

op het programma van onze werkzaamheden moeten staan:

- 1 De bezinning op de functie van de huisarts, zoals deze is omschreven in het Woudschoten-rapport.
- 2 De bestudering van de structuur van het Genootschap.
- 3 De bezinning op de taken van de commissies en hun contact met het bestuur en het Nederlands Huisartsen-Instituut. Hierbij kan worden overwogen over te gaan tot het instellen van een nieuwe Commissie Scholing en het geven van de status van commissie aan de subcommissie medische psychologie.
- 4 Het bevorderen van het contact met de centra.
- 5 Het bevorderen van de wetenschappelijke belangstelling van de leden, hetzij door zelfwerkzaamheid, hetzij door werk in groepsverband.
- 6 Bijdragen tot een goede samenwerking met de L.H.V.
- 7 Het bevorderen van en het meewerken aan de opleiding tot huisarts, waardoor de kans dat de huisarts nog eens een wonderkind wordt en geen „total loss” (Willem Frederik Hermans), sterk toeneemt.
- 8 Het bevorderen van de nascholing voor huisartsen met methoden, aangepast aan deze tijd (werkgroepen, banden, televisie).
- 9 Het bevorderen van de wetenschappelijke bestudering van de huisartsgeneeskunde en van de praktijkvoering.
- 10 Bijdragen tot een verbetering van de relatie met de specialisten.

Dat wij bij de uitvoering van deze omvangrijke werkzaamheden op veler steun mogen rekenen, stemt ons tot grote dankbaarheid. De taak die ik op mij neem en die door Huygen op zo voortreffelijke wijze is uitgevoerd, is een zware, maar ik hoop tezamen met u, het vlot van het N.H.G. op een bevredigende wijze door de stroomversnelling van deze veranderende wereld heen te voeren.

Hartziekten en zwangerschap

DOOR D. F. BRUNE CARDIOLOOG TE HENGELO (O.)

Inleiding. In het recente verleden hebben zich belangrijke veranderingen voltrokken in de opvattingen die in zwang waren omtrent hartziekten en zwangerschap. Tegenwoordig is aan de meeste patiënten met cardiaal lijden graviditeit toegestaan, voor enkelen is zulks gecontraïndiceerd. Nog maar zelden bestaat een indicatie voor onderbreking van een reeds bestaande graviditeit, een en ander mede dank zij de huidige cardio-chirurgische mogelijkheden. Het ontraden van graviditeit geschiedt op medische gronden, maar daarnaast spelen sociale, religieuze en ethische factoren een rol. Bij het bepalen van het risico dienen de volgende omstandigheden te worden verdisconteerd:

Het verhoogde risico voor de moeder in vergelijking met een gezonde zwangere.

De levensverwachting van de moeder in verband met het grootbrengen van het kind.

Indien het een moeder met een congenitaal vitium cordis betreft, is de kans dat het kind eveneens een congenitaal hartgebrek heeft anderhalf maal zo groot als bij normalen (negen, respectievelijk zes per duizend).

Het meest frequent zal men worden geconfronteerd met reumatische vitia (90 procent), minder vaak met congenitale vitia (4 procent). Het percentage ongediagnostiseerde gevallen zal door de vroegtijdige diagnostiek waarschijnlijk nog verder dalen. In de resterende groep treft men patiënten

Samenvatting. Een overzicht wordt gegeven van de huidige inzichten omtrent de behandeling van zwangeren met een hartgebrek. Ingegaan wordt op de hemodynamische veranderingen die in de graviditeit plaatsvinden. Tevens worden de huidige cardio-chirurgische mogelijkheden genoemd.

aan met hartspierlijden e causa ignota, congenitaal block en wat dies meer zij.

Fysiologische veranderingen in de graviditeit. Wat het circulatieapparaat betreft zijn twee factoren van overwegend belang: de verhoging van het hartminutenvolume en het toenemen van het totale bloedvolume. Het eerste komt tot stand door vergroting van het slagvolume en ook door verhoging van de frequentie. Het hartminutenvolume neemt vanaf de tiende week toe, omstreeks de dertigste week wordt een maximum bereikt. Daarna treedt weer een geringe daling op. De stijging die op extracardiale factoren berust, bedraagt circa dertig procent van de oorspronkelijke waarde.

Het totale bloedvolume neemt, eveneens vanaf de tiende week, toe tot een maximum van circa 30 procent in de 32ste week; vervolgens handhaaft het zich op dit niveau. De toename berust voorna-

melijk op zout- en waterretentie. Het mechanisme is niet nauwkeurig bekend. De belasting van het circulatieapparaat vindt haar maximum in ongeveer de vierde maand. De kans op decompensatio cordis is dan dus het grootst.

