



Hoge bloeddruk in de zwangerschap

Zwangerschapshypertensie

Tijdens de eerste zwangerschap krijgt 10-15% een verhoogde bloeddruk, hypertensie genoemd. Bij een volgende zwangerschap komt dit minder vaak voor.

Hypertensie is een reden om je naar de gynaecoloog te verwijzen. In deze folder bespreken we welke controles plaatsvinden bij hypertensie, welke extra zorg mogelijk nodig en welke zeldzame complicaties kunnen optreden. De verloskundige, de huisarts of de gynaecoloog informeert en adviseert je verder.

Het meten van de bloeddruk

Bij je zwangerschapscontroles wordt de bloeddruk gemeten. Je krijgt een band om de bovenarm. De meting wordt uitgevoerd met een handmatige of automatische bloeddrukmeter.

Bij enkele vrouwen stijgt de bloeddruk alleen tijdens het spreekuur en is verder normaal, dit noemen we 'witte jassen hypertensie'. Het is normaal dat de waarden van de bloeddruk enigszins wisselen.



Wanneer spreekt men van hypertensie?

Bij de meting wordt er gekeken naar de boven- en onderdruk (de systolische en diastolische bloeddruk). We spreken van hypertensie indien een bloeddruk bij herhaling hoger is dan 140/90. Er wordt ook vergeleken met de eerdere metingen in de zwangerschap om te spreken van bloeddrukstijging.

Bij een verhoogde bloeddruk neemt de kans op complicaties toe. In deze situaties wordt extra controle geadviseerd in het ziekenhuis.

Wat zijn de gevaren van hypertensie?

Bij een hoge bloeddruk kunnen complicaties bij moeder en kind optreden. Je nieren en lever kunnen tijdelijk slechter gaan werken en er kunnen afwijkingen in de bloedstolling ontstaan. De bloedtoevoer naar de placenta (moederkoek) kan afnemen. Dit kan tot gevolg hebben dat het kind in groei achterblijft of dat de conditie van de baby achteruitgaat. De kans op deze complicaties is over het algemeen niet verhoogd bij een lichte verhoging van de bloeddruk (zoals een onderdruk tot 90), maar neemt toe naarmate de bloeddruk hoger wordt.

Ook is belangrijk wanneer tijdens de zwangerschap de hypertensie optreedt. Tegen het einde van de zwangerschap is de kans op complicaties van een hoge bloeddruk meestal veel kleiner dan vroeger in de zwangerschap.

Soorten en ernst van hypertensie

Een hoge bloeddruk die ontstaat in de zwangerschap, wordt 'zwangerschapshypertensie' genoemd. De bloeddruk voor de zwangerschap en in de eerste helft van de zwangerschap is dan normaal geweest. De oorzaak van zwangerschapshypertensie is onbekend. Waarschijnlijk spelen de aanleg en de ontwikkeling van de placenta in de eerste helft van de zwangerschap een rol. Ook individuele risicofactoren, als bijvoorbeeld het hebben van overgewicht, en erfelijke factoren spelen mee.

Een ernstigere vorm van zwangerschapshypertensie wordt pre-eclampsie genoemd. Hierbij is er eiwitverlies in de urine of zijn er andere tekenen van tijdelijke orgaanbeschadiging. Hiervoor werd de term zwangerschapsvergiftiging gebruikt. Verderop in deze folder wordt hier verder op ingegaan.

Hypertensie die al vóór de zwangerschap bestaat, wordt chronische of pre-existente hypertensie genoemd. De controles van de zwangerschap vinden plaats in het ziekenhuis. De adviezen bij een chronische hypertensie worden in deze folder niet besproken. Wel hebben de extra onderzoeken hetzelfde doel als die bij zwangerschapshypertensie.

Wie heeft risico op zwangerschapshypertensie?

