VOLUME 131 FEBRUARI 2018

ntog 01 2018

sinds 1889

GYNAECOLOGIE, ONCOLOGIE, PERINATOLOGIE EN VOORTPLANTINGSGENEESKUNDE

Met o.a.

- Sperm meets early pregnancy
- Vijf jaar stuitbevallingen in het OLVG
- Valkuilen bij gebruik registratiedata voor onderzoek
- Coecum blow-out als complicatie van salmonellose
- Commensaal veroorzaakt pelvien abces
- Gebruik van olifantenpoep in Zimbabwe
- Verlies weefsel uit vagina: decidual cast
- Selectie op seksualiteit: toestaan of tegengaan?
- Let's talk about sex!

nvog
NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
OBSTETRIE & GYNAECOLOGIE

BETMIGA BIJ OVERACTIEVE BLAAS:

- **Betmiga is innovatief en werkt anders dan anticholinergica[1]**
- **Betmiga is effectief op de symptomen van OAB[2,3]**
- **Betmiga wordt goed verdragen; onder andere percentage droge mond op placeboniveau[1,3]**

astellas

Betmiga™
mirabegron
Een frisse start bij OAB

NL/BET/0817/0020 Verkorte productinformatie en referenties elders in deze uitgave

Colofon

V. Mijatovic, hoofdredacteur (mijatovic@ntog.nl)
W.M. Ankum, voorzitter deelredactie gynaecologie
B.B. van Rijn, voorzitter deelredactie perinatologie
R.M.F. van der Weiden, voorzitter deelredactie vpg
S.J. Tanahatoe, redacteur vpg
J.W. Ganzevoort, redacteur perinatologie
F. Vernooij, redactie BOBT
B. Groen, namens VAGO
J. van 't Hooft, redacteur Crown Initiative
A.A. de Ruigh, rubrieksredacteur UNO
A.W. Kastelein, rubrieksredacteur UNO
M.J. Janssen, gynaecoloog, illustraties
A.C.M. Louwes, bureauondersteuning NVOG

DEELREDACTIES
E.A. Boss, rubrieksredacteur NOBT
S.F.P.J. Coppus, rubrieksredacteur NOBT
J.J. Duvekot, perinatoloog
O.W.H. van der Heijden, perinatoloog
R. van de Laar, perinatoloog
K.D. Lichtenbelt, klinisch geneticus
L.L. van Loendersloot, voortplantingsgeneeskunde
A.L. Metz-Berends, voortplantingsgeneeskunde
M.H. Mochtar, voortplantingsgeneeskunde
A.C.J. Ravelli, epidemioloog
W.B. de Vries, kinderarts-neonatoloog
W.C.M. Weijmar Schultz, gynaecoloog-seksuoloog
G.H. de Wet, redigeren abstracts
R.P. Zweemer, gynaecologisch oncoloog

UITGEVER & REDACTIESECRETARIAAT
GAW ontwerp+communicatie b.v.
Generaal Foulkesweg 72, 6703 BW Wageningen
mw. Judica Velema (bureauredactie)
Jelle de Gruyter (eindredactie & productie)
0317 425880 | redactie@ntog.nl | www.ntog.nl

ABONNEMENTEN
Standaard € 195,- per jaar. Studenten € 86,50 per jaar.
Buitenland € 295,- per jaar. Losse nummers € 26,-.
Abonnementen lopen per jaar van 1 januari t/m 31 december.
Aanmelden en opzeggen van abonnementen en adreswijzigingen s.v.p. doorgeven aan de uitgever.

ADVERTENTIES
Brickx, Kranenburgweg 144, 2583 ER Den Haag,
070 3228437 | www.brickx.nl
dhr. E.J. Velema | 06 4629 1428 | eelcojan@brickx.nl

OPLAGE, VERSCHIJNING & VOLGENDE EDITIE
1850 ex., 8 x per jaar. NTOG vol. 131 #1 verschijnt 3 feb. 2018.

AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd of openbaar gemaakt, in enige vorm of enige wijze, digitaal noch analoog, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.
Redactie en uitgever verklaren dat deze uitgave op zorgvuldige wijze en naar beste weten is samengesteld; uitgever en auteurs kunnen evenwel op geen enkele wijze instaan voor de juistheid of volledigheid van de informatie. Redactie en uitgever aanvaarden dan ook geen enkele aansprakelijkheid voor schade, van welke aard dan ook, die het gevolg is van bedoelde informatie. Gebruikers van deze uitgave wordt met nadruk aangeraden deze informatie niet geïsoleerd te gebruiken, maar af te gaan op professionele kennis en ervaring en de te gebruiken informatie te controleren.

RICHTLIJNEN VOOR AUTEURS
Zie www.ntog.nl

BEELD OMSLAG
Van Beek Images

ADVERTEERDERS IN DIT NUMMER
Astellas | *Betmiga*
Hologic | *Myosure*
Ferring Pharmaceuticals | *Rekovelle*
ISSN 0921-4011

Inhoud

Editorial
4 **Rapportage van uitkomsten**
dr. B.B. van Rijn en drs. T.E. Schaap

NVOG-bestuur
5 **Verbinding maakt slagvaardig**
dr. A. Vollebregt

Kort nieuws
6 **21 april Buitendag Werkgroep Historie | Herbeoordeling Ullipristal | degynaecoloog.nl | Rookvrije Generatie Award 2018 | Consultkaart 'Uw kind ligt in een stuit' | Perined-geboortegewichtcurven | Innovatie door Co-creatie | Resultaten enquête DES | Cimzia bij zwangerschap en borstvoeding | Owee**

Ingezonden
8 **Commentaren op Vesicovaginale fistels**
prof. em. dr. J. de Haan en prof. em. dr. M.P.M. Burger
Reactie namens de auteurs, dr. J.H. Schagen van Leeuwen.

Koepel Opleiding
12 **Themamiddag 'Randvoorwaarden Buitenlandstage**
drs. C.A.T. Kannes

Pijler Voortplantingsgeneeskunde
14 **Sperm meets early pregnancy**
dr. R.H.F. van Oppenraaij en dr. M. Rousian

Oorspronkelijke artikelen
20 **Evaluatie van vijf jaar stuitbevallingen in het OLVG Amsterdam**
drs. M. R. Schoonhoven, drs. C.M.W. de Sonnaville, drs. T.R. Zaa *et al.*

26 **Valkuilen bij het gebruik van registratiedata voor onderzoek in de geboortezorg**
dr. J. van Dillen

29 **Coecum blow-out als levensbedreigende complicatie van salmonellose**
drs. M.E. van Eck, drs. A.W. Vos en dr. T. Kluck

33 **Ongebruikelijke commensaal veroorzaakt pelvien abces na vaginale partus**
M.L. Gerds en dr. G.H. Jansen

35 **Gebruik van gedroogde olifantenpoep door zwangeren in Zimbabwe**
drs. J.T. Wolswinkel en dr. M.J.N. Weinans

39 **GynPics**
Verlies van weefsel uit de vagina: Decidual cast
drs. C.Y. Snel en drs. J.W. van den Brink

Column *Mieke Kerkhof*
40 **Als je aankomt, ben je op tijd**

Nederlands Onderzoek in Buitenlandse Tijdschriften
41 **Veiligheid balloninleiding | Drainage na liesklierdissectie? | Abnormaal CTG meer kans op foetale problemen? | Heeft centralisatie van ovariumcarcinoom-patiënten effect? | Uitkomsten bij nevenbevindingen NIPT**
dr. Floor Vernooij en dr. Rafli van de Laar

Zuijderland
44 **Selectie op seksualiteit: toestaan of tegengaan?**
Marcel Zuijderland

Update Nederlands Onderzoek
46 **Let's talk about sex!**
drs. Annemijn de Ruigh en drs. Arnoud Kastelein

Boekbesprekingen
50 **Handboek Geboortezorg bij verschillende culturen | Zwangerschapsdiabetes**
dr. J.P. de Graaf resp. drs. C. van der Houwen

NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE
Het NTOG is het officiële tijdschrift van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Dutch Society of Perinatal Medicine. De NVOG heeft als doel het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de voortplanting en van de vrouwenziekten te bevorderen, de optimale toepassing van kennis en kunde in de uitoefening van het specialisme Obstetrie en Gynaecologie te stimuleren en de maatschappelijke belangen van beoefenaars van het specialisme Obstetrie en Gynaecologie en in het bijzonder van haar leden te behartigen. De vereniging wil dit doel bereiken door het houden van wetenschappelijke bijeenkomsten; het publiceren van wetenschappelijke artikelen; het houden van toezicht op de nascholing van opgeleide specialisten; het behartigen van de belangen van de specialisten, alsmede de beoefenaars van dit specialisme, en in het bijzonder de leden van de NVOG, bij daarvoor in aanmerking komende organen en instanties.

