



NOTA PRECONCEPTIEZORG

Versie 1.0

Inleiding

Ondanks aanhoudende modernisering van verloskundige zorg neemt in ons land de frequentie van verloskundige problemen zoals miskramen, vroeggeboorte, laag geboortegewicht en aangeboren afwijkingen, niet tot nauwelijks af. Preconceptiezorg kan daarin verandering brengen en wordt gedefinieerd als het geheel van maatregelen die men al vóór de conceptie kan nemen ter bevordering van de gezondheid van de (aanstaande) moeder en haar kind (1-3). Hierbij staat primaire preventie voorop, waarbij gedacht wordt aan tijdige eliminatie van mogelijk schadelijke invloeden op de gezondheidstoestand van moeder en kind (4,5). Om dit doel te bereiken wordt onderscheid gemaakt tussen de vier elementen van preconceptiezorg, zijnde (a) risicoanalyse, (b) gezondheidsvoorlichting en advies, (c) gerichte counseling en (d) interventie. Op 20 september 2007 heeft de Gezondheidsraad middels het rapport 'Preconceptiezorg: voor een goed begin' aan de minister geadviseerd preconceptiezorg voor iedereen beschikbaar te maken (6).

Risicoanalyse

Een goede risicoanalyse, of risico-inventarisatie, begint met een zorgvuldige anamnese. Hiertoe zijn een gevalideerde vragenlijst en een publieke website www.zwangerwijzer.nl ontwikkeld (door het Erasmus MC samen met het Erfocentrum) (7,8), waarmee informatie wordt verkregen over de medische en verloskundige voorgeschiedenis, familieanamnese (met name erfelijke en aangeboren aandoeningen), intoxicaties, infecties en algemene gezondheidsrisico's als gevolg van werkomgeving en/of leefstijl. Bovendien kan routine bloedonderzoek verricht, met eventueel aanvullend onderzoek op indicatie. Aan de hand van de bevindingen van de gerapporteerde risicofactoren en het bloedonderzoek wordt het risicoprofiel van adviesvragers gemaakt en nader geëvalueerd. Samen met de adviesvragers kan vervolgens een plan worden gemaakt voor algemene en gerichte maatregelen om de omstandigheden voor een eventuele zwangerschap zo gunstig mogelijk te maken. Voorst wordt advies uitgebracht over de plaatsbepaling en begeleiding van een toekomstige zwangerschap, partus en kraambed.

Gerichte counseling

Gerichte counseling is vooral van belang als er specifieke risicofactoren zijn vastgesteld. Dit geldt in het bijzonder met betrekking tot de belaste obstetrische anamnese, chronische ziekten, status na orgaantransplantatie, maternale congenitale afwijkingen en genetische aandoeningen. Hierbij moet aandacht worden besteed aan de aard, ernst en behandelbaarheid van de aandoeningen, de mogelijke invloed van de zwangerschap op de gezondheidstoestand van de betrokkene, de gevolgen van de aandoening voor het beloop van de zwangerschap en de intra-uteriene ontwikkeling, risico's van eventuele operatieve interventies en aan de kans dat het kind de - erfelijke - aandoening zelf ook krijgt. Daarnaast behelst gerichte counseling het geven van informatie over teratogene effecten en andere risico's van medicatie en het aanreiken van alternatieve mogelijkheden deze ten gunste te wijzigen (10). Ingeval van een belaste obstetrische voorgeschiedenis kan informatie worden gegeven over de herhalingskans en eventuele implicaties voor de gezondheid van de vrouw op latere leeftijd (zoals de sterk verhoogde kans op type 2 diabetes mellitus na een doorgemaakte diabetes gravidarum). Het is van belang dat uiteindelijk een duidelijk behandelingsplan wordt opgesteld, vastgelegd in een brief, aangaande de periconceptionele periode, de zwangerschap, de baring en het kraambed.

Gezondheidsvoorlichting en advies

Gezondheidsvoorlichting en advies hebben vooral betrekking op algemene adviezen aan aanstaande ouders over voeding, medicijngebruik en intoxicaties, waaronder roken, alcohol en drugs. Daarnaast is gezondheidsvoorlichting en advies gericht op het tijdig gebruik van foliumzuur om de kans op een neuraalbuisdefect bij het - ongeboren - kind te verkleinen (9). Voorts kunnen aanstaande ouders worden geïnformeerd over het nut en de inhoud van - tijdige - verloskundige zorg. Desgewenst kunnen zij ook worden geïnformeerd over de mogelijkheden en implicaties van prenatale screening ter detectie van chromosomale afwijkingen, in het bijzonder Down syndroom en andere aangeboren afwijkingen, waaronder neuraalbuisdefecten.

