

„Klinische partus gewent”; gevolgen van een communicatiestoornis

DOOR E. W. LOENDERSLOOT, GYNAECOLOOG*

Ongeveer één procent van de zwangeren heeft een hartaandoening. Complicaties ten gevolge hiervan in de zwangerschap zijn zeldzaam, wat merkwaardig is omdat de normale zwangerschap – laat staan de door hypertensie extra belaste – een aanzienlijke inspanning voor het hart betekent.

De meest voorkomende hartaandoening bij zwangeren is de postreumatische mitralisklepstenose, met als meest voorkomende complicatie decompensatie van de linkerboezem met als gevolg longstuwung. Niet zelden wordt dit veroorzaakt door boezemfibrilleren. De beste behandeling hiervoor is cardioversie, wat voor het kind in utero ongevaarlijk is. Andere complicaties zijn trombose in de uitgezette linkerboezem of het hartoor, waarbij de eventuele embolieën zich meestal manifesteren in de hersenen; voorts endocarditis lenta, die bij elke ingreep tijdens de zwangerschap of bij de baring waarbij bacteriën in de bloedbaan komen, kan optreden, zodat een efficiënt profylactisch gebruik van antibiotica noodzakelijk is. In zeer ernstige gevallen met pulmonale hypertensie kan het tenslotte komen tot insufficiëntie van de rechterharthelft.

Voordat overigens decompensatie ontstaat, moet de doorgankelijkheid van het ostium mitrale met meer dan 60 procent zijn verminderd. Er zijn echter bevorderende factoren, namelijk:

- gelijktijdige aanwezigheid van een mitralisklepinsufficiëntie, zodat ook tijdens de systole bloed terugstroomt naar de onvoldoende ontledigde linkerboezem;
- tachycardie ten gevolge van hyperthyreoïdie, anemie of spanningen;
- verhoogde belasting van de circulatie, bijvoorbeeld door lucht- of urineweginfecties en inspanning.

De prognose van een hartaandoening in de zwangerschap kan het beste wor-

den bepaald met behulp van de uit 1955 daterende classificatie van de New York Heart Association:

- bij de overgrote meerderheid van de patiënten, bij wie geen enkele (klasse I) of slechts geringe (klasse II) beperking van het lichamelijke prestatievermogen in de zwangerschap bestaat, is er een geringe kans op het optreden van verschijnselen van cardiale insufficiëntie;
- bij patiënten met aanzienlijke (klasse III) of zeer ernstige (IV) beperking, is deze kans uiteraard groot en dientengevolge ook de maternale en perinatale sterfte bij inadequate behandeling.

In vele landen vormen hartaandoeningen relatief een zeer belangrijke oorzaak van maternale sterfte. In ons land is dit echter niet het geval; Bout noemt in zijn proefschrift over de oorzaken van maternale sterfte geen enkele patiënte met een hartaandoening en *Smorenberg-Schoorl* vond bij bijna vierhonderd zwangeren met een hartaandoening slechts één geval van maternale sterfte: een patiënte met een ernstige congenitale hartaandoening en een tweeling zwangerschap. Bij optimale behandeling bestaat vrijwel nooit een medische noodzaak tot zwangerschapsonderbreking.

De speciale maatregelen die bij iedere zwangere met een hartgebrek moeten worden genomen, zijn:

- vermijden van zwaar lichamelijk werk, zeker in de tweede helft van de zwangerschap;
- tien uur nachtrust en tevens overdag twee uur rusten;
- streng zoutarm dieet;
- voorkómen van anemie;
- frequente controles door cardioloog en gynaecoloog, die ook regelmatig moeten overleggen over het verdere beleid;
- onmiddellijke behandeling van banale infecties met (profylactisch) antibiotica; ook mogen patiënten met een hartaandoening vanaf klasse II geen contact hebben met „verkouden” mensen en zul-

Samenvatting. *Hartaandoeningen in de zwangerschap zijn niet zeldzaam. Het meest frequent is de postreumatische mitralisklepstenose. Complicaties ten gevolge hiervan zijn gelukkig zeldzaam, terwijl maternale sterfte exceptioneel is. Het beleid bij en de problematiek rondom een zwangerschap bij een patiënte met een hartaandoening wordt aangegeven. De ziektegeschiedenis van een zwangere met een inadequaet behandelde mitralisklepstenose, longoedeem en hersenembolieën wordt beschreven.*

len zij daarom in de „griepperiode” drukke winkels, volle bussen en dergelijke moeten vermijden.