Rapportage van uitkomsten

dr. B.B. van Rijn *voorzitter NTOG-deelredactie Perinatologie*
drs. T.E. Schaap *gynaecoloog, WKZ Geboortecentrum, UMC Utrecht*

Alle inspanningen van de Koepel Kwaliteit van de NVOG ten spijt, 'kwaliteit' blijft voor de meeste zorgverleners een vrij abstract begrip. Hoe definieer je kwaliteit in de verloskunde en gynaecologie? Hoe registreren en rapporteren wij met z'n allen zinnige uitkomsten om de zorg voor de patiënt echt te verbeteren?

Toch is het landschap aan het veranderen. Het ministerie van Volksgezondheid heeft eind vorig jaar een nieuwe ambitie aangekondigd: in 2021 moet 50% van de patiëntgebonden uitkomsten in de zorg transparant zijn.[1] Kernbegrippen in het door de minister aangekondigde beleid zijn *standaardisatie en openbaarmaking, inzet op infrastructuur voor monitoring van uitkomsten, terugdringen van overbehandeling en ruimte voor innovaties met duidelijke meerwaarde voor de patiënt.*

Op dit moment is nog maar 15% van de kwaliteitsindicatoren in Nederland gebaseerd op patiëntgebonden uitkomsten. Gelukkig worden ook in de geboortezorg de eerste stappen gezet op weg naar transparantie en vergelijkbaarheid van uitkomsten. De NVOG heeft al langer aandacht voor het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren en meetbare uitkomsten en loopt hiermee voor op de meeste andere wetenschappelijke verenigingen. Het naar buiten brengen van eigen uitkomsten per ziekenhuis of regio wordt in de praktijk echter nog weinig toegepast.

In deze editie van het NTOG rapporteren Schoonhoven *et al.*[2] op heldere en transparante wijze een overzicht van de klinische uitkomsten van vijf jaar stuitbevallingen in het onlangs gefuseerde OLVG-ziekenhuis in Amsterdam. De auteurs laten tot in detail zien welke geregistreerde, patiëntgebonden uitkomsten voor zowel moeder als neonaat zich in de afgelopen periode hebben voorgedaan. Het artikel illustreert dat rapportage en vergelijking van uitkomsten onder zorgverleners direct vragen oproept. Zo lijkt het percentage aterme vaginale stuitbevallingen ten tijde van de studieperiode in het OLVG vergelijkbaar met het landelijk gemiddelde van ongeveer 19%, maar is het aantal secundaire keizersneden aanzienlijk lager: 8,4% in het OLVG vs. 18,1% landelijk. Ook gaat de aterme vaginale stuitbevalling gepaard met 7,7% neonaten met apgarscore <7 bij 5 minuten ten opzichte van 0,7% na een keizersnede. De auteurs zijn, terecht, voorzichtig met het trekken van definitieve conclusies over de kwaliteit van de door hen geleverde zorg. Wel openen de auteurs de discussie over de gevolgen van dalende aantallen stuitbevallingen en daarmee mogelijk gepaard gaande terugval in expertise. Eén van de suggesties die de auteurs benoemen is de discussie rond centralisatie van zorg in 'expertisecentra' om zo kwaliteitsverlies bij laagfrequente zorg tegen te gaan. Of centralisatie in gespecialiseerde centra tot verbetering van kwaliteit zal leiden, is echter niet zonder meer gezegd en sterkt opnieuw het streven naar openbaarmaking en vergelijking van voor de patiënt relevante uitkomsten. Dat laatste is misschien wel de belangrijkste conclusie van dit artikel. Want wat zijn dan eigenlijk die uitkomsten in de geboortezorg die relevant zijn voor de patiënt?

Belangrijke stappen voor het rapporteren van uniforme uitkomsten en het gebruiken van uitkomstinformatie in het kader van samen beslissen, zijn afgelopen december gezet in Washington D.C. tijdens het wereldcongres van het *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM). Rondom dit congres organiseerde VWS en het Zorginstituut Nederland (ZIN), samen met de Nederlandse ambassade in de VS, twee sessies voor de Nederlandse deelnemers met als doel ervaringen uit te wisselen met de implementatie van *Value-Based Healthcare* (VBHC) in de praktijk. Daarnaast wordt voor ons eigen specialisme door o.a. de NFU de internationale ICHOM-uitkomstenset voor de geboortezorg gevalideerd voor de Nederlandse praktijk.[3,4] Tegelijk streeft de recent opgerichte Registratie Commissie Obstetrie & Gynaecologie (RCO&G), onderdeel van de Koepel Kwaliteit, naar harmonisatie en vereenvoudiging van implementatie van dergelijke uitkomstmaten binnen de door de NVOG geformuleerde kwaliteitscyclus.

Binnen de kwaliteitscyclus zullen steeds vaker de door de patiënt gerapporteerde uitkomsten en ervaringen, de zogenaamde PROM's *(Patient-Reported Outome Measures)* en PREM's *(Patient-Reported Experience Measures)* centraal staan. Werken met gestandaardiseerde uitkomstensets, en deze PROM's en PREM's, is echter nog volop in ontwikkeling en vergt van de betrokken zorgprofessionals een heel nieuwe manier van zorgevaluatie en praktijkvoering. Ook kunnen met gestandaardiseerde registratie van uitkomsten nieuwe kansen worden gecreëerd voor effectieve zorgevaluaties en versnelde implementatie van zorginnovaties in de praktijk. Zo ontstaat door registreren van vergelijkbare uitkomstindicatoren de mogelijk om nieuwe diagnose- en behandelstrategieën, vaak zelfs zonder gerandomiseerd onderzoek[5], op uniforme wijze te evalueren en gemakkelijker te beoordelen op kosteneffectiviteit. Door het opzetten van een dergelijke continue evaluatie van uitkomsten komt sluiting van de kwaliteitscirkel hopelijk een flinke stap dichterbij.

1. https://tinyurl.com/yd2gq5lk
2. Schoonhoven, et al. NTOG 2018;131:20-26.
3. De Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra (NFU). 2016. https://tinyurl.com/yav68ysj
4. Porter M.E., Lee T.H., *From volume to value in health care: the work begins.* JAMA 2016; 316(10):1047-8.
5. Lee V.S. et al., *Implementation of a value-driven outcomes program to identify high variability in clinical costs and outcomes and association with reduced cost and improved qaulity.* JAMA 2016; 316(10):1061-72.

Verbinding maakt slagvaardig

dr. A. Vollebregt *bestuurslid*

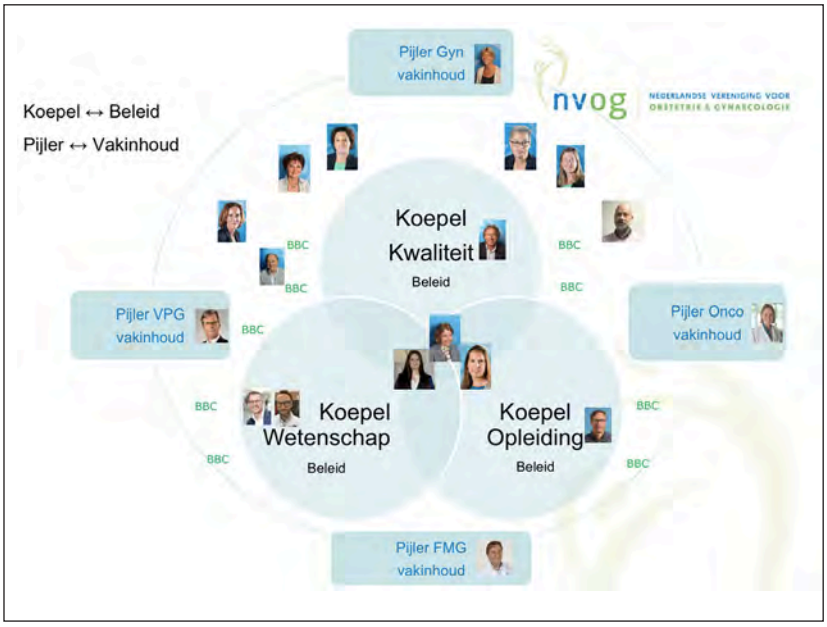
Eind november kwamen de voorzitters van de koepels en de pijlers, de BBC, het NVOG-bestuur en de bureaumedewerkers weer bijeen met als doel een stip op de horizon te zetten voor de komende jaren: waar gaan we ons wel en waar gaan we ons niet mee bezig houden?
Een half jaar eerder werd de aftrap gemaakt met de presentatie van de speerpunten van de NVOG (patiënt participatie, de kwaliteitscirkel en de toekomst van de gynaecoloog). De koepels, pijlers en BBC werd toen gevraagd om een jaarplan op te stellen samen met hun achterban (de diverse werkgroepen) om deze vervolgens met elkaar te bespreken op de beleidsmiddag in november. De input van deze bijeenkomst zal onder andere worden gebruikt om tot een gezamenlijk NVOG-beleidsplan 2020-2025 te komen.

