

Tijdige opsporing en verwijzing bij hypertensieve aandoeningen

Kristel Zeeman en Josien de Boer

Goede risicoselectie, voorlichting en samenwerking zijn de sleutelwoorden van de nieuwe KNOV-standaard 'Hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap, baring en post-partumperiode'. Verloskundigen krijgen met deze standaard een duidelijk handvat voor de opsporing en tijdige verwijzing van vrouwen met hypertensie en (pre-)eclampsie.

Hypertensieve aandoeningen komen voor bij een op de tien zwangeren en vormen de grootste categorie verwijzingen van de eerste naar de tweede lijn. Complicaties van ernstige pre-eclampsie en eclampsie, zoals hersenbloeding en hersenoedeem, zijn de belangrijkste oorzaak van moedersterfte in Nederland (Schutte 2008). Hypertensieve aandoeningen zijn verraderlijk: ze kunnen zich snel ontwikkelen en presenteren zich vaak niet eenduidig. Daarom zijn tijdige herkenning van het ziektebeeld en goede samenwerking tussen verloskundigen en andere zorgverleners nodig om vrouwen de meest optimale zorg te geven.

Moeilijk voorspelbaar

Of een zwangere een hypertensieve aandoening zal ontwikkelen is moeilijk te voorspellen. De diagnostische mogelijkheden die verloskundigen gebruiken, hebben ieder afzonderlijk een slechte voorspellende waarde. Zo zegt de absolute hoogte van de bloeddruk alleen niet zo veel. Bij slechts een klein gedeelte van de zwangeren met hypertensie of pre-eclampsie ontwikkelt zich het HELLP-syndroom of eclampsie. Bovendien wordt bij eclampsie en HELLP niet altijd van te voren een verhoogde bloeddruk vastgesteld [Zhang, 2001; Knuist, 1998; Barton, 2001]. Ook wordt bij 10-15% van de gevallen van het HELLP-syndroom en 40% van de vrouwen met eclampsie geen proteïnurie geconstateerd [Murray, 2002]. Verder heeft het merendeel van de vrouwen met hypertensie of pre-eclampsie geen lichamelijke klachten [Zwart, 2008]. Degenen die wel klachten hebben, ontwikkelen vaker eclampsie, maar lang niet altijd [Cavkaytar, 2007]. In de praktijk betekent dit dat het moeilijk kan zijn zwangeren met hypertensieve aandoeningen te herkennen,

Hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap

Zwangerschapshypertensie

Er is sprake van zwangerschapshypertensie na 20 weken zwangerschapsduur bij:

- een diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg, minimaal twee maal gemeten met een tussenpoos van minimaal vier uur en/of
- een systolische bloeddruk ≥ 140 mmHg, minimaal twee maal gemeten met een tussenpoos van minimaal vier uur of
- een diastolische bloeddruk bij één meting ≥ 110 mmHg of een systolische bloeddruk bij één meting ≥ 160 mmHg.

Pre-eclampsie

Zwangerschapshypertensie gecombineerd met proteïnurie. Er is sprake van proteïnurie bij een eiwitverlies in de urine ≥ 300 mg/24 uur. Bij pre-eclampsie treedt schade op aan verschillende organen (lever, nieren, hersenen, bloed). Dit kan gepaard gaan met klinische verschijnselen, zoals hoofdpijn, bandgevoel, pijn in de bovenbuik of tussen de schouderbladen, visusklachten of een algehele malaise zonder koorts.

HELLP-syndroom

Het is nog onduidelijk of het HELLP-syndroom (acroniem van Hemolyse, Elevated Liver enzymes Low Platelets) een complicatie van pre-eclampsie is of een op zichzelf staande aandoening. Er is niet altijd sprake is van hypertensie of proteïnurie.

Eclampsie

Een aanval van clonische en tonische spierkrampen, als complicatie van een hypertensieve aandoening in de zwangerschap, waarbij bewusteloosheid optreedt en een kort of langer durend coma volgt.

Chronische hypertensie

Hypertensie die is vastgesteld voorafgaand aan de zwangerschap of in de eerste helft van de zwangerschap en die drie maanden na de bevalling nog bestaat.

Gesuperponeerde pre-eclampsie

Bij een patiënte met chronische hypertensie ontstaan na 20 weken zwangerschapsduur symptomen, zoals beschreven bij pre-eclampsie.

zowel voor eerste- als tweedelijns zorgverleners. Hoe kunnen eerstelijns verloskundigen opsporing van deze aandoeningen optimaliseren en adequate zorg verlenen aan deze groep vrouwen? De nieuwe KNOV-Standaard 'Hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap, baring en postpartumperiode', waaraan de werkgroep momenteel de laatste hand legt, doet aanbevelingen voor het verloskundig beleid. Deze standaard sluit aan bij de verwijscriteria in de herziene verloskundige indicatielijst (VIL) die naar verwachting ook dit jaar uitkomt. De belangrijkste peilers van de standaard zijn risicoselectie, voorlichting en samenwerking.

