

Handleiding voor Huisartsen m.b.t. follow-up van moeder en kind in de eerste levensweek na de bevalling met kort ziekenhuisverblijf.

1. Situering

2. Hoe verloopt de follow-up door de huisarts

2.1. De eerste levensweek

2.1.1. Postpartumproblemen bij de baby

2.1.1.1. *Icterus*

2.1.1.2. *Voedingsproblemen*

2.1.1.3. *Congenitale hartproblemen*

2.1.1.4. *Infecties*

2.1.2. Postpartumproblemen bij de moeder

2.1.2.1. *Postpartumbloeding*

2.1.2.2. *Endometritis*

2.1.2.3. *Perineale pijn*

2.1.2.4. *Urinaire problemen*

2.1.2.5. *Borstproblemen*

2.1.2.6. *Trombo-embolische stoornissen*

2.1.2.7. *Hoofdpijn*

2.1.2.8. *Psychische problemen*

2.1.3. Aandacht voor sociale veranderingen in het postpartum

2.2. Afsluiting van de kraamperiode: het “zevendagedsonderzoek”

2.2.1. Medisch

2.2.1.1. *Het klinisch onderzoek van de baby*

2.2.2. Preventie en samenwerking

Vzw De Bakermat, Expertisecentrum Kraamzorg en Praktijk voor vroedkunde

Dr. Jo Lisaerde, voorzitter en ombudsarts van vzw De Bakermat

Dr. Annelies Coessens, huisarts in beroepsopleiding (2002-2003)

Dr. Leen Smits, huisarts in beroepsopleiding (2003-2004)

Lies Versavel, vroedvrouw, coördinator vzw De Bakermat

Veerle Van Bocxstaele, vroedvrouw, lactatiekundige ICBLC, vzw De Bakermat

Handleiding voor Huisartsen m.b.t. follow-up van moeder en kind in de eerste levensweek na de bevalling met kort ziekenhuisverblijf.

1. Situering

De laatste decennia is de verblijfsduur na een normale bevalling steeds meer ingekort. Heel wat ouders kiezen nu ook voor een verkort ziekenhuisverblijf na de bevalling. Dit heeft tot gevolg dat de zorg en medische begeleiding in het kraambed steeds meer naar de eerste lijn verschuift.

Uit onderzoek blijkt dat het postpartum voor een grote groep kraamvrouwen niet rimpelloos verloopt en dat er nood is aan medische en soms psychosociale begeleiding. Professionele kraamzorg thuis is dus noodzakelijk. De Vlaamse overheid stimuleerde hieromtrent de uitbouw van expertise in kraamzorg in elke provincie. De expertisecentra kraamzorg hebben als voornaamste opdracht om zowel de zwangere en pas bevallen ouders als de professionele zorgverleners zo goed mogelijk te informeren. Ook huisartsen kunnen er terecht voor informatie. De expertisecentra beschikken over een uitgebreide databank, bibliotheek, infotheek,...

Om kwalitatieve zorgverlening in de kraambedperiode uit te bouwen werd een klinisch pad ontwikkeld voor bevallingen met kort ziekenhuisverblijf en dit op basis van wetenschappelijk onderzoek. In het klinisch pad wordt de volledige postpartumzorg uitgetekend met als doel de kwaliteit van de zorg in belangrijke mate te verbeteren. Bevallen met kort ziekenhuisverblijf is een valabel alternatief voor een klassiek postpartum verblijf in een context waarin strikte ontslagcriteria gehanteerd worden en er een goede communicatie tussen ziekenhuis en thuiszorg is. De verschillende beroepsgroepen (vroedvrouwen, huisartsen, verpleegkundigen, kraamverzorgenden,...) dienen zich te organiseren en te vervolmaken om aan deze taak deel te nemen.

De huisarts kan in de kraamperiode een belangrijke rol spelen.

Tijdens de eerste levensweek is een dagelijks bezoek aan moeder en kind noodzakelijk. Dit bezoek kan gebeuren door de vroedvrouw, door de huisarts of door beiden.

De afspraken tussen huisarts en vroedvrouw rond deze medische zorgverlening worden best al voor de bevalling, en ten laatste op de dag van thuiskomst na de bevalling, in samenspraak met het kraamgezin, gemaakt. Het zal van de betrokkenheid van de huisarts bij het jonge gezin afhangen in welke mate hij/zij hieraan wenst te participeren.

De huisarts sluit de kraamperiode af met een “zevendagedsonderzoek” rond het einde van de eerste levensweek. Indien de huisarts dit niet kan doen, zal dit onderzoek door een pediater gebeuren.

Wij werken in dit document voor de huisarts een handleiding uit die zijn/haar taken omschrijft en verwijscriteria verheldert zodat de huisarts kan bijdragen tot een professionele kraamzorg thuis, na een bevalling met kort ziekenhuisverblijf.

We verwijzen voor de taken die de paramedicus en/of de huisarts dient te verrichten of te superviseren naar de handleiding bij het klinisch pad voor bevalling met kort ziekenhuisverblijf.

