



Mamma Hellas

Jasna Neirinckx

Zwangerschapsbegeleiding

- Voorstelling
- Aanbeveling domus medica L. Seuntjens, J. Neirinckx, A. Van Mackelenbergh, Prof. Dr. Paul Van Royen, et al
- Toelichten doelstelling
- Interactieve casussen , bespreking
- Conclusies voor de praktijk

Huisarts

- 13 zwangeren per jaar per huisarts (Vlaanderen)
- 7,27 per 1000 pte contacten voor vaststelling zwangerschap
- 1,44 per 1000 pte contacten voor miskraam
- Drop in consultatie tijdens de zwangerschap

Behoefte van de huisarts:

- Beperkt ervaring en aanbod verloskundige praktijk
- Vraag naar kennis van de huidige evidentie
- Vermijdingsgedrag
- Komt steeds voor op de leeragenda van de HAIO's

Zwangerschapsbegeleiding in de eerste lijn

- Beperkt aantal controles volstaan (evidentieniveau 1)
- doelgerichte controlebezoeken met een welomschreven inhoud
- Schematische voorstelling: enkel toepasbaar op een normaal verlopende zwangerschap
- Voor goede continuïteit is optimale samenwerking en doorstroming info nodig

Steekkaart

Implementatie van de aanbeveling



Casus 1: eerste consult

Ann, 27 jaar, komt op de raadpleging. Ze is sinds 6 m. met haar pil gestopt. Haar vraag: “Dokter, ik heb al 2 maanden geen regels meer gehad, zou ik zwanger kunnen zijn? Wat moet ik dan juist doen?”

De huisarts doet een zwangerschapstest op urine, die de zwangerschap bevestigt.

Wat je al weet over Ann:

Voorgeschiedenis negatief. Fam: diabetes bij moeder van Ann.

Psychosociaal: werkt als arbeidster in de fruitveiling, vroegmarkt. Gezin uit laag sociale klasse. Gehuwd met Jan, buschauffeur. Wonen in een sociale woning.

Hoe pak je dit eerste consult aan? Welke aspecten komen aan bod in de intake/anamnese?

Eerste trimester: risicobepaling

- Huisartsen staan in de beste positie om eventuele zwangerschapsrisico's op te sporen
- Uitgebreid bevragen van risico's bij de start van de zwangerschap, optimaal tussen 6 à 8 weken
- Het differentiëren van risicozwangerschappen versus normaal verlopende zwangerschappen

Tijdig opsporen van risico's bij aanvang zwangerschap bij voorkeur op 6-8 wk.

Algemene factoren:

1. Leeftijd: <16 en > 40
2. Pariteit: primipare, multiparae
3. Gewicht en BMI: <18 en > 35
4. Erfelijke afwijkingen in de familie
5. Levensstijl: werk, socio-economisch (WIGW), familiale omstandigheden en stress situaties, roken, alcohol en druggebruik, geneesmiddelen , voeding (voldoende zuivelproducten, folder voedingsgebonden infecties)

Specifiek medische factoren:

1. Voorafbestaande medische problemen:
hart,long,nier,neuro,psychiatrisch,trombose en stolling,endocriene en metabole stoornissen,auto-immune , oncologische aandoeningen
2. Gekende gynaecologische problemen:
baarmoeder/cervixpathologie,bekkenbodemb chirurgie.

