HELLP in de anamnese, in de eerste lijn?

Karin van den Boogaard
Agnes van Elburg
8 maart 2002
Vroedvrouwenschool, Kerkrade

VOORWOORD

Het vierde jaar van de opleiding tot verloskundige staat in het teken van de eerstelijns verloskundige zorg. Dit jaar wordt in de praktijk ervaring opgedaan, waarbij de nadruk ligt op het zelfstandig uitvoeren van risicoselectie. Daarvoor is onder andere een kritische houding ten opzichte van het verloskundig handelen op basis van de literatuur noodzakelijk. Door het schrijven van een afstudeeropdracht leer je resultaten uit onderzoeksliteratuur te selecteren en te beoordelen. Hieraan kun je je verloskundig handelen peilen en eventueel bijstellen.

Tijdens onze stages zijn we alle twee bezig geweest met risicoselectie en beleidsvoering. Daarbij kwamen wij beiden in aanraking met het beleid omtrent het HELLP-syndroom in de anamnese. We hebben gemerkt dat zowel de eerste als de tweede lijn zich niet altijd houdt aan het advies gegeven in het Verloskundig Vademecum. Deze adviseert tweedelijns verloskundige zorg bij een HELLP in de anamnese.

We hebben ons in dit onderwerp verdiept en zijn tot een voorlopige conclusie gekomen, waarbij we enkele aanbevelingen doen.

Bij deze willen we een aantal mensen bedanken.
Allereerst onze stagebegeleiders uit de eerstelijns praktijken.
Ten tweede Dr. van Pampus.
Ten derde onze docent-begeleiders: Esther Bakker en Karin Theeuwen.
En tenslotte iedereen die ons bij deze afstudeeropdracht heeft gesteund.

We hopen dat deze afstudeeropdracht verloskundige zorgverleners zal aanzetten tot nadenken over de beleidsvoering omtrent het HELLP-syndroom in de anamnese.

Karin van den Boogaard
Agnes van Elburg
februari 2002

LIJST VAN BEGRIPPEN

Verloskundig Vademecum indicatielijst:
Het Verloskundig Vademecum is een leidraad voor de verloskundige zorgverlener tot het verstrekken van kwalitatief hoogwaardige, doelmatige en individueel gerichte verloskundige zorg.
Kenmerk van dit Vademecum is het streven naar kwaliteit, doelmatigheid en samenwerking. De samenhang tussen deze kenmerken wordt geformuleerd in de vaststelling dat verloskundigen, huisartsen en gynaecologen een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben voor het verstrekken van kwalitatief hoogwaardige en doelmatige verloskundige zorg aan cliënten.
In het Vademecum staan afspraken die gebaseerd zijn op wetenschappelijke onderbouwing en besluitvorming.

Wet BIG:
Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.
De wet BIG beoogt de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg te bevorderen en te bewaken en de cliënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren. De wet spitst zich toe op de individuele gezondheidszorg, dat wil zeggen zorg die rechtstreeks is gericht op een persoon.
In de wet BIG staan bepalingen over zaken als titelbescherming, registratie, voorbehouden handelingen en tuchtrecht.

SAMENVATTING

In de praktijk komt het wel eens voor dat zwangeren met een HELLP-syndroom in de anamnese voor een volgende zwangerschap naar een eerstelijns verloskundig zorgverlener gaan. Dit kan op eigen initiatief of na een doorverwijzing via gynaecoloog of huisarts. Dit is in strijd met het advies gegeven door het Verloskundig Vademecum, welke begeleiding van een volgende zwangerschap door een tweedelijns zorgverlener adviseert.
De volgende vragen kunnen daarbij naar voren komen:

- Wat is het herhalingsrisico van het HELLP-syndroom in een volgende zwangerschap?
- Zijn er nog andere complicaties die kunnen optreden?
- Is een eerstelijns zorgverlener in staat de diagnose HELLP te stellen?
- Wat is de meerwaarde van de tweede lijn?
- Wat zijn de juridische consequenties, wanneer het advies gegeven door het Verloskundig Vademecum niet wordt opgevolgd?

Wij hebben ons literatuuronderzoek uitgevoerd en zijn tot de volgende conclusie gekomen.
Een HELLP-syndroom kan tot zeer ernstige maternale en perinatale complicaties leiden. De herhalingskans in een volgende zwangerschap is klein, maar de risico's op andere complicaties zijn verhoogd. Complicaties die kunnen optreden zijn: hypertensie, pre-eclampsie/eclampsie, een preterme partus, intra-uteriene groeiretardatie, een solutio placentae en perinatale sterfte.
Bij een vermoeden op een HELLP-syndroom moet de diagnose worden bevestigd door een bloedonderzoek. Deze kan alleen door een tweedelijns zorgverlener worden uitgevoerd.
Een eerstelijns zorgverlener zal bij een vermoeden op het HELLP-syndroom een consult aanvragen.
Daarnaast beschikt de tweede lijn over aanvullende onderzoeken die extra informatie kunnen verschaffen over de maternale en foetale conditie.

Wij zijn daarom van mening dat zwangeren met een HELLP-syndroom in de anamnese bij een volgende zwangerschap door de tweede lijn zouden moeten worden begeleid.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord……...1
Lijst van begrippen…….. ……... 2
Samenvatting…….…….. 3
1. Korte Casusomschrijving…….……... 5
2. Inleiding……...6
3. Literatuuranalyse…….…… 7
3.1 Het HELLP-syndroom ……..…….. 7
3.1.1 Definitie…… 7
3.1.2 Etiologie…… 7
3.1.3 Incidentie……... 7
3.1.4 Maternale en perinatale complicaties…… 8
3.2 Herhalingsrisico van het HELLP-syndroom in een volgende graviditeit… 9
3.3 Risico's op andere complicaties……...11
3.3.1 Preterme partus……..... 11
3.3.2 Intra-uteriene groeiretardatie……..... 11
3.3.3 Solutio placentae.....…… 12
3.3.4 Perinatale sterfte.....…….. 12
3.4 Diagnostiek van het HELLP-syndroom in de eerste en tweede lijn....…… 13
3.4.1 Anamnese…….. 13
3.4.2 Onderzoek……..13
3.4.3 Diagnose…… 13
3.4.4 Meerwaarde tweede lijn…… 14
4. Casusanalyse……...15
5. Beschouwing…….. 17
6. Eindconclusie en aanbevelingen……20
Literatuurlijst……... 21

1. KORTE CASUSOMSCHRIJVING

In dit hoofdstuk beschrijven we de casus die we tijdens onze stage zijn tegen gekomen en die geleid heeft tot het formuleren van onze kernvraag.