2. Hoe verloopt de follow-up door de huisarts.

2.1. De eerste levensweek

Het klinisch pad voor bevallingen met kort ziekenhuisverblijf kan u wegwijs maken in de noodzakelijke normale follow-up van moeder en kind. Hoewel de meeste postpartumpepisodes gelukkig zonder veel problemen verlopen kan een goede opvolging via het klinisch pad soms toch afwijkende gegevens aan het licht brengen. Voor interpretatie van deze afwijkende gegevens kan deze handleiding een hulpmiddel zijn, naast overleg door de huisarts met vroedvrouw, pediater en/of gynaecoloog.

2.1.1. Postpartumproblemen bij de baby

De vier meest voorkomende redenen voor heropname binnen de eerste twee levensweken na bevalling met kort ziekenhuisverblijf zijn: icterus, voedingsproblemen (dehydratie, malnutritie), congenitale hartafwijkingen en infecties.

Hieronder worden de verwijscriteria uitgewerkt. We hanteren daarbij soms cijferwaarden. Bemerken we vooraf nog dat het niet gaat om absolute cijfergegevens, maar om de interpretatie ervan, vaak in overleg met de kinderarts, gynaecoloog, vroedvrouw en ouders.

2.1.1.1. Icterus

doorverwijzen indien

- * ontstaan voor de tweede dag
- * serumbilirubine te hoog oploopt (zie tabel)

Grenswaarden Bilirubine-gehalte bij pasgeborenen (waarden UZ Gasthuisberg)

Leeftijd	Voldragen baby > 38 weken en >2600 gr	Preterme baby <38 weken en >2600 gr
Dag 0	Optreden van icterus, !hemolyse!	Optreden van icterus, !hemolyse!
Dag 1	Totaal bili ≥ 10 mg/100ml	≥ 8 mg/100 ml
Dag 2	≥ 12	≥ 10
Dag 3	≥ 13	≥ 10
Dag 4	≥ 14	≥ 12
Dag 5	≥ 15	≥ 12

Bron: UZ Gasthuisberg

Achtergrondinformatie

Tijdens de eerste levensweek zal meer dan 50% van de neonaten die aterm geboren worden, een fysiologische icterus doormaken, ten gevolge van een verhoogde afbraak van rode bloedcellen, een immature conjugatie en excretie van bilirubine en een toegenomen enterohepatische recirculatie van bilirubine. Dit resulteert in een toename van het ongeconjugeerde serumbilirubine. Kenmerken van fysiologische icterus zijn: aanvang op de 2de à 3de levensdag, vermindert of verdwijnt op de zevende tot tiende dag, serumbilirubine gaat niet hoger dan 12mg%, enkel de geconjugeerde bilirubinefractie is gestegen, er zijn geen tekenen van ziekte. **Vanaf wanneer de bilirubinespiegel prikken? Er wordt beslist om een bilirubinespiegel te prikken op basis van een klinische indruk. Het evalueren van icterus is niet altijd eenvoudig. Veel hangt af van de huidskleur van de baby, de aard van het invallend daglicht, de ervaring van de onderzoeker. Algemeen wordt gesteld dat icterus een cephalocaudale progressie kent: de gele kleur begint in het gelaat en daalt af naar de romp en extremiteiten naarmate de bilirubine stijgt. De uitgebreidheid van de icterus geeft dan ook een idee van het niveau van de bilirubinespiegel.**

Borstvoeding moet niet worden stopgezet wanneer icterus wordt vastgesteld. Er wordt aangeraden het aantal voedingen tijdelijk op te drijven naar 8 tot 10 per 24 uur.

Indien de waarde van de bilirubinemie hoger ligt dan vermeld in de tabel kan het gaan over pathologische icterus, waarbij volgende symptomen de aanwezigheid van een onderliggende aandoening/infectie suggereren: braken, lethargie, voedingsproblemen, hepatosplenomegalie, belangrijk gewichtsverlies, apnee, instabiele temperatuur, tachypnee. Overleg met de pediater is dan steeds aangewezen.

2.1.1.2. Voedingsproblemen

* indien gewichtsverlies > 10% van het geboortegewicht is grondig klinisch onderzoek en overleg met pediater aangewezen

* indien gewichtsverlies > 12% van het geboortegewicht is bloedname voor serumnatrium aangewezen

* indien dehydratatie met serumnatrium ≥ 150 mmol/l is opname in ziekenhuis aangewezen

→ noteer het belang van een gewichtscurve om het gewichtsverlies t.o.v. het geboortegewicht te kunnen evalueren!!

Geassocieerde symptomen bij hypernatremische dehydratatie:

- kortstondig drinken aan de borst (een normale borstvoeding duurt 10 tot 40 min)
- verminderde stoelgang- en urinefrequentie (respectievelijk < dan 4x/d en < 6x/d)
- verlengde uitscheiding van meconium (geen geelgekleurde stoelgang na 4 dagen)
- icterus
- lethargie, irritabiliteit, koorts

Achtergrondinformatie

Voedingsproblemen en malnutritie kunnen aanleiding geven tot een hypernatremische dehydratatie. Het serumnatriumgehalte loopt hierbij op tot meer dan 150 mmol/l. Hoewel vrij zeldzaam, is een hypernatremische dehydratatie een ernstige, potentieel levensbedreigende toestand. Complicaties als cerebraal oedeem, intracerebrale bloedingen en thrombosen kunnen optreden.