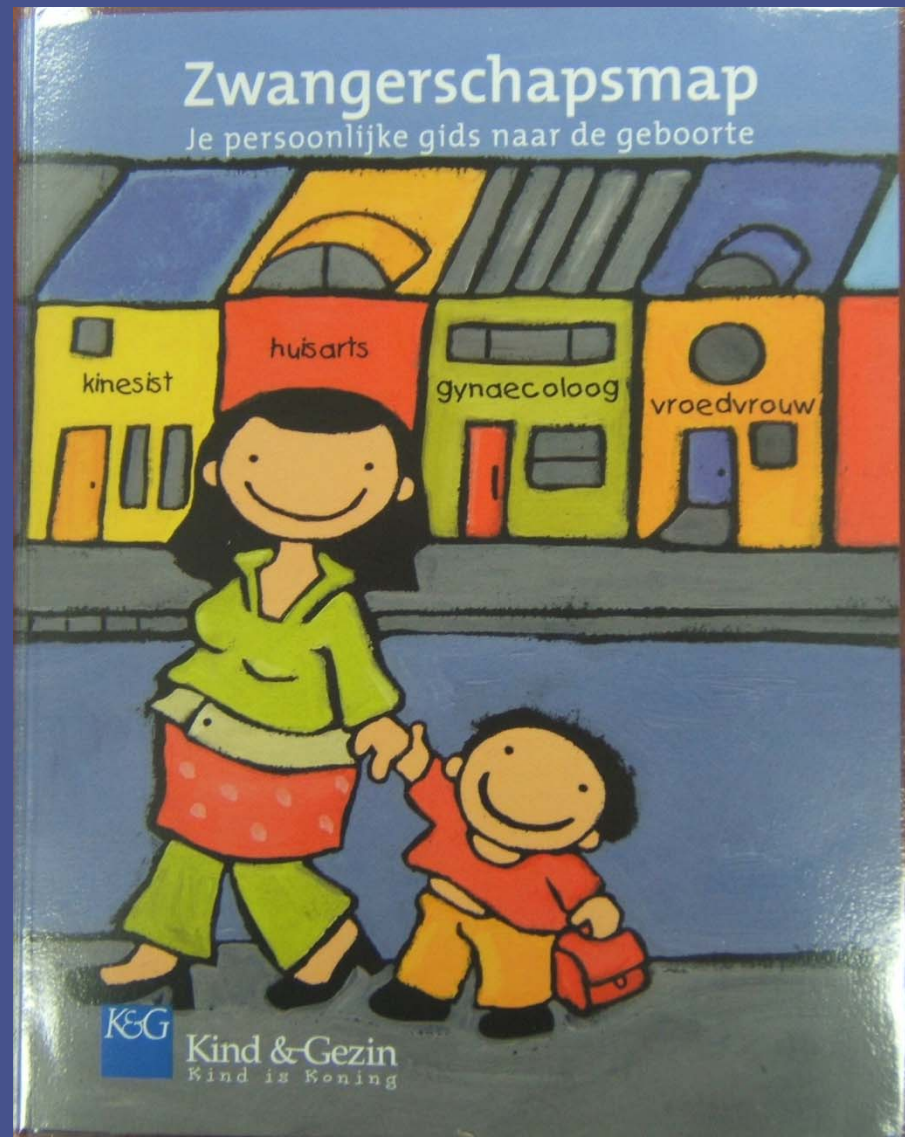
Gekende obstetrische factoren:

1. slechte obstetrische voorgeschiedenis

rhesusimmunisatie en bloedgroepantagonisme/cervix
insufficiëntie/cerclage/vroeggeboorte/herhaalde
miskramen/prenatale bloedingen/
pre-eclampsie/groeiafwijkingen

2. problemen met kind en postpartum

ernstige perinatale morbiditeit en sterfte/moeilijke bevalling



Casus vervolg: prenatale diagnostiek

Vervolg Ann, eerste zwangerschap.

Hoe introduceer je de testen voor prenatale diagnostiek?

