

Spoedgevallen bij zwangere vrouwen in de huisartspraktijk

C.J. DEKKER
M.P. SPRINGER

Dekker CJ, Springer MP. Spoedgevallen bij zwangere vrouwen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1997; 40(6): 248-53.

Samenvatting In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de spoedeisende aandoeningen bij zwangere vrouwen waarmee de huisarts – ook de huisarts die de actieve verloskunde niet meer beoefent – kan worden geconfronteerd. Ingegaan wordt op (mogelijk) alarmende symptomen en de ziektebeelden die daarvoor verantwoordelijk kunnen zijn. De morbiditeit van de verschillende aandoeningen wordt besproken. Vervolgens wordt dieper ingegaan op de belangrijkste spoedeisende ziektebeelden, waarbij onderscheid wordt gemaakt in problemen bij een amenorroeduur <16 weken en problemen bij een amenorroeduur >16 weken. Successievelijk komen aan de orde: klachtenpatroon, bevindingen bij onderzoek en huisartsgeneeskundig beleid.

C.J. Dekker, huisarts te Urk;
prof.dr. M.P. Springer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden.
Correspondentie: C.J. Dekker, Grote Fok 29, 8321 VZ Urk.

Inleiding

Het aandeel van de huisarts in de praktische verloskunde is de laatste decennia aanzienlijk afgenomen. In 1960 werd nog circa 47 procent van de bevallingen door de huisarts begeleid; inmiddels is dit nog slechts circa 10 procent.^{1,2} Ongeveer 15 à 20 procent van de huisartsen is (nog) verloskundig actief. Zij begeleiden samen ruim 18.000 bevallingen, waarvan circa 85 procent thuisbevallingen.³ Niet-verloskundig actieve huisartsen zullen in het algemeen minder voorbereid en toegerust zijn voor acute verloskundige problematiek en daar ook minder frequent bij worden betrokken. Toch worden ook zij incidenteel geconfronteerd met (spoedeisende) problemen in de zwangerschap of met hulpvragen waarbij de relatie met de zwangerschap niet zonder meer duidelijk is.

Volgens het Basistakenpakket behoort de algemeen medische zorg gedurende de zwangerschap tot de taak van de huisarts.⁴ De NHG-Standaard Zwangerschap en Kraambed geeft richtlijnen voor de uitvoering van de algemeen verloskundige taken door de huisarts; de prenatale controles en de begeleiding tijdens de baring komen daarin echter niet aan bod, evenmin als het onderkennen van spoedeisende situaties en het beleid daarbij.⁵

In dit artikel geven wij een overzicht van de spoedeisende problemen die zich kunnen voordoen tijdens de zwangerschap, en het beleid van de huisarts daarbij. Spoedeisende zaken durante partu en in het kraambed worden buiten beschouwing gelaten.

Een spoedgeval in de huisartspraktijk is elk verzoek om spoedige hulp, dat voor de arts aanleiding is het werk waarmee hij bezig is, te onderbreken.⁶ Het gaat er daarbij vooral om de alarmsymptomen te herkennen, ook als de hulpvrager zelf het spoedeisend karakter van de hulpvraag niet direct inziet. Bij spoedgevallen gaat het om direct of indirect levensbedreigende situaties.

Het vóórkomen van een fatale afloop wordt in de verloskunde aangeduid met de

begrippen maternale en perinatale mortaliteit.

Onder maternale sterfte wordt volgens de WHO verstaan: de sterfte van een vrouw tijdens zwangerschap of binnen 42 dagen na het beëindigen van de zwangerschap, door elke oorzaak die samenhangt met de zwangerschap zelf of de behandeling tijdens de zwangerschap.⁷ De maternale sterfte in Nederland bedroeg in de periode 1983-1992 gemiddeld 14,5 gevallen per jaar.⁸ Jaarlijks zal dus één op de 500 huisartsen te maken krijgen met maternale sterfte. In 17 van de in totaal 145 gevallen van moedersterfte bleek de huisarts betrokken bij 'substandard care'-factoren. Door tijdige herkenning en adequate interventie bij potentieel bedreigende situaties moet het mogelijk zijn de moedersterfte in Nederland nog verder terug te dringen.⁸

Voor de perinatale sterfte bestaan diverse definities, die echter weinig van elkaar verschillen. In Nederland wordt sinds 1991 onder perinatale sterfte verstaan: het aantal kinderen dat vanaf een zwangerschapsduur van 24 weken dood wordt geboren of binnen de eerste levensweek komt te overlijden.⁹ Gemeten volgens deze definitie, ligt de perinatale sterfte in Nederland rond de 12 per 1000 geboorten.¹ Dat betekent dat een huisarts ongeveer eens per drie jaar geconfronteerd zal worden met een perinataal sterfgeval.

