

# Omgaan met risicofactoren

*Josien de Boer en Kristel Zeeman*

**Zwangerschapshypertensie, pre-eclampsie, eclampsie en het HELLP-syndroom zijn verraderlijke aandoeningen. Zij presenteren zich niet eenduidig en kunnen zich ook snel ontwikkelen. Juist de ernstige vormen gaan niet altijd gepaard met een hoge bloeddruk. Ook is er niet altijd sprake van proteïnurie of lichamelijke klachten. De laatste jaren is meer bekend geworden over risicofactoren voor hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap. Door rekening te houden met risicofactoren en deze te integreren in de anamnese en diagnostiek, heeft de verloskundige meer houvast bij de risicoselectie.**

Risicofactoren zijn voor iedereen lastig om mee om te gaan. Ze geven aan dat vrouwen een iets grotere kans hebben op een hypertensieve aandoening. Maar de kans dat zij een ongecompliceerde zwangerschap zullen hebben, is veel groter. Daarbij is het onbekend wat het gevolg is van het hebben van meerdere risicofactoren of van het hebben van zowel risicoverhogende als risicoverlagende factoren.

Risicofactoren zijn vooral nuttig om de alertheid van de verloskundige en de zwangere te vergroten. De verhoogde alertheid bij de zwangere kan zorgen dat zij symptomen sneller herkent en meldt. Bij de verloskundige kan de verhoogde alertheid bijdragen aan een tijdige verwijzing.

## **Risicofactoren bepalen het beleid**

Risicofactoren kunnen u extra alert maken en houvast geven bij de risicoselectie. Ze bepalen daarmee mede het beleid. De aanwezigheid van twee of meer risicofactoren kunt u laten meewegen in uw beslissing om extra onderzoek in te zetten (bijvoorbeeld proteïnurie bepalen), een extra consult afspreken of te verwijzen.

Dit is al zo in een aantal andere landen. Zo adviseert de richtlijn van NICE in Groot-Brittannië bijvoorbeeld om risicofactoren te inventariseren en deze te gebruiken bij het bepalen van het beleid. Wanneer een zwangere twee of meer risicofactoren heeft, beveelt de NICE aan hen preventief te behandelen (met aspirine) om het risico op pre-eclampsie te verminderen (NICE, 2010). Preventief behandelen met aspirine is in Nederland (nog) niet aan de orde, maar de risicofactoren die hiervoor worden gehanteerd komen overeen met die van de KNOV-standaard die binnenkort verschijnt. De risicofactoren

# oren voor hypertensieve aandoeningen

zijn gebaseerd op hetzelfde review [Duckitt, 2005]. In de nieuwe verloskundige indicatielijst (VIL) wordt ook gewezen op het belang van het betrekken van risicofactoren in de overwegingen om aanvullende diagnostiek te verrichten of te verwijzen.

## Infecties

Veel van de factoren die het risico verhogen (zie kader) zult u - bewust of onbewust - al kennen. Een minder bekende, maar wel een belangrijke risicofactor is het doormaken van een infectie in de mond (parodontale infectie) of een urineweginfectie tijdens de zwangerschap. Het risico op pre-eclampsie wordt anderhalf tot twee keer zo hoog. Behandeling van de infectie verlaagt de kans op pre-eclampsie niet substantieel [Conde-Agudelo, 2008]. In een Nederlands onderzoek werd bij 82% van de vrouwen die vroeg (voor 34 weken) pre-eclampsie kregen een ernstige mondinfectie geconstateerd tegenover 37% van de vrouwen met een ongecompliceerde zwangerschap [Kunnen, 2007].

## Bloeddruk als risicofactor

Vrouwen die voor de zwangerschap een relatief hoge systolische en diastolische bloeddruk hebben (> 130/78 mmHg), hebben een zes tot zeven keer zo hoge kans op pre-eclampsie in vergelijking met vrouwen met een relatief lage bloeddruk (< 111/64 mmHg) [Magnussen, 2007]. Dit geldt ook voor de bloeddruk in het eerste trimester. Is deze dan al relatief hoog ( $\geq$  130 en/of 80 mmHg), dan bestaat er een verhoogde kans op pre-eclampsie later in de zwangerschap [Knuist, 1998; Duckitt, 2005].

Ook een afwijking van het fysiologisch verloop van de bloeddruk verhoogt de kans op pre-eclampsie. Bijvoorbeeld het ontbreken van de 'mid-pregnancy drop' of een stijging aan het begin van het derde trimester. Stijgt de bloeddruk al voor de 30e week dan is het risico op pre-eclampsie 40%-50% [Barton, 2001; Saudan, 1998]. Bij zwangerschapshypertensie, ontstaan na 36 weken is het risico 10% [Saudan, 1998].

## Risicoverlagende factoren

Daarnaast zijn er factoren die het risico op pre-eclampsie verminderen. Vergeleken met een lange periode tussen twee zwangerschappen, vermindert een zwangerschap binnen twee jaar het risico op pre-eclampsie met bijna de helft [Duckitt, 2005]. Het tijdsinterval tussen de zwangerschappen beïnvloedt het risico op pre-eclampsie meer dan een zwangerschap van een nieuwe partner [Duckitt, 2005].

