

Maternale sterfte in Nederland ten gevolge van hypertensie tijdens de zwangerschap

Een analyse van de substandaard zorgfactoren

Relinde van der Stouwe

Inleiding

Sinds 1981 rapporteren gynaecologen in Nederland maternale sterfte bij de maternale mortaliteit commissie (MMC) van de NVOG. Deze rapportage maakt deel uit van continue anonieme landelijke registratie en onderzoek. Zwangerschapshypertensie blijkt de meest voorkomende oorzaak van moedersterfte in Nederland te zijn. In de periode 1983-1992 steeg de maternale sterfte per 100.000 levende geboorten (MMR) ten gevolge van zwangerschapshypertensie van 2.7 naar 4.0 in de periode 1993-2002. Analyse van de casus in de periode 1983 tot 1992 laat substandaard zorg zien bij 93% van de vrouwen die overleden ten gevolge van hypertensieve aandoeningen. Dit percentage verminderde niet gedurende de periode 1993–2002 (90%). Om gerichte aanbevelingen te kunnen formuleren voor het verbeteren van de verloskundige zorg bij hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap, voerde de MMC een audit uit van de sterftegevallen ten gevolge van pre-eclampsie in relatie tot substandaard zorgfactoren⁽¹⁾.

factoren door de MMC (acht gynaecologen en een internist) en door een groep van vijf onafhankelijke experts op het gebied van de perinatologie. De gemelde sterftegevallen werden gecheckt met gegevens van CBS. Hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap werden gedefinieerd volgens de NVOG-richtlijn hypertensie tijdens zwangerschap (zie tabel 1). Substandaard zorg factoren werden omschreven als alle factoren die mogelijk geresulteerd hebben in een lage standaard van zorg en welke een negatieve invloed hebben gehad op de reeks van gebeurtenissen die tot de dood leidde. Lage standaard van zorg werd gedefinieerd als het niet opvolgen van de NVOG-richtlijn. De sterftegevallen werden individueel onderzocht door alle leden van de MMC en de expertgroep. Vervolgens werden de casus besproken in een gezamenlijke bijeenkomst voor een uiteindelijk beoordeling van de substandaardfactoren. In geval dat geen consensus kon worden bereikt, werd het oordeel gebaseerd op de mening van de meerderheid van de groep.

Tabel 1. Definities volgens de NVOG richtlijn "Hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap"

Hypertensie in de zwangerschap	Systolische BD \geq 140 mm Hg en/of diastolische BD \geq 90 mm Hg na 20 wkn amenorroe
Pre-eclampsie	Hypertensie in de zwangerschap met proteïnurie \geq 300 mg/24 uurs urine na 20 wkn amenorroe
Eclampsie	Hypertensie in de zwangerschap of pre-eclampsie met convulsies
Milde pre-eclampsie	Diastolische BD , 110 mmHg zonder nier-, lever-, hematologische of neurologische afwijkingen
Ernstige pre-eclampsie	Diastolische BD \geq 110 mmHg of een lager diastolische BD zonder nier-, lever-, hematologische of neurologische afwijkingen
BD = bloeddruk, wkn = weken.	

Methode

Alle aan de commissie gerapporteerde gevallen van maternale sterfte door zwangerschapshypertensie in Nederland in de periode 2000 tot 2004 werden geïdentificeerd en onderzocht op substandaard zorg-

Resultaten

In de periode 2000-2004 werden 135 gevallen van maternale sterfte gerapporteerd bij de MMC. Daarnaast bleken er zes sterftegevallen bij het CBS geregistreerd te staan die niet bij de MMR gemeld waren. 27 vrouwen stierven ten gevolge van zwangerschapshypertensie. In alle gevallen voldeden de vrouwen aan criteria van pre-eclampsie; bij 16 (60%) vrouwen was er tevens

Relinde van der Stouwe is beleidsmedewerker KNOV en lid van de redactie

sprake van eclampsie. In zestien gevallen startte de prenatale zorg in de eerstelijns. In een geval voltrok de eclampsie zich thuis. Deze vrouw kwam voor haar eerste controle bij een amenorroeduur van 26 weken, met een bloeddruk van 110/80 mmHg. Drie weken later had ze thuis een eclamptisch insult.

De gemiddelde zwangerschapsduur waarbij de sterfte optrad of de bevalling plaatsvond met aansluitend de sterfte, was 35 weken (26-42 weken). In 19 gevallen bedroeg de zwangerschapsduur meer dan 34 weken. Tien vrouwen waren van niet-Nederlandse afkomst; acht daarvan waren afkomstig uit de Sub-Sahara. In alle gevallen waren risicofactoren voor pre-eclampsie aanwezig (zie tabel 2).