Professionalisering NVOG

Tijdens de beleidsmiddag werd de verenigingsstructuur door Veronique van Dooren nog eens inzichtelijk gemaakt, kort gezegd:
De koepels (opleiding, wetenschap en kwaliteit) gaan over beleidsorganisatorische aspecten en de pijlers zijn de vakinhoudelijke verbinding met de vereniging. De BBC is gelinkt met zowel de koepels als de pijlers. Het NVOG-bureau ondersteunt zowel organisatorisch als beleidsmatig.
De rol van het bureau is recent verder geprofessionaliseerd: alle koepel- en pijlervoorzitters zijn geïnterviewd met als doel te komen tot een waardevolle en efficiënte inzet van het bureau.
De koepels worden inhoudelijk en organisatorisch door het NVOG-bureau ondersteund. Elke koepel heeft een vaste beleidsmedewerker van het bureau. De pijlers hebben inhoudelijke, beleidsmatige ondersteuning en kunnen op aanvraag ook organisatorisch worden ondersteund.
In nevenstaande figuur is de verbinding tussen deze partijen goed zichtbaar. Heeft de pijler een inhoudelijk/beleidsmatig plan dan kan dit direct via de betreffende koepel in gang worden gezet. Indien noodzakelijk wordt het NVOG-bestuur er bij betrokken (o.a in geval van financiële consequenties, dan wel in geval van aanzienlijke impact op de vereniging). Deze rolverdeling en de duidelijke verbinding tussen de koepels, pijlers en de BBC bleek voor velen een welkome eyeopener!

Vervolgens hebben de voorzitters afzonderlijk hun jaarplannen gepresenteerd, waardoor men inzicht kreeg in de diverse activiteiten en toekomstige ambities in combinatie met de NVOG-speerpunten.
Wat is er al veel bereikt en wat een mooie ambities (op gebied van wetenschap, beleid, kwaliteit, opleiding etc)!
Op sommige vlakken is er reeds een duidelijk verbinding tussen de verschillende pijlers en koepels en op sommige vlakken werd deze ter plekke zichtbaar of wenselijk. Van elkaar leren en elkaar weten te vinden waren belangrijke aspecten van de bijeenkomst. Tevens werd gediscussieerd wanneer er wel of geen extra ondersteuning noodzakelijk is van het bureau en hoe het bureau optimaal in te zetten. De meerderheid van de voorzitters gaf aan dat de tijdsinspanning de afgelopen jaren toegenomen is en dat enige vacatie gewenst is om de vereniging verder te kunnen professionaliseren. Het NVOG bestuur ondersteunt deze wens volledig en gaat de mogelijkheden onderzoeken.

Kortom een vruchtbare middag waarin duidelijk werd dat de NVOG weer een professionaliserings slag heeft gemaakt!
De jaarplannen zullen gebundeld worden tot een gezamenlijk jaarplan 2018 en verspreid worden onder de leden.



21 april: Buitendag Werkgroep Historie

Op zaterdag 21 april 2018 wordt de 26e Buitendag van de Werkgroep Historie georganiseerd in Leiden. Het programma van de dag is alsvolgt:

09:30 u. Ontvangst, Klein Auditorium van het Academiegebouw, Rapenburg 73
10:20 u. Welkom - **dr. Robin van der Weiden** *voorzitter Werkgroep Historie*
10:25 u. Welkom namens de ontvangende kliniek - **prof. dr. Jan van Lith**, *gynaecoloog, hoofd afd. verloskunde en foetale geneeskunde LUMC*
10:30 u. Leiden, de oudste universiteitsstad van Nederland
em. prof. dr. Willem Otterspeer *Universiteit Leiden*
10:50 u. Simon Thomas (1820-1886), Leids hoogleraar in het universitaire krachtenveld van de Nederlandse obstetrie
em. prof. dr. Mart van Lieburg *Erasmus MC Rotterdam*
11:10 u. Geschiedenis van de foetale therapie
prof. dr. Dick Oepkes *gynaecoloog LUMC*
11.30 u. Pauze (koffie, thee en frisdrank)
12:00 u. Vrouwenziekten in de Renaissance
em. prof. dr. Paul Defoort *Universiteit Gent*
12:20 u. (Pre)eclampsie in historisch perspectief
dr. Jan Lind *gynaecoloog Medisch Centrum Haaglanden.*
12:40 u. Helen & Judith (1701-1723), een inspirerende tweeling - **dr. Robin van der Weiden** *gynaecoloog Franciscus Gasthuis & Vlietland*
13:00 u. Lunch
14:30 u. Keuzeprogramma: stadswandeling, rondvaart, bezoek Hortus Botanicus, bezoek Rijksmuseum van Oudheden of deelname skills lab foetale therapie in het LUMC.
16:30 u. Nazit met drankje en hapje in de Faculty Club

Accreditatie is aangevraagd. Meer info, met name over de inschrijving, is te verkrijgen bij Evert Slager, *dr.e.slager@wxs.nl.*

Herbeoordeling veiligheid Ullipristal

In Frankrijk is vier keer melding gemaakt van ernstige leverschade bij patiënten die met Ullipristal werden behandeld. Hiervan kregen drie een levertransplantatie. Naar aanleiding hiervan heeft de *Pharmacovigilance Risk Assessment Committee* van de *European Medicines Agency* (EMA) besloten een herbeoordeling van Ullipristal te starten. De EMA gaat nu alle beschikbare gegevens evalueren en bepalen of er gevolgen zijn voor de toepasbaarheid van deze behandeling. Ulipristalacetaat is ook de werkzame stof in een medicijn voor eenmalige toediening dat is goedgekeurd voor noodcontraceptie, EllaOne. Er zijn geen gevallen van ernstige leverschade gerapporteerd bij EllaOne gebruik. Of de toepasbaarheid van Ullipristal voor de behandeling van myomen gaat veranderen, zal op z'n vroegst pas in maart 2018 duidelijk worden.
Bron: *www.ema.europa.eu*

www.degynaecoloog.nl

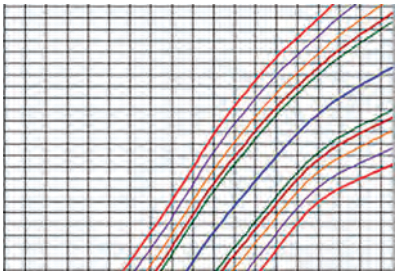
Vanaf 8 februari heeft de NVOG een nieuwe patiëntenwebsite. Onze patiënten zijn veel online te vinden, op zoek naar informatie. Het bleek dat de patienteninformatie op de NVOG-website slecht vindbaar was voor deze doelgroep. Daarbij streeft de NVOG ernaar participatie van patiënten meer in te bedden in de gehele NVOG-organisatie. Een goede online-toegang tot deze doelgroep, maar ook gemakkelijkere benaderbaarheid van de NVOG voor patiënten, lijkt hiervoor onontbeerlijk. Vandaar dat het afgelopen jaar door onder meer de Commissie Patiëntencommunicatie hard is gewerkt aan een nieuwe patiëntenwebsite, met als *www.degynaecoloog.nl* als resultaat. Om de website bij patiënten te promoten, heeft ieder ziekenhuis een aantal 'scheurblokjes' ontvangen.
Ook het openbare gedeelte van de NVOG-website is vernieuwd en staat het besloten ledengedeelte voor het komend half jaar op de planning. Voor de zomervakantie hoopt de NVOG weer geheel bij de tijd te zijn.

Rookvrije Generatie Award 2018? Nomineren!