Anamnese

31-jarige gravida 2, para 1, abortus 0.
Mevrouw heeft herpes labialis.
Verder is de algemene anamnese blanco.

Familie anamnese

Vader van mevrouw heeft hypertensie. Hij heeft hiervoor momenteel geen medicijnen meer.
Verder is de familie anamnese blanco.

Obstetrische anamnese

05-02-'97: een zoon Bram in Aav, 2930 gram, Apgar 8-9-9, bij 36+2 weken.
Zwangerschap tot 36 weken ongestoord. Bij 36+1 weken misselijk en hoofdpijn klachten.
Bloeddruk 140/105 => tweede lijn. Alhier beginnende HELLP geconstateerd => opname.
Bij 36+2 weken baring ingeleid.
Kraambed geen bijzonderheden.

Huidige graviditeit

Laatste normale menstruatie 20-07-'00: à terme 27-04-'01.

Bij 11+2 weken komt mevrouw voor de intake bij de verloskundige voor haar tweede zwangerschap. Uit de anamnese blijkt dat mevrouw in haar vorige zwangerschap een beginnende HELLP heeft gehad bij 36+1 weken. Mevrouw wil nu graag in de eerste lijn begeleid worden. Daar het Verloskundig Vademecum bij een HELLP-syndroom in de anamnese tweedelijns verloskundige zorg adviseert, besluit de verloskundige zich aan dit advies te houden en stuurt mevrouw in naar de tweede lijn.

De gynaecoloog ziet geen reden mevrouw in de tweede lijn te begeleiden en wil haar terug verwijzen naar de eerste lijn. Als student verloskunde ben ik bij dit beslismoment aanwezig en wijs hem op het advies gegeven door het Verloskundig Vademecum. Dit is bij de gynaecoloog niet bekend en hij heeft hierbij zijn twijfels, omdat volgens hem het herhalingsrisico klein is.
Toch besluit hij mevrouw op advies van het Verloskundig Vademecum te begeleiden.

De zwangerschap verloopt zonder complicaties en bij 40+1 weken bevalt mevrouw spontaan van een gezonde dochter in Aav, 3560 gram, Apgar 9-10.
Het kraambed wordt door de verloskundige begeleid.

2. INLEIDING

De volgende kernvraag staat in onze afstudeeropdracht centraal:

"Is het medisch verantwoord om bij zwangeren met een HELLP-syndroom in de anamnese eerstelijns verloskundige zorg te verlenen?"

Om deze kernvraag te kunnen beantwoorden, zijn wij tot de volgende deelvragen gekomen:

- Wat wordt er onder het HELLP-syndroom verstaan?
- Wat is het herhalingsrisico van het HELLP-syndroom in een volgende graviditeit?
- Wat zijn de risico's op andere complicaties in een volgende zwangerschap, na een zwangerschap gecompliceerd door het HELLP-syndroom?
- Wat zijn de mogelijkheden en middelen om in de eerste lijn dan wel in de tweede lijn de symptomen van een HELLP-syndroom te diagnostiseren?

Tijdens onze stage werd een cliënte met het HELLP-syndroom in de anamnese verwezen naar de tweede lijn. De gynaecoloog vond het echter verantwoord mevrouw in de eerste lijn te begeleiden, omdat het herhalingsrisico op een HELLP-syndroom klein is.
Deze tegenstelling in beleidsvoering kwam vaker in onze stage naar voren en daarom leek het ons interessant om hier dieper op in te gaan.

Voor de eerstelijns verloskundige zorg is het relevant te weten, of het inderdaad verantwoord is de begeleiding in de eerste lijn te laten plaatsvinden. Onze ervaring is namelijk dat zwangeren met een HELLP-syndroom in de anamnese regelmatig in de eerste lijn worden begeleid. Dit in tegenstelling tot het advies gegeven door het Verloskundig Vademecum, waarin wordt aangegeven de verloskundige zorg in de tweede lijn te laten plaatsvinden.

In deze afstudeeropdracht willen wij het advies gegeven door het Verloskundig Vademecum ter discussie stellen.

Om een antwoord te kunnen geven op onze deelvragen, zijn wij op zoek gegaan naar literatuur. Wij zijn onze zoektocht begonnen op de website van de NVOG; www.NVOG.nl. Hier vonden we een samenvatting van het proefschrift van M. van Pampus uit 1999. Dit proefschrift hebben we opgevraagd. Via de website van de NVOG is het mogelijk om in het zoeksysteem Medline Pubmed te komen. Hier hebben wij onze zoektocht vervolgd en gezocht onder de volgende termen: subsequent and HELLP-syndrome, long-term prognosis and HELLP-syndrome, recurrence and HELLP-syndrome. Zo vonden we een aantal samenvattingen van relevante artikelen voor onze afstudeeropdracht. Deze artikelen hebben we opgezocht in het studielandschap van de Vroedvrouwenschool te Kerkrade. Artikelen die we hier niet konden vinden, hebben we aangevraagd via internet bij NIWI; www.NIWI.nl. Daarnaast hebben we nog enkele handboeken gebruikt, wederom uit het studielandschap. Ten slotte hebben we contact gelegd met Stichting HELLP-syndroom (Stichting HELLP-syndroom, postbus 636, 3800 AP Amersfoort. Tel: 0529-427000).

Als eerste volgt een analyse van de door ons gebruikte literatuur. Hierna analyseren we onze casus, waarna een beschouwing volgt. We sluiten onze afstudeeropdracht af met een eindconclusie en aanbevelingen.

