij placenta praevia marginalis (placenta <20 mm vanaf het ostium internum)

Uitgangsvraag

Wat is de beste modus partus indien de placenta <20 mm van het ostium internum van de cervix ligt?

Inleiding

Een placenta praevia is tot dicht bij of over het ostium internum van de cervix geïmplant, met als gevolg een verhoogd risico op bloedverlies tijdens de zwangerschap en de partus. Het ostium internum kan geheel (placenta praevia totalis) of gedeeltelijk (placenta praevia partialis) bedekt worden door de placenta. Een placenta praevia marginalis bevindt zich minder dan 20 mm van het ostium internum, maar bedekt deze niet. Middels transvaginale echografie (TVE) kan de locatie van de placenta ten opzichte van het ostium internum bepaald worden. De exacte locatie van de placenta is van klinisch belang, omdat dit van invloed is op de manier van bevallen. Hierbij dient de afweging gemaakt te worden of de kans op ernstig bloedverlies rondom de partus, met als gevolg een secundaire sectio durante partu, het doen van een primaire sectio rechtvaardigt.

In de huidige situatie wordt er bij een placenta die geheel of gedeeltelijk over het ostium internum ligt een primaire sectio caesarea verricht. Uit een eerdere publicatie van Oyelese is gebleken dat wanneer de placenta meer dan 2 centimeter vanaf het ostium internum geïmplant is, er een goede kans is dat vrouwen vaginaal bevallen zonder overmatig bloedverlies tijdens de partus. Zo werd een placentaalokalisatie van meer dan 2 centimeter van het ostium internum de minimale afstand voor het nastreven van een vaginale partus. Over de optimale manier van bevallen bij een placenta praevia marginalis, wanneer de placenta dus minder dan 2 cm van het ostium internum verwijderd is, bestaat geen consensus.

Wetenschappelijke vraagstelling en PICO

Om de uitgangsvraag te beantwoorden is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende wetenschappelijke vraagstelling:

Wat is de beste modus partus indien de placenta <20 mm van het ostium internum van de cervix ligt?

- P Zwangere vrouwen met een placenta praevia marginalis
(placenta <20 mm vanaf het ostium internum)
- I Vaginale baring
- C Primaire sectio caesarea
- O Secundaire sectio wegens te veel bloedverlies

Literatuur-search

In de Cochrane Library werd gezocht met de zoekterm “placenta previa”. Hierbij werd slechts één artikel gevonden, dat niet representatief bleek voor de beantwoording van de onderzoeksvraag. Vervolgens werd met de volgende zoektermen een search verricht in PubMed (15 oktober 2014): (“Placenta previa”[Mesh] OR “placenta previa” OR “placenta praevia” OR “low lying placenta” OR “marginal placenta”) AND (“Delivery, obstetric”[Mesh] OR “Labor, obstetric” [Mesh] OR delivery OR labor OR labour). Er werd gelimiteerd voor “Humans” en “English”. Het resultaat was een totaal van 1195 artikelen. Deze artikelen werden systematisch gescreend, eerst op basis van titel en indien relevant op basis van abstract. Er bleven acht artikelen over waarvan de hele tekst werd gelezen. Hiervan werden uiteindelijk vijf studies definitief geselecteerd.

Samenvatting van de literatuur

Er werden vier retrospectieve observationele studies gevonden waarin een afstand van de placenta tot het ostium internum van 0 tot 20 mm wordt gerelateerd aan de obstetrische uitkomst (Bhide 2003, Matsubara 2008, Bronsteen 2009, Vergani 2009). De informatie ten aanzien van de modus partus werd verzameld uit medische dossiers. Daarnaast werd één prospectieve studie gevonden (Al Wadi 2014) die specifiek keek naar de slagingskans van een vaginale baring bij een placenta 11-20 mm van het ostium internum. Zie voor een overzicht van deze studies onderstaande tabel.

	N	Placenta -o.i.	Totaal aantal sSC (%)	Aantal sSC i.v.m. bloedverlies (%)	Geslaagde vaginale baring (%)
Bhide 2003	20	1-20 mm	18 (90)	6 (30)	2 (10)
Matsubara 2008	25	0-20 mm	15 (60)	12 (48)	10 (40)
Bronsteen 2009	11	0-10 mm	8 (73)	-	3 (27)
	34	11-20 mm	8 (23)	-	26 (77)
Vergani 2009	8	1-10 mm	2 (25)	1 (13)	6 (75)
	20	11-20 mm	0 (0)	0 (0)	20 (100)
Al Wadi 2014	14	11-20 mm	1 (7)	1 (7)	13 (93)

Tabel 1: Overzicht studies N = Aantal vrouwen met een in opzet vaginale baring, o.i. = ostium internum van de cervix, sSC = secundaire sectio caesarea

In vier van de vijf studies werd de placentaalokalisatie bij alle vrouwen vastgesteld door middel van TVE; in de studie van Bronsteen werd bij een paar vrouwen geen TVE verricht als de placentaalocatie middels abdominale echografie met voldoende zekerheid kon worden vastgesteld. Het interval tussen de laatste echo en de bevalling was in vier van de vijf studies maximaal 28 dagen, met steeds een gemiddelde van ongeveer 10 dagen. In de studie van Bhide was dit interval maximaal 32 dagen, met een gemiddelde van 11.5 dagen.