Een moeilijk op gang komende borstvoeding kan aan de basis liggen. Wanneer het kind niet adequaat aan de borst drinkt, zal hypernatremie optreden ten gevolge van onvoldoende vochtintake en verdamping. Bovendien ziet men dat de normale daling van het natriumgehalte in de moedermelk niet of vertraagd optreedt. Problemen treden gemiddeld op rond dag 10, maar kunnen ook vroeger of later voorkomen (van dag 3 tot 21).

Hypo- of isonatremische dehydratatie wordt klinisch zichtbaar bij een vochtverlies van 5% of 50 ml/kg. Droge slijmvliezen en verminderde huidturgor treden op als eerste tekens. In geval van hypernatremie worden deze symptomen vaak gemaskeerd, waardoor de ernst van de dehydratatie bijna steeds onderschat wordt. Later gaan dan vooral neurologische symptomen optreden zoals lethargie, irritabiliteit, verminderd bewustzijn, convulsies.

2.1.1.3. Congenitale hartproblemen

Volgende symptomen kunnen wijzen op cardiopulmonaire problemen en aanleiding geven tot doorverwijzen:

- inspanningsintolerantie (niet goed kunnen doordrinken ondanks voldoende dorst), onverklaarde dyspnee of syncope (vaak niet te zien bij een baby)
- een geruis dat niet met zekerheid als functioneel kan beschouwd worden
- een geruis bij een kind van minder dan 6 maand oud
- hepatomegalie, sterke perifere arteriële puls, cyanose, een niet of minder goed palpabele a. femoralis
- tekenen van hartsdecompensatie (toegenomen ademhalingsfrequentie of hartritme, pulmonale crepitaties, hepatosplenomegalie, een klam, zwetend kind, perifeer oedeem)
- centrale cyanose (blauwe verkleuring van lippen en slijmvliezen)

Achtergrondinformatie

Hartafwijkingen worden gezien bij 0,8 tot 1% van alle geboorten. Bij meer dan 50% is een heelkundige ingreep noodzakelijk. In 80% van de gevallen gaat het om een enkelvoudige afwijking, die bij correcte behandeling een lage mortaliteit heeft. In 20% van de gevallen heeft men te maken met een complexe afwijking. Hier zal men steeds een verminderde levensverwachting en levenskwaliteit mogen verwachten. Niet alle afwijkingen worden door de kinderarts opgespoord bij het neonataal onderzoek. Soms ontstaat een geruis pas na enkele dagen, als het kind reeds ontslaan is uit het ziekenhuis. Sommige hartafwijkingen geven ook geen geruisen, en worden niet opgemerkt tijdens de eerste levensdagen. Vandaar het belang van het opsporen van tekenen van hartsdecompensatie en cyanose.

60 tot 80% van de neonaten hebben overigens een geruisje tijdens de eerste 24-48 uur na de geboorte.

Gewoonlijk gaat het om een graad 1-2/6 mid-systolisch geruis. Meer dan 95% van de baby's met een geruis tijdens de eerste levensdagen hebben geen hartafwijking, of hebben een klein defect dat zich spontaan herstelt.

2.1.1.4. Infecties

Denk aan infectie bij:

- slecht drinken, apathie
- ondertemperatuur of temperatuurschommelingen
- kreunen, cyanose, slechte perifere circulatie
- hypotonie
- hypertonie, excitabiliteit, convulsie
- aanvallen van apnee, bradycardieën
- icterus, petechieën
- gespannen fontanel, pijn bij het luieren
- paralytische ileus

Bij vermoeden van infectie is overleg/verwijzing noodzakelijk.

Achtergrondinformatie

Infecties zijn een belangrijke oorzaak van mortaliteit en morbiditeit bij pasgeborenen. De incidentie ligt rond de 1-10 / 1000 bij atermen baby's en nog hoger bij prematuren. Infecties die optreden tijdens de eerste levensdagen zijn meestal het gevolg van besmetting laattijdig in de zwangerschap of in de periode rondom de geboorte. Oorzaken zijn langdurig gebroken vliezen (> 24u), colonisatie tijdens passage door het geboortekanaal, besmetting via ouders en verzorgers, door besmet voedsel of ander materiaal. Pasgeborenen vertonen een verhoogde gevoeligheid voor infecties doordat hun immunologisch mechanisme nog onrijp is.

2.1.2. Postpartumproblemen bij de moeder

De normale follow-up van de moeder vereist het opvolgen van enkele parameters, zoals beschreven in het klinisch pad voor bevallingen met kort ziekenhuisverblijf.

Achtergrondinformatie

Metten van temperatuur, pols en bloeddruk zijn van belang voor het opsporen van kraambedinfecties en laattijdige bloedingen.
Palpatie van de uterus is van belang voor het opsporen van tekenen van infectie of achtergebleven placentaresten. BMI: de uterus bevindt zich na de geboorte hoogte van de navel. Na een week is die geïnvolueerd tot juist boven de symfyse. Hardheid: de uterus moet goed hard zijn (anders hypotonie). Lochia: na de geboorte is er bloederig verlies, na een week is dat sereus bloederig tot licht roze.
Inspectie van de episiotomie of van het sectiolutteken is van belang voor opsporen van infectie.
Inspectie van de borsten is van belang voor het opsporen van stuwings, pijnlijke tepels of kloven en mastitis.
Mictie: indien pollakisurie en branderig gevoel dient cultuur afgenomen te worden.