De belasting van het hart gedurende de partus, althans wat betreft het ontsluitingstijdperk, valt in de praktijk bijzonder mee. Deze belasting is voor het hart niet continu — herstel tussen de weeën — en bovendien niet cumulatief. In de uitdrijvingsfase is er een neiging tot een verhoogd veneus aanbod (uterus-contractie, buikpers); dit wordt echter intermitterend tegengegaan door het persen (Valsalva). In het algemeen kan uit ervaring worden gesteld dat bij zwangeren met een hartgebrek de uitdrijvingsperiode niet lang mag duren.

In het puerperium is er kortdurend (een tot twee dagen) opnieuw een verhoogde kans op het ontstaan van acuut longoedeem. Bepalingen van het hartminutenvolume hebben aangetoond dat onmiddellijk na de partus een stijging van circa 30 procent ontstaat.

Diagnostische criteria voor het bestaan van een organische hartafwijking in de graviditeit. Frequent gehoorde klachten bij „normalen in een normale graviditeit” zijn: vage pijn in de linker thoraxhelft, hartkloppingen, dyspnoe d’effort (vooral tweede helft graviditeit) en neiging tot collaps bij lang staan. Deze klachten kunnen echter ook een aanwijzing zijn voor cardiaal lijden. Bij het onderzoek moet men letten op de volgende verschijnselen.

Geruisen. Een diastolisch geruis is zeker pathologisch, een systolisch geruis met sterktegraad 3 eveneens. Functionele geruisen worden tijdens de zwangerschap frequent gehoord, voornamelijk in de tweede intercostaalruimte links van het sternum. Ook wordt frequent een luide derde toon waargenomen.

Frémissement. Een frémissement boven de arteria carotis of boven het precordium is een aanwijzing voor een vitium cordis.

Stoornissen in prikkelvorming en -geleiding. Extrasystolen (meestal supraventriculair) en een paroxysmale voorkamertachycardie behoeven niet op een cardiaal lijden te berusten. Atriumfibrillatie, ventriculaire tachycardie, evenals totaal atrioventriculair block, zijn hiervoor wel een aanwijzing.

Dyspnoe d’effort en oedeem aan de onderste extremiteiten. Deze bevindingen zijn in de graviditeit normaal. Verhoogde veneuze druk in de vena jugularis is echter een symptoom van decompensatie van de rechter ventrikel. Dyspnoe in rust en hoesten, met opgeven van rose sputum, evenals grof blazige rhonchi over beide longen zijn symptomen van decompensatie in de kleine circulatie.

Indien in de tweede helft van de graviditeit

wordt besloten tot aanvullende röntgendiagnostiek (dit blijve tot fotografie beperkt!) moet men naar vergroting van een of meer delen van het hart zoeken. Tevens moet men op de longvaattekening letten.

Funcctiebeoordeling en prognose. Voor deze beoordeling is de classificatie van de New York Heart Association een belangrijke en ook in de praktijk goed hanteerbare leidraad.

Klasse I: de hartziekte is bekend, maar patiënte merkt er in het dagelijkse leven niets van.

Klasse II: de hartziekte is bekend, maar patiënte heeft alleen bij zware belasting last.

Klasse III: in rust zijn er geen klachten, maar reeds bij geringe belasting ontstaan er klachten.

Klasse IV: patiënte heeft zelfs in rust last en is niet tot lichamelijke activiteit in staat.

In klasse I en II is de prognose wat betreft het verloop van een eventuele graviditeit gunstig, terwijl in klasse III en vooral ook in klasse IV de mortaliteit significant stijgt. Dankzij de huidige vooruitgang op cardio-chirurgisch gebied is het mogelijk geworden dat patiënten na chirurgisch ingrijpen in een beter geclassificeerde groep terechtkomen. Operatief ingrijpen is ook tijdens de graviditeit uitvoerbaar. Het meest frequent wordt men geconfronteerd met reumatische vitia, speciaal van de mitraalkleppen. Mitralisstenose komt daarbij het meeste voor. Voor de prognose is van belang: de classificatie, de wijidte van het ostium en de aanwezigheid van atrium-fibrilleren. Dit laatste wordt als een ongunstige factor aangemerkt.

Valvulotomieën zijn bij zwangeren uitgevoerd met gelijke resultaten als bij niet-zwangeren. Men moet een dergelijke ingreep ernstig overwegen indien conservatieve therapie faalt en het plegen van abortus (na de twaalfde week) niet meer tot de mogelijkheden behoort. Er zijn echter aanwijzingen dat de prognose van valvulotomie bij zwangeren minder gunstig is dan wanneer er geen zwangerschap bestaat. Mitralisinsufficiëntie wordt overigens in de regel in de zwangerschap beter verdragen dan mitralisstenose. De aortavitia, speciaal de stenose, kunnen aanleiding geven tot ernstige complicaties (asthma cardiale, mors subita). Er is vroeger wel beweerd dat in de zwangerschap een verhoogde kans bestaat op het ontstaan van een reumarecidief, maar meer recente gegevens wekken twijfel aan de juistheid van deze veronderstelling. De kans op een bacteriële endocarditis blijft natuurlijk in de graviditeit bestaan.

