

COMMENTAAR

Hoge moedersterfte door pre-eclampsie en het HELLP-syndroom

Louis L.H. Peeters

Wanneer de moedersterfte in Nederland wordt vergeleken met die in het Verenigd Koninkrijk, valt op dat er in ons land veel moeders sterven ten gevolge van hypertensieve complicaties van de zwangerschap, namelijk pre-eclampsie en het ‘haemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count’ (HELLP)-syndroom.¹ De bijdrage van deze complicaties aan de moedersterfte was in de jaren 1993-2002 50% hoger dan in het decennium daarvoor: een toename van 2,7 naar 4,0 per 100.000 geboorten.^{1,2} Deze oorzaak van moedersterfte komt daarmee in Nederland 6 maal zo vaak voor als in het Verenigd Koninkrijk (0,7/100.000 geboorten).³ Het is verontrustend dat in 26 van de 27 zorgvuldig geanalyseerde gevallen in Nederland tekenen van suboptimale zorg werden gevonden.¹ Deze bevinding vraagt om een kritische analyse van ons huidige beleid bij hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap.

VERANDERDE ZWANGERSCHAPSCONTROLES

In de afgelopen 25 jaar is de inhoud van de zwangerschapscontroles geleidelijk veranderd; die veranderingen zijn vooral zichtbaar vanaf omstreeks 1990, toen de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) landelijke richtlijnen ging ontwikkelen ter bevordering van de standaardisatie en het evidence-based handelen binnen dit vakgebied.

Allereerst schafte men het typisch Nederlandse gebruik af om zwangeren met een verhoogd risico op pre-eclampsie een streng zoutbeperkt dieet voor te schrijven, omdat een wetenschappelijke onderbouwing voor het profylactische effect van dit dieet ontbrak;⁴ bovendien bleken er op theoretische gronden ook nadelen aan te kleven.⁵

Verder raakte het screenen op eiwitverlies in de urine tijdens de zwangerschap in onbruik ten gunste van vroege diagnostiek. In de huidige praktijk controleert men de urine namelijk alleen bij een verhoogd risico op

eiwitverlies. Daarbij is het gebruik van een relatief onbetrouwbare ‘dipstick’⁶ vervangen door de betrouwbaardere bepaling van de eiwit-creatinineratio.⁷

Deze verschuiving van screening naar vroege diagnostiek heeft in het Verenigd Koninkrijk nooit plaatsgevonden. In 41% van de gevallen van het voornoemde type moedersterfte in Nederland is de urine niet op eiwit gecontroleerd, terwijl dat wel geïndiceerd was. De verschuiving naar vroege diagnostiek leidt onvermijdelijk tot het missen van een aantal gevallen, vanwege de soms zeer snelle progressie van ernstige hypertensieve complicaties. Zou men daarom niet moeten overwegen om alle zwangeren weer te gaan screenen op eiwitverlies in de urine? Deze optie is nu extra aantrekkelijk omdat de moderne dipsticks ongeveer even betrouwbaar zijn als de bepaling van de eiwit-creatinineratio.⁸

Een derde verandering bij de zwangerschapscontroles vloeit voort uit het advies van de Working Group on the Study of Hypertension in Pregnancy⁹ om de diastolische bloeddruk voortaan vast te stellen op basis van het verdwijnen van de harttonen (korotkov-fase 5) – in plaats van het zachter worden van deze tonen (korotkov-fase 4). Het invoeren van dit betrouwbaardere meetpunt^{10,11} kan echter het verschil in moedersterfte tussen Nederland en het Verenigd Koninkrijk niet hebben beïnvloed, omdat deze wijziging gelijktijdig in beide landen is gerealiseerd. Ten slotte zijn er sinds de eeuwwisseling kwalitatief steeds betere automatische bloeddrukmeters op de markt gekomen.¹² Die worden nu in veel ziekenhuizen gebruikt om bij een met de hand gemeten verhoogde bloeddruk echte hypertensie te onderscheiden van ‘wittejasshypertensie’. Ook steeds meer patiënten kopen deze automatische bloeddrukmeters voor thuiscontrole. Deze ontwikkeling lijkt positief, mits men uitsluitend voor de zwangerschap gevalideerde meters gebruikt en de meting gestandaardiseerd uitvoert.