3. LITERATUURANALYSE

3.1 Het HELLP-syndroom

Om te bepalen of een zwangere met het HELLP-syndroom in de anamnese in de eerste lijn kan worden begeleid, is het noodzakelijk te weten wat het HELLP-syndroom inhoudt.
In deze paragraaf zal in het kort worden ingegaan op de definitie, etiologie, incidentie en maternale en perinatale complicaties.

3.1.1 Definitie

HELLP betekent letterlijk "**H**emolysis**, E**levated **L**iver enzyms en **L**ow **P**latelets".
Vrij vertaald: hemolyse, gestegen leverenzymen en een laag trombocytengetal.
Het HELLP-syndroom treedt meestal op als een complicatie van pre-eclampsie. Pre-eclampsie houdt in: een hypertensie gepaard met eiwitverlies in de urine.[1,2,3,4,6,7,9,10]
Toch blijkt dat hypertensie en HELLP niet altijd samen gaan, want 15% van de HELLP-patiënten heeft geen hypertensie.[2,7,9] Wel mag het HELLP-syndroom, dan wel met of zonder voorafgaande pre-eclampsie, beschouwd worden als een zeer ernstige zwangerschapscomplicatie.[7,9]

3.1.2 Etiologie

Het ziektebeeld HELLP wordt gekenmerkt door een stoornis in de maternale bloedsomloop met een verminderd plasmavolume. Dit in combinatie met lage cardiale output en een hoge perifere weerstand. Wat de precieze oorzaak hiervan is, is nog steeds niet duidelijk.[2,4,7,9]
Men denkt dat het te maken heeft met een afwijkende aanleg van de placenta.[7,9]
De moederlijke immuunreaktie op de antigenen van de trofoblast verloopt waarschijnlijk abnormaal. Dat de vermoedelijke oorzaak bij de placenta ligt, komt doordat het ziektebeeld na de baring in ernst afneemt en volledig verdwijnt.[4,9]
Daarnaast blijken ook genetische en omgevingsfactoren mee te spelen.

3.1.3 Incidentie

Van alle zwangerschappen wordt 10% gecompliceerd met hypertensie.[5,9] Bij nulliparae wordt de zwangerschap in 3-5% van de gevallen gecompliceerd door pre-eclampsie; bij multiparae is dit 2 tot 3 keer lager. Wel moet hierbij worden vermeldt dat het gaat om een westerse populatie.[1,7,9]
Een aantal factoren zijn van invloed op het ontstaan van pre-eclampsie. Factoren die de kans verhogen zijn onder andere: preëxistente hypertensie, chronische nierinsufficiëntie, auto-immuun ziekten en diabetes mellitus. Roken blijkt de kans op pre-eclampsie te verlagen.[9]
Over de incidentie van het HELLP-syndroom bestaat wat onenigheid in de literatuur. Dit wordt met name veroorzaakt doordat men andere definities en criteria hanteert voor het HELLP-syndroom. Zo wordt er in het onderzoek van Sullivan gesproken over verschillende klassen van het HELLP-syndroom met verschillende incidenties.[1]
Wel is het risico op een HELLP-syndroom bij een zwangerschap die al gecompliceerd wordt met pre-eclampsie bekend. Dit risico varieert in de door ons gebruikte literatuur van 4 tot 14%.[2,9,11]

3.1.4 Maternale en perinatale complicaties

Het HELLP-syndroom is een belangrijke oorzaak van maternale en perinatale morbiditeit en mortaliteit.

Maternale complicaties die kunnen optreden zijn:

Orgaanperfusiestoornissen die kunnen leiden tot weefselschade en multi-systemische uitval van organen:

- Nieren: acuut nierfalen [5,6,7,8,9,11]
- Lever: subcapsulaire leverbloeding [4,8,9]
  leverruptuur [2,6,7,9,11]
- Hersenen: hersenbloeding [4,7,9]

Eclampsie [7,9]
Diffuse Intravasale Stolling (DIS) [2,5,6,7,8,11]
Spontane en post partum hemorragie [4,9]
Pulmonaal oedeem [2,6,7,8,11]
Adult respiratory distress syndroom [2,4]
Diep veneuze trombose [7]
Maternale sterfte [4,5,6,7,11]
Sectio caesarea (indirecte complicatie) [6,7]

Perinatale complicaties die kunnen optreden zijn :

Placenta-insufficiëntie, wat kan leiden tot:

- Intra-uteriene groeiretardatie [2,4,5,6,7,8,9]
- Asfyxie [8,9]
- Intra-uteriene vruchtdood [2,4,5,6,7,9]

Solutio placentae [2,5,6,7,9]
Premature partus [2,4,5,6,7,8,9] :

Op grond van foetale complicaties is de kans op iatrogene vroeggeboorte verhoogd. [9]
Prematuriteit draagt bij aan de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van het HELLP-syndroom. [4]

Perinatale en neonatale sterfte [2,4,5,6,7,9,11]

3.2 Herhalingsrisico van het HELLP-syndroom in een volgende graviditeit

In de literatuur hebben wij 3 grote onderzoeken gevonden over het herhalingsrisico van het HELLP-syndroom.[1,2,7] De uitkomsten van deze 3 onderzoeken liggen vrij ver uit elkaar. Dit komt enerzijds door een verschil in populatiesamenstelling en anderzijds doordat er verschillende definities aan het syndroom worden gegeven.
Hieronder worden deze 3 onderzoeken besproken.