Interventie

Preconceptionele interventie kan worden onderscheiden in een drietal terreinen van preventie. *Primaire* preventie duidt op de preventie van het ontstaan van ziekten meestal door de onderliggende oorzaken weg te nemen. In dit kader is foliumzuursuppletie het lichtende voorbeeld van primaire preventie. Ook kan hierbij worden gedacht aan vaccinaties tegen infectieziekten of het omzetten van potentieel schadelijke medicatie naar veiliger middelen. *Secundaire* preventie kan worden nagestreefd door de ziekte vroegtijdig vast te stellen en te behandelen voordat er klinische symptomen zijn. Dit geldt bijvoorbeeld voor diabetes mellitus (11). In het geval van *tertiaire* preventie worden behandelingen aangewend om verdere verergering van de ziekte en invaliditeit te voorkomen. Dit geldt bijvoorbeeld bij vrouwen met een ernstige hartafwijking of die eerder een orgaantransplantatie ondergingen. Zij kunnen op basis van goede informatie en afweging van risico's besluiten al dan niet een zwangerschap na te streven.

In het van kader preconceptionele interventie nemen genetische aandoeningen en/of erfelijke afwijkingen een aparte plaats in. In dit kader hebben aanstaande ouders preconceptioneel wel meer opties dan prenataal en zal de counseling anders zijn (informatie/advies over bijvoorbeeld kunstmatige donorinseminatie, pre-implantatiediagnostiek en adoptie).

Doelgroepen

Bij vrouwen met een verhoogd risico staat vast dat specialistische individuele preconceptiezorg resulteert in een betere zwangerschapsuitkomst. Dit geldt in het bijzonder bij vrouwen met diabetes, essentiële hypertensie, epilepsie, phenylketonurie en bij vrouwen die roken en/of geneesmiddelen gebruiken. Het aanbieden van preconceptiezorg aan een hoogrisico populatie zal zich tot de tweede- en derde lijns gezondheidszorg beperken. Hierin zal de gynaeco-loog, overeenkomstig het advies van de Gezondheidsraad (6), binnen een multidisciplinair team, een vooraanstaande, coördinerende, rol dienen te spelen. Scholing in specialistische preconceptiezorg moet daarom worden opgenomen in het opleidingsplan van gynaecologen in opleiding. Gespecialiseerde spreekuren voor preconceptiezorg functioneren binnen enkele verloskundige afdelingen van academische ziekenhuizen lijken in een behoefte van zowel patiënten als hulpverleners te voorzien (12). In het algemeen betreft het hier (echt)paren die zich, deels na externe verwijzing, met bekende chronische ziekten of een belaste obstetrische voorgeschiedenis tot de specialist wenden.

De effectiviteit van algemene individuele preconceptiezorg voor alle echtparen met kinderwens met een niet bij voorbaar verhoogd risico op ongunstige zwangerschapsuitkomsten staat nog niet vast. Ten aanzien van veel leefstijl factoren zoals roken bestaat er echter een duidelijke relatie met een verminderde vruchtbaarheid en verhoogde maternale en perinatale morbiditeit en mortaliteit en hoeft daarom de zin van het preconceptioneel wegnemen van dat risico niet meer ter discussie te staan. Nederland onderscheidt zich binnen Europa door de hoge anticonceptiegraad en dientengevolge hoge planningsgraad van zwangerschappen. Dit schept gunstige condities voor de bereikbaarheid van alle (echt)paren met kinderwens. De vraag welke beroepsgroepen voor de uitvoering van algemene individuele preconceptiezorg verantwoordelijk moeten worden gesteld is vooralsnog niet eenduidig te beantwoorden. Een rol in deze kan worden toebedacht aan huisartsen, GG&GD artsen, bedrijfsartsen en verloskundigen. Het is van groot belang dat preconceptiezorg, in analogie aan de prenatale zorg, als ketenzorg wordt georganiseerd. Daarbij moeten tussen de betrokken beroepsgroepen duidelijke afspraken worden gemaakt wat betreft verwijzingspatronen, protocollering van de preconceptieadviezen en (na)scholing. De NVOG zal daarin sturend moeten optreden. De preconceptie zorgketen moet ook toetsbaar zijn en daarom dient een landelijke registratie van preconceptiezorg, gekoppeld aan verloskundige uitkomstmaten, te worden gerealiseerd. In analogie aan de organisatiestructuur van de prenatale screening kan men wat betreft de transmurale organisatie van preconceptiezorg denken aan regionale structuren aangestuurd door de universitaire medische centra.

