

## Hypertensie en interventie

T. de Neef en A. Franx, met medewerking van B.W. Mol

### Inleiding

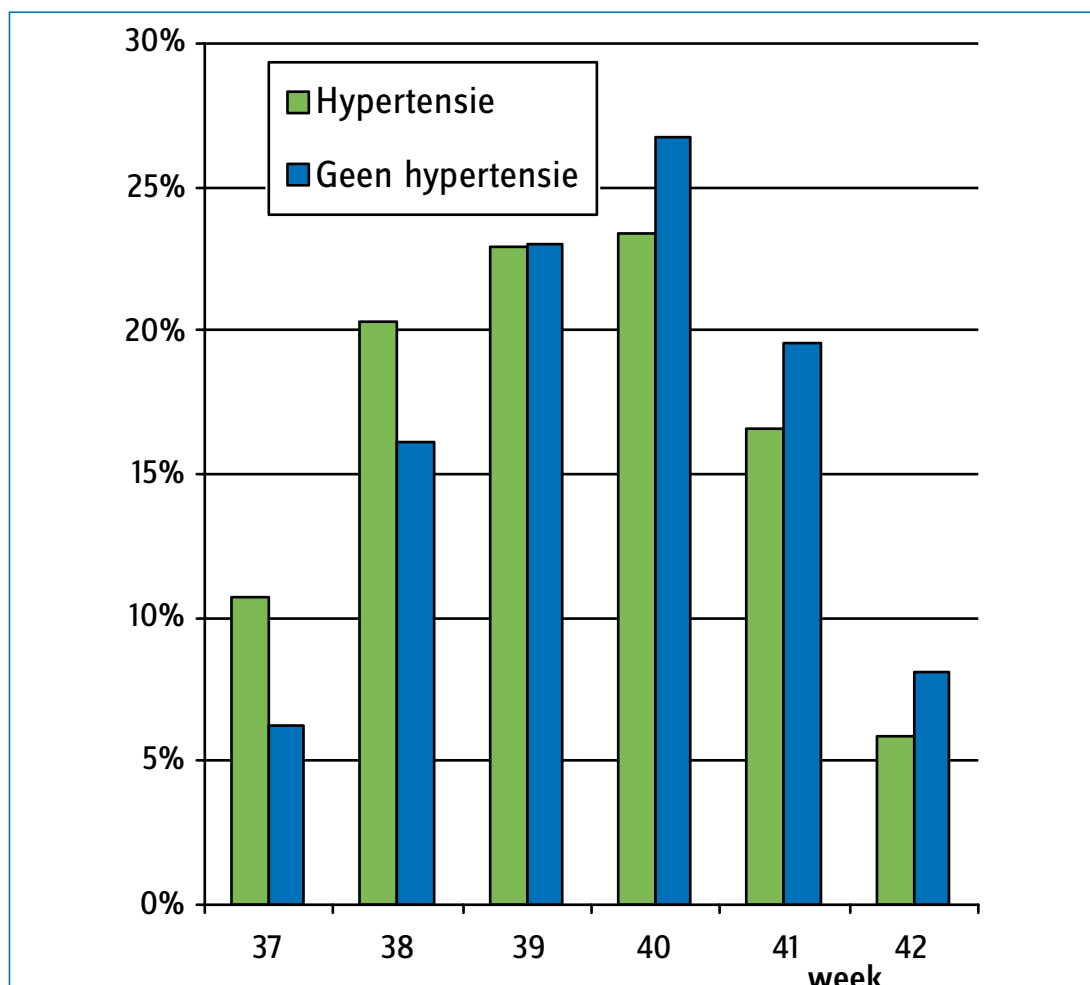
De hypothese die we ditmaal met LVRinsight onderzoeken is dat er gedurende de laatste jaren bij hypertensie in de atermere periode een proactiever interventiebeleid werd gevoerd dan vroeger.

In de LVR2 wordt de hoogste diastolische bloeddruk van de zwangerschap geregistreerd. Voor deze analyse definiëren wij hypertensie als: hoogste diastolische bloeddruk van 90 mmHg of meer. Hypertensie volgens deze definitie komt tegenwoordig voor bij 16% van alle atermere tweedelijns eenlingzwangerschappen. Een hoogste diastolische bloeddruk van 110 mmHg of meer (*ernstige* hypertensie) komt tegenwoordig voor bij circa 1% van de eenlingzwangerschappen in de tweede

lijn; tien jaar geleden was dat 2%. In de loop van het laatste decennium werden zwangeren met hypertensie steeds vroeger overgedragen door de eerste naar de tweede lijn. Het percentage zwangeren met hypertensie dat pas tijdens de baring wordt overgedragen is namelijk in tien jaar gehalveerd van 15% tot 7,5%.

### Interventies

Zwangeren met hypertensie worden tweemaal zo vaak ingeleid als zwangeren met een normale bloeddruk (42% versus 20%). Het effect op de gemiddelde zwangerschapsduur is een bekorting van twee dagen. Figuur 1 laat zien dat hypertensieve zwangerschappen (door de inleidingen) relatief vaker eindigen in de 37e en 38e week.