- Anamnese naar het voorkomen van erfelijke afwijkingen in de familie (ouders, broers, zussen, ooms en tantes, neven en nichten)
- Bij twijfel doorverwijzing naar genetisch centrum
- Infolijn prenatale diagnose :
www.prenatalediagnose.be

Twee situaties

- Vooraf bekend risico: navragen, bespreken
 - Spina bifida (nbd), muco, spierz, mentale achterstand, mongolisme, Huntington, hartafwijkingen
 - Verwijzing voor verdere diagnostische procedure
- Enkel maar een “achtergrondrisico”
 - “de gewone gezonde zwangere”
 - Screenen aanbieden

Screening

- Screening naar trisomie(13,18 en 21) via bloedafname en nekplooiemeting
- Screening naar malformaties via de tweede trimester echografie

Screening naar chromosoomafwijkingen

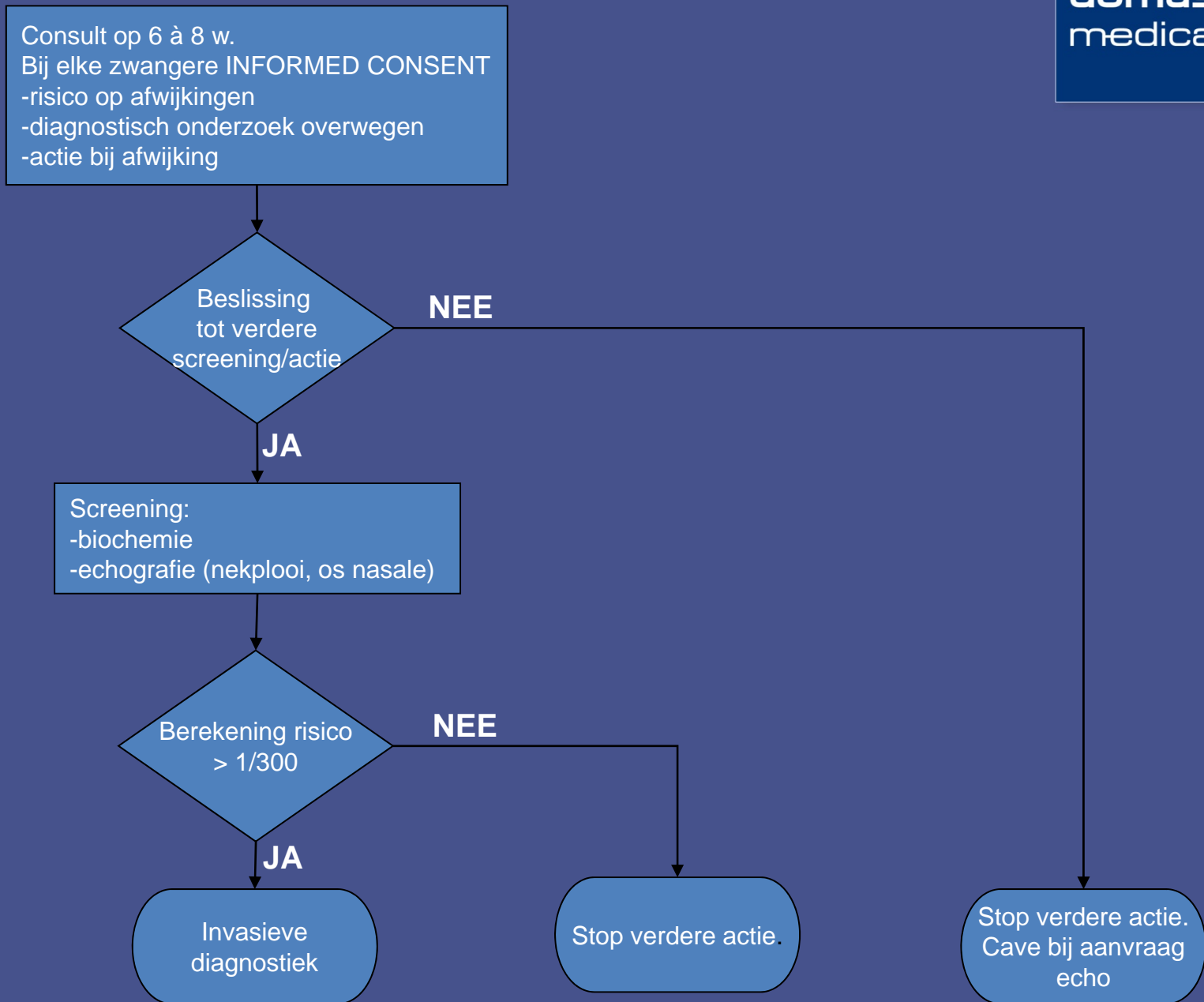
- Trisomie 21, 18 en 13
- Bloedafname met bepaling van PaPP-A, vrij Bèta HCG tussen 9-13 weken en 6 dd zwangerschapsduur
- Combinatie met echo nekplooi meting tussen 11-13 weken en 6 dd zwangerschapsduur