- digitalisatie en gebruik van diuretica zullen bij ernstige hartpatiënten steeds nodig zijn, terwijl in verband met de vergrote kans op het krijgen van tromboembolieën bij patiënten in de klassen III en IV tevens het verstrekken van profylactisch antistolling is aangewezen;
- patiënten in de klassen III en IV moeten zeker vanaf het moment van maximale belasting (einde zevende maand) en meestal reeds veel eerder worden opgenomen; in tegenstelling tot de gangbare mening lijkt mij opname van een goed gecompenseerde en geheel klachtenvrije patiënt één of meer weken voor de uiterekende datum weinig zinvol.

Overigens is het diagnostiseren van een hartaandoening in de zwangerschap niet eenvoudig; aanwijzingen voor het bestaan hiervan zijn, naast de anamnese (reuma, kortademigheid):

- diastolische geruisen (bij de mitralisklepstenose zijn deze het best te horen bij zorgvuldig luisteren in linker zijligging);
- een opvallend luide systolische soufflé; een overigens weinig specifiek symptoom, dat de oorzaak is dat de diagnose „mogelijk hartgebrek” vaak ten onrechte in de zwangerschap wordt gesteld;
- ernstige aritmieën;

* Afdeling verloskunde Sint Elisabeth's of Groote Gasthuis te Haarlem.

– abnormale electrocardiogrambevindingen (in de zwangerschap worden overigens vaak geringe afwijkingen gevonden, welke evenwel niet specifiek zijn);

– ongelijkmatige vergroting van de hartfiguur op de thoraxfoto.

Longstuwung geeft vaak weinig verschijnselen: zeer verdacht is, indien de zwangeren klagen over hoestbuien optredend bij geringe inspanning of 's nachts en indien bij onderzoek persisterende vochtige ronchi aan de longbasis worden gehoord.

Hoe belangrijk de kennis van deze zaken is blijkt uit de volgende ziektegeschiedenis van een 25-jarige primigravida met een onopvallende voorgeschiedenis; met name waren vroeger door school- en keuringsartsen nooit hartgeruisen gehoord. De laatste jaren klaagde patiënte in toenemende mate over kortademigheid bij inspanning, maar hieraan besteedde zij weinig aandacht, omdat de hele familie aan „astma” leed.

Al vroeg in de zwangerschap kwam patiënte onder controle van de vroedvrouw; aanvankelijk verliep alles naar wens. Vanaf de twintigste zwangerschapsweek klaagde patiënte echter over toenemende kortademigheid; het huishouden kon zij nog wel doen, maar een trap oplopen ging niet meer in eenmaal; ook had zij nycturie en toenemend enkeloedeem ondanks goed gehouden zoutarm dieet.

Patiënte consulteerde om deze redenen de huisarts, die haar naar een cardioloog verwees, die aan het matig vergrote hart een diastolisch en systolisch geruis hoorde en als diagnose stelde: mitralisklepstenose, tevens mogelijk een mitralisklepinsufficiëntie bij een goed gecompenseerde zwangere. De behandeling bestond uit streng zoutarm dieet, tweemaal daags $\frac{1}{4}$ mg digoxine, en extra rusten, terwijl tevens in de brief aan de huisarts een „klinische partus” werd geadviseerd.

Bedoeld werd door de cardioloog, dat de verdere zwangerschapscontrole – en niet alleen de baring – door een gynaecoloog zou worden gedaan, mede omdat de kans op een decompensatie in het laatste trimester in de zwangerschap sterk toe-

neemt. De huisarts interpreteerde het advies echter letterlijk en ondernam geen verdere actie, aangezien patiënte onder leiding van de vroedvrouw poliklinisch in een ziekenhuis zou bevallen. Tot overmaat van ramp bleek patiënte zelf een weinig betrouwbare bron van informatie. Op de vraag van de cardioloog bij het volgende bezoek, of nu alles met het ziekenhuis was geregeld, antwoordde zij bevestigend (zij had zich laten inschrijven voor de poliklinische partus), terwijl zij haar vroedvrouw – die ten onrechte geen kopie van de brief aan de huisarts had ontvangen – als de „vrouwelijke dokter” betitelde.

Deze misverstanden zouden ernstige gevolgen hebben. Bij haar eerste bezoek aan de cardioloog behoorde patiënte immers tot de nog gunstige klasse II (overigens wel tegen klasse III aan), zodat bij adequate behandeling de kans op een decompensatio cordis gering mocht worden geacht. Bij een zwangerschapsduur van 34 weken ontstond echter, nadat patiënte de dag tevoren nog in prima toestand verkeerde met alleen lichte verkoudheidsklachten, acuut een levensbedreigende toestand door ernstig longoedeem met tevens een pneumonie.