Definities en vóórkomen

Spontane abortus

Onder spontane abortus of miskraam wordt in Nederland verstaan: de uitstoting van het zwangerschapsproduct tot en met de 16e week van de amenorroe. Ruim 10 procent van de zwangerschappen eindigt in een miskraam.^{10,11} Volgens *Treffers* komt vaginaal bloedverlies tijdens het begin van de zwangerschap in Nederland circa 45.000 maal per jaar voor; in de helft van de gevallen volgt een miskraam.¹⁰

In de gemiddelde huisartspraktijk zal men per jaar 3 à 4 maal met een spontane miskraam worden geconfronteerd.¹² Voor een aantal van de hier beschreven zwangerschapscomplicaties zijn prevalentiecij-

fers bekend uit het Transitieproject.¹³ Voor spontane abortus is dit 1,4 per 1000 patiënten per jaar.

Extra-uteriene graviditeit

Een buitenbaarmoederlijke zwangerschap – extra-uteriene graviditeit, EUG – is een potentieel levensbedreigende situatie.¹⁴ De laatste decennia lijkt EUG vaker voor te komen: in 1993 bedroeg de incidentie 10,4 per 1000 geboorten, tegen 7,2 in 1980.¹⁵ Deze stijging wordt vooral verklaard door een toename van de risicofactoren voor het ontwikkelen van een EUG (vooral seksueel overdraagbare aandoeningen, adnexitis). Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat meer EUG's dan vroeger kunnen worden aangetoond door de verfijning van de diagnostische mogelijkheden.¹⁶ Ook spelen de grotere bekendheid bij het publiek en de toegenomen expertise van de eerste lijn een rol.

In de gemiddelde huisartspraktijk kan ongeveer eenmaal per 3 à 4 jaar een EUG worden verwacht. Uit het Transitieproject wordt een prevalentie gemeld van 0,2 per 1000 patiënten per jaar.¹³

Vroeggeboorte

Onder de term vroeggeboorte vallen geboorten met een amenorroeduur van 16-36 weken. Vroeger werd onderscheid gemaakt tussen partus immaturus (amenorroeduur 16-28 weken) en partus prematurus (amenorroeduur 28-36 weken). Dit is echter achterhaald, omdat de grens van levensvatbaarheid tegenwoordig bij 24 weken ligt. De WHO beschouwt als ondergrens voor vroeggeboorte een gewicht van 500 gram.

Bij toenemende zwangerschapsduur neemt het aantal geboorten toe: zo vindt volgens de Landelijke Verloskunde Registratie (waarin circa 80 procent van de geboorten wordt geregistreerd) 0,7 procent van de geboorten plaats na een amenorroeduur van 16-24 weken en circa 7,5 procent na een amenorroeduur van 24-36 weken.³ In enkele eerstelijns onderzoeken worden lagere percentages genoemd. In de Wormerveerstudie (een geselecteerde populatie van low-risk-zwangerschappen, 7971 geboorten) vonden 10 geboorten plaats

<24 weken amenorroe en 283 geboorten met een amenorroe tussen 24 en 36 weken (3,6 procent).¹⁷ In de Leidse studie naar de kwaliteit van het verloskundig handelen van huisartsen (een ongeselecteerde populatie) bleken 89 van in totaal 1841 geboorten prematuur te zijn; 10 met een amenorroeduur <28 weken en 79 met een amenorroeduur van 28-36 weken (4,3 procent).¹⁸

In de praktijkpopulatie van de huisarts zal gemiddeld per jaar bij 2 à 3 zwangeren een vroeggeboorte plaatsvinden.

Bloedingen in de tweede zwangerschapshelft

Bij bloedingen in de tweede zwangerschapshelft gaat het vooral om placenta previa in al haar verschijningsvormen, randsinusbloeding en solutio placentae. Ook zijn er enkele niet-obstetrische oorzaken, zoals cervixpoliep en cervixcarcinoom, die zelden voorkomen. Volgens de Landelijke Verloskunde Registratie komt in circa 0,56 procent van de zwangerschappen bloedverlies in de tweede zwangerschapshelft voor. In de Wormerveerstudie kwam bij 0,6 procent van de zwangeren bloedverlies in de tweede zwangerschapshelft voor; *Springer* vond in zijn onderzoekspopulatie 1,0 procent.¹⁸

Voor de gemiddelde huisartspraktijk betekent dit ongeveer eens in de 3 à 4 jaar. In het Transitieproject werd voor 'ante-partum bleeding' een prevalentie van 0,5 per 1000 patiënten per jaar gevonden.¹³