Bij de congenitale vitia is voor de prognose eveneens van belang de aard en mate van de afwijking en met name de „classificatie” van de moeder. Een onderverdeling van de congenitale vitia in de volgende groepen is mogelijk.

De cyanotische groep. Op grond van „natuurlijke selectie” komen deze patiënten zelden tot een

huwelijk. Indien dit wel gebeurt, blijkt graviditeit niet gemakkelijk tot stand te komen. Is patiënte echter gravida geworden, dan kan worden gesteld dat dit voor de aanstaande moeder een gevaarlijke situatie betekent. Vooral daling van de druk in de aorta zal via daling van de druk in de linker hart-helft een toename van de rechts-links shunt met zich brengen, met alle gevolgen van dien! Met name fluxus post partum zal een levensgevaarlijke situatie bewerkstelligen. Om bovengenoemde redenen moet de prognose van deze groep ongunstig worden genoemd.

De groep van de links-rechts shunt (voornamelijk op atrium- en ventrikelniveau). Vertegenwoordigers van deze groep zijn, zoals uiteengezet, potentieel cyanotisch, afhankelijk van de drukverhoudingen in kleine en grote circulatie. Over het algemeen echter is in deze groep de prognose gunstig.

De acyanotische groep. Degenen die tot deze groep behoren, zijn potentieel niet cyanotisch. De geïsoleerde pulmonaalstenose geeft in de regel geen problemen. De risico's van de congenitale aortastnose zijn in principe gelijk te stellen met die van de verkregen vorm (mors subital). Men moet zich echter realiseren dat het drukverval over de aortaklep bij de verkregen vorm (in deze leeftijdsgroep!) vaak minder groot is dan bij de congenitale aortastnose. Derhalve kan deze aandoening als ernstiger worden gekwalificeerd, maar het risico verschilt individueel al naar gelang de mate van het drukverval over de aortaklep.

De coarctatie. Deze is wegens de daarbij bestaande verhoogde kans op cerebrovasculaire accidenten zeer berucht. Operatief ingrijpen is van belang voor de moeder (te hoge druk in de bovenste lichaamshelft), maar ook voor het kind (te lage druk in de onderste lichaamshelft van de moeder). Indien opereren niet mogelijk is en de graviditeit à terme wordt, dan is het verrichten van een sectio caesarea (uitzondering) geïndiceerd.

Natuurlijk bestaat ook in de groep van de congenitale vitia een reële kans op het ontstaan van een bacteriële endocarditis in aansluiting op de partus.

Richtlijnen voor de behandeling gedurende de graviditeit.

Vermijding van zware lichamelijke arbeid.

Zorgen voor voldoende rust.

Actieve adequate bestrijding van een eventueel bestaande anemie.

Waar nodig: zoutbeperking.

Waar nodig: digitalis, chinidine en diuretica. Gebleken is, dat deze medicamenten zonder schade voor de vrucht kunnen worden gegeven in de gebruikelijke dosering. Bij patiënten in klasse I en II is het voorschrijven van genoemde middelen in de regel niet nodig. Bij patiënten in klasse III en IV werden deze medicamenten in de regel reeds verstrekt; gebruik ervan kan tijdens de zwangerschap gewoon worden voortgezet.

Frequente controle, speciaal na de vijfde maand.

Bij alle patiënten is een zogenaamde klinische partus geïndiceerd en wel onder antibiotische bescherming ter voorkoming van endocarditis lenta.

Gedurende de partus. De partus per vaginam verdient bij zwangeren met een hartgebrek de voorkeur. De opvatting dat een sectio caesarea bij deze patiënten „sparender” zou zijn, is onjuist gebleken. Indien echter een verloskundige indicatie bestaat, moet een sectio caesarea natuurlijk wel plaatsvinden. In het ontsluitingstijdperk gelden de normale obstetrische indicaties. Het uitdrijvings-tijdperk mag niet te lang duren. Het sterk oplopen van pols- en ademhalingsfrequentie vormt een reden voor overleg met de verloskundige, teneinde de partus zo nodig te beëindigen.

Gedurende het puerperium.

Bedrust, afhankelijk van de klinische toestand.

Eventueel voortzetting van de zoutbeperking en van de bestaande medicatie, zoals digitalis.

De profylaxe met antibiotica, begonnen bij de aanvang van de uitdrijvingsfase, dient gedurende drie dagen te worden voortgezet. Patiënten die reeds penicillineprofylaxe kregen of overgevoelig zijn voor penicilline, wordt om de zes uur 250 mg erythromycine per os aanbevolen. Aan patiënten die geen penicillineprofylaxe kregen, geve men 2000000 eenheden penicilline tweemaal daags gedurende drie dagen. Van bevoegde zijde wordt aangeraden de penicilline te combineren met tweemaal daags 0,5 gram kanamycine. Opgemerkt zij, dat men op de hoogte moet zijn van de toxische verschijnselen welke de toediening van dit medicament kan verwekken. Bovendien moet men geen kanamycine voorschrijven indien de nierfunctie te wensen overlaat.