2.1.2.1. Postpartum bloeding

Matige secundaire postpartumbloedingen kunnen opgevangen worden door extra aanleggen van de baby. Uterusmassage en toediening van methylergometrine zijn bijkomende middelen.
Klinische argumenten voor verder nazicht kunnen hoogstaande uterus en tekens van endometritis zijn.
Een ernstige postpartumbloeding is een reden tot overleg met gynaecoloog en eventueel verwijzing.

Achtergrondinformatie

Men onderscheidt een primaire (onmiddellijk na de bevalling) en een secundaire postpartum bloeding (na 24u). Een postpartumbloeding kan traumatisch zijn (te grote episiotomie, scheuren van perineum, vagina of cervix, uterusruptuur), kan veroorzaakt zijn door uitblijven van vasoconstrictie thv placentaire site (door uterus hypotonie of retentie van placentaweefsel), of kan het gevolg zijn van stollingsdefecten. Een laattijdige postpartumbloeding (kan tot enkele weken na de bevalling) wordt meestal veroorzaakt door abnormale involutie van de baarmoeder of door placenta resten. Een curettage kan dan nodig zijn.

2.1.2.2. Endometritis

Endometritis wordt meestal gekenmerkt door slecht ruikende afscheiding en koorts, vaak met vertraagde involutie van de uterus, die pijnlijk is bij palpatie, maar verloopt soms atypisch.
Initieel kan een behandeling thuis gestart worden, mits dagelijkse controle. Bij klinische achteruitgang ondanks behandeling en bij uitblijven van verbetering ten laatste na 48 uur wordt alsnog verwezen.

Achtergrondinformatie

De behandeling van endometritis: amoxicilline 3dd 500 mg in combinatie met metronidazol 2 dd 500 mg gedurende zeven dagen. Merk op dat metronidazol een vieze metaalachtige smaak aan de moedermelk geeft.

2.1.2.3. Perineale pijn

Perineale pijn op de plaats van de hechtingen kan de eerste 24 uur na de bevalling verlicht worden door lokale applicatie van ijscompressen of het geven van zitbaden. Indien nodig kan men paracetamol geven (3 à 4 g/dag) of ibuprofen bij inflammatie. Pijnlijke hechtingen kan men verwijderen op dag 5. Bij pijn door infectie kunnen de hechtingen vroeger verwijderd worden.

Achtergrondinformatie

Infectie van de episiotomie treedt meestal op rond dag 4 tot dag 8 postpartum. De vrouw heeft dan een gezwollen, rode, pijnlijke en vochtige wonde en vaak ook koorts. Uit de literatuur blijkt dat het gebruik van antiseptica het risico van infectie en ontsteking verhoogt en de wondheling kan vertragen. Toch is perineale hygiëne (spoelen en daartussen droog houden) van groot belang.

2.1.2.4. Urinaire problemen

Urineretentie komt frequent voor in het puerperium. Kan soms opgelost worden door in een andere houding te plassen (bv op handen en knieën). Soms is catheterisatie nodig. Incontinentie is doorgaans tijdelijk, bekkenbodemspierreëducatie in het postpartum is aangeraden. Urineweginfecties komen frequenter voor in het puerperium ovm urine residu of door catheterisatie. Antibioticabehandeling wordt gegeven volgens de cultuur.

Achtergrondinformatie

Urineretentie komt bij een zwangere vrouw en in het puerperium frequenter voor omdat de blaas gerelaxeerd is en minder vlug reageert op druk bij intentie tot mictie. Bevorderende factoren zijn een snelle blaasvulling na stoppen van oxytocine, anesthesie of grote hematomen van de genitale tractus.

2.1.2.5. Borstproblemen

De begeleiding van borstvoeding is een belangrijk aspect tijdens de eerste levensweek. Veel problemen bij borstvoeding zijn een gevolg van een gebrek aan instructie van de moeder.

Mogelijke problemen zijn borststuwung, pijnlijke tepels, tepelkloven, mastitis en spruw. Voor bijkomende begeleiding en opvolging kan beroep gedaan worden op een vroedvrouw of een lactatiekundige IBCLC.

Achtergrondinformatie

Borststuwung: Stuwung is te wijten aan een combinatie van melkophoping en vermeerderde vascularisatie met congestie, verder versterkt door lymfatische en veneuze stase. Stuwung komt voornamelijk voor tijdens de eerste 2 tot 4 dagen en kan 24 tot 48 uur duren. De meest voorkomende symptomen bij pathologische stuwung zijn: toenemend zwaartegevoel, uitzetting, glanzende en roodachtig gespannen huid, warm aanvoelend, zacht pijnlijk kloppend gevoel, zichtbare aders en pijn bij aanrakingen belemmering van het toeschietreflex van de melk. Stuwung treedt op aan beide borsten en gaat soms gepaard met lichte verhoging van de temperatuur tot rond 38,0°C, maar niet hoger.

Wanneer pathologische stuwung niet snel verholpen wordt kan dit aanleiding geven tot te weinig melkproductie vanaf 6 à 8 weken postpartum.