Afspraken

- Risico $> 1/300$ = verhoogd risico, verder onderzoek wordt geadviseerd
- Komt overeen met beste detectiepercentage (DR) met laagste foutpositieven (FPR), 90% van de trisomie 21 opsporen
- Invasieve technieken (vw punctie en vlokkentest) bijkomende kans op een miskraam van 1%

Informed consent

- Alle zwangeren prenatale screening naar foetale afwijkingen voorstellen via een informed consent
- Uitleg risicoberekening, geen diagnose
- Flowchart overlopen
- Beslissing noteren in dossier/melden in verwijsbrief gynaecoloog



Tabel kans op trisomie 21 op basis van leeftijd

leeftijd	risico
35	1/285
36	1/174
37	1/146
38	1/122
39	1/91
40	1/80

Casus vervolg: hypertensie

Vervolg Ann, zij is nu 24 weken zwanger. Op de raadpleging stel je een verhoogde bloeddruk vast: 150/100 mmHg.

Zij is niet gekend met hypertensie.

Hoe ga je deze bevinding nu verder aanpakken?

Definities hypertensie

- **Voorafbestaande hypertensie** : gekend voor de zwangerschap of vastgesteld voor 20 weken zw
Evidentie meer risico op pre-eclampsie met slechtere prognose voor moeder en kind
- **Zwangerschapshypertensie**: nieuw ontstaan vanaf 20 weken zw zonder proteïnurie en 12 weken postpartum normaliseert(voorlopige diagnose)
- **Pre-eclampsie**: nieuw ontstane hypertensie vanaf 20 weken zw met proteïnurie die postpartum normaliseert

Pre-eclampsie

- Multisysteemaandoening, aantasting van verschillende organen mogelijk (lever, nier, hersenen, ...) Oorzaak: endotheelbeschadiging secundair aan placenta ischemie (?)
- Onvoorspelbaar en grillig beloop en kan op korte tijd snel verslechteren
- Hellp syndroom (haemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets syndrome)
- Eclampsie : epileptische insulten, zeldzaam (1/2000 zw in UK)

Hypertensie

- Anamnese:

- *Verhoogd risico op pre-eclampsie :

eerste zwangerschap, multipele zw, leeftijd > 40 jaar, tijdsperiode van > 10jaar tussen twee zwangerschappen, BMI>30,persoonlijke of familiale VG van pre-eclampsie, voorafbestaande hypertensie, voorafbestaande nierziekte.

- *Klachten pre-eclampsie :

hoofdpijn, visusproblemen (wazig zicht, lichtflitsen),
epigastrische pijn en/of braken

enkeloedeem komt vaak voor tijdens de zw en is geen diagnostisch criterium meer. Eventueel aandacht voor plots oedeem van gelaat handen en voeten.

Klinisch onderzoek

- Bloeddruk systolische ≥ 140 mmHg en/of diastolische BD ≥ 90 mmHg
- Spoor proteïnurie op met dipstick.
- Significante proteïnurie indien op stick 1+ of meer

investigatie

- Niet aangeraden in de huisartsenpraktijk
- Bloedafname (HELLP) , 24 uren urine collectie wordt overgelaten aan de tweede lijn
- Belang van snelle verwijzing naar ziekenhuis voor verder nazicht en observatie

Wanneer verwijzen ?