EERSTELIJS VERLOSKUNDIGE ZORG

In 19% van de gevallen van moedersterfte door hypertensieve complicaties was het interval tussen de laatste zwangerschapscontrole en het manifest worden van de complicatie te lang. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de eerstelijns verloskundige zorg ingericht is op een laagrisicopopulatie, waarin de prevalentie van ernstige

Maastricht Universitair Medisch Centrum,
afd. Obstetrie en Gynaecologie, Maastricht.

Dr. L.L.H. Peeters, gynaecoloog
(l.peeters@og.unimaas.nl).

hypertensieve complicaties uiterst laag is. De kans dat een licht verhoogde bloeddruk loos alarm is (een fout-positieve uitslag), is vele malen groter dan de kans dat deze bevinding een eerste teken is van een beginnende, ernstige hypertensieve complicatie.

Hoewel dit gegeven geen invloed zal hebben op de alertheid van de zorgverlener, kan de scheve verhouding tussen fout- en juist-positieve uitslagen hebben bijgedragen aan de vertraagde verwijzing in 15% van de gevallen van deze moedersterfte. Immers, omdat de initiële klachten vaak gering of vaag zijn, wordt de verwijzing soms nog vertraagd door overleg tussen de verloskundige en de huisarts. Verder kan de scheve verhouding tussen fout- en juist-positieve uitslagen in de hand werken dat de bloeddrukmeting tijdens een reguliere controle soms achterwege blijft. Dit gebeurde bij deze vorm van moedersterfte in 11% van de gevallen.

Opvallend was de relatief hoge moedersterfte bij bepaalde immigrantenpopulaties. Omdat ernstige hypertensieve complicaties vaak beginnen met vage klachten, zoals malaise of maagklachten, kan goede, tijdige voorlichting tijdswinst opleveren. Deze voorlichting voor alle zwangeren is goed te organiseren als een transmurale activiteit.

TWEDELIJNS VERLOSKUNDIGE ZORG

Moedersterfte door hypertensieve complicaties blijkt vaak voorafgegaan te worden door inadequate diagnostiek (41%) en inadequate behandeling (85%) in de tweede lijn. Dit is opvallend, omdat er al zeker 15 jaar een NVOG-richtlijn voor het klinisch beleid bij pre-eclampsie beschikbaar is; deze richtlijn wordt iedere 5 jaar geactualiseerd ('Hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap' (2005); www.nvog-documenten.nl, onder het kopje 'professionals', 'richtlijnen', rubriek 'perinatologie'). Dat een suboptimaal beleid bij pre-eclampsie in de tweede lijn zo frequent vóórkomt, kan samenhangen met het te laat onderkennen van de ernst van het klinisch beeld.

Fulminant verlopende pre-eclampsie, het HELLP-syndroom, komt – vooral in de kleinere ziekenhuizen – zo weinig voor dat de behandelend gynaecoloog er nogal eens onvoldoende ervaring mee heeft en daarom de behandeling niet alleen aandurft. In plaats van de NVOG-richtlijn te volgen, consulteert hij of zij een collega-internist, die meestal weer weinig ervaring heeft met de behandeling van een progressief verlopende hypertensieve aandoening in de zwangerschap. Hieraan ziet men hoe belangrijk een proactief beleid is voor het implementeren van richtlijnen in de dagelijkse praktijk. Dit laatste is dan ook een belangrijk aandachtspunt binnen de NVOG.

DERDELIJNS VERLOSKUNDIGE ZORG

In de derde lijn is de suboptimale zorg die voorafgaat aan deze vorm van moedersterfte, anders van aard. De ver-

gaande subspecialisatie in perinatologie, voortplantings-geneeskunde en gynaecologische oncologie heeft ertoe geleid dat tijdens nacht- en weekenddiensten perinatologen niet altijd de directe supervisie hebben bij verloskundige problemen. In zo'n situatie kan vertraging optreden bij de behandeling van progressieve hypertensieve complicaties.

De opleiding tot gynaecoloog in Nederland heeft, in tegenstelling tot die in het Verenigd Koninkrijk, geen verplichte module 'obstetric medicine', waarin de arts vertrouwd wordt gemaakt met de theorie en praktijk van de behandeling van hypertensieve complicaties in de zwangerschap. In zo'n module worden de pathofysiologische aspecten van deze ziektebeelden besproken tegen de achtergrond van de normale zwangerschap. Ook maakt men daarbij de logica van combinatietherapie met verschillende antihypertensiva inzichtelijk, zodat deze behandeling makkelijker uitvoerbaar wordt.