Borststuwung kan voorkomen worden door borstvoeding zo vlug mogelijk na de bevalling te starten en de baby frequent (8 tot 12x per etmaal) aan te leggen en indien nodig manuele expressie uit te voeren. De vroedvrouw kan de vrouw hierin begeleiden en advies geven om de baby correct aan te leggen.

Pijnlijke tepels en kloven: Pijnlijke tepels zijn normaal in de eerste week postpartum. Deze pijn bereikt haar hoogtepunt rond de derde tot zesde dag postpartum. Het normaal zuigen van de baby kan last geven bij het begin van de voeding en kan als een scherpe pijn ervaren worden. Deze pijn zwakt af na enkele seconden van voeden. Het gebruik van een fopspeen en flesvoeding bij de borstvoeding kan aanleiding geven tot tepel-speenverwarring waardoor kloven ontstaan en de borst niet efficiënt wordt geledigd.

Aanhoudende pijn tijdens de borstvoeding kan een symptoom zijn van tepelkloven en wordt veroorzaakt door een foute techniek van aanleggen. De tepel zuiver en droog houden is belangrijk in de preventie en in de behandeling. Zepen en desinfectantia, voor het reinigen van de tepel, worden best vermeden. Na iedere voeding kan men best de tepel laten drogen door blootstelling aan de lucht.

Verstopt melkkanaal en mastitis: Bij een pijnlijke, harde, rode plek in een borst zonder koorts is het belangrijk de pijnlijke borst vaak te ledigen en de ontstoken melkklieren leeg te strijken in de richting van de tepel.

Mastitis kan veroorzaakt worden door een blijvend verstopt melkkanaal waardoor een ontstekingsreactie ontstaat. Een bacteriële besmetting via tepelkloven kan ook een oorzaak zijn. Antibiotica zijn niet steeds onmiddellijk nodig. Indien koorts > 24uur aanhoudt, moet behandeld worden met een oxacilline-derivaat (2-3 g dd in 3 of 4 toedieningen buiten de maaltijd, in geval van allergie voor beta-lactam antibiotica: clindamycine 3 x 300 mg/d).

Candidiasis in en op de borst, Spruw bij de baby: Dit is soms moeilijk te herkennen. Een combinatie van klachten kan een duidelijke indicatie zijn van spruw. Duidelijke symptomen bij baby: witte, kwarkachtige plekken op het mondslijmvlies en op de tong. Deze plekken zijn niet weg te vegen. Soms minder duidelijk: parelmoerglans, slecht en onrustig drinken aan de borst. Symptomen bij de moeder: vaak verkleuring van de huid van de tepel naar rozerood of paarsig en glad aspect, huid gespannen en soms glanzend of schilferig en kan iets opgezet zijn. Bijkomend symptoom is ernstige jeuk die kan overgaan in scherpe pijn, vooral tijdens en na het drinken van de baby. Belangrijk is de gelijktijdige behandeling van moeder en kind en dit voldoende lang. Behandeling met Daktarin orale gel na elke voeding van de baby: in mondje baby en op tepels moeder. Na het verdwijnen van de symptomen nog 2 weken nabehandelen. De afgekolde melk mag niet bewaard of ingevroren worden voor later omwille van besmettingsgevaar.

Bij candidiasis binnen in de borst, kan bij ernstige en hardnekkige klachten en na uitsluiting van andere oorzaken, het gebruik van een systemisch schimmeldodend medicijn overwogen worden. Advieskuur: Fluconazol aanvangdosis 200 tot 400mg, vervolgen met een kuur van eenmaal daags 100 tot 200mg, gedurende tenminste 2 tot 3 weken.

2.1.2.6. Trombo-embolische stoornissen

De kans op een diepe veneuze trombose of een longembolie in het postpartum is vergroot bij onvoldoende mobilisatie. De diagnostiek en de behandeling in de kraamperiode wijken niet af van die bij niet-zwangere vrouwen.

2.1.2.7. Hoofdpijn

Indien hoofdpijn gepaard gaat met visusklachten of bovenbuikpijn de eerste dagen postpartum moet gedacht worden aan een pre-eclampsie / HELLP-syndroom. Indien de bloeddruk verhoogd is, moet overlegd worden met de gynaecoloog.

Postdurale-punctie-hoofdpijn (PDPH) kan voorkomen na spinale anaesthesie. Overleg met de anaesthesist is hier aangewezen.

Achtergrondinformatie

Grote observationele studies tonen aan dat hoofdpijn veel voorkomt in het postpartum.

Post-durale-punctie-hoofdpijn (PDPH) kan voorkomen na spinale anesthesie. Het gebruik van naalden met kleinere diameter en een niet-snijdende punt verlaagt het risico.

Hoofdpijn kan een symptoom zijn bij hypertensieve aandoeningen.

Sub-arachnoidale bloeding, samen met een plotse ernstige hoofdpijn is heel uitzonderlijk, maar vaak fataal.

2.1.2.8. Psychische problemen

Bij het vaststellen van een babyblues is het belangrijk te zorgen voor een goede ondersteuning van de moeder. Het wordt aangeraden haar verder op te volgen met betrekking tot postpartumdepressie. Een hulpmiddel om babyblues op te sporen is de Stein Blues Scale (zie handleiding bij klinisch pad voor bevallingen met korte ziekenhuisverblijf). Wanneer de totaalscore op deze vragenlijst 8 of hoger is, heeft de moeder last van babyblues.