Tabel 2. Kenmerken van de studiepopulatie

Kenmerken	Totaal aantal sterftegevallen = 27, n(%)	
Zorg gestart in eerste lijn	16	(59)
Nullipariteit	17	(63)
Tweeling zwangerschap	4	(15)
Chronische hypertensie	2	(7)
Nieraandoening	3	(11)
In vitro fertilisatie	2	(7)
Maternale leeftijd > 40 jaar	2	(7)
HELLP syndroom in vorige zwangerschap	1	(4)

HELLP, haemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count

In de meerderheid van de gevallen (71%) was een cerebrovasculaire complicatie de directe oorzaak van de sterfte, in veertien gevallen een intracerebrale bloeding, en in 5 gevallen andere cerebrale complicaties als cerebrale oedema. In de veertien gevallen, die gecompliceerd werden door een intracerebrale bloeding, hadden elf vrouwen een laag aantal bloedplaatjes.

Substandaard factoren

Met uitzondering van een geval was er bij elke casus sprake van substandaard zorgfactoren. In de eerstelijns was de urine van elf vrouwen niet getest op proteïne terwijl de bloeddruk steeg of symptomen aanwezig waren. In vijf gevallen was de bloeddruk niet gemeten in het eerste trimester of wanneer de vrouw zich meldde met klachten. In vijf gevallen was de tijdsinterval tussen prenatale controles te lang volgens de richtlijn waardoor de diagnose pre-eclampsia uitgesteld werd. Wanneer pre-eclampsie gediagnosticeerd werd, vond in vier gevallen geen directe verwijzing plaats.

In het ziekenhuis werden elf vrouwen met pre-eclampsie-symptomen niet adequaat onderzocht. In 23 gevallen

was de behandeling van ernstige hypertensie inadequaat. Profylactisch toediening van magnesium bleef in vijftien gevallen achterwege; er was ook geen bewijs dat dit was overwogen. Het gevaar van een hoge systolische bloeddruk in combinatie met laag aantal bloedplaatjes wordt onderschat in relatie tot een intracerebrale bloeding. Bij alle vrouwen met een laag aantal bloedplaatjes in deze studie, was de systolische bloeddruk boven de 160 mmHg terwijl de diastolische bloeddruk in 63% van de gevallen boven de 110 mm Hg was. In deze cohort neigden gynaecologen tot het behandelen van de verhoogde diastolische druk en de systolische druk te negeren. Bij veertien vrouwen die overgeplaatst werden naar een derdelijns ziekenhuis, waren inadequaat gestabiliseerd met antihypertensiva of anticonvulsiva. Ergometrie werd aan een vrouw toegediend waarbij de diagnose pre-eclampsie was vastgesteld. In twintig gevallen beoordeelde de gynaecoloog bij opname de pre-eclampsie als mild en behandelde de vrouw ook als zodanig, maar had als ernstig beschouwd moeten worden volgens de richtlijn. In deze cohort was de zwangerschapsduur in 70% van de vrouwen boven de 34 weken. Bij twaalf (44%) vrouwen had de baring eerder moeten plaatsvinden. Met het voort laten duren van de zwangerschap wordt de vrouw blootgesteld aan een toenemend risico op ernstige morbiditeit en mortaliteit. Mocht er gekozen worden voor het continueren van de zwangerschap, dan is het beter om de vrouw over te plaatsen naar een derdelijns centrum. Opvallend is dat in 84% van de gevallen notities ontbraken omtrent het geven van voorlichting over pre-eclamptische klachten of tekenen terwijl voorlichting deel uitmaakt van de aanbevelingen in de NVOG-richtlijn. De onderzoekers vragen speciale aandacht voor voorlichting aan migrantenvrouwen met een verhoogd risico. Daaronder behoren ook vrouwen uit de Sub-Sahara. Ook pleiten zij voor preconceptiezorg voor vrouwen met een verhoogd risico. Deze vrouwen zouden tijdens de zwangerschap vaker moeten worden gezien dan vrouwen met een laag risico.

Conclusie

In de meeste gevallen van moedersterfte ten gevolge van hypertensieve aandoeningen waren substandaard factoren aanwezig. Een conservatieve attitude ten opzichte van het beleid rond pre-eclampsie in Nederland is wellicht een verklaring. De studie laat zien dat er zeker ruimte is voor verbetering van zorg voor vrouwen met pre-eclampsie op gebied van risicoselectie, diagnostiek, voorlichting aan zwangere vrouwen, en behandeling. Er moet meer aandacht komen voor de behandeling van de systolische bloeddruk en voortijdige beëindiging van de zwangerschap. ■

De literatuurverwijzing treft u aan op pag. 30a van de digitale versie van dit tijdschrift.

Verwijzingen pag. 29-30**Maternale sterfte in Nederland**

1. Schutte JM, Schuitemaker NWE, Roosmalen van J, Steegers EAP On behalf of the Dutch Maternal Mortality Committee. Substandard care in maternal mortality due to hypertensive disease in pregnancy in the Netherlands. BJOG 2008;115:732-736.