Opgroeiende kinderen beschermen tegen tabaksrook en de verleiding om te gaan roken... dat is de ambitie van de Rookvrije Generatie. Daarom organiseren de Hartstichting, KWF Kankerbestrijding en het Longfonds samen de *Rookvrije Generatie Awards*.
Bent u, of kent u een persoon of organisatie die zich inzet voor de Rookvrije Generatie? Nomineer deze persoon of organisatie dan voor een *Award*.
Deze *Awards* zijn bedoeld om bijzondere initiatieven die ervoor zorgen dat kinderen rookvrij en zonder de verleiding om te gaan roken opgroeien, in het zonnetje te zetten.
Uit de aanmeldingen worden nominaties geselecteerd waar vanaf februari 2018 op gestemd kan worden.
De winnaars van de Rookvrije Generatie Awards 2018 worden bepaald naar aanleiding van de publieksstemmen (50%) en de stem van de vakjury (50%). Begin maart 2018 vindt de uitreiking van de Awards plaats. Meer info: *rookvrijegeneratie.nl/awards/.*

Consultkaart 'Uw kind ligt in een stuit'

Vanuit de Patiëntenfederatie Nederland en de NVOG is er een Consultkaart 'Uw kind ligt in een stuit: vaginale stuitbevalling of geplande keizersnede?'.
Een consultkaart is een nieuwe keuzehulp voor patiënten en artsen, geïnspireerd op de internationaal bekende 'Option Grids'. Een consultkaart ondersteunt patiënten en artsen bij het gesprek als er sprake is van verschillende behandelopties. Het geeft een beknopt overzicht van de mogelijkheden in vraag en antwoord. Aan de hand van de medisch wetenschappelijke richtlijn worden de meest gestelde vragen van patiënten per behandelmogelijkheid beantwoord. Arts en patiënt kunnen aan de hand van de consultkaart de mogelijkheden bespreken, vergelijken en samen een keuze maken voor de behandeloptie die het beste bij de patiënt past. Een consultkaart is bedoeld om door de arts en patiënt samen te gebruiken in de spreekkamer. Meer info: *www.nvog.nl//Sites/Files/0000005687_FMS_ck_Stuitbevalling_2017.01.pdf.*



Aanpassing Perined-geboortegewichtcurven

Op advies van een multidisciplinaire Werkgroep Curven heeft het Bestuur van Perined besloten de sinds 2007 bestaande (descriptieve) geboortegewichtcurven met ingang van heden te vervangen door recent ontwikkelde (normatieve) geboortegewichtcurven en deze als naam mee te geven de PerinedHoftiezercurven. Meer info: *www.perined.nl/producten/geboortegewichtcurven.*

Innovatie door Co-creatie

Donderdag 15 februari organiseert ZonMW voor de derde keer de jaarlijkse bijeenkomst over publiek-private samenwerking (PPS) in de Jaarbeurs te Utrecht. Deze middag gaat over hoe veelbelovend onderzoek verbonden kan worden aan economische kansen. Het is een gevarieerd programma voor onderzoekers, ondernemers en gezondheidsfondsen. Zo zijn er sessies over valorisatie, *Big Data* en MKB in PPS en aandacht voor nieuwe subsidiemogelijkheden voor PPS van o.a. ZonMW. Toegang gratis. Inschrijven op *innovatiedoorcocreatie.b2match.io/*

Resultaten enquête DES Centrum bekend

Welke kennis over DES is er bij gynaecologen en wat willen zij nog weten? Dat waren de centrale vragen bij de enquête die het DES-Centrum in het voorjaar naar gynaecologen stuurde. Daarbij is voor het centrum vooral belangrijk of gynaecologen op de hoogte zijn van het screeningsprotocol voor DES-dochters. Ruim honderd gynaecologen vulden de enquête in. De resultaten van de enquête zijn samengevat in een infographic, die MediQuest maakte. Bron: NVOG

Cimzia® ook bij zwangerschap en borstvoeding

Het Belgische UCB heeft aangekondigd dat het EMA een labelverandering heeft goedgekeurd voor Cimzia. Hierdoor is het een anti-TNF-behandelingsoptie die kan worden overwogen voor vrouwen met chronische ontstekingsziekten, zowel tijdens de zwangerschap als tijdens de borstvoeding.
Chronische ontstekingsziekten komen vaak voor bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd en kunnen voor zowel moeder als kind ernstige gevolgen hebben, waaronder een verhoogd risico op een miskraam of vroeggeboorte.
Op basis van de resultaten van twee studies (CRIB & CRADLE) is er nu geen tot minimale overdracht aangetoond van CIMZIA via de placenta en een minimale overdracht van Cimzia tijdens borstvoeding. Bron: UCB

O wee

Homo

Al vanaf mijn puberteit weet ik dat ik van de vrouwenliefde ben. Voor mij is het de gewoonste zaak van de wereld. Vandaag word ik er echter op merkwaardige wijze mee geconfronteerd. Ik doe spreekuur op de polikliniek gynaecologie. Aan een oudere vrouw vraag ik hoeveel kinderen ze heeft gebaard. Ze zegt: 'Vier, dokter.'
Ik informeer: 'Zijn ze allemaal gezond?' Zij antwoordt: 'Nee, dokter. De oudste twee wel, maar de derde is verstandelijk beperkt en de vierde is homo.'

Mieke Kerkhof

Commentaar op Schets et al., *Vesicovaginale fistels in Nederlands ziekenhuis* (I)

De teloorgang van de vaginale chirurgie in Nederland

prof. em. dr. J. de Haan *FRCOG*

Ruim een jaar geleden werd in het NTOG een artikel gepubliceerd over een baring waarbij het kind met een arm het rectum van de moeder perforeerde. Helaas werd deze laesie niet direct post partum vaginaal gesloten, maar werd de abdominale weg gekozen, uiteindelijk eindigend in een tijdelijk stoma voor de kraamvrouw. Reeds toen bekroop mij het gevoel dat de teloorgang van de vaginale chirurgie aanstaande was. Gelukkig kwam er direct commentaar op de bij deze patiente gevolgde werkwijze van één van mijn voormalige assistenten, dr. Harm de Haan uit Zwolle, inhoudende dat de door het kind veroorzaakte perforatie gemakkelijk direct post partum vaginaal gesloten had moeten en kunnen worden. Dat stelde mij toen weer enigszins gerust.

Echter na het lezen van het artikel van Schets *et al.*[1] omtrent de gevolgde procedures bij vesicovaginale fistels lijkt mij de conclusie, dat de teloorgang van de vaginale chirurgie in Nederland compleet is, gerechtvaardigd.

Immers van de in totaal vierentwintig vesicovaginale fistels werden er slechts twee (8%) geheel vaginaal gesloten. Bij vijftien (62,5%) werd een abdominale procedure uitgevoerd.

In de tropen, waar de incidentie van vesicovaginale (en rectovaginale) fistels vaak een groot probleem is, is de primaire benadering van deze fistels vaginaal, onder geleidingsanaesthesie.

De redenen hiervoor zijn onder meer dat men veelal moet werken in een infrastructuur welke insufficiënt is aan die in een modern westers ziekenhuis, ieder complicatie vermeden moet worden (infecties, bloedingen, respiratoire en of cardiale problemen), en de kosten zo laag mogelijk moeten blijven. De resultaten die behaald worden in grote tropische centra voor fistelchirurgie zijn onovertroffen in de wereld, de ervaring is enorm en de primaire benadering is in alle gavallen vaginaal.

Een voorbeeld hiervan is het werk van dr. Kees Waaldijk in Katsina en Kano in Nigeria, die intussen meer dan 25.000 fistels heeft geopereerd. Verschillende Nederlandse gynaecologen, waaronder ikzelf, hebben bij Waaldijk gestageerd en hebben zijn technieken overgenomen. Deze technieken en de resultaten daarvan zijn uitvoerig internationaal en/of via het web electronisch gepubliceerd. Daarnaast is Waaldijk bij collega Haspels in Utrecht gepromoveerd op fistelchirurgie. Het lijkt er op dat het werk en de resultaten van deze Nederlandse chirurg, maar ook van andere centra in de tropen, volledig aan de auteurs van dit artikel voorbij zijn gegaan. Immers er wordt niet eens verwezen naar zijn werk (en die van andere centra in de tropen) en zijn resultaten.

De conclusie die op grond van zijn resultaten kan en moet worden getrokken is dat minimale invasieve chirurgie bij vesicovaginale en rectovaginale fistels betekent: vaginale chirurgie en geen *sophisticated* transabdominale chirurgie. Immers bij het opheffen van dergelijke fistels komt men uiteindelijk altijd in de vagina terecht en is de gemakkelijkste toegangsweg in vrijwel alle situaties in eerste instantie de vagina.

Een ander opmerkelijk aspect van deze publicatie is het aantal patiënten met fistels dat wordt beschreven.

De auteurs zijn niet duidelijk gedurende welk tijdsverloop deze patiënten zijn verzameld en of deze fistels ontstaan zijn in één ziekenhuis. Als praktiserend gynaecoloog gedurende meer dan veertig jaar in drie verschillende academische ziekenhuizen (Amsterdam VU, Nijmegen Radboud, en Maastricht AZM) is mij bekend dat deze veelal iatrogene complicaties zelden voorkomen.