Bij vermoeden van een postpartum depressie kan de 'Edinburgh Postnatal Depression Scale' (EPDS) gebruikt worden als hulpmiddel om samen met de klinische indruk de diagnose te stellen.

Bij een postpartumdepressie is psychologische ondersteuning aangewezen, al dan niet in combinatie met medicamenteuze therapie (antidepressiva).

Een psychose in de kraamperiode is een reden voor spoedopname en psychiatrische behandeling.

Achtergrondinformatie

Postpartum depressie.

De postpartum depressie treedt op enige tijd na de bevalling, meestal in de eerste drie maanden na de thuiskomst uit het ziekenhuis, maar soms ook later. Onderzoek toont een verhoogd percentage gevallen rond de derde maand postpartum en een tweede piek negen à twaalf maanden postpartum. Men vermoedt dat ongeveer 15 – 20% van de vrouwen ermee te maken heeft.

Symptomen van een postpartum depressie vertonen de kenmerken van een gewone depressie: anhedonie, desinteresse, gevoelens van onmacht, geen toekomst meer zien, ook extreme vermoeidheid, uitputting, spanning en angst. Buitensporige bezorgdheid en overprotectief gedrag kunnen voorkomen. De moeder heeft een afstandelijk gevoel ten opzichte van de omgeving, maar vooral ten opzichte van het nieuwe kind. Ze vertoont een onstabiele gemoedstoestand. Psychosomatisch klachten zoals ontregeling van het dag/nacht ritme, slaapstoornissen, wijziging van de eetlust en pijnproblemen worden geuit.

De postpartum depressie wordt onderscheiden van enerzijds “baby blues” (veeleer een moeilijke dag van de derde tot de vijfde dag postpartum, met spanning, huilbuien en angst) en anderzijds van postpartum psychose (waar contactverlies met de realiteit op de voorgrond staat).

Over de oorzaak van postpartum depressie bestaat bij onderzoekers geen eensgezindheid. Het zou om een samenspel gaan van zowel biologische, psychologische als sociale factoren. Biologisch veroorzaakt de plotse daling van de spiegel van oestrogenen en progesterone na de bevalling een ontregeling van de werking van de neurotransmitters en kan de oorzaak zijn van psychische stoornissen. Psychologisch en sociaal speelt de wijze waarop de moeder zich aanpast aan de nieuwe situatie een rol. Recente belastende gebeurtenissen, ook wel ‘life-events’ genoemd, die de zwangere vrouw heeft meegemaakt, kunnen mee bepalend zijn. En tenslotte vormt ook de persoonlijkheidsstructuur van de moeder een beïnvloedende factor.

2.1.3. Aandacht voor sociale veranderingen in het postpartum

Een nieuwe baby betekent een hele verandering voor het gezin. De verhoudingen tussen de partners veranderen, vooral bij een eerste kind. En ook voor (eventuele) andere kinderen in het gezin betekent een nieuw broertje of zusje een aanpassing.

Als huisarts ken je het gezin meestal van dichtbij en kan je het hele “huis” begeleiden in deze nieuwe levensfase. Het is belangrijk als huisarts open te staan voor de vragen en problemen waar het gezin mee worstelt. Soms is het nodig dat de vroedvrouw nog enkele dagen langer komt vooraleer het gezin volledig zelfstandig verder kan of is het nuttig een verpleegkundige van Kind&Gezin in te schakelen. De taak van de huisarts is dus niet alleen het snel herkennen van medische problemen, maar ook om aandacht te hebben voor sociale en psychische moeilijkheden. De huisarts moet ook op zoek gaan naar eventuele risicofactoren voor kinderverwaarlozing en mishandeling zodat op tijd kan ingegrepen worden.

Achtergrondinformatie

Risicofactoren voor kinderverwaarlozing en mishandeling:

- wanneer een van de ouders vroeger zelf mishandeld geweest is
- wanneer de zwangerschap ongepland was en het kind ongewenst is
- wanneer er te hoge verwachtingen van de ouders aan het kind gesteld worden
- bij alcohol- en drugs verslaving
- bij psychische problemen
- wanneer het kind moeilijk gedrag vertoont, veel huilt, gehandicapt is
- wanneer het gezin in een sociaal isolement leeft
- bij financiële problemen
- bij relatieproblemen tussen de ouders
- bij werkloosheid of moeilijkheden op het werk

2.2. Afsluiting van de kraamperiode: het “zevendagedsonderzoek”

Het “zevendagedsonderzoek” gebeurt door de huisarts als afsluiting van de kraamperiode rond het einde van de eerste levensweek.

Dit is een cruciaal moment met belangrijke functies, zowel medisch gezien, als vanuit sociaal standpunt, alsook met oog op preventie en verdere interdisciplinaire samenwerking (met K&G, pediater, gynaecoloog,...). Bij dit contact overschouwt de arts samen met de ouders de eerste levensweek en is er aandacht voor gebeurtenissen die nabespreking vereisen, wordt er tevens gekeken hoe het nu gaat met moeder en kind) en wordt ingeschat of er aandachtspunten te noteren zijn m.b.t. tot sociale risico's en preventie naar de toekomst toe.