Het onderzoek van Sullivan (n=161) deelt de verschijningsvormen van het HELLP-syndroom volgens het drie-klassen systeem in, in 3 categorieën. Hierbij is uitgegaan van het laagst gemeten trombocyten-aantal:
Klasse 1: t/m 50.000/µl
Klasse 2: van 50.000/µl t/m 100.000/µl
Klasse 3: van 100.000/µl t/m 150.000/µl
Zo ontstaat er een beeld van minder ernstig tot ernstig.
Deze uitgebreide definitie van het HELLP-syndroom, inclusief klasse 3, wordt niet in de onderzoeken van Sibai [2] en Van Pampus [7] gehanteerd en ook niet geaccepteerd.
Volgens het onderzoek van Sullivan wordt 48% van de volgende zwangerschappen, na een zwangerschap met het HELLP-syndroom, gecompliceerd door hypertensieve aandoeningen. Van deze 48% wordt 27% gecompliceerd door het HELLP-syndroom (klasse 1,2 of 3) en 15% door pre-eclampsie/eclampsie.
Doordat de uitgebreide definitie van het HELLP-syndroom niet door iedereen wordt geaccepteerd, zijn de bovengenoemde uitkomsten ook exclusief klasse 3 berekend.
Het herhalingsrisico op een HELLP-syndroom bedraagt dan 19%. De kans dat in een volgende zwangerschap pre-eclampsie/eclampsie ontstaat is dan 23%.[1] Deze waarden zijn vergelijkbaar met de onderzoeksresultaten van Sibai [2] en Van Pampus[7].

Het onderzoek van Sibai (n=192) deelt zijn populatie in, in het hebben van preëxistente chronische hypertensie en het niet hebben van preëxistente chronische hypertensie, “normaal gezonde” zwangeren.
De vrouwen met preëxistente chronische hypertensie krijgen bij een volgende zwangerschap, na een zwangerschap met het HELLP-syndroom, in 8% van de gevallen opnieuw een HELLP-syndroom. De kans dat in een volgende zwangerschap pre-eclampsie optreedt is 69% en alleen hypertensie 31%.
Bij de “normaal gezonde” zwangeren is het herhalingsrisico op HELLP bij een volgende zwangerschap 4%. De kans op pre-eclampsie in een volgende zwangerschap is 19% en op alleen hypertensie 8%.[2]

Volgens het proefschrift van Van Pampus (n=92) wordt 27% van de volgende zwangerschappen, na een zwangerschap met het HELLP-syndroom, gecompliceerd door hypertensieve aandoeningen. Het herhalingsrisico op een HELLP-syndroom is 2,1%. De kans op pre-eclampsie, na een zwangerschap met HELLP, is 16% en op alleen hypertensie 9%.[7]

Uit de onderzoeken van Sibai en Van Pampus blijkt dat het herhalingsrisico op een HELLP-syndroom klein is. Alleen het onderzoek van Sullivan wijkt af. Dit zou kunnen komen door de uitgebreide definitie van het HELLP-syndroom die door Sullivan wordt gebruikt. Maar zelfs na herberekening van het herhalingsrisico exclusief klasse 3, blijft deze hoog.
Wat ons hierbij opvalt is dat de populatiesamenstelling het meest afwijkt van onze Nederlandse populatie. Sullivan heeft zijn onderzoek namelijk onder een Amerikaanse populatie gehouden, die voor 83% uit Aziatische en negroïde mensen bestond.

Sibai heeft zijn onderzoek ook onder een Amerikaanse populatie gehouden, echter deze bestond voor 55% uit Aziatische en negroïde mensen.
Het onderzoek van Van Pampus is kleiner van opzet, maar is wel gehouden onder een Nederlandse populatie.
Wat ook opvalt is dat Sibai voor zijn populatiesamenstelling, zwangeren uit tweedelijns centra heeft onderzocht. Sullivan en Van Pampus daarentegen hebben hun onderzoek gehouden onder zwangeren uit derdelijns centra. In derdelijns centra worden over het algemeen de meest ernstige vormen van HELLP behandeld. Het zou kunnen zijn dat de ernst van een HELLP-syndroom in de anamnese van invloed is op het herhalingsrisico in een volgende zwangerschap. Dit is echter nog niet onderzocht.
Naar de invloed van de populatiesamenstelling op het herhalingsrisico van het HELLP-syndroom is ook nog geen verder onderzoek gedaan.

Ons inziens is het onderzoek van Van Pampus het meest geschikt voor ons literatuuronderzoek. Hoewel dit onderzoek kleiner van opzet is dan de andere 2 onderzoeken, is het wel gehouden onder Nederlandse zwangeren. Daarbij is het onderzoek van Van Pampus het meest recent.

3.3 Risico's op andere complicaties

Uit de literatuur blijkt, dat patiënten met het HELLP-syndroom in de anamnese een verhoogd risico hebben op andere complicaties dan het HELLP-syndroom in volgende zwangerschappen.

3.3.1 Preterme partus

De frequentie van spontane vroeggeboorte is 5% van alle geboorten.[9]

Het onderzoek van Sibai geeft een verhoogd risico van 21% op een preterme partus in een volgende zwangerschap, na een zwangerschap gecompliceerd met het HELLP-syndroom.[2]
In dit onderzoek wordt niet vermeld waarom het risico op een preterme partus verhoogd is. Het is mogelijk dat een zwangere die al een keer een HELLP heeft doorgemaakt een verslechterd vaatbed heeft. Hierdoor kan in een volgende zwangerschap de doorbloeding van de placenta verminderd zijn, waardoor een preterme partus kan optreden. Dit is echter niet in de literatuur terug te vinden.

Het onderzoek van Van Pampus geeft geen incidentiecijfer omtrent het risico op een preterme partus na een zwangerschap gecompliceerd door het HELLP-syndroom. Wel wordt gezegd, dat onafhankelijk van het wel of niet krijgen van welke vorm van zwangerschapshypertensie dan ook in de eerst volgende zwangerschap, de gemiddelde zwangerschapsduur 5 weken langer is vergeleken met de zwangerschap gecompliceerd door het HELLP-syndroom.[7]
Hiervoor wordt geen verklaring gegeven.

3.3.2 Intra-uteriene groeiretardatie

Uit de Landelijke Verloskundige Registratie blijkt dat van alle zorggevallen in 2000, 1,18% is overgedragen van de eerste naar de tweede lijn in verband met een negatieve discongruentie.
Als de 2,3^{e} en 97,7^{e} percentiel van de geboortegewichtcurve gehanteerd wordt, dan zal 4,6% van de kinderen een afwijkend geboortegewicht hebben.[9] (Hierbij zijn naast de dysmaturen ook de macrosomen meegeteld).