Zwangerschapshypertensie treedt vaker op tijdens de eerste zwangerschap. Bij milde vormen verloopt een volgende zwangerschap meestal normaal. Bij een ernstige vorm bestaat in een volgende zwangerschap wel een grotere kans op het opnieuw optreden van hypertensie, al is het verloop vaak minder ernstig. Bij de meeste vrouwen is niet duidelijk waardoor zwangerschapshypertensie optreedt. In een aantal situaties is de kans verhoogd. Voorbeelden zijn de aanwezigheid van suikerziekte (diabetes mellitus), vaat- en nierziekten, sommige autoimmuunziekten of overgewicht. Ook bij een meerlingzwangerschap is de kans toegenomen. Vermoedelijk spelen ook erfelijke factoren een rol. Vrouwen die een moeder of zus hebben die een zwangerschapshypertensie doormaakten, lopen zelf ongeveer vijfmaal zoveel kans ook een hoge bloeddruk tijdens de zwangerschap te krijgen.

Kan zwangerschapshypertensie voorkomen worden?

Voor gezonde vrouwen die voorafgaande aan hun zwangerschap geen ziekten hadden, zijn geen zinvolle maatregelen bekend om zwangerschapshypertensie te voorkomen. Vroeger werd een zoutloos of zoutarm dieet geadviseerd. Inmiddels is gebleken dat hiermee zwangerschaps-hypertensie niet voorkomen kan worden. Of je door rust zwangerschapshypertensie kunt voorkomen, is nooit goed onderzocht. Maar als de bloeddruk verhoogd is, adviseert de verloskundige of gynaecoloog soms meer rust zoals het verminderen of stoppen van werk buitenshuis of het regelen van extra hulp thuis. Met name indien er sprake is van overgewicht of suikerziekte wordt een gezonde leefstijl met voldoende beweging en gezonde voeding (liefst al vóór de zwangerschap) geadviseerd, ter preventie van zwangerschapscomplicaties als een hoge bloeddruk.

Onderzoek

Als je bloeddruk in de tweede helft van de zwangerschap verhoogd is, wordt deze vaak na korte tijd opnieuw gecontroleerd. Soms blijkt deze toch normaal te zijn. Maar als de bloeddruk bij herhaling verhoogd is, en/of als er eiwit in de urine aanwezig is, kan er sprake zijn van zwangerschapshypertensie of pre-eclampsie.



Wat afscheiding of een blaasontsteking geeft soms ook wat eiwitverlies in de urine. Dit is dus niet altijd een teken van zwangerschapshypertensie.



Bij een bloeddruk die bij herhaling 90 of hoger is, bij eiwit in de urine en/of bij klachten verwijst de verloskundige je door naar de gynaecoloog. Eventuele complicaties van de hypertensie bij jezelf en de baby kunnen zo soms op tijd herkend worden. Meestal vindt bloedonderzoek plaats naar het aantal bloedplaatjes en het functioneren van lever en nieren. Ook worden de bloeddrukken meermaals in

rust gemeten terwijl met een hartfilmpje (CTG) de conditie van de baby wordt gecontroleerd.

Bij ernstige hypertensie zal de kniepeesreflex getest worden. Zo wordt gezien of het zenuwstelsel extra prikkelbaar is.

De verloskundige in het ziekenhuis of de gynaecoloog beoordeelt de groei en de hoeveelheid vruchtwater.

Poliklinische controle

Hoe je zwangerschap verder begeleid wordt, hangt af van de uitslagen van het onderzoek. Als de bevindingen meevallen kan de gynaecoloog je terugverwijzen naar de verloskundige. In andere gevallen neemt de gynaecoloog de begeleiding over.

Poliklinische controles zijn voldoende als je geen klachten hebt, de bloeddruk slechts matig verhoogd is en/of er geen eiwit in de urine wordt

gevonden, de bloeduitslagen normaal zijn, en de baby normaal van grootte lijkt en in goede conditie is. De kans op complicaties voor moeder en kind is dan klein. Opname in het ziekenhuis is niet nodig.

Het kan nodig zijn om bloeddrukverlagende medicijnen te slikken.

Je moet vaker op controle komen. Als je tussen de controles door meer of nieuwe klachten krijgt of de baby minder voelt bewegen, is het verstandig contact op te nemen met het ziekenhuis.

Opname in het ziekenhuis

Opname wordt geadviseerd bij significante klachten, zwangerschapshypertensie met sterk verhoogde bloeddrukken, eiwitverlies in de urine, afwijkende bloeduitslagen, belangrijke groeiachterstand van de baby, of andere complicaties.

Het doel van de ziekenhuisopname is bewaking van de gezondheid van de moeder en die van de baby. Je wordt intensiever gecontroleerd en je zult meer rust kunnen nemen.