In dit artikel echter achttien keer na een uterusextirpatie en vier keer na een sectio caesarea, op een totaal van vierentwintig patiënten. Als dit aantal afkomstig is uit één ziekenhuis of zelfs uit minder dan drie ziekenhuizen gedurende slechts een aantal jaren, dan zou men zich toch zorgen moeten maken over de gebruikte operatietechnieken en of de *skills* van de betrokken gynaecologen. Of is dit een incidentie die momenteel als normaal wordt gezien in de Nederlandse *setting*?

Kortom, als de vaginale operatieve vaardigheden in Nederland niet voldoende behouden blijven, dan raken we uiteindelijk in een situatie dat patienten met vesicovaginale en rectovaginale fistels voor optimale en minimaal invasieve chirurgie beter in een centrum in de tropen geopereerd kunnen worden dan in eigen land.

Dit betekent dat opleiders in Nederland er niet alleen voor moeten zorgen dat assistenten geschoold moeten worden in vaginale chirurgie, maar ook dat ze zichzelf de daarvoor benodigde operatieve vaardigheden eigen moeten maken.

Referentie

1. Schets I.R.M., Boekel A., Onaca M.G. et al. *Vesicovaginale fistels in een Nederlands ziekenhuis.* NTOG 2017;130:425-429.

Contact
j.dehaan@maastrichtuniversity.nl

Commentaar op Schets et al., *Vesicovaginale fistels in Nederlands ziekenhuis* (II)

Concentreer problematiek in één of enkele expertisecentra

prof. em. dr. M.P.M. Burger *gynaecoloog*

In het laatste nummer van 2017 verscheen het artikel 'Vesicovaginale fistels in een Nederlands ziekenhuis'.[1] De vesicovaginale fistel (VVF) in Nederland is meestal een complicatie van een gynaecologische operatie. In totaal vijftien van de vierentwintig patiënten ondergingen een open abdominale hersteloperatie. Zeven patiënten ondergingen een vaginale procedure, waarbij bij vijf patiënten tevoren een cystoscopische omsnijding van het defect werd uitgevoerd. Bij de overige twee patiënten werd de fistel primair endoscopisch gesloten. In het artikel wordt de *nouveauté* benadrukt van het tevoren cystoscopisch omsnijden van het fisteltraject, ongeacht de operatieve techniek die wordt toegepast. Het maakt volgens de auteurs de vervolgstappen eenvoudiger omdat het juiste dissectievlak beter zichtbaar is. Zij achten het ruim vrijleggen van voldoende gezond blaas- en vagina-weefsel van belang voor een optimale wondgenezing, en gewenst voor het separaat en spanningsloos sluiten van de afzonderlijke lagen. Eveneens ongeacht de operatietechniek draagt een patiënte postoperatief drie weken lang een catheter. De eerste ingreep was succesvol bij achttien (75%) van de vierentwintig patiënten. In de subgroep van zeven patiënten die primair een vaginale procedure ondergingen was de eerste ingreep succesvol bij vier (57%).

De behandeling van de VVF is eerder aan de orde geweest in het NTOG.[2] In dat artikel werd betoogd dat de keuze voor de abdominale of vaginale techniek vooral wordt bepaald door het specialisme van de hoofdbehandelaar. De gynaecoloog Latzko heeft in 1942 een eenvoudige transvaginale operatie beschreven, de hoge occlusie van de vagina of partiële colpocleisis. Urogynaecologen die de latzkotechniek beheersen zullen het littekenweefsel rond het fisteltraject niet uitsnijden. Het defect wordt alleen maar groter en daarmee ook de kans op het uitscheuren van de hechtingen. Het relevante dissectievlak is het subdermale vlak van de vaginawand, en dat laat zich zonder cystoscopische omsnijding van het fisteltraject vinden. Omdat de achterwand van de vagina tegen de voorwand wordt gehecht, twee vlakken die in de natuurlijke situatie al tegen elkaar aan liggen, ontstaat geen spanning op de wond. Ná de latzkoprocedure draagt de patiënt gewoonlijk slechts één dag een catheter. Zij gaat naar huis na echografische verifiëring van de volledigheid van de spontane mictie. Het succespercentage van abdominale en vaginale (Latzko) procedures is gelijk (90-95%). En als de latzkoprocedure mislukt, is de volgende operatie weer gewoon een latzkoprocedure met dezelfde kans op succes. De voordelen van de latzkotechniek zijn de technische eenvoud, korte operatieduur, geringe hoeveelheid bloedverlies, het behoud van de blaascapaciteit, veiligheid van de ureteren, geringe postoperatieve pijn en morbiditeit, en het snelle ontslag zonder catheter.

De auteurs maken de keuze voor de operatieve behandeling in een multidisciplinair team en achten een gevarieerd operatiepalet zowel voorwaarde als noodzaak om VVF te behandelen. Zij stellen dat er weinig *evidence* is om de besluitvorming (voor de operatieve benadering) te onderbouwen.
Dat ben ik niet met ze eens.
Er is *evidence* om vooral te kiezen voor de latzkoprocedure waar die mogelijk wordt geacht door een urogynaecoloog die goed bekend is met de uitvoering van deze techniek. In de praktijk betekent dat selectieve verwijzing binnen de beroepsgroep bij verdenking op een iatrogene VVF. Bij een verhouding in de totale patiëntengroep van vijftien abdominale en zeven vaginale procedures ontstaat het beeld dat te vaak is gekozen voor een abdominale procedure. Die verhouding zal anders worden als de diagnostiek van de fistel primair in handen blijft van een urogynaecoloog die goed bekend is met de latzkoprocedure. Deze kan zonodig mede-beoordeling en/of mede-behandeling van een uroloog vragen.
De beroepsgroep zou moeten streven naar concentratie van deze problematiek in één of enkele expertisecentra. De gynaecologen van het AMC zijn goed bekend met de door Latzko beschreven operatie.

Referenties

1. Schets I.R.M., Boekel A., Onaca M.G. et al. *Vesicovaginale fistels in een Nederlands ziekenhuis.* NTOG 2017;130:425-429.
2. Burger M.P.M., Ankum W.M. & Roovers J-P.W.R. *Twee patiënten met een vesico-vaginale fistel na hysterectomie.* NTOG 2010;123:117-120.

Contact
info@mpmburger.nl

Reactie op commentaren op *Vesicovaginale fistels in Nederlands ziekenhuis*

Vroeger was zelfs de toekomst beter...

dr. J.H. Schagen van Leeuwen *uro-gynaecoloog, St Antonius Ziekenhuis Nieuwegein/Utrecht*
Ook namens de mede-auteurs.

Schrijven over de resultaten van fistelchirurgie (in Nederland) is een hachelijke onderneming. De lat ligt hoog. Succespercentages van >90% waren zeventig jaar geleden al de norm. *'Helaas, zoals het vroeger was, zo is het nooit geweest'* was de laatste zin die Pieter Treffers uitsprak tijdens zijn afscheidscollege in 1993 in het AMC. En dat geldt ook voor de behandeling van fistels. Het lastige van deze fistels is dat ze nogal verschillend zijn. Zo ook de moeilijkheidsgraad van sluiten. Waaldijk heeft voor *obstetrische* fistels een classificatiesysteem[1] ontworpen om meer eenduidigheid te scheppen in het beoordelen van de resultaten van de fistelchirurgie. *Postoperatieve fistels*, veelal na gynaecologische ingrepen, vormen een heel andere categorie. Een geselecteerde populatie van relatief makkelijk te behandelen patiënten, scoort anders dan moeilijke tot hopeloze gevallen. Dat die laatsten er zijn toont een publicatie uit Engeland.[2] Tussen 2000 en 2009 waren daar 1194 vrouwen met een uro-genitale fistel (UGF). Liefst 24,2% van hen kreeg een primair urostoma. Bij de overige 905 patiënten werd een poging gedaan de fistel te sluiten. Dit mislukte bij 108 patiënten. Terwijl de publicatie zelf rept van een slagingspercentage van bijna 90%, is in feite maar bij 66% van *alle* patiënten sprake van een geslaagde ingreep. Desta Mender, is een door het *Hamlin Fistula Hospital* gebouwd dorp even buiten Addis Abeba (Ethiopië), speciaal voor die vrouwen die blijvend incontinent zijn na mislukte chirurgie. Fistelchirurgie lukt niet altijd (meteen).