Volgens het onderzoek van Sibai is het risico op intra-uteriene groeiretardatie in een volgende zwangerschap, na een zwangerschap gecompliceerd met het HELLP-syndroom, 12%.[2]
Dit risico is dus aanzienlijk verhoogd. De reden waarom deze intra-uteriene groeiretardatie optreedt, is waarschijnlijk ook te wijten aan een verslechterd vaatbed en daardoor een verminderde placenta doorbloeding.

Het proefschrift van Van Pampus vermeldt, dat onafhankelijk van het wel of niet krijgen van een vorm van zwangerschapshypertensie, het gemiddelde geboortegewicht 1385 gram zwaarder is vergeleken met de zwangerschap gecompliceerd door het HELLP-syndroom.[7]
Wij hebben hier geen verklaring voor kunnen vinden.

3.3.3 Solutio placentae

De frequentie van de manifeste, klinische vorm van de solutio placentae bij een gemiddelde populatie is circa 0,2%.[9,10]

Het onderzoek van Sibai geeft een risico van 2% op een solutio placentae in een volgende zwangerschap, na een zwangerschap gecompliceerd met het HELLP-syndroom.[2]
Dit wordt waarschijnlijk wederom veroorzaakt door een verslechterd vaatbed en een vermindering van de doorbloeding van de placenta.

3.3.4 Perinatale sterfte

In 1997 bedroeg de perinatale sterfte in Nederland 0,95%, van de kinderen geboren na een zwangerschapsduur van 24 weken of meer.[9]

Uit het onderzoek van Sibai blijkt dat er een risico van 4% op perinatale sterfte is in een volgende zwangerschap, na een zwangerschap gecompliceerd met het HELLP-syndroom.[2]
Deze perinatale sterfte kan onder andere optreden door de bovengenoemde complicaties.

Hierbij moet worden vermeld, dat wij de Nederlandse percentages hebben vergeleken met de Amerikaanse onderzoeksresultaten van Sibai.
Daarbij is het onderzoek van Sibai uitgevoerd in 1995 en hebben wij onze Nederlandse percentages uit verschillende jaartallen, welke niet expliciet worden vernoemd.
Sibai heeft als enige onderzocht wat de risico's op andere complicaties zijn in een volgende zwangerschap. Daarbij is niet gekeken naar de ernst van het HELLP-syndroom en de zwangerschapsduur waarbij dit optreedt, ten opzichte van de kans op het optreden van andere complicaties in een volgende zwangerschap.

Ondanks deze leemtes vinden wij dat de risico's op andere complicaties bij een volgende zwangerschap aanzienlijk zijn verhoogd.
Wij vragen ons hier wel bij af, wat de invloed is van de ernst van het HELLP-syndroom en de zwangerschapsduur waarbij deze optreedt, ten opzichte van de andere complicaties in een volgende zwangerschap.

3.4 Diagnostiek van het HELLP-syndroom in de eerste en tweede lijn

De grote variatie aan symptomen maakt een HELLP-syndroom moeilijk te diagnostiseren.[4,8] De vraag is of de eerstelijns zorgverlener in staat is de diagnose van een HELLP-syndroom tijdig te stellen met de mogelijkheden en de middelen die de eerste lijn biedt. Daarnaast rijst de vraag wat een tweedelijns zorgverlener meer te bieden heeft.

3.4.1 Anamnese

Zowel een eerste als een tweedelijns zorgverlener is in staat om adequaat een anamnese uit te vragen. Bij de anamnese moet aandacht worden besteed aan de volgende aspecten:

- Subjectieve klachten:
  Misselijkheid, braken, bandgevoel en/of pijn in de bovenbuik, tintelingen in de vingers, visuele stoornissen die zich kunnen manifesteren als sterretjes zien en hevige hoofdpijn, huidoedemen, oligurie, anurie, hematurie.[4,5,6,7,9,10]
- Medische en obstetrische voorgeschiedenis
- Duur van de zwangerschap
  In 80% van de gevallen verschijnt het HELLP-syndroom voor de à terme periode, waarvan 11% voor de 27e zwangerschapsweek.[4]
- Kindsbewegingen

3.4.2 Onderzoek

Tijdens een prenatale controle is zowel een eerste als een tweedelijns zorgverlener in staat de volgende onderzoeken te verrichten:

- Beoordelen van de algemene gezondheidstoestand van de zwangere vrouw
- Bloeddrukmeting
- Opsporen van gegeneraliseerd oedeem
- Urine-onderzoek op proteïnurie
- Conditie van het kind beoordelen:
  - kinderlijke harttonen
  - groei van het kind [9]

3.4.3 Diagnose

Het vermoeden op een HELLP-syndroom kan alleen worden bevestigd door een bloedonderzoek. Pas dan kan de diagnose worden gesteld.
Het bloedonderzoek kan alleen in de tweede lijn plaatsvinden.
Bij dit bloedonderzoek worden de volgende waarden bekeken:

- Hemoglobine-, hematocrietgehalte (hemoconcentratie, hemolyse)
- Urinezuur-, creatininegehalte (nierfunctie)
- Transaminasen (ASAT,ALAT), LDH (leverfunctie, hemolyse)
- Trombocyten (hemostase)
- Overig (stolling)

Daarbij kan de urine worden onderzocht op proteïnurie.[4,5,6,7,8,9,10]
De eerste lijn beschikt alleen over de mogelijkheid de urine te onderzoeken op proteïnurie met behulp van een stick.