Ook de conditie van de baby wordt in de gaten gehouden. Leven voelen is een belangrijk teken. De verpleegkundige maakt dagelijks een CTG en echoscopisch onderzoek wordt periodiek herhaald. Soms blijkt na enkele dagen dat de ernst van de hypertensie meevalt, zodat je weer naar huis kunt. In ernstiger gevallen blijft je langer opgenomen, vaak tot na de bevalling.

Tijdens de opname kan het zijn dat de zwangere zich niet heel ziek voelt en er een periode van wachten, onzekerheid en ongerustheid ontstaat.

Verloskundige, gynaecoloog en verpleegkundige zullen uitleg geven over de situatie en de verwachtingen. Toch kunnen ook zij niet altijd precies voorspellen wat er zal gebeuren: dat is afhankelijk van de ontwikkeling van de hypertensie, je klachten en de conditie van je baby, maar ook van je zwangerschapsduur.



De bevalling bij zwangerschapshypertensie

Indien er slechts milde verhoging van de bloeddruk is, zonder klachten of afwijkingen in het bloed- of urineonderzoek en een normale conditie van de baby, kan er afgewacht worden tot de bevalling spontaan begint. Indien de bloeddruk hoger wordt, er (meer) medicatie nodig is, als er afwijkingen zijn in het bloed- en/of urineonderzoek of als de conditie van de baby achteruit lijkt te gaan zal geadviseerd worden de bevalling in te leiden, zeker indien de zwangerschapsduur meer dan 37 weken is. Meer informatie vindt u in de folder 'Het inleiden van de bevalling'.

Na de bevalling

Of je, in geval van milde hypertensie, na de bevalling direct naar huis mag, hangt af van de situatie voor, tijdens en na de bevalling. In geval van ernstigere hypertensie zal er na de bevalling nog een observatieperiode in het ziekenhuis van tenminste 24 uur zijn.

De eerste dagen na de bevalling is nog extra waakzaamheid geboden.

Na een soms initiële bloeddrukdaling kan de bloeddruk weer hoger worden. Daarna zal de bloeddruk weer geleidelijk dalen. De verloskundige zal deze thuis controleren en ook de huisarts zal indien nodig de bloeddruk mee opvolgen. Eventuele bloedafwijkingen verbeteren ook spontaan.

Je krijgt een afspraak voor nacontrole bij de verloskundige of gynaecoloog na zes weken. Voor begeleiding van een eventuele volgende zwangerschap na een milde hypertensie kun je gerust weer naar de verloskundige gaan, omdat de kans op zwangerschapshypertensie in een volgende zwangerschap klein is.

Ernstige vormen van zwangerschapshypertensie; complicaties

Wanneer er naast de hoge bloeddruk ook een abnormale hoeveelheid eiwit in de urine aanwezig is, spreekt men niet meer van zwangerschapshypertensie, maar van 'pre-eclampsie', voorheen ook 'zwangerschapsvergiftiging' genoemd.

De kans op complicaties neemt dan toe. Je zal in principe worden opgenomen.

De ernst en het verloop van pre-eclampsie kunnen sterk wisselen. Sommige vrouwen hebben lange tijd weinig of geen klachten, andere worden in korte tijd ernstig ziek.

Het 'HELLP-syndroom' is een ernstige vorm van pre-eclampsie. HELLP staat voor Hemolyse (afbraak van de rode bloedcellen), Elevated Liver enzymes (verhoogde leverenzymen) en Low Platelets (een laag aantal bloedplaatjes). Vrouwen met het HELLP-syndroom voelen zich meestal ziek. Vaak hebben zij pijn in de bovenbuik, soms met uitstraling naar de zijkant van de buik of de rug.

Ook misselijkheid en hoofdpijn komen veel voor. De klachten kunnen in aanvallen optreden: ze verdwijnen vaak na enige tijd (uren tot dagen) om later weer terug te komen. Het HELLP-syndroom is dan ook een ernstig ziektebeeld waarvoor ziekenhuisopname en vaak streven naar bevallen noodzakelijk is.