- Indien bloeddruk $\geq 140/90$ en proteïnurie(dipstick 1+) en /of klachten: pre-eclampsie? verwijzing diezelfde naar ziekenhuis voor observatie en investigatie
- Indien geen proteïnurie of klachten maar een bloeddruk $>160/100$ urgente verwijzing
- Indien bloeddruk ≥ 140 en /of 90 zonder proteïnurie of klachten, ev meting herhalen met minstens 4 uur tussen of verwijzing. Meting herhalen meestal binnen de 24 à 48 uur, uitleg klachten pre-eclampsie. Bij bloeddruk $\geq 140/90$ overleg en verwijzing gynaecoloog

Casus 2

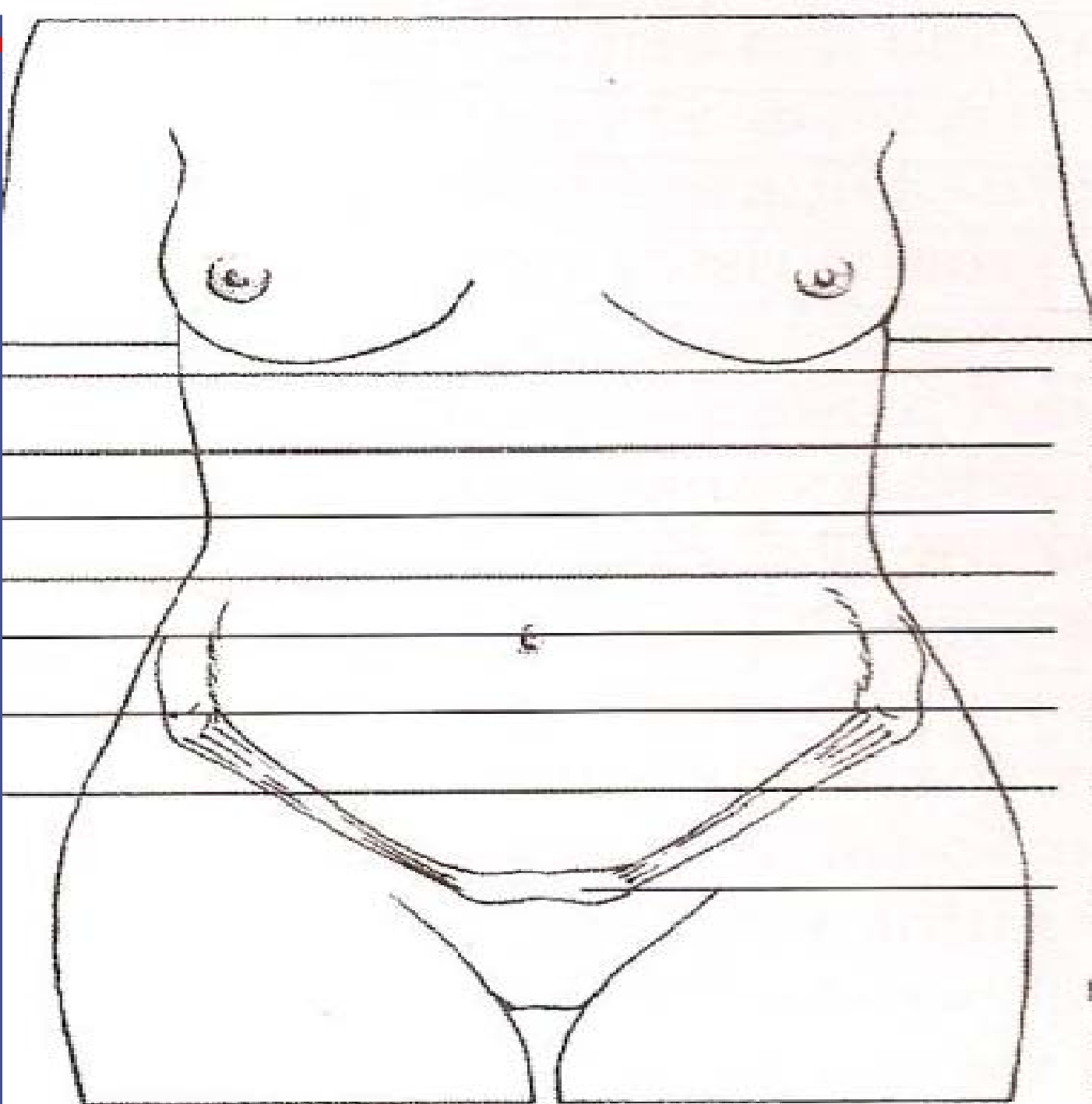
- Sabine is 26 weken zwanger en komt om de 4 weken op consultatie .
- Haar zwangerschap verliep zonder problemen. Tijdens de RPL vertelt zij: “Dokter mijn buik wordt nu wel heel dik en ik ben nog maar 26 weken zwanger is dat wel normaal”