Ook blijkt uit verschillende onderzoeken dat roken voor of tijdens de zwangerschap beschermt tegen pre-eclampsie [Conde-Agudelo, 1999; England, 2007]. Hoe dat komt, is onduidelijk. Aangezien dit gunstige effect niet opweegt tegen alle nadelige effecten van roken, wordt zwangere afgeraden te roken. Een rookster met pre-eclampsie heeft een meer dan twee keer zo hoge kans op negatieve zwangerschapsuitkomsten (geboortegewicht <3e percentiel, premature geboorte, lage Apgarscore, abruptio placentae, doodgeboorte) vergeleken met een niet-rokende zwangere zonder pre-eclampsie [Miller, 2010].

## Onduidelijke risicofactoren

Van sommige factoren is het nog onduidelijk of en hoe zij het risico op een hypertensieve aandoening beïnvloeden. De onderzoeken zijn qua opzet niet goed te vergelijken of de resultaten spreken elkaar tegen. Dit geldt voor:

- werkstress en/of psychosociale stress [Bonzini, 2007; Vollebregt, 2008], pilgebruik voor de zwangerschap [Magnussen, 2007],
- sporten en/of bewegen [Osterdal, 2008; Tyldum, 2010; Vollebregt, 2010; Saftlas, 2004; Marcoux 1989], een leeftijd onder de 20 jaar [Duckitt, 2005].

## Hoe om te gaan met risicofactoren?

Bij het afnemen van de anamnese kunt u naar de meeste factoren vragen. Daarnaast meet u de bloeddruk en stelt u de BMI vast. Ook tijdens de vervolgsconsulten vraagt u naar risicofactoren, bijvoorbeeld naar infecties in de mond. En aan de hand van de bloeddrukmetingen krijgt u een beeld van het verloop van de bloeddruk.

U noteert de aan- of afwezigheid van risicofactoren van elke cliënt in het dossier. Wanneer er twee of meer risicofactoren zijn, bespreekt u dit met haar. Zo verhoogt u niet alleen bij uzelf de alertheid op hypertensieve aandoeningen, maar ook bij de cliënt.

Wat u met haar bespreekt is afhankelijk van de aanwezige risicofactoren. Belangrijk is altijd aan te geven dat het om een verhoogde kans gaat en dat de kans dat de zwangerschap ongecompliceerd verloopt, vele malen groter is. Het is goed om aan te geven wat het beleid zal zijn bij meerdere risicofactoren en een verhoogde bloeddruk: vaker de bloeddruk controleren of proteïnurie bepalen. Ook kunt u aangeven wat de zwangere moet doen: bellen wanneer zij bepaalde klachten of verschijnselen heeft. Een zwangere die werk verricht waarbij zij veel moet tillen of staan, kunt u adviseren hierover in gesprek te gaan met de bedrijfsarts.

## Risico's en angst

De werkgroep die aan deze standaard werkt, hoort regelmatig de vrees van verloskundigen dat de cliënt bang wordt van informatie over hypertensieve aandoeningen, risicofactoren hiervoor en de bijbehorende klachten. Deze vrees is vaak niet terecht. Zwangeren vinden het meestal prettig om informatie te krijgen, ook over risico's. Het kan hen houvast geven, omdat ze weten waar ze op moeten letten. Ook kunnen ze beter begrijpen waarom u vaker haar bloeddruk wilt meten of proteïnurie wilt laten bepalen. Zwangeren vinden het niet erg om goed in de gaten te worden gehouden.

## Tenslotte

Rekening houden met risicofactoren is een van de peilers om hypertensieve aandoeningen op te sporen en zwangeren tijdig te verwijzen. De andere peilers zijn: een betrouwbare bloeddrukmeting, voorlichting over en vragen naar lichamelijke klachten en verschijnselen, en een betrouwbare proteïnuriebepaling. Het betrekken van risicofactoren in de risicoselectie en in de beslissing om aanvullende diagnostiek te verrichten of te verwijzen, zal hopelijk bijdragen aan een verminderde morbiditeit en betere zwangerschapsuitkomsten. ■