In de studie van Bhide et al. zijn 40 vrouwen met een placenta praevia marginalis geïnccludeerd, waarvan de helft een in opzet vaginale baring heeft. Hiervan heeft 30% een secundaire sectio nodig vanwege hevig bloedverlies durante partu. Matsubara et al. includeerden 38 vrouwen, waarvan dertien vrouwen een primaire sectio caesarea kregen. Van de vrouwen met een in opzet vaginale partus krijgt 48% een secundaire sectio vanwege hevig bloedverlies tijdens de partus en 12% krijgt een secundaire sectio om andere redenen.

In twee artikelen (Vergani, Bronsteen) wordt onderscheid gemaakt tussen twee subgroepen: 0-10 mm en 11-20 mm vanaf het ostium internum. In beide artikelen wordt geconcludeerd dat een succesvolle vaginale partus meer waarschijnlijk is bij een placentaalokalisatie van 11 tot 20 mm van het ostium dan bij een afstand van 1 tot 10 mm van het ostium internum. In de groep 0-10 mm eindigt bij de studie van Vergani 25% van de partus in een secundaire sectio, versus 75% bij de studie van Bronsteen. In de groep 11-20 mm eindigt bij de studie van Vergani 0% van de partus in een secundaire sectio, versus 25% bij de studie van Bronsteen. In het artikel van Bronsteen et al. wordt

echter geen onderscheid gemaakt naar de reden van de secundaire sectio. Het wordt dus niet duidelijk hoeveel secundaire sectio's plaatsvinden vanwege hevig bloedverlies.

In de studie van Al Wadi et al. werden veertien vrouwen met een placenta 11-20 mm van het ostium internum geïnccludeerd. Bij alle vrouwen werd een vaginale baring nagestreefd, waarvan er dertien een ongecompliceerde vaginale partus hadden. Bij één vrouw werd een secundaire sectio verricht vanwege hevig bloedverlies durante partu. Wanneer de data uit de studies van Vergani en Al Wadi worden gecombineerd, blijkt dat bij slechts één van de 34 (3%) vrouwen met een placentaalokalisatie 11-20 mm van het ostium internum, een secundaire sectio noodzakelijk was vanwege hevig bloedverlies.

Conclusies

Graderen van de evidence

Voor het beantwoorden van de vraag wat de optimale modus partus is bij patiënten met een placenta praevia marginalis is één prospectief onderzoek beschikbaar. Dit onderzoek is van lage kwaliteit. De overige studies zijn kleine retrospectieve cohortstudies die ook van lage kwaliteit zijn.

Zeer Laag	Bij een placentaalokalisatie > 10 mm van het ostium internum is de kans op een secundaire sectio vanwege bloedverlies tijdens de partus klein (3%), terwijl de kans op een secundaire sectio bij een placentaalokalisatie van 10 mm of minder van het ostium internum groot is (25-75%).
------------------	--

Overwegingen

De kwaliteit van de studies is van een dusdanig lage kwaliteit, dat harde aanbevelingen niet te geven zijn. Het is aangetoond dat een placenta praevia marginalis een verhoogde kans geeft op hevig bloedverlies durante partu. De transvaginale echo voor de placentaalokalisatie was gemiddeld 10 dagen voor de partus gemaakt. Het is aannemelijk dat de laatste echo om het beleid op te baseren op zijn vroegst rond 36 weken moet worden gemaakt, maar het liefst 2 weken voor de verwachte partus datum. Hierbij is het aan te bevelen onderscheid te maken tussen een placentaalokalisatie 0 tot 10 mm vanaf het ostium internum tegenover een placentaalokalisatie 11 tot 20 mm vanaf het ostium internum. Uit de observationele studies blijkt dat bij patiënten met een placenta, die meer dan 10 mm vanaf het ostium internum ligt, het nastreven van een vaginale baring te adviseren is, omdat dit in de meeste gevallen niet gepaard gaat met hevig peripartum bloedverlies en goede kans van slagen heeft. Bij vrouwen met een placentaalokalisatie minder dan 10 mm vanaf het ostium internum is de kans op een succesvolle vaginale baring lager en valt een primaire sectio te overwegen. Er is ruimte

voor individualisering van het beleid na counseling van de patiënt die een trial of labour overweegt bij een placentaalokalisatie minder dan 10 mm.