De huisarts kan dit moment benutten om zich te manifesteren als arts voor het nieuwe leven in het nieuw gevormde gezin. Huisartsgeneeskunde staat immers voor levensloopgeneeskunde met een continue, integrale en persoonsgerichte zorgverlening.

Een goede overdracht van medische en sociale gegevens naar de huisarts is hier dan ook erg belangrijk (zowel van de kinderarts als van de vroedvrouw).

2.2.1. Medisch

Wat het medische aspect betreft, kan het zevendagedsonderzoek van de baby in principe gebeuren door de huisarts of de kinderarts. De meerwaarde die de huisarts hier kan bieden is dat hij of zij zich in de ideale positie bevindt om dit onderzoek te plaatsen in de ganse context van de begeleiding van het gezin.

De huisarts of de kinderarts moet nagaan of de eerste levensweek goed is verlopen, en de huidige status van moeder en baby voldoende garantie geeft om de volgende weken zonder medisch toezicht verder te kunnen.

In deze handleiding beperken wij ons tot het klinisch onderzoek van de baby.

2.2.1.1. Klinisch onderzoek van de baby

I. Algemene inspectie

We inspecteren de houding, de symmetrie in de bewegingen en de kleur van de baby:

Een aantal statische vaststellingen zoals bv. het geboortegewicht zijn al verricht bij het onderzoek bij de geboorte en na 24 uur. We letten nu vooral op dynamische aspecten van de te screenen parameters, zoals bv. de gewichtsevolutie.. Denk eraan dat uw onderzoek een momentopname is, waarbij de status van de baby (wenend, slaperig, ...) ook een rol speelt.

Pathologie

Kleur: icterus (cfr. postpartumproblemen – icterus); bleekheid, cyanose (cfr. postpartumproblemen – cong. hartproblemen)

II. Biometrie

Gewicht: de eerste dagen kan het gewicht dalen met 10% van het geboortegewicht. Rond de tiende dag wordt het geboortegewicht terug bereikt. Tot het einde van de eerste levensmaand neemt het gewicht toe met 200 à 250 g/week.

Lengte: gemiddeld tussen 46 en 56 cm. Op het einde van de eerste levensmaand is hier gemiddeld 3 tot 4 cm bijgekomen.

Schedelomtrek: gemiddeld 33 tot 37 cm. Op het einde van de eerste levensmaand komt hier ongeveer 2,5 cm bij. Belangrijk is dat de baby in dezelfde percentiel blijft.

Pathologie

We onderscheiden harmonische en dysharmonische groeiachterstand. Oorzaken van harmonische groeiachterstand zijn syndromatische dwerggroei, intra-uteriene infecties en nutritionele deficiënties. Oorzaken van dysharmonische groeiachterstand zijn hypertensie, roken en placentaire insufficiëntie tijdens de zwangerschap.

III. Onderzoek van “kop tot teen”**Hoofd**

Men inspecteert de schedel, de oren en oorschelpen, de ogen en de mond.

Pathologie

Fontanellen: een gespannen fontanel wijzen op intra-craniële overdruk (bv bij meningitis, maar ook bij fel wenen); een ingezonken fontanel is een teken van deshydratie.

Oren: denk bij laag ingeplante oren of afwijkingen aan de oorschelpen aan een associatie met inwendige oorpathologie, renale pathologie of andere congenitale afwijkingen.

Ogen: obstructie van het traankanaal treedt op in 2 tot 6% van de baby's. Meestal wordt dit veroorzaakt door een niet geperforeerd membraan. Meestal verdwijnt dit door lokale massage, eventueel in combinatie met antibioticazalf. Het is ook van groot belang om congenitaal cataract en glaucoom vroegtijdig te ontdekken zodat een operatie blindheid kan voorkomen.

Mond: gespleten lip (en verhemelte).

Hals

Men palpeert de cervicale klierstreken en de clavicula.

Hart

Bij de auscultatie van het hartje let men op het ritme en eventueel aanwezige souffles.

Normaal ligt het hartritme rond 110 tot 160 slagen per minuut (85 – 90 per minuut bij rustig slapende baby's).

Pathologie

Cfr. Postpartumproblemen – congenitale hartproblemen

Longen

Bij de longauscultatie let je op de ademhalingsfrequentie. Deze varieert tussen 35 en 45 keer per minuut, met tijdens de REM-slaap soms adempauzes van 3 tot 5 seconden.

Pathologie

Optrekken van de thorax, neusvleugelen, laag thoracaal intrekken, verlengd expirium en kreunen wijzen op ademhalingsmoeilijkheden

Abdomen

Men inspecteert de navel op infectie. Men kijkt na of er geen navelbreuk is. Bij palpatie let men op eventuele massa's of verhardingen. Bij de pasgeborene is een leverschijf van maximaal 2 cm onder de ribbenrooster normaal. De milt is normaal niet te voelen.

Pathologie

Een navelbreukje verdwijnt meestal spontaan in het eerste levensjaar.

Liesstreek

Men palpeert de aa. femoralis en kijkt na of er geen liesbreuk aanwezig is.