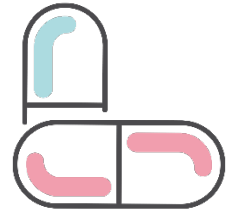
Bij ernstige zwangerschapshypertensie en pre-eclampsie treden in zeer zeldzame gevallen stuipen (insulten of convulsies) op. Er wordt dan gesproken van 'eclampsie'. De vrouw merkt er zelf niets van doordat zij even in coma raakt. De gynaecoloog geeft medicijnen om de stuipen te stoppen en nieuwe insulten te voorkomen. Zeer intensieve bewaking is noodzakelijk, soms op een intensive-careafdeling.

Eclampsie is een zeer ernstige situatie, die in enkele gevallen levensbedreigend kan zijn door bijkomende complicaties als een hersenbloeding, lever- of nierbeschadiging of problemen met de bloedstolling. Gelukkig herstellen de meeste vrouwen uiteindelijk helemaal. Wel is er meer risico voor de gezondheid van de baby. Complicaties zoals het loslaten van de placenta komen vaker voor.

Gelukkig komen deze complicaties van hypertensie niet vaak voor: bij minder dan 2% van de vrouwen die voor de eerste keer zwanger zijn. In een volgende zwangerschap zijn ernstige vormen van zwangerschapshypertensie nog zeldzamer.

Medicijnen

De gynaecoloog kan medicijnen geven om te proberen complicaties van ernstige zwangerschapshypertensie voor moeder of kind te voorkomen. Vaak begint men met bloeddrukverlagende tabletten; bij ernstiger vormen van zwangerschapshypertensie/preeclampsie worden medicijnen via een infuus toegediend.



Bloeddrukverlagende middelen

Als de bloeddruk bij herhaling te hoog is, kunnen bloeddrukverlagende medicijnen worden gegeven. Er zijn verschillende middelen: methyldopa (Aldomet®), labetalol (Trandate®) en nifedipine (Adalat®) zijn in tabletvorm beschikbaar.

Labetalol kan indien nodig ook per infuus worden toegediend, evenals nicardipine (Cardene®). De belangrijkste bijwerkingen van deze bloeddrukverlagende middelen zijn hoofdpijn, duizeligheid, hartkloppingen, misselijkheid en braken. Er wordt gestreefd naar verlaging en stabilisatie van de bloeddruk. Een enorme daling zal worden vermeden, omdat dit weer nadelig kan zijn voor de doorbloeding door de placenta.

Medicijnen die stuipen voorkomen en stoppen

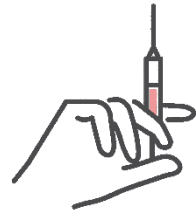
De gynaecoloog zal via een infuus Magnesiumsulfaat geven bij ernstige pre-eclampsie om stuipen te voorkomen. Ook indien er onverwacht stuipen optreden zal deze medicatie worden gestart ter voorkoming van nieuwe insulten.

Magnesiumsulfaat kan aan het begin van de behandeling tijdelijk een sterk warmtegevoel, misselijkheid, braken en een raar gevoel in de keel en tong veroorzaken. Dit kan vervelend zijn, maar kan geen kwaad.

Medicijnen die de longrijping van de baby versnellen

Als er een kans is dat de baby voor 34 weken geboren gaat worden, geeft men corticosteroiden (bijnierschorshormonen) om de longrijping van de baby te bevorderen.

Deze medicijnen worden via een injectie aan de moeder toegediend.



De bevalling bij ernstige vormen van zwangerschapshypertensie

De enige manier om de oorzaak van zwangerschapshypertensie te behandelen is het beëindigen van de zwangerschap. Alle andere behandelingen bestrijden alleen symptomen en proberen complicaties te voorkomen.

Bij ernstige pre-eclampsie, HELLP-syndroom en eclampsie wordt daarom overwogen de zwangerschap te beëindigen. Daarbij zijn de duur van de zwangerschap, de groei en de conditie van het kind en de conditie van de moeder van belang. Bij voorkeur wordt de bevalling ingeleid. Als inleiden niet mogelijk is, of als de conditie van de baby of de moeder dit niet toelaat, wordt een keizersnede verricht. Vaak is een ruggenprik mogelijk. Soms, bijvoorbeeld bij een afwijkende bloedstolling, is narcose veiliger.