Een dergelijk verloop is typisch bij mitralisklepstenose: de op de rand van de decompensatio cordis levende patiënten lijken ogenschijnlijk in een goede toestand. Bij de minste extra belasting echter – hier waarschijnlijk de tachycardie door de „verkoudheid” – geraken zij acuut ernstig gedecompenseerd. Door de hypoxie kwam bij patiënte tevens de baring op gang en dit stelde ons voor een groot dilemma: voortgaan van de baring bij een ernstig gedecompenseerde patiënte betekende een zeer groot risico (maternale sterfte zeker 15 procent!), remmen van de weeën was echter evenmin mogelijk, aangezien middelen zoals Alupent of Prepar door de tachycardie die zij veroorzaken, vrijwel zeker de longstuwung zouden verergeren.

Primair was vanzelfsprekend het verbeteren van de ernstige toestand van patiënte. De behandeling bestond uit intraveneuze toediening van Lasix in hoge dosering en digitalisatie, terwijl tevens zuurstof met een maskertje werd gegeven en patiënte strikte vochtbeperking

kreeg. De pneumonie werd in verband met de risico's voor het kind niet bestreden met de door de internist geprefereerde antibiotica gentamycine of kanamycine, maar met hoge doses ampicilline.

Indien de baring zou doorzetten, welke methode verdiende dan de voorkeur? Vrijwel alle cardiologische en verloskundige literatuur is eensluidend, dat een sectio caesarea het minst verkieslijk is; *Friedberg* stelt zelfs dat een decompensatie geen indicatie, maar juist een contra-indicatie voor deze ingreep vormt! Een vaginale baring verdiende dus de voorkeur, evenwel op een wijze die het minst belastend voor het hart zou zijn. Een keuze moest dus worden gemaakt tussen een vacuümextractie of – gezien de prematuriteit van het kind – liever een midden- of uitgangstang. Een acute hartoperatie in deze omstandigheden, een „eenvoudige” commissurotomie, werd eveneens als veel te riskant verworpen.

Gelukkig behoefden deze overwegingen niet te worden gerealiseerd. Door de behandeling verbeterde patiënte's toestand en verdween de hypoxie, waarna ook de weëenactiviteit verdween. Tijdens de hierop volgende twee weken leek alles geheel naar wens te verlopen, ook wat betreft de zwangerschap: goede oestrogeenuitscheiding in de 24 uren urine, bij amnionpunctie helder vruchtwater met een goede lecithine-sfyngomyeline ratio (meer dan 2:1; het kind liep dus weinig risico bij de geboorte een R.D.S. te ontwikkelen) en een normaal uitwendig afgeleid foetaal cardiotocogram.

Bij bijna 36 weken kreeg patiënte, die nog steeds bedrust hield en niet werd ontsteld, plotseling een parese van de rechter gelaatshelft en de rechter arm. De neuroloog stelde vast dat er een vasculaire stoornis van de linker arteria cerebri media was, waarschijnlijk tengevolge van een embolie, afkomstig uit het linker atrium. Patiënte werd ter voorkoming van recidief ontsteld met heparine, hoewel hierbij het gevaar bestond van een hemorrhagische infarcering in het gebied achter de afsluiting, een meestal dodelijke complicatie.

Gelukkig verbeterde geleidelijk aan

het beeld en twee weken later, bij bijna 38 weken amenorroe, kwam patiënte spontaan in partu. De ontsluitingsperiode werd bewaakt door middel van intra-uteriene drukmeting en uitwendige registratie van de kinderlijke harttonen; pijnbestrijding vond plaats met behulp van Pethidine, terwijl bij zes cm ontsluiting epiduraal anesthesie werd aangebracht. De baring van het nu in feite voldragen kind geschiedde door vacuümextractie, waarbij vlot een in uitstekende conditie verkerend meisje van 2830 gram werd ontwikkeld. De placenta werd spontaan geboren en het bloedverlies was gering.

Aangezien het risico van decompenseren aanzienlijk verhoogd is in de eerste twaalf uur van het kraambed door het wegvallen van het placentaire vaatbed en het terugkomen in de bloedbaan van veel getineerd extravasculair vocht, kreeg patiënte extra Lasix, vochtbeperking en werd de bedrust gecontinueerd, terwijl

als profylaxe tegen het optreden van een subacute bacteriële endocarditis ampliciline en streptomycine werden gegeven; de heparine werd gecontinueerd.