Pathologie

Bij afwezigheid van pulsaties van de aa. femoralis, denk aan coarctatio aortae.
Hernia inguinalis.

Genitalia

We bepalen bij een jongen de positie van de testes, we palperen het scrotum en inspecteren de penis.

Bij een meisje inspecteren we de labia majora en de clitoris (welke tijdens de eerste levensmaanden opvallen gezwollen kunnen zijn).

Pathologie

Positie testes: idealiter zijn beide testes ingedaald in het scrotum. Mogelijks bevinden zij zich niet in het scrotum maar wel tot daar in stabiele positie te brengen (retroactieve testes), ofwel niet in het scrotum en ook niet tot

daar te brengen, ofwel helemaal niet te palperen (ectopisch) Een retractiele testis heeft geen behandeling. Als één of beide testes bij de geboorte niet zijn ingedaald, dient dit opgevolgd te worden.
Penis: phimosis (normaal), hypo- of epispadias.

Heupen

We doen de test van Ortolani voor het ontdekken van een congenitale heupdysplasie.

Pathologie

Congenitale heupdysplasie: het natuurlijk beloop van de neonataal luxeerbare heupen is in de meeste gevallen gunstig: 80-90% herstelt zich spontaan. De rest zal echter zonder behandeling overgaan in een dysplasie en eventueel een luxatie met coxarthrose tot gevolg.

Reflexen

Archaïsche reflexen laten niet toe een oordeel te vellen over de normaliteit van de psychomotorische ontwikkeling.

2.2.2. Preventie en samenwerking

Na het “zevendagedagsonderzoek” is er in de huidige situatie geen gestructureerde opvolging van de baby tot (de uitnodiging voor) het eerste bezoek bij Kind & Gezin. Indien er zich geen problemen voordoen, is dit ook niet nodig. Toch is het belangrijk voor het gezin te weten dat er altijd beroep kan gedaan worden op de huisarts. Bij gezinnen waar wat langer ondersteuning nodig is, kan de vroedvrouw ook na het zevendagedagsonderzoek nog even blijven komen.

Huisartsen die zich hiervoor willen engageren, kunnen de verdere begeleiding van de baby uiteraard ook op zich nemen. De vaccinaties – die dikwijls in consultatiebureaus van Kind & Gezin gegeven worden – kunnen eveneens door de huisarts toegediend worden. Het gezin dient hierin een vrije keuze te maken.

Ook de verdere opvolging van de moeder kan zowel door de huisarts als door de gynaecoloog gebeuren. De anticonceptiewens en de verschillende mogelijkheden worden best al tijdens het zevendagedagsonderzoek besproken met het koppel.

Achtergrondinformatie

Anticonceptie in het postpartum.

Het moment wanneer gestart wordt met anticonceptie na de bevalling hangt af van het gegeven of de vrouw borstvoeding geeft of niet. Vrouwen die geen borstvoeding geven, kunnen een oraal contraceptivum starten na de derde week postpartum (eerste ovulatie komt gemiddeld in de vierde week na de bevalling). Bij volledige borstvoeding (voedingen om de vier uur), kan de eerste ovulatie langer uitblijven. Er wordt toch best na zes weken postpartum gestart. Pillen die alleen uit progestageen bestaan genieten hier de voorkeur.

Combinatiepreparaten verminderen het melkvolume en de lactatieduur, maar hebben geen aantoonbare nadelige gevolgen voor de baby. Ze kunnen overwogen worden indien de borstvoeding goed op gang is.

Voor het plaatsen van een spiraaltje wordt minstens zes weken gewacht omwille van een verhoogde kans op perforatie de eerste weken na de bevalling.

Ook andere mogelijkheden, zoals sterilisatie van de man of de vrouw, barrièremethoden zoals het condoom en het pessarium en periodieke onthouding, kunnen besproken worden met het koppel.

Referenties

- *Coessens A. (2003), BKZ en postpartumopvolging thuis, vzw De Bakermat*
- *NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode, Huisarts en Wetenschap, juni 2003*
- *NHG-Standaard Onderzoek van de pasgeborenen, 2001.*
- *NHG-Standaard Hormonale anticonceptie*
- *van Kelst L, Versavel L. (2003) Handleiding Klinisch pad voor bevallingen met kort ziekenhuisverblijf, vzw De Bakermat*
- *WVVH, Het onderzoek van de zuigeling, Handleiding bij het pediatrisch dossier van de WVVH.*
- *WVVH, Stoornissen in het Kraambed. Cursustekst werkgroep klinische verloskunde WVVH*
- *WVVH, richtlijn voor goed medische praktijkvoering. Orale anticonceptie.*

Nuttige links

- *Vlaamse Organisatie voor Vroedvrouwen*: www.vlov.be
- *Kind en Gezin*: www.kindengezin.be

Meer informatie

- *Vzw De Bakermat, Expertisecentrum Kraamzorg en Praktijk voor vroedkunde*
Zwarte Zustersstraat 16/1
3000 Leuven
016/20 77 40
debakermat@debakermat.be
www.debakermat.be

De handleiding bij het klinisch pad voor bevallingen met kort ziekenhuisverblijf kan aangevraagd worden bij Expertisecentrum Kraamzorg De Bakermat