Hamlin Fistula Hospital in Addis Abeba. Foto Stichting Hamlin Fistula Nederland

Reactie op commentaar Burger

Onderstaand reageer ik op het commentaar van collega prof. dr. M.P.M. Burger. Met hem ben ik van mening dat onze beroepsgroep moet streven naar concentratie van deze problematiek in expertisecentra. Een eerdere versie van ons artikel was aangeboden aan het Tijdschrift voor Urologie (de eerste auteur wil graag uroloog worden). Daar werd het artikel afgewezen; de resultaten waren te mager. Mijn vraag aan de NvU of men een beter centrum kent, dat ook rapporteert over uitkomsten van behandeling, is nooit beantwoord. Feit is dat tweederde van onze patiënten naar ons was verwezen. Voor de verwijzers en voor ons is het toch belangrijk te weten of men niet beter elders terecht kan.
In de publicatie van Burger et al. [3] worden twaalf patiënten beschreven die in een periode van tien jaar werden gezien op de afdeling gynaecologie van het AMC, of er toen ook patiënten met een UGF bij de urologie kwamen, wordt niet vermeld. De gynaecologen van het AMC behandelden hun laatste negen patiënten met de latzkoprocedure. In zijn lezenswaardige publicatie uit 1942 verhaalt William Latzko over zijn ervaringen in New York met de 97 patiënten met een fistel die hij in een tijdsbestek van dertig jaar zag.[4] Het artikel is een indrukwekkende, erudiete weergave van de liefdevolle aandacht die hij had voor de problematiek van deze vrouwen. Bij 31 van de 97 vrouwen verrichtte hij de ingreep die nu zijn naam draagt. Om vaginaal toegang tot de fistel te krijgen maakte hij waar nodig incisies volgens Schuchardt. In die tijd begrijpelijk; immers geen antibiotica en een hoge

sterfte aan peritonitis bij open ingrepen. De latzkoingreep is alleen mogelijk bij patiënten die geen uterus meer hebben, waarbij de fistel in de top van de blindzak is gelegen. Latzko: *'... situation of the fistula (should be) at the outer most end of the vaginal funnel so that the posterior margin of the fistula and the scar of closure of the vaginal vault coincide. This is of decisive importance'*.
Verder moet de fistel vaginaal bereikbaar zijn en moet er geen bezwaar zijn tegen een verkorting van de vagina. Latzko stelt: *'In spite of the good results which we have achieved with the obliteration operation, we are by no means inclined to represent it as the only operation for postoperative fistulas'*.
Ik zag alle UGF-patiënten in onze serie samen met één uroloog. Per patiënte werd dan een plan van aanpak geformuleerd, waarbij de vaginale benadering van de fistel in principe steeds de voorkeur had. Pas als ik de inschatting maakte dat dit niet ging lukken (onbereikbaar) werd naar een andere oplossing gekeken. De keuze voor een abdominale of vaginale techniek lag nooit aan het toeval en/of het specialisme van de hoofdbehandelaar. Alle patiënten werden gezamenlijk geopereerd. Robot-chirurgie en de vaardigheden hiermee van collega Onaca, uroloog, stelde ons recent in staat om nog een patiënte uit onze serie succesvol te opereren. Met die robot kun je soms op plekjes komen (en hechten) die anders vrijwel ontoegankelijk zijn en blijven. Van onze vierentwintig patiënten heeft er nu nog één een zeer kleine fistel, die niet altijd lekt en die met incontinentiemateriaal naar haar tevredenheid is behandeld. Ze heeft o.a. een latzkoingreep gehad in bestraald gebied. De rest is droog.
Mag ik voorzichtig de conclusie trekken dat zowel een multidisciplinaire benadering als een breed operatiepalet, van belang is om de diversiteit aan fistels het hoofd te kunnen bieden? Naast een beetje volharding!
De NVOG en de NvU organiseren jaarlijks gezamenlijk cursorisch onderwijs voor hun aios. Fistelchirurgie komt daar ook aan bod. Dan moeten we toch ook samen een uro-gynaecologisch expertisecentrum UGF kunnen regelen? In ons artikel schatten we dat er in Nederland 30-40 van deze patiënten per jaar zullen zijn.

Reactie op commentaar De Haan

Onderstaand reageer ik op het commentaar van collega prof. dr. J. de Haan. Ik ben van mening dat de vaginale chirurgie in Nederland nog nooit zo gefloreerd heeft als nu. De NVOG-werkgroep Bekkenbodem is in binnen- en buitenland prominent vertegenwoordigd. De vaginale chirurgie heeft vooral een grote vlucht genomen, nadat er een klimaat ontstond waarin het normaal werd om uitkomsten van zorg systematisch te onderzoeken. Prolapsen recidiveren even vaak wel als niet... Met de erkenning dat resultaten soms tegenvallen, gloort de hoop op verbetering. En daarmee het inzicht dat niet alles vaginaal opgelost kan worden. Ik heb zelf de mening aangehangen dat vrijwel elke uterus vaginaal valt te verwijderen. Daar ben ik van teruggekomen, door het inzicht te verwerven dat vermeende virtuositeit minder relevant is voor indicatiestelling, dan veilige en reproduceerbare handelingen op basis van wetenschappelijke data. De langste weg is soms de weg naar binnen...
Met De Haan ben ik van mening dat collega Waaldijk een standbeeld verdient. Hij opereerde in dertig jaar meer dan 25.000 vrouwen met een UGF!
Ons artikel gaat evenwel niet over obstetrische fistels in Afrika. Als tropenarts in Ghana leerde ik obstetrische fistels opereren van Pat Lowery, MD, FACS, een medische missiezuster. Het was eind 1980 een politiek onstabiele tijd.[5] Jarenlang was er een avondklok. De publieke sector, en met name de academische ziekenhuizen in Accra en Kumasi, functioneerde niet meer. Verwijspatronen verliepen omgekeerd naar de perifere missieziekenhuizen, die met steun van buiten nog wel aan wat middelen wisten te komen. In die tijd heb ik veel vrouwen met obstetrische fistels geopereerd. Er was toen in een straal van honderden kilometers niemand anders beschikbaar. Alle fistels werden vaginaal gesloten. Na bijna zes jaar Ghana begon mijn opleiding bij prof. dr. A.A. Haspels. Van hem heb ik geleerd: *'Wantrouw succespercentages van Noord-Koreaanse omvang, oordeel niet over zorg waarbij je de patiënten niet zelf gezien hebt en trek geen grote conclusies uit studies met kleine aantallen'*.
De suggestie van collega De Haan om eerst eens zelf vaginaal te leren opereren alvorens het mijn assistenten te leren, kan ik na ruim 25 jaar opleider te zijn geweest, niet meer waarmaken. Wat ik wel doe is, met dr. Harm de Haan, naar 'ons' oude ziekenhuis in Ghana te gaan. Zie www.berekum.nl Daar geven we met de collega's uit de ISALA-kliniek uit Zwolle les aan de verloskundigen in opleiding en opereren we samen met de jonge Ghanese dokters die het ziekenhuis nu bemensen. Tevens steunen we de bouw van een verloskamercomplex. Een bijdrage van u allen wordt zeer gewaardeerd!
Opereerde ik er vroeger nog regelmatig vrouwen met een UGF, nu zijn er *post aut propter* in de regio van het ziekenhuis al meer dan tien jaar geen patiënten meer met deze aandoening. Preventie van fistels door goede moeder- en kindzorg is een belangrijke voorwaarde voor het voortbestaan van onze planeet. *Family planning* slaat alleen duurzaam aan waar men ook respect heeft voor het jonge leven. De behandeling van fistels is nu in Ghana op twee plaatsen geconcentreerd. Daar krijgen ze dat wel voor elkaar.

Referenties

1. Waaldijk K. *Step by step surgery of vesicovaginal fistula; a full-color atlas.* 1994 Campion press ltd Edinburgh.
2. Cromwell D. & Hilton P. *Retrospective cohort study on patterns of care and outcome of surgical treatment for lower uro-genital tract fistula among English National Health Service hospitals between 2000 and 2009.* BJU Int. 2013;111:257-62.
3. Burger M.P.M., Ankum W.M. & Roovers J-P.W.R. *Twee patiënten met een vesicovaginale fistel na hysterectomie.* Ned Tijschr Obstet & Gyn 2010;123:117-120.
4. Latzko W. *Postoperative vesicovaginal fistulas.* Gen.&Ther. Am J Surg 1942;58:211-18. (aanrader: mail me en ik stuur een pdf).
5. John Dramani Mahama: *My First Coup d'Etat: And Other True Stories from the Lost Decades of Africa*, 2013 Bloomsbury, New York. USA.

Contact
j.schagen@antonius.net

Themamiddag

‘Randvoorwaarden Buitenlandstage

drs. C.A.T. Kanne *beleidsondersteuner NVOG*

Vorig jaar december vond de themamiddag ‘Randvoorwaarden Buitenland stage’ plaats. De themamiddag was georganiseerd door de Koepel Opleiding. Doel van deze bijeenkomst was om met opleiders en aios ervaringen uit te wisselen over buitenlandstages en te bediscussiëren welke afspraken we hiervoor nodig achten om de kwaliteit en veiligheid te borgen.