Het kraambed verliep overigens geheel ongestoord en vanaf de vierde dag werd patiënte voorzichtig gemobiliseerd. Bij ontslag op de elfde dag gebruikte zij 40 mg Lasix om de dag, tweemaal daags $\frac{1}{4}$ mg digoxine en Marcoumar; de anticonceptie werd geregeld door de uitsluitend gestagenen bevattende minipil (Exluton).

Inmiddels is patiënte heropgenomen geweest en bij hartkatheterisatie bleek uitsluitend sprake van een mitralisklepstenose, waarvoor zij binnenkort een commissurotomie zal ondergaan, waarna de prognose quod vitam, alsook voor eventuele volgende zwangerschappen uitstekend mag worden genoemd!

De conclusie van deze ziektegeschiedenis is dat elke hartaandoening in de zwangerschap een optimale begeleiding

vereist (dat wil zeggen regelmatige controles door de cardioloog en de gynaecoloog), terwijl adviezen die voor verschillende interpretaties geschikt zijn („klinische partus gewenst”) moeten worden vermeden.

De schrijver bedankt Prof. Dr. D. Durrer voor zijn adviezen.

Summary. About one percent of pregnant women has a cardiac disease; the most frequent being the post-rheumatic mitral valve stenosis. In the Netherlands complications during pregnancy, due to the existence of a heart disease, are seldom and maternal death is exceptional. The case history is described of a primigravida with a mitral valve stenosis, who was inadequately treated and whose pregnancy was complicated by lungedema and cerebral embolies.

Friedberg, C. K. Diseases of the Heart. 4e druk, Saunders Company, Philadelphia/London, 1968.

Smorenberg-Schoorl, R. Hartziekten. In: Leerboek voor obstetrie en gynaecologie, De voortplanting van de mens. Centen, Amsterdam, 1974.

Gezinsgeneeskundige colloquia VIII: Een patiënte met lage rugpijn

DOOR PROF. DR. F. J. A. HUYGEN, HUISARTS TE LENT*

INLEIDING

Co-assistent 1: De ziektegeschiedenis, welke ik u wil presenteren, betreft een vrouw van 22 jaar, die reeds anderhalf jaar klaagt over pijnen onder in de rug. Zij is hiervoor reeds eenmaal geopereerd. Desondanks is er onlangs een zodanige verergering van haar klachten opgetreden dat zij drie weken in bed moest blijven. Bij het eerste bezoek aan huis bleek zij bovendien ruim drie maanden zwanger te zijn. Het leek mij nuttig nader op haar ziektegeval in te gaan, omdat de rugklachten door de graviditeit nog zouden kunnen verergeren, terwijl zij nu reeds niet weet hoe zij straks na haar bevalling ooit voor haar baby zal kunnen zorgen.

* Uit het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, hoofd Prof. Dr. F. J. A. Huygen.

ANAMNESE

Patiënte is afkomstig uit het noorden van het land. Vier jaar geleden is zij met haar ouders hier in het zuiden komen wonen. Op de lagere school kon zij moeilijk meekomen en doubleerde éénmaal. Ook op de huishoudschool ging het moeilijk, zodat zij deze na één jaar verliet en cassière werd. Na de verhuizing naar haar huidige woonplaats ging zij als inpakster op een fabriek werken. Hierbij moest zij regelmatig zwaar tillen zonder dat dit aanleiding gaf tot rugpijn. Anderhalf jaar geleden is zij getrouwd met een man uit Noord-Brabant. Zij heeft haar werk buitenshuis daarop gestaakt. Enkele weken na haar huwelijk zijn de rugpijnen begonnen, plotseling bij het optillen van een zware boodschappentas. Sindsdien is zij eigenlijk nooit klachten-vrij geweest.

In het dossier van haar huisarts vond ik de volgende gegevens omtrent haar historia morbi: ongeveer een maand na het begin van de klachten werd patiënte naar een gynaecoloog verwezen in verband met onderbuiksklachten, misselijkheid en ischialgie. Deze nam patiënte op, maar vond op zijn gebied geen afwijkingen, hoewel het vaginaal toucher door sterk spannen niet was te beoordelen. In zijn brieven spreekt de gynaecoloog – die patiënte naar de neuroloog verwees – wèl over mogelijke psychogene momenten in het toen twee maanden jonge huwelijk en karakteriseert hij het gedrag van patiënte als hysteriform.

De neuroloog heeft een hypalgesie van het linker been gevonden en een positief symptoom van Lasègue links bij 70° en rechts bij 80°. De liquor vertoonde geen afwijkingen. Bij contrastmyelografie