Risicoselectie

Om te kunnen inschatten of een vrouw een hypertensieve aandoening heeft of ontwikkelt, is het onvoldoende om af te gaan op één of enkele parameters. Het is van belang de factoren bloeddruk, proteïnurie, lichamelijke klachten, individuele risicofactoren en de zwangerschapstermijn zorgvuldig te wegen. Deze helpen in de beslissing om verdere diagnostiek te verrichten en om een vrouw al dan niet te verwijzen.

Bloeddruk

Gestandaardiseerde bloeddrukmeting en het hanteren van een eenduidige definitie van zwangerschapshypertensie zijn essentiële voorwaarden voor adequate opsporing van hypertensie. De definitie die in de KNOV-standaard en de nieuwe VIL wordt gebruikt (zie box), sluit aan bij internationale richtlijnen [Brown, 2000].

Voorwaarde is dat bij de meting rekening wordt gehouden met factoren die de bloeddrukmeting beïnvloeden. Dit zijn de lichaamshouding van de cliënt tijdens het meten, de arm waaraan de bloeddruk gemeten wordt, de breedte van de manchet, de gebruikte bloeddrukmeter, keuze van de laatste Korotkofftoon en eigenschappen van de zorgverlener die de bloeddruk meet, zoals gehoor en zicht.

Zwangerschapstermijn

De hoogte van de bloeddruk is nooit los te zien van de zwangerschapstermijn. Cardiovasculaire veranderingen

tijdens de zwangerschap beïnvloeden de hoogte en het verloop van de bloeddruk. Bij zes weken amenorroe is de bloeddruk al significant lager dan preconceptioneel. Vervolgens daalt de bloeddruk nog licht verder, om tussen de 20 en 24 weken het laagste niveau te bereiken ('mid-pregnancy drop'). In vergelijking met de bloeddruk van voor de zwangerschap is de systolische bloeddruk dan ongeveer 5 mmHg en de diastolische ongeveer 8-10 mmHg lager. Vanaf ongeveer 28 weken stijgt de bloeddruk weer naar een waarde die vergelijkbaar is met die van voor de zwangerschap [Peeters, 2009; MacGillivray, 1969].

Is de bloeddruk in het begin van de zwangerschap al relatief hoog, ontbreekt de midpregnancy drop of stijgt de bloeddruk al voor de 30e week? Dan is er sprake van een afwijking van het fysiologisch verloop en is alertheid op pre-eclampsie geboden. Over het algemeen geldt: hoe vroeger in de zwangerschap de bloeddruk stijgt, hoe hoger de kans op pre-eclampsie [Barton, 2001; Saudan, 1998].

Ook tijdens de bevalling [Zhang, 2001; Zwart, 2008] en postpartum [Zwart, 2008; Chames, 2002; Steegers, 2010] kan hypertensie of (pre-)eclampsie ontstaan. Zelfs wanneer de vrouw in de zwangerschap normotensief was [Zhang, 2001]. De standaard beveelt daarom aan ook durante partu en tijdens de kraamperiode de bloeddruk te meten.

Proteïnurie

Voorwaarde voor het stellen van de diagnose pre-eclampsie is de vaststelling van proteïnurie bij een zwangere met een verhoogde bloeddruk. Volgens de definitie is er sprake van proteïnurie bij meer dan 300 mg eiwitverlies in 24 uur. Bepaling van eiwit in de urine die 24 uur lang is verzameld is de gouden standaard. In de eerstelijns praktijk wordt echter alleen de dipstick gebruikt, die eiwit bepaalt in één portie urine. Over de testeigenschappen van de dipstick is weinig bekend. Er bestaat alleen onderzoek over de Multistix® van Bayer [Waugh, 2004]. Daaruit blijkt dat het een zeer onbetrouwbare test is, met vooral een slechte positief voorspellende waarde. In de praktijk betekent dit dat bij meer dan driekwart van de zwangeren met een verhoogde bloeddruk ten onrechte proteïnurie wordt geconstateerd.

In ziekenhuizen wordt doorgaans de eiwit-kreatinineratio (EKR) bepaald in een portie urine. De positief en negatief voorspellende waarden zijn iets beter dan die van de Bayer dipstick [Cote, 2008].