Overplaatsing naar een ander ziekenhuis

Soms is zeer intensieve zorg voor de moeder noodzakelijk, zoals bij zeer ernstige vormen van zwangerschapshypertensie of complicaties, met name indien de zwangerschapsduur minder dan 32 weken is en opvang van de baby op een gespecialiseerde afdeling nodig is.



Na de bevalling

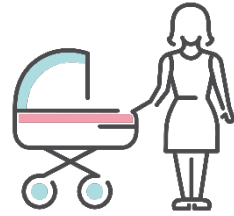
Ook bij ernstige vormen van zwangerschapshypertensie zoals pre-eclampsie en HELLP-syndroom treedt na de bevalling spontane genezing op. Na de bevalling zal je geobserveerd worden in het ziekenhuis. Naarmate de hypertensie ernstiger was, kan het herstel langer duren. Als je bloeddrukverlagende medicijnen hebt gekregen, moet je deze na de bevalling meestal nog enige tijd blijven gebruiken.



Behalve de ernst van de zwangerschapshypertensie is voor het herstel ook van belang hoe je bevallen bent. Een kraamvrouw knapt na een gewone bevalling meestal sneller op dan na een keizersnede. Meestal kun je ook bij ernstige zwangerschapshypertensie borstvoeding geven. Als je veel te vroeg bevallen bent, moet je vaak de eerste tijd de voeding afkolven. De gebruikte bloeddrukverlagende medicatie komt slechts in geringe mate in de moedermelk en heeft geen schadelijke gevolgen voor je baby.

Emotionele aspecten

Welke naam er ook aan gegeven wordt: ernstige zwangerschapshypertensie, pre-eclampsie, eclampsie, HELLPsyndroom, het kan een emotioneel zware tijd zijn. Vaak is er een plotselinge overgang van een normale, gezonde zwangerschap naar een periode met zorgen. Indien je ernstig ziek was, kun je je soms niet alles herinneren. Zeker een opname op een intensive-care afdeling kan diepe indruk maken. Ook je partner krijgt te maken met zorgen en emoties. Je kunt bij vroeggeboorte te maken krijgen met een langdurige opname van de baby in een couveuse met de bijbehorende zorgen.



Het is voor het verwerkingsproces belangrijk dat je zo goed mogelijk geïnformeerd wordt over wat er met je gebeurt of is gebeurd. Bij de nacontrole zal het verloop met je worden nabesproken en vragen worden beantwoord. Indien hier behoefte aan is, zal extra psychologische ondersteuning worden aangeboden.

Bij de volgende zwangerschap

Bij zeer ernstige of vroege zwangerschapshypertensie of (pre-) eclampsie is er een kleine kans op herhaling in een volgende zwangerschap. Het verloop is dan vaak minder ernstig. Een gesprek met de gynaecoloog voorafgaand aan een volgende zwangerschap geeft je informatie over wat je in een volgende zwangerschap kunt verwachten. De begeleiding van een volgende zwangerschap gebeurt door de gynaecoloog en/of verloskundige.

Na een zwangerschap waarbij er sprake was van een milde zwangerschapshypertensie of milde pre-eclampsie en waarbij je na 37 weken zwangerschapsduur bevallen bent van een kind met een normaal gewicht, kan een volgende zwangerschap in principe weer door de verloskundige worden opgevolgd. Als je een keizersnede hebt gehad, moet je bij een volgende bevalling altijd onder leiding van de gynaecoloog bevallen.

Er bestaat een verhoogd risico op het ontwikkelen van hypertensie, met name bij vrouwen >40 jaar, na het hebben van een zwangerschaps-hypertensie.

Patiëntorganisaties

Stichting HELLP-syndroom
Postbus 636
3800 AP Amersfoort
T. 0529 - 42 70 00
I: www.stghellpsyndroom.nl

Vereniging van Ouders van Couveusekinderen
Landelijk secretariaat V.C.O.
Postbus 1024
2260 BA Leidschendam
T: 070 - 386 25 35
I: www.couveuseouders.nl

Vereniging Keizersnede-ouders
Postbus 233
2170 Sassenheim
T. 0252 - 23 07 12; maandag t/m vrijdag van 10.00-12.00 uur

Totstandkoming

Deze folder is tot stand gekomen in samenspraak met alle zorgverleners aangesloten bij JIJWIJ.

www.jijwij.nl