Figuur 1. Verdeling van zwangerschapsduur voor casus met en zonder diastolische hypertensie.

Pas voor de laatste twee jaar wordt een veranderend beleid zichtbaar wat betreft het inleiden van hypertensieve zwangeren, getuige figuur 2.

Er trad geen toename op van het percentage primaire sectio's. Primaire sectio's worden bij 8,5% van de atermen hypertensieve zwangeren uitgevoerd en dat percentage is al negen jaar onveranderd. Bij atermen normotensieve zwangeren is het primaire sectiepercentage zelfs een fractie hoger.

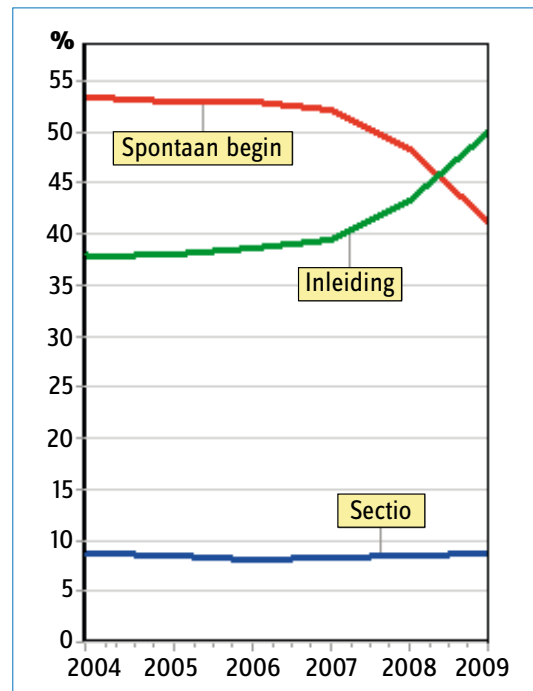
Wat betreft de interventies aan het einde van de baring valt geen verandering te melden gedurende de laatste paar jaar. Voor vaginale kunstverlossingen is er überhaupt geen verschil tussen hypertensieve en normotensieve zwangeren. Secundaire sectio's worden bij hypertensieve zwangeren wel vaker verricht dan bij normotensieve zwangeren (15% versus 12%), maar zoals gezegd: dat is al jaren zo.

#### Wij vroegen Ben Willem Mol om commentaar:

Het is prachtig om te zien dat er een relatie is tussen veranderende inzichten en het beleid dat op de werkvloer gevolgd wordt. Moedersterfte door hypertensieve ziekten in de zwangerschap kwam in Nederland vaker voor dan in ons omringende landen. Dit gegeven is een aantal jaren terug actief opgepakt door de commissie maternale sterfte en was mede aanleiding voor de LEMMoN-studie. Ook de introductie van magnesiumsulfaat heeft de zorg voor de vrouw met hypertensie waarschijnlijk verbeterd. Ik denk dat ook de HYPITAT-studie een rol speelt. Deze studie startte in 2005 en includeerde tot begin 2008, waarna de eerste resultaten door promovendus Corine Koopmans werden gepresenteerd op het Gynaecongres in mei 2008 en in september 2009 werden gepubliceerd in *The Lancet*.<sup>1</sup>

Duidelijk is dat de sterke toename van het aantal inleidingen uit 2008 zich in 2009 nog verder voortzette. Nog belangrijker dan deze verandering is het effect op de uiteindelijke gezondheid van de zwangere. Van der Tuuk et al. lieten eerder zien dat er sinds 2004 een sterke afname is van het aantal in de PRN geregistreerde eclamptische insulten, en dat deze afname significant sterker was in de ziekenhuizen die aan de HYPITAT-studie deelnamen ten opzichte van ziekenhuizen die dat niet deden.<sup>2</sup>

Overigens is het ook goed om ons te realiseren dat het bij analyse van de PRN-gegevens, voor de start van de HYPITAT-studie, leek alsof inleiden van de baring het risico op een secundaire sectio zou verhogen. Dit blijkt echter gebaseerd te zijn op relatief meer inleidingen juist bij ziekere patiënten, waardoor vertekening ontstond. Landelijke registraties zijn dus een belangrijk hulpmiddel om problemen te signaleren en om het effect van beleid te evalueren, maar soms is de tus-



Figuur 2. Wijze waarop de baring begon bij hypertensieve zwangerschappen (aterme eenlingen).

senstap van een gerandomiseerd onderzoek noodzakelijk. De verbetercyclus die we in Nederland op het gebied van hypertensieve ziekten hebben doorlopen, is daar een mooi voorbeeld van.

#### Literatuur

1. Koopmans CM, Bijlenga D, Groen H. Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPITAT): a multicentre, open-label randomised controlled trial. *Lancet* 2009;374:979-88.
2. Tuuk K van der, Koopmans CM, et al. Impact of the HYPITAT study on doctors behaviour and eclampsia in The Netherlands. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2011;204:S300.

#### 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.

**B.W. Mol**, hoogleraar gynaecologie en verloskunde en klinische epidemiologie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.

#### Correspondentieadres

T. de Neef

E-mail: tdeneef@qolor.nl