(Pre-)eclampsie, HELLP-syndroom

Zwangerschapshypertensie en (pre-)eclampsie zijn door de zwangerschap veroorzaakte en tot zwangerschap, bevalling en kraambd beperkte aandoeningen. Bij een ongecompliceerde verhoogde diastolische bloeddruk (≥90 mm Hg) bij een tevoren normotensieve vrouw na de 20e zwangerschapsweek wordt gesproken van zwangerschapshypertensie. Als daarnaast sprake is van proteïnurie (≥0,3 g/l) wordt gesproken van pre-eclampsie. Treden convulsies op, dan wordt gesproken van eclampsie.¹⁸ Het HELLP-syndroom wordt beschouwd als een vorm van pre-eclampsie; dit is een potentieel gevaarlijke aandoening voor moeder en kind: de moederlijke sterfte bedraagt 3-4 procent en de perinatale sterfte circa 25 procent.²⁰

De zwangerschapshypertensieve aandoeningen hebben een belangrijk aandeel in de maternale (en foetale) mortaliteit. *Schuitmaker et al.* berekenden dat 39 procent van de maternale sterfte in de jaren 1983-1993 moest worden toegeschreven aan deze aandoeningen.⁸ Volgens de Landelijke Verloskunde Registratie komt zwangerschapshypertensie/(pre-)eclampsie voor bij 3,7 procent van de zwangeren (driemaal zo vaak bij primiparae als bij multiparae). In de Wormerveerstudie was dit 3,2 procent; *Springer* vond 1,2 procent. Het Transitieproject vermeldt een prevalentie van 0,3 per 1000 patiënten per jaar. Het HELLP-syndroom kan bij deze cate-

Tabel Prevalentie van de obstetrische aandoeningen waarbij zich een spoedeisende hulpvraag of situatie kan voordoen

Aandoening	Per 100 zwangerschappen	Per jaar in gemiddelde huisartspraktijk
Miskraam	10,0	3,20
Extra-uteriene zwangerschap	1,0	0,30
Vroeggeboorte 16-24 weken (LVR)	0,7	0,23
Vroeggeboorte 24-36 weken (LVR)	7,5	2,40
Vaginaal bloedverlies 2e zwangerschapshelft	1,0	0,30
Zwangerschapshypertensie, (pre-)eclampsie (LVR)	3,7	1,10
HELLP-syndroom	0,2	0,06

Het aantal zwangeren met een acute hulpvraag is minder dan de som van de verschillende in de tabel genoemde aandoeningen, als gevolg van een zekere mate van overlap.

gorie zwangeren voorkomen bij 5-15 procent.²¹ Gerekend over alle zwangeren komt het HELLP-syndroom voor bij 0,1 à 0,3 procent.²²

Totaalbeeld

Gemiddeld zal één op de vijf zwangeren te maken krijgen met een aandoening die aanleiding kan zijn tot een spoedeisende hulpvraag (*tabel*). Voor de gemiddelde huisartspraktijk zijn dit 6 zwangeren per jaar. Ongeveer de helft komt op rekening van de miskraam. Hoewel de miskraam doorgaans als een zelfregulerend proces verloopt en medisch ingrijpen slechts zelden nodig is,¹¹ kunnen de klachten voor de zwangere dermate bedreigend zijn, dat spoedeisende hulp gewenst wordt.

Overigens kunnen ook diverse niet-obstetrische aandoeningen spoedeisende hulp nodig maken, zoals appendicitis en niersteenkolië. De frequentie van deze aandoeningen tijdens de zwangerschap verschilt echter niet wezenlijk van het vóórkomen buiten de zwangerschap.

Zwangerschap <16 weken

Alarmsymptomen bij een zwangerschapsduur korter dan 16 weken kunnen zijn:

- buikpijn;
- vaginaal bloedverlies;
- een combinatie van beide.

Obstetrische oorzaken van deze klachten kunnen zijn: spontane abortus of miskraam, molazwangerschap en extra-uteriene graviditeit. Ook zijn er diverse niet-obstetrische aandoeningen waarbij deze symptomen zich kunnen voordoen, zoals appendicitis, niersteenkolië en portioerosie.

Miskraam

Bij een miskraam gaat het, strikt medisch gezien, niet om een spoedeisende situatie; alleen in zeldzame gevallen is snel handelen geboden, bijvoorbeeld bij hevige fluxus met shockverschijnselen. In de literatuur waren geen gegevens te vinden over de prevalentie van deze situatie. Uit een analyse van de ongeveer 800 zwangerschappen van de afgelopen twee jaar op

Urk bleek, dat één maal een spoedverwijzing (vervoer per ambulance, waaknaald) had plaatsgevonden wegens shock ten gevolge van fluxus bij een miskraam. Voor een gedetailleerde beschrijving van anamnese, onderzoek en beleid wordt verwezen naar de NHG-Standaard (Dreigende) Miskraam.¹¹

Molazwangerschap

Een molazwangerschap komt zelden voor, circa 1 per 2000 zwangerschappen.²³ Het gaat hierbij niet om een spoedgeval in strikte zin, en een verdere bespreking valt buiten het kader van dit artikel.