3.4.4 Meerwaarde tweede lijn

Naast het bovengenoemde bloedonderzoek, beschikt de tweede lijn ook nog over de volgende onderzoeken die informatie kunnen verschaffen over de maternale en foetale conditie:

- Beoordelen van de reflexen.[9]
- Conditie van het kind beoordelen met behulp van cardiotocografie (CTG).
  Een eerstelijns zorgverlener beschikt alleen over de mogelijkheid de conditie van het kind te beoordelen met een doptone. Met behulp van cardiotocografie kan dit nauwkeuriger worden beoordeeld. Dit kan alleen in de tweede lijn plaatsvinden.[8,9]
- Groei van het kind beoordelen met behulp van ultrageluidonderzoek (echo).
  In de eerste lijn kan de groei van het kind alleen beoordeeld worden door het uitwendig zwangerenonderzoek. Naast dit onderzoek kan de tweede lijn gebruik maken van ultrageluidonderzoek. Het ultrageluidonderzoek kan eventueel aangevuld worden met Doppler-flowmeting van de navelstrengarterie om – indirect - een indruk te krijgen van de placentafunctie.[6,8,9]

Samengevat is een eerstelijns zorgverlener net als een tweedelijns zorgverlener in staat duidelijk een anamnese uit te diepen en de standaard onderzoeken te verrichten.
Bij het vermoeden op een HELLP-syndroom kan de daadwerkelijke diagnose echter alleen worden gesteld door middel van bloedonderzoek. Dit kan alleen in de tweede lijn plaatsvinden. Een eerstelijns zorgverlener zal bij een vermoeden op een HELLP-syndroom een consult aanvragen.
Daarnaast kan een tweedelijns zorgverlener aanvullende onderzoeken uitvoeren die extra informatie geven over de maternale en foetale conditie.

4.CASUSANALYSE

In dit hoofdstuk zullen wij onze casus nader analyseren. In chronologische volgorde komen de beslismomenten aan de orde.

"Bij 11+2 weken komt mevrouw voor de intake bij de verloskundige voor haar tweede zwangerschap. Uit de anamnese blijkt dat mevrouw in de vorige zwangerschap een beginnende HELLP heeft gehad bij 36+1 weken. Mevrouw wil nu graag in de eerste lijn begeleid worden. Daar het Verloskundig Vademecum bij een HELLP-syndroom in de anamnese tweedelijns verloskundige zorg adviseert, besluit de verloskundige zich aan dit advies te houden en stuurt mevrouw in naar de tweede lijn."

Hierboven wordt het eerste beslismoment in de casus beschreven.
De verloskundige heeft twee opties. De eerste optie is mevrouw in de eerste lijn te begeleiden, de tweede om mevrouw te verwijzen naar de tweede lijn.
Het Verloskundig Vademecum geeft bij een HELLP-syndroom in de anamnese het advies de begeleiding in de tweede lijn te laten plaatsvinden. De adviezen gegeven in dit Vademecum zijn tot stand gekomen op basis van wetenschappelijke onderbouwing en door consensus tussen verloskundigen, huisartsen en gynaecologen. De verloskundige heeft kennis van het feit dat het Vademecum streeft naar kwaliteit en samenwerking tussen deze drie beroepsgroepen. En dat het Vademecum een leidraad is voor de verloskundige zorgverlener, waarin de taken en verantwoordelijkheden zijn beschreven zoals in de wet BIG. Alleen met goede argumenten kunnen deze adviezen ter discussie worden gesteld.
Als de verloskundige zou besluiten de cliënte in de eerste lijn te begeleiden en er zouden complicaties optreden omtrent een herhaling van het HELLP-syndroom, kan de cliënte via het klachtrecht een klacht indienen. De verloskundige zal dan onderworpen worden aan het tuchtrecht. Wanneer zij echter met goede argumenten kan onderbouwen waarom zij is afgeweken van het advies gegeven door het Verloskundig Vademecum, zullen er verder geen stappen tegen haar worden ondernomen.
Uit ervaring weet de verloskundige dat het HELLP-syndroom tot een ernstig ziektebeeld kan leiden, dat soms moeilijk te onderkennen is.
Ondanks dat mevrouw graag in de eerste lijn begeleid wil worden, besluit de verloskundige op advies van het Verloskundig Vademecum en gezien haar voorkennis mevrouw in te sturen naar de tweede lijn.

"De gynaecoloog ziet geen reden mevrouw in de tweede lijn te begeleiden en wil haar terug verwijzen naar de eerste lijn. Als student verloskunde ben ik bij dit beslismoment aanwezig en wijs hem op het advies gegeven door het Verloskundig Vademecum. Dit is bij de gynaecoloog niet bekend en hij heeft hierbij zijn twijfels, omdat volgens hem het herhalingsrisico klein is. Toch besluit hij mevrouw op advies van het Verloskundig Vademecum te begeleiden."

De motivatie van de gynaecoloog om mevrouw terug te verwijzen naar de eerste lijn, is tot stand gekomen door zijn ervaring. Zijn ervaring is, dat een HELLP-syndroom die laat in de zwangerschap optreedt en die minder ernstig verloopt, weinig risico's geeft op complicaties in een volgende zwangerschap. Daarbij is het herhalingsrisico op een HELLP-syndroom sowieso erg klein. Wat ook in zijn overweging meespeelt is, dat mevrouw graag in de eerste lijn begeleid wil worden.

Doordat de verloskundige het advies gegeven door het Verloskundig Vademecum opvolgt, in tegenstelling tot de gynaecoloog, ontstaat er verwarring bij de cliënte. Haar verwachting is dat zij deze zwangerschap zal worden begeleid door de eerste lijn. De gynaecoloog heeft namelijk na haar eerste bevalling duidelijk te kennen gegeven, dat hij hier geen bezwaar tegen heeft. Ze is dan ook teleurgesteld als ze door de verloskundige toch naar de tweede lijn wordt verwezen. Alhier bemerkt ze de twijfel van de gynaecoloog en dan is de verwarring helemaal groot.
Voor haar is het nu niet duidelijk wat de meerwaarde van de tweede lijn is.

"De zwangerschap verloopt zonder complicaties en bij 40+1 weken bevalt mevrouw spontaan van een gezonde dochter in Aav, 3560 gram, apgar 9-10.
Het kraambed wordt door de verloskundige begeleid."

5. BESCHOUWING

Hier volgt een beschouwing over de casus en het kernprobleem op grond van de literatuur en onze eigen visie.