Ten slotte wordt er in de verloskunde in Nederland vaak weinig aandacht besteed aan de systolische bloeddruk. Dit is op zijn minst vreemd als men zich realiseert dat de hier besproken moedersterfte in 70% van de gevallen het gevolg is van een hersenbloeding, waarbij de systolische bloeddruk veel belangrijker is dan de diastolische.^{1,2}

Samenvattend: men kan de moedersterfte door hypertensieve zwangerschapscomplicaties in Nederland verminderen door in de eerste plaats de voorlichting aan alle zwangeren te verbeteren, zodat de kans op 'patient's delay' wordt verkleind. In de tweede plaats zou men herinvoering moeten overwegen van de screening op eiwitverlies bij iedere zwangerschapscontrole, met de moderne dipstickmethode. In de derde plaats zou men het theoretische en praktische onderwijs in deze aandoeningen aan alle direct betrokkenen binnen het verloskundige veld beter moeten structureren; daarbij dient de implementatie van de NVOG-richtlijn in de praktijk te worden verbeterd.

De meeste kwaliteitswinst kan men echter behalen door de organisatorische, financiële en culturele barrières tussen enerzijds de eerstelijns en anderzijds de tweede- en derdelijns verloskundige zorg te slechten. Dit verbetert de communicatie en samenwerking tussen de drie zorgniveaus, en heft daarmee waarschijnlijk de belangrijkste oorzaak op van suboptimale zorg bij moedersterfte door hypertensieve complicaties in de zwangerschap.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 22 oktober 2008

Citeer als Ned Tijdschr Geneesk. 2009;153:B139

 [Meer op www.ntvg.nl/opinie](http://www.ntvg.nl/opinie)

LITERATUUR

- 1 Schutte JM, Schuitemaker NW, van Roosmalen J, Steegers EA. Substandard care in maternal mortality due to hypertensive disease in pregnancy in the Netherlands. Dutch Maternal Mortality Committee. *BJOG*. 2008;115:732-6.
- 2 Schuitemaker NW, van Roosmalen J, Dekker G, van Dongen P, van Geijn H, Bennebroek Gravenhorst J. Confidential enquiry into maternal deaths in the Netherlands 1983-1992. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1998;79:57-62.
- 3 Why mothers die 2000-2002. The confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. Londen: RCOG Press; 2004.
- 4 Steegers EA, Eskes TK, Jongsma HW, Hein PR. Dietary sodium restriction during pregnancy; a historical review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1991;40:83-90.
- 5 De Leeuw PW, Peeters LL. Natriumbeperving tijdens de zwangerschap: een achterhaald advies. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 1999;143:2131-2.
- 6 Meyer NL, Mercer BM, Friedman SA, Sibai BM. Urinary dipstick protein: a poor predictor of absent or severe proteinuria. *Am J Obstet Gynecol*. 1994;170(1 Pt 1):134-41.
- 7 Durnwald C, Mercer B. A prospective comparison of total protein/creatinine ratio versus 24-hour urine protein in women with suspected preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189:848-52.
- 8 Waugh JJ, Bell SC, Kilby MD, Blackwell CN, Seed P, Shennan AH, et al. Optimal bedside urinalysis for the detection of proteinuria in hypertensive pregnancy: a study of diagnostic accuracy. *BJOG*. 2005;112:412-7.
- 9 Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;183:S1-22.
- 10 Shennan A, Gupta M, Halligan A, Taylor DJ, de Swiet M. Lack of reproducibility in pregnancy of Korotkoff phase IV as measured by mercury sphygmomanometry. *Lancet* 1996;347:139-42.
- 11 Brown MA, Reiter L, Smith B, Buddle ML, Morris R, Whitworth JA. Measuring blood pressure in pregnant women: a comparison of direct and indirect methods. *Am J Obstet Gynecol*. 1994;171:661-7.
- 12 De Greef A, Shennan A. Rapid assessment of blood pressure in the obstetric day unit using Microlife MaM technology. *Hypertens Pregnancy*. 2007;26:31-7.