Extra-uteriene zwangerschap

'Bij elke vrouw in de geslachtsrijpe leeftijd met onregelmatig bloedverlies en/of een atypische laatste menstruatie met buikpijn moet het vermoeden van een Extra-Uteriene Graviditeit bestaan om morbiditeit en zelfs sterfte te voorkomen', zo eindigt een recente klinische les in het NTvG.²⁴ De klachten kunnen gering zijn; zowel buikpijn als bloedverlies kunnen ontbreken. Loze defecatie drang en schouderpijn kunnen optreden als gevolg van peritoneale prikkeling van het cavum Douglasi respectievelijk diafragma. Verder moet rekening worden gehouden met de volgende risicofactoren:

- eerder doorgemaakte EUG;
- doorgemaakte adnexitis;
- infertiliteit ten gevolge van tuba-problematiek;
- IUD in situ;
- status na sterilisatie;
- DES-expositie;
- positieve Chlamydia-serologie.¹⁶

In een Amsterdams onderzoek bleek dat de combinatie van abnormaal vaginaal bloedverlies met een of meer van deze risicofactoren in 63 procent van de gevallen wees op de aanwezigheid van een EUG.²⁵ Omgekeerd was vaginaal bloedverlies de enige klacht bij 18 procent van de patiënten met een bewezen EUG; bij de helft van de patiënten bestond de combinatie vaginaal bloedverlies en buikpijn.

Bij het gynaecologisch onderzoek kan enkelzijdige pijnlijke uterus opvallen; slingerpijn, die eveneens eenzijdig

kan zijn, is een andere mogelijkheid. Soms is aftasting van het achterste vaginagewelf pijnlijk (cri de Douglas).

Is er verdenking op het bestaan van een EUG op grond van anamnese en onderzoek, dan is een zwangerschapstest in de urine de volgende stap. Bij een test met een gevoeligheid van 50 IU/l sluit een negatieve uitslag een EUG uit.²⁶ Is de uitslag positief, dan kan een (vaginale) echoscopie duidelijkheid geven.²⁷ Er zijn dan twee mogelijkheden: een intra-uteriene zwangerschap en een lege uterus. In het eerste geval is de diagnose EUG verworpen, in het tweede geval is de diagnose EUG waarschijnlijk, maar nog niet geheel zeker; er kan ook nog een zeer jonge intra-uteriene zwangerschap zijn, of er kan een abortus zijn geweest. Dit is een riskante situatie, die thuishoort in de tweede lijn. Op grond van onder andere HCG-bepalingen in het serum kan eventueel worden afgewacht.¹⁶ Zo kan zowel bij een uitdovende EUG als bij een jonge intra-uteriene zwangerschap een laparoscopie worden vermeden.²⁸

Zwangerschap >16 weken

Bij een zwangerschapsduur van meer dan 16 weken kunnen de volgende symptomen alarmerend zijn:

- vaginaal bloedverlies;
- buikpijn;
- hoofdpijn;
- misselijk, braken;
- minder leven voelen;
- visusstoornissen;
- combinatie van bovenstaande klachten.

Obstetrische oorzaken van een of meerdere van deze symptomen kunnen zijn: dreigende vroeggeboorte, (pre-)eclampsie/HELLP-syndroom, placenta previa, randsinusbloeding en solutio placentae.

Vroeggeboorte

Vroeggeboorte behoort tot de ernstige complicaties in de verloskunde. Bij kinderen geboren na een zwangerschapsduur van 24-25 weken is het percentage doodgeborenen 20 procent; van de levendgeborenen sterft alsnog 86 procent. Met het

toenemen van de zwangerschapsduur neemt het sterftepercentage af.²⁹ Uit het POPS-onderzoek, een uitgebreide prospectieve analyse van de geboorten in 1983 met een zwangerschapsduur <32 weken, bleek dat 27,2 procent van deze kinderen in het eerste levensjaar overleed; de doodgeboorten zijn daarbij buiten beschouwing gelaten.³⁰ Uit een vervolgstudie na 5 jaar bleek 6 à 7 procent van de overlevende kinderen een ernstige handicap te hebben, terwijl 8 procent een lichte handicap had.³¹

De klacht van de zwangere is meestal weënachtige, soms wat vage buikpijn, soms gepaard gaande met enig bloed-, vocht- of slijmverlies. Niet altijd zal het verband met de zwangerschap duidelijk zijn voor de zwangere en haar omgeving. In de tweede zwangerschapshelft kunnen uteruscontracties fysiologisch zijn, de Braxton-Hicks-contracties. Het ervaren van deze contracties kan worden beïnvloed door nerveuze spanningen. Ook bij een orgasme kunnen uteruscontracties worden gevoeld.