De middag werd gestart met een drietal presentaties door (voormalig) aios waarin hun ervaringen in het buitenland gedeeld werden met de aanwezigen. Respectievelijk twee stages in het Tygerbergh Hospital in Kaapstad door Anke Heitkamp en Sanne van der Kooij en een stage in Melbourne door Josien Terwisscha.

Samenvattend kan vastgesteld worden dat de drie sprekers een buitenlandstage als een evidente meerwaarde zien. Je wordt (persoonlijk) uitgedaagd doordat je buiten je *comfort zone* werkt en in een andere cultuur terecht komt. Een kijkje in andermans keuken leert je te reflecteren en te relativeren op je werksituatie in Nederland.
De *exposure* in het buitenland, zowel hoge volumes als ook zeldzame afwij-

Regels en procedure buitenlandstage

Criteria/Richtlijn Buitenlandstage Aios Obstetrie & Gynaecologie
Vastgesteld op 26 september 2014, in Utrecht door het Concilium Obstetricum et Gynaecologicum

1. Een aios mag een deel van zijn opleiding in het buitenland doen. Een buitenlandstage kan pas worden aangevraagd in het differentiatiedeel van de opleiding na het behalen van IJkpunt II.

2. Van alle gemaakte voortgangstoetsen mag er maximaal één met een onvoldoende zijn afgelegd.

3. Alle verplichte cursussen zijn gevolgd.

4. Een buitenlandstage moet aantoonbaar meerwaarde voor de opleiding hebben.

5. De buitenlandstage vindt plaats in een, in dat land erkende, opleidingsafdeling en kan maximaal 1 jaar duren.

6. Een buitenlandstage kan alleen plaats vinden indien de aios zijn/haar eigen financiering regelt. De aios wordt gedetacheerd met behoud van salaris vanuit Nederland naar de buitenlandse kliniek zonder dat hij aanspraak kan maken op reis- en verblijfskosten.
Het clusterziekenhuis kan niet verplicht worden een additionele financiële bijdrage te leveren.

7. In de aanvraag voor een buitenlandstage wordt een motivatie en een nauwkeurige omschrijving van de activiteiten opgenomen met tevens een voorstel voor een aangepast opleidingsschema. De aios dient aan te geven waarom de kennis en ervaring niet in de eigen (of een andere) OOR kan worden opgedaan. De toegevoegde waarde van de buitenlandstage blijkt uit het bijgehouden Persoonlijke Opleidings Plan (POP).

8. Het portfolio is up to date en in overeenstemming met de opleidingsfase en is geaccordeerd door de U- en NU-opleider. De eindverantwoordelijke opleider keurt de aanvraag uiteindelijk goed. Tijdens de buitenlandstage moet er goede communicatie tussen de opleider in buitenland en de eindverantwoordelijke opleider plaatsvinden over het POP, voortgang en competenties.

9. Na lokale goedkeuring door U- en NU-opleider informeren aios en U-opleider het Concilium over de buitenlandstage. In geval van een meningsverschil tussen aios en NU-/U-opleider over de meerwaarde c.q. goedkeuring van de aanvraag voor een buitenlandstage kan bij het Concilium een bindend advies aangevraagd worden.

10. Na goedkeuring door de U en NU opleider wordt de aanvraag voorgelegd aan de RGS die het definitieve besluit tot goedkeuring of afwijzing neemt. Ten aanzien van beroep of bezwaar gelden de regels van de RGS.

11. Na afronding van de buitenlandstage vindt rapportage door de aios plaats. Bij voorkeur in het NTOG en het Concilium, maar in ieder geval in de eigen cluster.

kingen, creëren veel leermomenten in korte tijd. Daarnaast kan veel geleerd worden van andermans werkwijze en vice versa kun je ook kennis en ervaringen delen met de gastwerkgever in het buitenland.

Wel moet je goed voorbereid beginnen aan je buitenlandstage en is het niet voor iedereen weggelegd. Je moet flexibel zijn, stevig in je schoenen staan en minimaal zelfstandig een sectio kunnen uitvoeren. Belangrijk is om vooraf voor jezelf leerdoelen vast te stellen en afspraken te maken voor een stage plan. Een mentor of begeleider ter plaatse wordt als een grote meerwaarde ervaren om snel wegwijs te worden en te kunnen overleggen.

Met de aanwezigen is gediscussieerd of er centraal, bijvoorbeeld vanuit de NVOG, controle moet plaats vinden op kwaliteit en veiligheid van de stage. De NVOG heeft in 2014 hiertoe criteria opgesteld, zie ook het besloten deel van de NVOG-website > Koepels en Pijlers > Concilium > Reglementen.

De aanwezigen bij de themamiddag achten deze criteria grotendeels nog steeds van toepassing. Een buitenlandstage moet o.a. minimaal in een, in dat land, erkende opleidingsafdeling plaats vinden. Een buitenlandstage, is alleen mogelijk met een akkoord van respectievelijk de U- én NU-opleider en wordt daarmee decentraal beoordeeld. Besproken werd dat in aanvulling daarop het *NVOG Global Network* geraadpleegd kan worden voor hun ervaringen met opleidingsklinieken in het buitenland en om af te stemmen of het een geschikte plek is voor een buitenland stage.
Het NVOG Global Network heeft als missie zich te richten op samenwerking met internationale partners op het gebied van *kennisuitwisseling* in de vorm van *kwaliteit en toegankelijkheid van zorg, opleiding* en *wetenschap* (betreffende de vier pijlers binnen de gynaecologie). Kernbegrippen hierbij zijn: samenwerking op basis van *gelijkwaardigheid* en *duurzaamheid*. Eén van de specifieke doelen is samenwerking aan gaan en ondersteuning bieden voor een kwalitatief goede opleiding tot gynaecoloog in het buitenland. En eigen aios de mogelijkheid bieden tot internationale ervaring in kwalitatief goede en veilige omgeving.

Daarnaast werd vastgesteld dat een checklist waar je als toekomstige stagiair aan zou moeten voldoen, van meerwaarde kan zijn. Dit zal worden opgepakt samen met het NVOG Global Network. Tot slot kan nagedacht worden over een voorbereidende training/cursus voor de stagiair en/of het delen van stage verslagen in een bepaald format op de VAGO en/of NVOG website.

De volgende thema middagen vinden plaats op de vrijdagen:
- 16 februari 2018: Bekwaam verklaren met EPA's
- 6 april 2018 (o.v.b.): Opleiding Obstetrie & Gynaecologie Europa breed; EBCOG project PACT
- 15 juni 2018: thema wordt nog bekend gemaakt
- 28 september 2018: thema wordt nog bekend gemaakt
- 30 november 2018: thema wordt nog bekend gemaakt

Voor meer informatie verwijzen wij u naar de activiteitenagenda op de NVOG website.

steun ons!

In Nederland worden iedere dag 500 baby's geboren. Dagelijks overlijden vier baby's als gevolg van groeivertraging, vroeggeboorte of aangeboren afwijking. Fonds Gezond Geboren financiert onderzoek om dit leed te voorkomen. Word donateur via gezondgeboren.nl

gezond geboren

Het best van twee werelden

Sperm meets early pregnancy

dr. R.H.F. van Oppenraaij *gynaecoloog, afd. Verloskunde en Vrouwenziekten, Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam*
dr. M. Rousian *aios verloskunde en vrouwenziekten, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam*

Op 29 september 2017 werd de vierde Pijlerdag voortplantingsgeneeskunde georganiseerd, opnieuw in het NBC-Congrescentrum in Nieuwegein. De organisatie van de pijlerdag lag in handen van de Special Interest Group (SIG) Jonge Zwangerschap en de recent opgerichte SIG Andrologie. Deze pijlerdag stond in het teken van gezond zwanger worden, preconceptiezorg en hormonale veranderingen in de zwangerschap, en in het teken van de recentste ontwikkelingen binnen de andrologie. De ochtendsessie werd voorgezeten door Robbert van Oppenraaij (gynaecoloog) en Melek Rousian (aios gynaecologie en postdoc) namens de SIG Jonge Zwangerschap. De middagsessie werd voorgezeten door Monique Mochtar (gynaecoloog in het AMC te Amsterdam) namens de SIG Andrologie. Met ca. 120 deelnemers werd ook deze pijlerdag goed bezocht. Hieronder een overzicht van de gehouden presentaties. Bijna iedere spreker heeft een bijdrage kunnen leveren aan onderstaande samenvatting van de vierde voortplantingsgeneeskunde pijlerdag.