De aanbevolen manier om proteïnurie vast te stellen is de 24-uurs urine. Deze test levert echter flink wat praktische problemen op en vergt tijd, die er niet altijd is. Bij de risicoselectie ligt, zowel in de standaard als in de VIL, het accent daarom minder dan voorheen op de aanwezigheid van proteïnurie.

Klachten

Zwangeren met hypertensie of milde pre-eclampsie rapporteren meestal geen klachten [Knuist, 1998]. Ernstige pre-eclampsie of eclampsie kunnen wel met klachten gepaard gaan, vooral hoofdpijn en visusklachten. Buikpijn en misselijkheid en braken komen minder vaak voor [Chames, 2002; Matthys, 2004]. Toch rapporteert 20-40% van de vrouwen voorafgaand aan een eclamptisch insult geen klachten [Zwart, 2008]. Lichamelijke klachten kunnen daarentegen ook het eerste signaal zijn, nog voordat er hypertensie is vastgesteld [Schutte, 2008; Zwart, 2008]. Vraag daarom alle vrouwen met hypertensie naar hoofdpijn, pijn in de bovenbuik of tussen de schouderbladen, visusklachten, oedeem, misselijkheid, braken en algehele malaise. Wees ook alert op een hypertensieve aandoening bij vrouwen zonder hypertensie, maar met klachten.

Risicofactoren

Het literatuuronderzoek voor de standaard bracht verschillende factoren naar voren die het risico op een hypertensieve aandoening tijdens of vlak na de zwangerschap verhogen. Bij zwangeren met twee of meer van deze risicofactoren moet de verloskundige extra alert zijn op het ontstaan van hypertensie en pre-eclampsie/HELLP. Een artikel elders in dit tijdschrift gaat uitgebreid in op risicofactoren.

Voorlichting

Ernstige vormen van pre-eclampsie hebben soms een zeer snel beloop. Zoals gezegd kunnen lichamelijke klachten een eerste signaal zijn. Herkenning van deze klachten door de zwangere is dan essentieel voor tijdige verwijzing en behandeling en kan levensreddend zijn. Voorlichting van alle zwangeren, kort na de 20e zwangerschapsweek, zorgt ervoor dat cliënten zelf alert zijn en op tijd contact opnemen met de verloskundige [Schutte, 2008; Zwart, 2008]. Samen met de NVOG en de KNOV heeft de patiëntenorganisatie 'Stichting HELLP-syndroom' een memoblokje ontwikkeld, dat gebruikt kan worden bij de voorlichting. Op het blokje staan de meest voorkomende klachten. Daarnaast beveelt de standaard aan vrouwen voor te lichten over hun risicoprofiel. Meer hierover vindt u in het artikel over risicofactoren.

Samenwerking

Tijdens Nederlandse perinatal audits kwamen substandard care factoren naar voren in de zorg voor vrouwen met een ernstige hypertensieve aandoening [Schutte, 2008; Dietz de Loos, 2009]. Een paar van deze factoren had betrekking op de samenwerking. Het te voeren beleid bij terugverwijzing naar de eerste lijn was in veel gevallen onduidelijk [Schutte, 2008]. In drie van de acht gevallen van

postpartum eclampsie werd de verwijzing onvoldoende serieus genomen en niet grondig genoeg geanalyseerd [Dietz de Loos, 2009].

Uitgangspunt in de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn moet zijn dat de cliënt centraal staat. Dat wil zeggen dat de overdracht snel en duidelijk verloopt en dat de cliënt op elk moment weet wie de verantwoordelijke behandelaar is. Afspraken in VSV-verband of op praktijkniveau moeten er op gericht zijn dat dergelijke zaken voor de cliënt gewaarborgd zijn. In de standaard en de VIL worden criteria gegeven voor terugverwijzing naar de eerste lijn.

Verder zullen verloskundigen op regionaal niveau afspraken moeten maken over de samenwerking rondom hypertensieve aandoeningen in de eerste lijn. Met laboratoria moeten afspraken komen over de procedures rondom proteïnurie bepaling middels een EKR of 24-uurs urine; met huisartsen over de zorg voor en communicatie over zwangere cliënten met pre-eclamptische klachten; met kraamverzorgende over hun rol bij het signaleren van pre-eclamptische verschijnselen.