Aanbeveling

Bij een placentaalokalisatie > 10 mm van het ostium internum is het nastreven van een vaginale baring te adviseren, omdat de kans op een secundaire sectio caesarea vanwege vaginaal bloedverlies gering is. Bij 10 mm of minder moet de patiënt gecounseld worden over dat de kans op een secundaire sectio wegens vaginaal bloedverlies aanzienlijk is (30-75%). Daarom kan een primaire sectio worden overwogen.

Zoekverantwoording

#14	Add	Filters: Humans; English	1195
#13	Add	Search #6 AND #12	1729
#12	Add	Search #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11	385989
#11	Add	Search "delivery"[Title/Abstract]	279926
#10	Add	Search "labour"[Title/Abstract]	23518
#9	Add	Search "labor"[Title/Abstract]	54717
#8	Add	Search "delivery, obstetric"[MeSH Terms]	61854
#7	Add	Search "labor, obstetric"[MeSH Terms]	39423
#6	Add	Search #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5	3463
#5	Add	Search "marginal placenta"[Title/Abstract]	20
#4	Add	Search "low lying placenta"[Title/Abstract]	91
#3	Add	Search "placenta praevia"[Title/Abstract]	970
#2	Add	Search "placenta previa"[Title/Abstract]	1488
#1	Add	Search "placenta previa"[MeSH Terms]	2320

Referenties

Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol* 2006;107:927-41.

Oppenheimer LW, Farine D, Ritchie JW, Lewinsky RM, Telford J, Fairbanks LA. What is a low-lying placenta? *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:1036-8.

Dawson WB, Dumas MD, Romano WM, Gagnon R, Gratton RJ, Mowbray RD. Translabial ultrasonography and placenta previa: does measurement of the os-placenta distance predict outcome? *J Ultrasound Med* 1996;15:441-6.

Bhide A, Prefumo F, Moore J, Hollis B, Thilaganathan B. Placental edge to internal os distance in the late third trimester and mode of delivery in placenta praevia. *BJOG* 2003;110:860-4.

Matsubara S, Ohkuchi A, Kikkawa M, Izumi A, Kuwata T, Usui R, Watanabe T, Suzuki M. Blood loss in low-lying placenta: placental edge to cervical internal os distance of less vs. more than 2 cm. *J Perinat Med* 2008;33:507-12.

Vergani P, Ornaghi S, Pozzi I, Beretta P, Russo FM, Follesa I, Ghidini A. Placenta previa: distance to internal os and mode of delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:266-8.

Bronsteen R, Valice R, Lee W, Blackwell S, Balasubramaniam M, Comstock C. Effect of a low-lying placenta on delivery outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009;33:204-8.

Al Wadi K, Schneider C, Burym C, Reid G, Hunt J, Menticoglou S. Evaluating the safety of labour in women with a placental edge 11 to 20 mm from the internal cervical os. *J Obstet Gynaecol Can* 2014;36(8):674-677.

Colofon

© 2015 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Voor het ontwikkelen van deze module is in 2015 afgevaardigde dr. J.B. Derks vanuit de Otterlo werkgroep gemandateerd voor het opstellen van deze module, onder eindverantwoordelijkheid van het Bestuur NVOG. De module is vastgesteld in de 622e ledenvergadering, Papendal te Arnhem, d.d. 12-11-2015

NVOG-richtlijnen/modules beschrijven een minimum van zorg te verlenen door een gynaecoloog in gemiddelde omstandigheden. Zij hebben een adviserend karakter. Een gynaecoloog kan geargumenteed afwijken van een richtlijn/module wanneer concrete omstandigheden dat noodzakelijk maken. Dat kan onder meer het geval zijn wanneer een gynaecoloog tegemoet moet komen aan de objectieve noden en/of subjectieve behoeften van een individuele patiënt. Beleid op instellingsniveau kan er incidenteel toe leiden dat (volledige) lokale toepassing van een richtlijn/module niet mogelijk is.

NVOG
Postbus 20075
3502 LB Utrecht <http://www.nvog.nl>
E-mail: kwaliteit@nvog.nl

Disclaimer

De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de NVOG-voorlichtingsfolders, -standpunten, -richtlijnen etc., alsmede voor de gevolgen die de toepassing hiervan in de patiëntenzorg mocht hebben. De NVOG stelt zich daarentegen wel open voor attentering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze voorlichtingsfolders, standpunten of richtlijnen. Neemt u dan contact op met het Bureau van de NVOG (e-mail: info@nvog.nl).