Conclusie

Preconceptiezorg behelst het vaststellen van een eventueel verhoogd risico, het geven van algemene en eventueel gerichte adviezen ter bevordering van de gezondheid van de aanstaande moeder en haar kind en - waar nodig - het tijdig instellen van een effectieve behandeling. Een oriënterende analyse voorafgaand aan een eventuele zwangerschap zal altijd beginnen bij een algemene risicoanalyse. In een laagrisico populaties kan daarna worden volstaan met het geven van algemene adviezen, zoals het stoppen met roken en

alcohol-gebruik, het pericon-ceptio-neel gebruik van foliumzuur, het verbeteren van de voeding en maatregelen om infecties met bijvoorbeeld toxoplasmose te voorkomen. Dergelijke zorg moet voor iedereen die dat wenst beschikbaar zijn. Specialistische preconceptiezorg valt onder de verantwoordelijkheid van de gynaecoloog en zal vaak geschieden naar aanleiding van een chronische ziekte, een reeds gecompliceerd verlopen zwangerschap of een abnormale zwangerschapsuitkomst. Dit vergt vaak nader onderzoek en diagnostiek. Afhankelijk van de bevindingen kan preconceptie-neel een goedonderbouwd plan worden opgesteld voor adequate begeleiding tijdens de zwangerschap, de partus en het kraambed. Deze vorm van preconceptiezorg dient actief aan paren te worden aangeboden.

Literatuur

1. De Weerd S, Steegers EAP. The past and present practices and continuing controversies of preconception care. *Community Genet* 2002; 5: 50-60.
2. ACOG Committee Opinion number 313, September 2005. The importance of preconception care in the continuum of women's health care. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 665-666.
3. Anderson J, Ebrahim S, Floyd L, Atrash H. Prevalence of Risk Factors for Adverse Pregnancy Outcomes During Pregnancy and the Preconception Period- United States, 2002-2004. *Maternal and Child Health Journal* 2006;10:101-106.
4. Atrash H, Johnson K, Adams MM, Cordero J, Howse J. Preconception Care for Improving Perinatal Outcomes: The Time to Act. *Maternal and Child Health Journal* 2006;10:3-11.
5. Korenbrot CC, Steinberg A, Bender C, Newberry S. Preconception Care: A Systematic Review. *Maternal and Child Health Journal* 2002;6:75-88
6. Gezondheidsraad, Preconceptiezorg: voor een goed begin. Den Haag. Gezondheidsraad, 2007: publicatienr. 2007/19.
7. Weerd de S, Bij van der AK, Cikot RJLM, Braspenning JCC, Braat DDM, Steegers EAP. Preconception care: a screening tool for health assessment and risk detection. *Prev Med* 2002; 34: 505-511.
8. Wildschut HI, van Vliet-Lachotzki EH, Boon BM, Lie Fong S, Landkroon AP, Steegers EA. Preconceptiezorg: een onlosmakelijk onderdeel van de zorg voor moeder en kind. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006;150:1326-30.
9. De Weerd S, Thomas CMG, Cikot RJLM, Steegers-Theunissen RPM, De Boo ThM, Steegers EAP. Preconception counseling improves folate status of women planning pregnancy. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 45-50.
10. Cragan J, Friedman J, Holmes L, Uhl K, Green N, Riley L. Ensuring the Safe and Effective Use of Medications During Pregnancy: Planning and Prevention Through Preconception Care. *Maternal and Child Health Journal* 2006;10:129-135.
11. Kitzmiller J, Gavin L, Gin G, Jovanovic-Peterson L, Main E, Zigrang W. Preconception care of diabetes. Glycemic control prevents congenital anomalies. *Journal of the American Medical Association* 1991;265:731-6.
12. De Weerd S, Wouters MGAJ, Mom-Boertjens J, Bos KL, Steegers EAP. Preconceptionele advisering: evaluatie van een polikliniek in een academisch ziekenhuis. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001; 145: 2125-2130.

Colofon

© 2008 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie Deze nota is vastgesteld in de 595^e ledenvergadering d.d. 28 mei 2008 te Haarlem. Deze nota is opgesteld door Prof. dr E.A.P. Steegers en Dr H.I.J. Wildschut beiden gynaecoloog, Erasmus MC, Rotterdam.

NVOG-nota's zijn beleidssturende documenten over de organisatie van (een deel van) het vak.

NVOG
Postbus 20075
3502 LB Utrecht
<http://www.nvog.nl/>

Disclaimer

De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders of richtlijnen, alsmede voor de gevolgen die de toepassing hiervan in de patiëntenzorg mocht hebben. De NVOG stelt zich daarentegen wel open voor attentering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze voorlichtingsfolders of richtlijnen. Neemt u dan contact op met het Bureau van de NVOG (e-mail: info@nvog.nl).