Het onderzoek is eenvoudig: door palpatie van de uterus zijn de intensiteit en frequentie van de contracties te objectiveren. Van groot belang voor het beleid is het hierna uit te voeren vaginaal toucher: wordt hierbij een stugge, staande cervix gevonden, waarvan het ostium niet toegankelijk is voor de toucherende vinger, dan is er naar alle waarschijnlijkheid niets aan de hand en is in het algemeen een afwachtend beleid gerechtvaardigd. Is er echter enige mate van verstrekenheid en/of ontsluiting, dan is klinische observatie aangewezen.²⁹ Bij bloed- of vruchtwaterverlies, is inwendig onderzoek gecontra-indiceerd; de zwangere dient dan verwezen te worden. Bij dreigende vroeggeboorte <32 weken wordt aanbevolen te verwijzen naar een ziekenhuis, waar intensieve perinatale zorg verleend wordt.³⁰

Zwangerschapshypertensie en (pre-)eclampsie

Bij zwangerschapshypertensie en pre-eclampsie kunnen de volgende klachten voorkomen:

- hoofdpijn;
- tintelingen in de vingers;
- ‘opgezwollen gevoel’;
- visusstoornissen (sterretjes zien, vlekken voor de ogen).³²

Objectieve verschijnselen samenhangend met pre-eclampsie kunnen zijn (naast verhoogde bloeddruk en proteïnurie):

- gegeneraliseerd oedeem;
- verhoogde reflexen;
- plotseling opgetreden gewichtstoename;
- gezichtsvelduitval;
- groeiachterstand van de foetus.

Bij pre-eclampsie of verdenking hierop is snelle verwijzing aangewezen.

Bij eclampsie is er sprake van epileptiforme convulsies. Als deze zich voordoen, is het meestal aan het eind van de zwangerschap, doch ook durante partu en tot 48 uur post partum kunnen convulsies optreden. Er zijn zelfs eclamptische insulpen beschreven tot 5 dagen post partum.³⁹

Een spoedopname per ambulance is aangewezen. In afwachting van de ambulance kan men trachten de convulsies te couperen met diazepam 10-20 mg intraveneus. Een beter middel is midazolam (dormicum) 10 mg intraveneus, omdat dit een veel kortere halfwaardetijd heeft (1,5-2,5 uur versus 20-120 uur bij diazepam).³⁹ Niet iedere huisarts zal dit middel echter in de ampullenétui hebben.

HELLP-syndroom

Het HELLP-syndroom wordt beschouwd als een vorm van pre-eclampsie; het wordt door de zeer gevarieerde uitingsvormen nogal eens miskend³³ en kan voor de huisarts een valkuil zijn.

Het ‘Haemolysis-Elevated Liver enzymes and Low Platelet count’-syndroom werd in 1982 voor het eerst als zodanig beschreven,³⁴ al werden de symptomen voordien ook al als alarmerend beschouwd. Het ziektebeeld komt alleen voor in de tweede zwangerschapshelft, met name in het derde trimester.

Bij de klachten staat bovenbuikpijn op de voorgrond (bij ruim 90 procent van de patiënten).^{34,35} De pijn kan bandvormig van aard zijn, maar ook koliekpijn met bewegingsdrang is mogelijk. De pijn

wordt vooral in de leverstreek of in epigastrio aangegeven, en kan soms uitstralen naar rug of rechterschouder. Vaak is er misselijkheid, soms gepaard gaande met braken. De klachten kunnen sterk wisselen in intensiteit.

Bij lichamenlijk onderzoek is er in meerdere of mindere mate drukpijn in de bovenbuik; de lever kan iets vergroot en/of drukpijnlijk zijn. Soms is er sprake van icterus. Vaak is de bloeddruk verhoogd, maar niet altijd. Hetzelfde geldt voor de proteïnurie.³⁶

Deze symptomen kunnen duiden op diverse andere aandoeningen, zoals galsteenproblematiek en gastro-enteritis. Vooral het ontbreken van de typische verschijnselen van pre-eclampsie (hypertensie en proteïnurie) kunnen in deze richting wijzen. Recent is dit nog eens op indringende wijze beschreven.³³ Bij laboratoriumonderzoek van het serum kan men de in de naam van het syndroom genoemde afwijkingen aantreffen: trombocytopenie, verhoogde waarden van leverenzymen (ASAT, ALAT, LDH), verhoogd bilirubinegehalte (niet noodzakelijk; hemolyse kan ontbreken). Ook kunnen een verhoogd urinezuurgehalte en een verhoogd hematocriet worden gevonden.