## Referenties

- Barton JR, O'Brien JM, Bergauer NK, Jacques DL, Sibai BM. Mild gestational hypertension remote from term: progression and outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184(4):979-83
- Bonzini M, Coggon D, Palmer KT. Risk of prematurity, low birthweight and pre-eclampsia in relation to working hours and physical activities: a systematic review. *Occup Environ Med* 2007;64(4):228-243.
- Broughton Pipkin F. Smoking in moderate/severe preeclampsia worsens pregnancy outcome, but smoking cessation limits the damage. *Hypertension* 2008;51(4):1042-1046.
- Caughey AB, Stotland NE, Washington AE, Escobar GJ. Maternal ethnicity, paternal ethnicity, and parental ethnic discordance: predictors of preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2005;106(1):156-161.
- Conde-Agudelo A, Villar J, Lindheimer M. Maternal infection and risk of preeclampsia: systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198(1):7-22.
- Conde-Agudelo A, Althabe F, Belizan JM, Kafury-Goeta AC. Cigarette smoking during pregnancy and risk of preeclampsia: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181(4):1026-1035.
- Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. *BMJ* 2005;330(7491):565.
- England L, Zhang J. Smoking and risk of preeclampsia: a systematic review. *Front Biosci* 2007;12:2471-2483.
- Heineman MJ, Evers JH, Massuger LFAG, Steegers EAP. *Obstetrie en gynaecologie: de voortplanting van de mens*. 6th ed. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2007.
- Knuist M, Bonsel GJ, Zondervan HA, Treffers PE. Risk factors for preeclampsia in nulliparous women in distinct ethnic groups: a prospective cohort study. *Obstet Gynecol* 1998;92(2):174-178.
- Kunnen A, Blaauw J, van Doormaal JJ, van Pampus MG, van der Schans CP, Aarnoudse JG, et al. Women with a recent history of early-onset pre-eclampsia have a worse periodontal condition. *J Clin Periodontol* 2007;34:202-207.
- MacGillivray I, Rose GA, Rowe B. Blood pressure survey in pregnancy. *Clin Sci* 1969;37(2):395-407.
- Magnussen EB, Vatten LJ, Lund-Nilsen TI, Salvesen KA, Davey SG, Romundstad PR. Prepregnancy cardiovascular risk factors as predictors of pre-eclampsia: population based cohort study. *BMJ* 2007;335(7627):978.
- Miller EC, Cao H, Wu Wen S, Yang Q, Laflèche J, Walker M. The risk of adverse pregnancy outcomes is increased in preeclamptic women who smoke compared with non-preeclamptic women who do not smoke. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203:334.e1-8.

## Risicoverhogende factoren voor het krijgen van pre-eclampsie.

### Nulliparae

- Nullipariteit [Duckitt 2005].
- Surinaamse of de Antilliaanse afkomst [Knuist, 1998].

### Multiparae

- Eerste zwangerschap pre-eclampsie [van Rijn, 2009].
- Periode van acht jaar of meer tussen twee zwangerschappen [Duckitt, 2005].

### Alle zwangeren

- Pre-eclampsie bij een eerstegraads familielid (moeder of zus)[Duckitt, 2005].
- De zwangere of de vader van het kind is zelf geboren uit een zwangerschap met pre-eclampsie [Skjaerven, 2005].
- Een Body Mass Index (BMI) > 35 voor de zwangerschap [Duckitt, 2005].
- BMI > 35 aan het begin van de zwangerschap [Duckitt, 2005].
- Verrichten van werk waarbij de zwangere veel moet tillen of staan [Mozurkewich, 2000].
- Leeftijd > 40 jaar [Duckitt, 2005].
- De zwangere en haar partner zijn van verschillende etnische afkomst [Caughey, 2005].
- Infectie in de mond of een urineweginfectie voor en tijdens de zwangerschap [Conde-Agudelo, 2008].
- Relatief hoge systolische ( $\geq 130$ ) en/of diastolische ( $\geq 80$ ) bloeddruk in het eerste trimester [Knuist, 1998; Duckitt, 2005].
- Ontbreken van 'mid-pregnancy drop' of stijging van de bloeddruk vóór 30 weken [Barton, 2001; Saudan, 1998].

- Mozurkewich EL, Luke B, Avni M, Wolf FM. Working conditions and adverse pregnancy outcome: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2000;95(4):623-635.
- NICE. Hypertension in pregnancy. The management of hypertensive disorders during pregnancy. Londen: NICE; 2010.
- Osterdal ML, Strom M, Klemmensen AK, Knudsen VK, Juhl M, Halldorsson TI, et al. Does leisure time physical activity in early pregnancy protect against pre-eclampsia? Prospective cohort in Danish women. *BJOG* 2009;116(1):98-107.
- van Rijn BB, Franx A, Bruinse HW. Follow-up na pre-eclampsie. In: Slager E, editor. *Retroproductieve geneeskunde, gynaecologie en obstetrie anno 2009*. Haarlem: DCHG; 2009. p. 268-271.
- Saudan P, Brown MA, Buddle ML, Jones M. Does gestational hypertension become pre-eclampsia? *BJOG* 1998;105():1177-84.
- Skjaerven R, Vatten LJ, Wilcox AJ, Ronning T, Irgens LM, Lie RT. Recurrence of pre-eclampsia across generations: exploring fetal and maternal genetic components in a population based cohort. *BMJ* 2005;331(7521):877.
- Vollebregt KC, van der Wal MF, Wolf H, Vrijkotte TGM, Boer K, Bonsel GJ. Is psychosocial stress in first ongoing pregnancies associated with pre-eclampsia and gestational hypertension? *BJOG* 2008;115(5):607-615.