De volgende kernvraag staat in onze scriptie centraal:
"Is het medisch verantwoord om bij zwangeren met een HELLP-syndroom in de anamnese eerstelijns verloskundige zorg te verlenen?"

Als wij terugkijken op het beleid gevoerd in de casus komen wij tot de volgende opmerkingen:

- *De verloskundige besluit een zwangere met een beginnende HELLP in de anamnese te verwijzen naar de tweede lijn, daar het Verloskundig Vademecum tweedelijns zorg adviseert. Dit ondanks dat mevrouw graag in de eerste lijn wil worden begeleid.*
  Ons inziens neemt de verloskundige de juiste beslissing. Zoals we in de casusanalyse al hebben opgemerkt, is het Vademecum een leidraad voor de verloskundige zorgverlener waarin de taken en verantwoordelijkheden zijn beschreven zoals in de wet BIG. Alleen met goede argumenten kan dit advies ter discussie worden gesteld. Aangezien de verloskundige hiervoor geen argumenten heeft, neemt ze de juiste beslissing door zich aan dit advies te houden en mevrouw te verwijzen naar de tweede lijn.
- *Uit ervaring weet de verloskundige dat het HELLP-syndroom tot een ernstig ziektebeeld kan leiden, dat soms moeilijk te onderkennen is.*
  Uit ons literatuuronderzoek blijkt dat bij het HELLP-syndroom ernstige maternale en perinatale complicaties kunnen optreden. Het HELLP-syndroom is daardoor een belangrijke oorzaak van maternale en perinatale morbiditeit en mortaliteit. Uit de door ons gebruikte literatuur trekken wij de conclusie, dat een eerstelijns zorgverlener net als een tweedelijns zorgverlener in staat is duidelijk een anamnese uit te diepen en de standaard onderzoeken te verrichten. Maar door de verscheidenheid aan symptomen is het moeilijk de diagnose HELLP te stellen.[8]
  De (vermoedelijke) diagnose kan alleen worden bevestigd door een bloedonderzoek. Dit onderzoek kan alleen door een tweedelijns zorgverlener worden uitgevoerd. Daarnaast beschikt een tweedelijns zorgverlener over de mogelijkheid aanvullende onderzoeken uit te voeren die extra informatie geven over de maternale en foetale conditie.
- *De gynaecoloog ziet geen reden mevrouw in de tweede lijn te begeleiden en wil haar terug verwijzen naar de eerste lijn. Dit omdat volgens hem het risico op een herhaling van het HELLP-syndroom klein is.*
  Op basis van de door ons bestudeerde literatuur trekken wij de conclusie dat het herhalingsrisico op een HELLP-syndroom in een volgende zwangerschap klein is. Het onderzoek van Sibai geeft een herhalingsrisico van 4% bij "normaal gezonde zwangeren" en een herhalingsrisico van 8% bij vrouwen met preëxistente chronische hypertensie.[2] Hierbij willen wij de opmerking plaatsen dat het Verloskundig Vademecum bij een preëxistente hypertensie tweedelijns verloskundige zorg adviseert. Vrouwen met het HELLP-syndroom in de anamnese en met een preëxistente hypertensie moeten dus sowieso in de tweede lijn worden begeleid.
  Het onderzoek van Sullivan geeft een herhalingsrisico van 27 %. Hierbij hanteert dit onderzoek wel een andere definitie van het HELLP-syndroom. Maar zelfs als deze definitie wordt aangepast, is het herhalingsrisico nog steeds 19%.[1] Wel moeten wij

hierbij vermelden dat dit onderzoek voor onze literatuuranalyse minder relevant is, omdat de populatie sterk verschilt van de Nederlandse populatie.
Het onderzoek van Van Pampus geeft een herhalingsrisico op een HELLP-syndroom van 2,1%.[7] Dit onderzoek is kleiner opgezet, maar is wel gehouden onder Nederlandse zwangeren. Daarom vinden wij dit het meest geschikt voor ons literatuuronderzoek.

- *De gynaecoloog geeft in de casus alleen de herhalingskans van het HELLP-syndroom in een volgende zwangerschap aan en spreekt niet over andere complicaties die zouden kunnen optreden.*
  Uit ons literatuuronderzoek blijkt dat 10% van alle zwangerschappen wordt gecompliceerd met hypertensie. Bij zwangeren met het HELLP-syndroom in de anamnese wordt 27% van de volgende zwangerschappen gecompliceerd door hypertensieve aandoeningen. Dit blijkt uit het onderzoek van Van Pampus (de percentages van de andere onderzoeken komen hiermee overeen).[7]
  Sibai heeft in zijn onderzoek ook gekeken naar andere complicaties die kunnen optreden in een volgende zwangerschap, na een zwangerschap gecompliceerd met het HELLP-syndroom. Hieruit blijkt dat de kans op een preterme partus, intra-uteriene groeiretardatie, een solutio placentae en perinatale sterfte aanzienlijk zijn verhoogd.[2]
  Wij zijn er ons van bewust dat de risico's op andere complicaties in een volgende zwangerschap alleen nog maar door Sibai zijn onderzocht. Er zou meer onderzoek naar dit onderwerp gedaan moeten worden, om hierover een betrouwbare uitspraak te kunnen doen.
- *In haar vorige zwangerschap heeft mevrouw een beginnende HELLP gehad bij 36+1 weken. Volgens de gynaecoloog geeft een HELLP-syndroom die laat in de zwangerschap optreedt en niet zo ernstig is, weinig risico's op complicaties in een volgende zwangerschap.*
  Er is nog geen onderzoek gedaan naar de relatie tussen de zwangerschapsduur waarbij het HELLP-syndroom optreedt en de kans op herhaling in een volgende zwangerschap. Ditzelfde geldt voor de relatie tussen de mate van ernst van het HELLP-syndroom en de kans op herhaling bij een volgende zwangerschap.
  Zoals wij hierboven al hebben vermeld, zou er ook nog onderzoek gedaan moeten worden naar de risico's op andere complicaties in een volgende zwangerschap. Daarbij zou moeten worden gekeken of de ernst van het HELLP-syndroom en de zwangerschapsduur waarbij deze optreedt, van invloed zijn op de ernst van de andere complicaties.
- *De gynaecoloog wist niet van het advies gegeven door het Verloskundig Vademecum. Wanneer de student verloskunde hem hierop wijst, besluit hij mevrouw toch in de tweede lijn te begeleiden.*
  Wij vinden dit een goed besluit. Volgens de gynaecoloog geeft een HELLP-syndroom die laat optreedt in de zwangerschap en die minder ernstig verloopt, weinig risico's op complicaties in een volgende zwangerschap. Dit is echter niet te terug te vinden in de literatuur. De gynaecoloog kan het advies gegeven door het Verloskundig Vademecum daarom wel ter discussie stellen, maar dit is naar onze mening niet zinvol.