Wallenburg is van mening dat ‘voor de huisarts kan gelden, dat elke vrouw in de tweede helft van de zwangerschap met bovenbuikpijn en misselijkheid HELLP heeft tot is aangetoond, dat die diagnose niet juist kan zijn’.²² *Aarnoudse* komt tot een gelijksoortige conclusie.³³

Het HELLP-syndroom is een indicatie voor onmiddellijke ziekenhuisopname.

Resumerend kan worden vastgesteld dat de huisarts wel heel stevig in de schoenen moet staan om bij bovenbuikpijn, misselijkheid en/of braken in het laatste trimester van de zwangerschap niet snel te verwijzen. Zijn er weinig klachten, geven de bevindingen bij lichamenlijk onderzoek geen reden tot ongerustheid, maar is er toch twijfel over de mogelijkheid van een beginnend HELLP-syndroom, dan kan de huisarts, in overleg met de gynaecoloog, het boven beschreven bloedonderzoek laten verrichten.

Placenta previa

Bij placenta previa is er sprake van een zodanig laag in de uterus liggende placenta, dat het ostium cervicis er geheel of gedeeltelijk mee wordt bedekt. Als incidentie worden percentages van 0,3 tot 0,5 procent opgegeven.^{37,38} Het belangrijkste symptoom is (pijnloos) vaginaal bloedverlies; soms is er buikpijn (ween). Het bloedverlies kan leiden tot shockverschijnselen.³⁹

In de literatuur worden voor het optreden van placenta previa een aantal predisponerende factoren genoemd:

- sectio caesarea in anamnese;^{38,40}
- abortus in anamnese;⁴¹
- roken;^{37,42}
- cocaïnegebruik;⁴²
- eerdere placenta previa.

Bij de eerste vier factoren gaat het om een verhoging van het relatieve risico met een factor 1,5 à 2. Overigens zijn deze cijfers merendeels afkomstig uit retrospectieve case-controlstudies, waarbij niet is gecontroleerd voor pariteit en leeftijd – twee factoren waarvan eveneens bekend is dat ze gerelateerd zijn aan het optreden van placenta previa. Voor vrouwen met een eerdere placenta previa wordt een verhoging van het relatieve risico met een factor 8 gemeld.³⁷

Het lichamenlijk onderzoek bij een patiënte met verdenking op placenta previa is beperkt: intravaginaal onderzoek mag niet worden verricht, omdat de bloeding hierdoor kan verergeren. Bij uitwendig onderzoek kunnen liggingsafwijkingen (dwarsligging) vaker worden vastgesteld.³⁹ Het huisartsgeneeskundig beleid bestaat uit een snelle verwijzing, waarbij de wijze van vervoer zal afhangen van de conditie van de patiënte en de lokale omstandigheden. Placenta previa kan worden aangetoond door een echoscopisch onderzoek.

Solutio placentae

Voor solutio placentae, voortijdige loslating van het placentabed, variëren de incidentiecijfers van 0,5 tot 1,5.³⁹ De symptomen kunnen wisselend zijn, afhankelijk van de plaats en de ernst van de loslating, en kunnen bestaan uit:

- acute, aanhoudende buikpijn;
- geen leven meer voelen;
- aanhoudend harde, pijnlijke buik;
- vaginaal bloedverlies (niet obligaat).³⁹

Als predisponerende factoren worden genoemd:

- roken;^{43,44}
- multipariteit;^{39,45}
- hypertensie;⁴⁴
- intraveneus druggebruik;⁴⁴
- recent buiktrauma.^{46,47}

Over de verhoging van het relatieve risico worden geen duidelijke uitspraken gedaan.

Bij lichamenlijk onderzoek kan een aanhoudend plankharde uterus opvallen. Cortonen kunnen aanwezig zijn, doch het kind kan ook reeds in utero zijn overleden. Shockverschijnselen kunnen optreden; soms kan vaginaal bloedverlies worden waargenomen.

Een totale placentaloslating leidt tot een dramatisch klinisch beeld, waarbij alle bovengenoemde symptomen aanwezig kunnen zijn. Na een totale solutio kan massale intravasale stolling optreden, met levensbedreigende gevolgen. Bij een gedeeltelijke placentaloslating is het beeld veel onduidelijker en moeilijker te herkennen.⁴⁸ Soms vindt men na een ongecompliceerd verlopen bevalling bij inspectie van de placenta een placentair hematoom, wijzend op een partiële solutio.

Het huisartsgeneeskundig beleid bij verdenking op solutio bestaat uit een snelle verwijzing, gezien de bedreiging die dit ziektebeeld kan vormen voor moeder en kind.