Tot slot

U kunt de KNOV-standaard in komende zomer verwachten. Gelijktijdig verschijnt een toetsprogramma over hetzelfde onderwerp. Op de praktijkkaart bij de standaard zullen aanwijzingen staan voor risicoselectie en verwijzing, bloeddruk meten en voorlichting. ■

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(5):979-983.
- Brown MA, Hague WM, Higgins J, Lowe S, McCowan L, Oats J, et al. The detection, investigation and management of hypertension in pregnancy: full consensus statement. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2000;40(2):139-155.
- Cavkaytar S, Ugurlu EN, Karaer A, Tapisiz OL, Danisman N. Are clinical symptoms more predictive than laboratory parameters for adverse maternal outcome in HELLP syndrome? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86(6):648-651.
- Chames MC, Livingston JC, Ivester TS, Barton JR, Sibai BM. Late postpartum eclampsia: a preventable disease? *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(6):1174-1177.
- Cote AM, Brown MA, Lam E, von Dadelnszen P, Firoz T, Liston RM, et al. Diagnostic accuracy of urinary spot protein:creatinine ratio for proteinuria in hypertensive pregnant women: systematic review. *BMJ* 2008;336(7651):1003-1006.
- Dietz de Loos DAE, Mesman JAJM, Zwart JJ, van Roosmalen J. Risicoselectie en substandaard-zorgfactoren bij eclampsie en ernstige HELLP in de eerste lijn: LEMMoN-audit. *NTOG* 2009;122(10):330-4.
- Knuist M. Zwangerschapshypertensie in de eerste lijn [dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1998.
- 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.
- MacGillivray I, Rose GA, Rowe B. Blood pressure survey in pregnancy. *Clin Sci* 1969;37(2):395-407.
- Matthys LA, Coppage KH, Lambers DS, Barton JR, Sibai BM. Delayed postpartum preeclampsia: an experience of 151 cases. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190(5):1464-1466.
- Murray N, Homer CSE, Davis GK, Curtis J, Mangos G, Brown MA. The clinical utility of routine urinalysis in pregnancy: a prospective study. *Med J Aust* 2002;177(9):477-480.
- Peeters LLH. Hoge moedersterfte door pre-eclampsie en het HELLP-syndroom. *Ned*

Tijdschr Geneeskd 2009;153:B139.

Saudan P, Brown MA, Buddle ML, Jones M. Does gestational hypertension become pre-eclampsia? Br J Obstet Gynaecol 1998;105(11):1177-1184.

Schutte JM, Schuitemaker NWE, van Roosmalen J, Steegers EAP. Substandard care in maternal mortality due to hypertensive disease in pregnancy in the Netherlands. BJOG 2008;115(6):732-736.

Steegers EA, von DP, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia. Lancet 2010;376(9741):631-644.

Waugh JJS, Clark TJ, Divakaran TG, Khan KS, Kilby MD. Accuracy of urinalysis dipstick techniques in predicting significant proteinuria in pregnancy. Obstet Gynecol 2004;103(4):769-777.

Zhang J, Klebanoff MA, Roberts JM. Prediction of adverse outcomes by common definitions of hypertension in pregnancy. Obstet Gynecol 2001;97(2):261-267.

Zwart JJ, Richters A, Ory F, de Vries JJP, Bloemenkamp KWM, van Roosmalen J. Eclampsia in the Netherlands. Obstet Gynecol 2008;112(4):820-827.

Pregnancy Induced Hypertension*

Casus

Mevrouw B, 29 jaar en zwanger van haar eerste kind, is van Nederlandse afkomst en heeft een BMI van 23. Zij heeft bij de intake een bloeddruk van 130/80. Rond de twintigste week heeft zij een bloeddruk van 130/75. Bij 31+4, tijdens een gepland consult, meet de verloskundige een bloeddruk van 140/95. Mevrouw vertelt dat ze sinds een paar dagen niet lekker is. Wat misselijk, wat last van maagzuur en ze beantwoordt de vraag naar het bandgevoel in de bovenbuik positief. Ze heeft geen last van hoofdpijn of sterretjes zien. Ze heeft een spoortje albumen in haar urine. Ze wordt doorgestuurd naar de tweede lijn. Daar heeft zij een bloeddruk van 135/95. Behalve een Hb van 9,1 mmol/l is het bloedbeeld normaal. Mevrouw krijgt drie keer daags 250 mg methyldopa en komt wekelijks op consult. De eerder genoemde klachten verdwijnen; de diastolische druk daalt naar 85 mm Hg. Bij 41+4 stijgt de diastolische druk echter weer naar 100 mm Hg en heeft mevrouw hoofdpijnklachten. Ze wordt geprimed, waarop ze spontaan bevalt van een dochter van 3250 gram met een goede start. De derde dag postpartum mogen moeder en dochter naar huis. Onder begeleiding van de huisarts bouwt mevrouw het antihypertensivum af. ■

*(volgens ontslagbrief)