Naar onze mening zou er meer onderzoek gedaan moeten worden naar de relatie tussen de zwangerschapsduur waarbij het HELLP-syndroom optreedt en de kans op herhaling in een volgende zwangerschap. Dit geldt ook voor de relatie tussen de mate van ernst van het HELLP-syndroom en de kans op herhaling bij een volgende zwangerschap.
Tevens zou nader onderzoek moeten worden verricht naar de risico's op andere complicaties in een volgende zwangerschap, na een zwangerschap gecompliceerd met het HELLP-syndroom.
Daarbij zou moeten worden gekeken of de ernst van het HELLP-syndroom en de zwangerschapsduur waarbij deze optreedt, van invloed zijn op de ernst van deze complicaties.

Pas wanneer deze aanbevelingen verder worden onderzocht, kan het advies gegeven door het Verloskundig Vademecum ter discussie worden gesteld.
Tot die tijd adviseren wij tweedelijns verloskundige zorg bij zwangeren met het HELLP-syndroom in de anamnese.

6. EINDCONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Onze voorlopige conclusie is dat het medisch *niet* verantwoord is om bij zwangeren met een HELLP-syndroom in de anamnese eerstelijns verloskundige zorg te verlenen.

Een HELLP-syndroom kan leiden tot zeer ernstige maternale en perinatale complicaties. Door de verscheidenheid aan symptomen is het moeilijk de diagnose HELLP te stellen. Bij het vermoeden op het HELLP-syndroom moet door middel van bloedonderzoek de diagnose worden vastgesteld. Dit bloedonderzoek vindt plaats in de tweede lijn.
Een eerstelijns zorgverlener zal bij een vermoeden op het HELLP-syndroom een consult aanvragen.
Daarnaast beschikt de tweede lijn over aanvullende onderzoeken die extra informatie kunnen geven over de maternale en foetale conditie.

Het risico op een herhaling van het HELLP-syndroom in een volgende zwangerschap is weliswaar klein, maar er kunnen ook andere complicaties optreden.
De risico's op andere complicaties dan het HELLP-syndroom zijn aanzienlijk verhoogd. Deze zijn: hypertensie, pre-eclampsie/eclampsie, een preterme partus, intra-uteriene groeiretardatie, een solutio placentae en perinatale sterfte. Hier zou meer onderzoek naar moeten worden verricht. Daarbij zou moeten worden gekeken of de ernst van het HELLP-syndroom en de zwangerschapsduur waarbij deze optreedt, van invloed zijn op de ernst van deze bovengenoemde complicaties.
Verder vinden wij dat er onderzoek zou moeten worden gedaan naar de relatie tussen de zwangerschapsduur waarbij het HELLP-syndroom optreedt en de kans op herhaling in een volgende zwangerschap. Dit geldt ook voor de relatie tussen de mate van ernst van het HELLP-syndroom en de kans op herhaling bij een volgende zwangerschap.

Pas als deze zaken zijn onderzocht, kan het advies gegeven door het Verloskundig Vademecum ter discussie worden gesteld.
Tot die tijd adviseren wij derhalve tweedelijns verloskundige zorg bij zwangeren met het HELLP-syndroom in de anamnese.

LITERATUURLIJST

1. Sullivan CA, Magann EF, Perry KG, Roberts WE, Blake PG, Martin JN. The recurrence risk of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzyms, and low platelets (HELLP) in subsequent gestations. Am J Obstet Gynecol. 1994;171:940-3.

2. Sibai BM, Ramadan MK, Chari RS, Friedman SA. Pregnancies complicated by HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzyms, and low platelets): Subsequent pregnancy outcome and long-term prognosis. Am J Obstet Gynecol. 1995;172:125-9.

3. Van Pampus MG, Dekker GA, Wolf H, et al. High prevalence of hemostatic abnormalities in women with a history of severe preeclampsie. Am J Obstet Gynecol. 1999;180:1146-50.

4. Saphier CJ, Repke JT. Hemolysis, Elevated Liver Enzyms, and Low Platelets (HELLP) Syndrome: A Review of Diagnosis and Management. Seminars in Perinatologie. 1998;22: 118-133.

5. Vigil-De Gracia P. Pregnancy complicated by pre-eclampsia-eclampsia with HELLP syndrome. International Journal of Gynaecology and Obstetrics. 2001;72:17-23.

6. Sibai BM, Taslimi MM, El-Nazar A, Erol A, Mabie BC, Ryan GM. Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzyms, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. Am J Obstet Gynecol. 1986;155:501-9.

7. Van Pampus MG. The HELLP syndrome: clinical course, underlying disorders and long-term follow-up. Proefschrift. Meppel: Krips bv, 1999.

8. Bennett VR, Brown LK. Myles: textbook for midwives. 13e druk. Londen: Churchill Livingstone, 1996: 318-24.

9. Heineman MJ, Evers JLH, Heintz APM. Obstetrie en gynaecologie: de voortplanting van de mens. 4e herziene druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2001.

10. Nijhuis JG. Compendium prenatale zorg. 3e druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2001: 81,137.

11. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. Obstetrics: normal and problem pregnancies. 3e druk. New York: Churchill Livingstone, 1996: 947-52.