Beschouwing

Spoedeisende hulpvragen rond de zwangerschap komen in elke huisartspraktijk voor. In de gemiddelde huisartspraktijk kan men rekenen op zes spoedeisende hulpvragen per jaar, inbegrepen de hulpvragen ten gevolge van spontane abortus. Wordt deze categorie niet meegerekend, dan komen we uit op drie à vier spoedeisende hulpvragen per jaar. De hieraan ten grondslag liggende ziektebeelden zijn voornamelijk extra-uteriene graviditeit,

dreigende vroeggeboorte, (pre-)eclampsie/HELLP-syndroom, placenta previa en solutio placentae. Als de huisarts niet verloskundig actief is, zal een deel van deze hulpvragen terechtkomen bij de verloskundige.

Voor de therapie van deze aandoeningen is voor de huisarts geen rol van betekenis weggelegd. Wel is het van groot belang de aanwezigheid van deze ziektebeelden tijdig te herkennen. Soms is dit eenvoudig, zoals bij ernstig vaginaal bloedverlies in de tweede zwangerschaps helft. Het kan ook moeilijker zijn, zoals bij extra-uteriene zwangerschap, dreigende vroeggeboorte en vooral het HELLP-syndroom.

Door in voorkomende gevallen rekening te houden met de mogelijkheid van een van deze aandoeningen en zo nodig tijdig te verwijzen, kan de huisarts gezondheidsschade voor moeder en/of ongeboren kind voorkomen of beperken. In het bijzonder geldt dit voor de niet-verloskundig actieve huisarts, die slechts bij uitzondering met spoedeisende zwangerschapsproblematiek zal worden geconfronteerd.

Literatuur

- 1 Sjauw M. Geborenen naar aard van de verloskundige hulp en plaats van geboorte, 1993. Maandber Gezondheidsstat 1995; 5: 30-41.
- 2 Springer MP. Over de triomftocht van de huisartsgeneeskunde [oratie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1994.
- 3 Lems AA, et al. Verloskunde. Grote lijnen 1989-1993. Utrecht: SIG, 1995.
- 4 Basistakenpakket van de huisarts. Rapport van de commissie Takenpakket der Landelijke Huisartsen Vereniging. Utrecht: LHV, 1983.
- 5 Oldenzel JA, Flikweert S, Giesen PHJ, et al. NHG-standaard Zwangerschap en Kraambed. Huisarts Wet 1993; 36: 182-91.
- 6 Keeman JN, Schadé E. Spoedeisende geneeskunde. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum, 1990.
- 7 Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death. Ninth revision. Geneva: WHO, 1977.
- 8 Schuitemaker NWE, Bennebroek Gravenhorst J, Dekker GA, Van Dongen PWJ. Moedersterfte in Nederland 1988-1992.