Fundushoogtebepaling

- Enkel zinvol vanaf 24 weken tot 36 weken zw
- Opvolging van de groei van het kind
- Meest voorkomende afwijkingen: “small for gestational date”, hydramnios, meerlingzw en vergissingen in zwangerschapsduur
- Verwijzing echo indien twijfel over foetale groei

Hoe bepaal je de fundushoogte?

- Meten vanaf de bovenrand van de symphysis pubis tot de bovenpool van de fundus
- Het aantal cm = het aantal weken zw met een variatie van +/- 3 cm (regel van Mc Donald, NICE).
→ vb zwangerschapsduur van 26 weken mag je minimaal 23 cm en maximaal 29 cm hebben
- Referentiepuntmethode tov bovenrand symphysis – navel-xyphoïd door abd palpatie. Elk referentiepunt komt overeen met een vastgesteld aantal weken



x ~ à terme

$\frac{3}{4}nx$ ~ 36 wk

$\frac{1}{2}nx$ ~ 32 wk

$\frac{1}{4}nx$ ~ 28 wk

n^+ ~ 24 wk

$\frac{2}{3}ns$ ~ 20 wk

$\frac{1}{3}ns$ ~ 16 wk

S ~ 12 wk

n = navel

x = xyphoid

s = symfyse

Casus 3

- Gaby , 36 jaar , 36 weken amenorree. Oedeem onderste ledematen+++ . Normale bloeddruk, normale urine. Wat doen?

Enkeloedeem

- **Info: vaak voorkomend tijdens de zwangerschap/ oorzaak** (toegenomen bloedvolume, hormonaal met relaxatie spierweefsel bloedvatwand, vergrote uterus met meer druk op de pelvische venen en VCI)
- **Geruststelling: na de bevalling vaak verbetering**
- **Advies: niet lang stil staan, hoogstand benen bij rust**
- **Steunkousen indien te veel klachten** (geen evidentie dat het dragen van steunkousen het optreden van nieuwe varices kan voorkomen, wel verbetering van klachten)

Casus 4

Fran, 30 jaar, 16 weken amenorree, klachtenvrij.

Urinekultuur toont kiemen ≥ 100.000 per veld, geen klachten

Is een behandeling noodzakelijk, en zo ja, hoe ga je dit aanpakken?

Asymptomatische bacteriurie

- ASB= een persisterende bacteriële kolonisatie van urethra en blaas zonder klachten
- Behandeling van ASB vermindert het risico op pyelonefritis
- Midstroom urinekultuur eerste trimester
- Amoxicilline 500mg of nitrofurantoïne 100mg(niet einde zwangerschap) 3x per dag gedurende 7 dd

Zwangerschapsbegeleiding is samenwerken en afspraken maken

Patiënte en huisarts

Hoe vaak op medische controle?

U komt gewoonlijk één keer per maand
of één keer

om de 6 weken op consultatie.

Vanaf 28 weken komt u meestal om de 2
à 3 weken.

Na 36 weken zwangerschap is het
noodzakelijk om

wekelijks of om de twee weken op
controle te komen.

De opvolging van uw zwangerschap kan
gezamenlijk met uw huisarts of
vroedvrouw gebeuren.