- Ned Tijdschr Obst Gynaecol 1993; 106: 270-1.
- 9 Keirse MJNC. Perinatale sterfte en de rol van de eerste lijn. Terugbrengen tot de juiste proporties. In: Springer MP, redactie. Verloskunde voor de huisarts. Leiden: Boerhaave commissie, 1993. p. 115-24.
 - 10 Treffers PE. Bloedverlies in de jonge zwangerschap. *Bijblijven* 10 1994; 5: 31-6.
 - 11 Flikweerd S, Lichtenberg WJJ, Sips AJBI. NHG-Standaard Dreigende Miskraam. *Huisarts Wet* 1989; 32: 138-43.
 - 12 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht, Bunge 1990; 255.
 - 13 Oskam SK, Brouwer HJ, Mohrs J. TRANS. An interactional access program for the standard reason for encounter and episode and process output of the Transition project. Amsterdam: Department of General Practice, 1994.
 - 14 Licht K, Buimer M, Robertson EA, et al. Afwachtend beleid bij buitenbaarmoederlijke zwangerschap mogelijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992; 136: 1807-10.
 - 15 Ankum WM. Ectopic pregnancy: a diagnostic challenge [dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1994.
 - 16 Ankum WM. De extra-uteriene graviditeit; adder onder het gras. *Bijblijven* 10 1994; 5: 24-30.
 - 17 Eskes M. Het Wormerveer onderzoek. Meerjarenonderzoek naar de kwaliteit van de verloskundige zorg rond een vroedvrouwenpraktijk [dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1989.
 - 18 Springer MP. Kwaliteit van het verloskundig handelen van huisartsen [dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1991.
 - 19 Davey DA, MacGillivray I. The classification and definition of the hypertensive disorders of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158: 892-8.
 - 20 Reubinoff BE, Schenker JG. HELLP-syndroom. A syndrome of hemolysis elevated liver enzymes and low platelet count-complicating preeclampsia-eclampsia. *Int J gynecol obstet* 1991; 36: 95-102.
 - 21 Martin JN, Stedman CM. Imitators of preeclampsia and HELLP-syndroom. *Obstet Gynecol Clin N Am* 1991; 18: 181-98.
 - 22 Wallenburg HCS. Zwangerschapshypertensie – pre-eclampsie – eclampsie – nieuwe ontwikkelingen. In: Springer MP, redactie. *Verloskunde voor de huisarts*. Leiden: Boerhaave commissie, 1993. p. 9-21.
 - 23 Llewellyn-Jones D. Fundamentals of obstetrics and gynaecology Norfolk: Fakenham Press, 1982. p. 270.
 - 24 De Groot CJM, Trimbos-Kemper GCM, Jansen FW. De atypische laatste menstruatie: extra-uteriene graviditeit in de differentiaaldiagnose. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996; 26: 1341-3.
 - 25 Ankum WM, Van der Veen F, Hamerlynck JVThH, Lammes FB. Laparoscopy. A dispensable tool in the diagnosis of ectopic pregnancy? *Hum Reprod* 1993; 8: 1301.
 - 26 Emancipator K, Dadoff EM, Burke MD. Analytical versus clinical sensitivity and specificity and pregnancy testing. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158: 613.
 - 27 Ankum WM, Van der Veen F, Hamerlynck JVThH, Lammes FB. Transvaginal sonography and human chorionic gonadotrophin measurements in suspected ectopic pregnancy; a detailed analysis of a diagnostic approach. *Hum Reprod* 1993; 8: 1307.
 - 28 Van der Veen F, Hamerlynck JVThH, Hogerzeil H, Lammes FB. Nieuwe ontwikkelingen in diagnostiek en behandeling wegens de extra-uteriene graviditeit. *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133: 2020.
 - 29 Treffers PE. Diagnose en behandeling van dreigende vroeggeboorte. *Bijblijven* 8 1992; 10: 24-9.
 - 30 Verloove-Vanhorick SP, Verwey RA. Project on preterm and small for gestational age infants in The Netherlands 1983 [dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1987.
 - 31 Veen S, Ens-Dokkum MH, Schreuder AM, et al. Impairments, disabilities and handicaps of very preterm and very-low birthweight infants at five years of age. *Lancet* 1991; i: 33-6.
 - 32 Treffers PE. Praktische verloskunde. 8e druk. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992. p. 112-20.
 - 33 Aarnoudse JG. Pijn in de bovenbuik in de tweede helft van de zwangerschap: 'HELLP'. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995; 17: 865.
 - 34 Weinstein L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count; a severe consequence of hypertension in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 142: 159-69.
 - 35 Rath W, Loos W, Graeff H, Kuhn W. Das HELLP-syndrom [review]. *Gynäkologie* 1992; 25: 430-40.
 - 36 Magann EF, Chauhan SP, Naef RW, et al. Standard parameters of preeclampsia: can the clinician depend upon them to reliably identify the patient with the HELLP-syndroom? *Aust NZ J Obstet Gynecol* 1993; 33: 122-6.
 - 37 Monica G, Lilja C. Placenta praevia, smoking and recurrence risk. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74: 341-5.
 - 38 Makhseed M, el Toml N, Moussa M. A retrospective analysis of pathological placental implantation-site and penetration. *Int J Gynecol Obstet* 1994; 472: 127-34.
 - 39 Van Loon AJ. Handleiding klinische obstetrie. Groningen: Academisch Ziekenhuis Groningen, 1992.
 - 40 Taylor VM, Kramer MD, Vaughan TL, Peacock S. Placenta praevia and prior caesarean delivery: how strong is the association? *Am J Obstet Gynecol* 1994; 84: 55-7.
 - 41 Hershkowitz R, Fraser D, Mazor M, Leiberman JR. One or multiple previous caesarean sections are associated with similar increased frequency of placenta praevia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995; 62: 185-8.
 - 42 Handler AS, Mason ED, Rosenberg DL, Davis FG. The relationship between exposure during pregnancy to cigarette smoking and cocaine use and placenta praevia. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 884-9.
 - 43 Walles B, Tyden T, Herbst A, et al. Maternal health care program and markers for late fetal death. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 773-8.
 - 44 Spinillo A, Capuzzo E, et al. Factors associated with abruptio placentae in preterm deliveries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 307-12.
 - 45 Llewellyn Jones D. Fundamentals of obstetrics and gynaecology. Norfolk: Fakenham Press, 1982. p. 207.
 - 46 Mahon TR, Chazotte C, Cohen WR. Short labor: characteristics and outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 84: 47-51.
 - 47 Van der Linden PJQ, Wiegerinck MAHM. Het stompe buiktrauma in de zwangerschap; autogordels vast en zeker? *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133: 1153-5.
 - 48 Heineman MJ, Exalto N. Vragen van huisartsen over zwangerschap, bevalling en kraambed. Utrecht: Bunge, 1996. p. 149.