Preconceptiezorg

Dr. Sabine van Voorst, *aios gynaecologie in cluster Rotterdam, begon de sessie van SIG Jonge Zwangerschap met een presentatie over de organisatie van de preconceptiezorg.*[1]

Gegeven de perinatale mortaliteits- en morbiditeitscijfers laat de huidige organisatie van perinatale zorg kansen liggen. Embryonale gezondheid is bepalend voor de gezondheid van het desbetreffende individu. Tegen de tijd dat een vrouw start met antenatale zorg, is er reeds blootstelling van de foetus aan risicofactoren geweest. Preconceptiezorg biedt de mogelijkheid om die risico's te reduceren, voorlichting te geven en aan te sturen op geïnformeerde keuzes.

Preconceptiezorg is bekend sinds de jaren 60-70. Het heeft aan erkenning gewonnen sinds 'het debat over perinatale sterfte' rond 2000. Het gaf de urgentie aan om de organisatie van perinatale zorg te veranderen. Door de brug te slaan tussen perinatale morbiditeit en volksgezondheid later in het leven zijn beleidsmedewerkers geïnteresseerd geraakt in preconceptiezorg. Het werd erkend als een toevoeging aan routinematige perinatale zorg. Dit heeft geresulteerd in vele initiatieven voor preconceptiezorg, onder andere ook het HP4ALL, *Healthy Pregnancy 4 All*-1-programma (2011-2014, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport en het Erasmus MC).

In het HP4All-1-programma is geëxperimenteerd met een programmatische aanpak voor preconceptiezorg in veertien gemeenten. GGD's, huisartsen en verloskundigen werkten samen in het aanbieden van preconceptiezorgspreekuren. Grootste winst van het programma is wel het ontstaan van nieuwe samenwerkingsverbanden tussen de curatieve zorgverleners (verloskundigen en huisartsen) en het publieke systeem (GGD's en beleidsmedewerkers) met meer oog voor preconceptiezorg.

In de lijst voor preconceptionele indicatie (PIL) wordt aanbevolen om een lokale programmatische aanpak na te streven voor preconceptiezorg. Het is noodzakelijk om urgentie te creëren onder lokale beleidsmedewerkers, huisartsen en verloskundigen. Daarvoor zijn lokale perinatale statistieken essentieel. Daarnaast is er een continue samenwerking nodig om preconceptionele spreekuren te realiseren. De doelgroep dient in een vroege fase bij het opzetten van een programma betrokken te worden. Tot slot is het belangrijk dat evaluatie van de eigen strategieën onderdeel is van een programma om deze te kunnen passen zodat effectiviteit in de loop der jaren toeneemt.

Roken en Zwangerschap

Dr. Jasper Been, *kinderarts-neonataloog in het Erasmus MC – Sophie Kinderziekenhuis te Rotterdam, toonde met zijn presentatie aan wat het effect van roken in de zwangerschap is op de foetus en de neonaat. Verder liet hij zien of beleidsaanpassingen in handhaving van rookvrije publieke ruimtes van invloed zijn op dit effect.*

Roken is de belangrijkste voorkombare oorzaak van ziekte en sterfte wereldwijd. In Nederland rookt ongeveer 25% van de mensen in de reproductieve levensfase; één op de tien zwangere vrouwen rookt gedurende de gehele zwangerschap.[2] Belangrijke risicogroepen zijn jonge vrouwen (<25 jaar) en mensen met een lage sociaal-economische status. Aanpak van roken is essentieel omdat (mee)roken tijdens de zwangerschap het risico verhoogt op bijvoorbeeld vroeggeboorte, perinatale sterfte, foetale groeivertraging, maar ook op astma en luchtweginfecties op de kinderleeftijd.[3] Op basis van internationale verdragen heeft elk kind het recht om rookvrij op te groeien.[4] Echter, roken is een verslaving en de meeste rokende (aanstaande) zwangere vrouwen en hun partners hebben daarom ondersteuning nodig om te kunnen stoppen.

Vanuit beleidsoogpunt: er is bewijs dat strenge invoer en handhaving van rookvrije publieke ruimtes het aantal vroeggeboortes en gevallen van foetale groeivertraging vermindert.[5] Ook zijn er aanwijzingen dat verhogen van de tabaksaccijns kan helpen om zuigelingensterfte te verminderen.[5,6]

In Nederland lijken de effecten van tabaksbeleid relatief beperkt ten opzichte van landen waarin de invoer en handhaving effectiever is.[7] Desondanks is er ook in Nederland steeds meer aandacht voor het belang van preventie van tabaksgerelateerde gezondheidsschade bij het (ongeboren) kind. Samen met andere partijen heeft de *Taskforce Rookvrije Start* zich met succes ingezet om de rookvrije generatie onderdeel te laten worden van het nieuwe regeerakkoord.

Naast beleidsmakers hebben medische professionals natuurlijk een belangrijke verantwoordelijkheid om de negatieve invloed van roken op de gezondheid van toekomstige generaties te minimaliseren. Recent verscheen via het *Trimbos Instituut* een addendum bij de *Landelijke richtlijn Tabaksverslaving* met specifieke adviezen over de aanpak van tabaksverslaving tijdens de zwangerschap.[8] Het is essentieel dat binnen elke relevante gezondheidszorginstelling in Nederland een duidelijk zorgpad wordt ontwikkeld voor toeleiding van de rokende (aanstaande) zwangere en haar partner tot effectieve stoppen-met-roken-ondersteuning. Door een effectief tabaksontmoedigingsbeleid en door persoonlijke begeleiding van rokende (aanstaande) zwangere vrouwen en hun partners te integreren in de standaardzorg kunnen belangrijke stappen gezet worden in het terugdringen van voorkombare ziekte en sterfte van jong leven als gevolg van tabaksgebruik.

Endocrinologie van de Zwangerschap

Professor Nils Lambalk, *gynaecoloog in het VUmc te Amsterdam, hield een presentatie over het effect van de zwangerschap op de reproductieve hormonen en het effect van de reproductieve hormonen op de zwangerschap en de foetus. De focus lag hierbij op het effect bij zwangere vrouwen met PCOS en tweelingzwangerschappen.*

De placenta is een uiterst belangrijk reproductief, endocrien orgaan, maar het bevat niet alle enzymen die nodig zijn om de precursoren om te zetten die het menselijk lichaam nodig heeft. Het is gemakkelijk voor de placenta uit cholesterol progesteron te produceren, maar de productie van oestrogeen vereist androgene voorlopers van de foetus en moeder waaruit vervolgens oestriol, estetrol, estradiol en oestron worden geproduceerd. Als we willen weten hoe deze productie plaatsvindt, moeten we nog steeds vertrouwen op navelstrengbloed, vruchtwater en maternaal serum tijdens de zwangerschap. In principe is het vruchtwater als bron het meest betrouwbaar maar moeilijk te verkrijgen. We hebben nog steeds nauwelijks enig idee wat er bij kinderen gebeurt vóór de geboorte, omdat de meeste van onze informatie afkomstig is van bloed uit de navelstreng.

Voor de hand liggende vragen met betrekking tot de meisjes van moeders met PCOS zijn: 'Is er sprake van foetaal hyperandrogenisme bij PCOS-zwangerschappen?' en 'Veroorzaakt prenatale blootstelling aan androgenen PCOS?' en tenslotte 'Is de oorsprong van foetale androgenen maternaal van origine via placentaire passage tijdens de zwangerschap of toch foetaal?'. Momenteel zijn de antwoorden op deze vragen nog niet duidelijk te geven. Er zijn studies die erop wijzen dat foetale blootstelling aan androgenen gerelateerd kan zijn aan PCOS, gemeten aan de hand van een toegenomen afstand tussen vulvaire commissura posterior en de anus (de z.g. anogenitale afstand). Ook wordt er hyperandrogenisme gevonden bij kinderen van wie de moeder PCOS had. Er is ook gesuggereerd in historisch Fins onderzoek dat meisjes met een broer als co-twin minder vruchtbaar zouden zijn, maar resultaten van eigen onderzoek geven aan dat PCOS verschijnselen bij dit type tweelingen niet voorkomt en in navelstrengbloed van meisjes met een moeder met PCOS worden eerder lagere dan hogere androgeenwaardes gemeten ondanks de hogere waarden in het bloed van de moeder op het moment van de bevalling. We moeten op basis daarvan concluderen dat blijkbaar omzetting van androgenen door placenta-aromatase naar oestrogenen voldoende bescherming geeft tegen overmatig maternale androgeen blootstelling. Opmerkelijk genoeg vonden we ook een significante vermindering van oestron, estradiol bij de pasgeboren dochters van een PCOS-moeder en niet bij de jongetjes. Deze genderspecifieke verschillen wijzen wel op een foetaal veranderde geslachtssteroïdogenese van gonadale oorsprong. De vraag blijft of dit intrinsiek is aan de foetus of toch veroorzaakt is door de endocriene maternale omgeving.

Wij keken ook naar reproductieve endocrinologie bij de pasgeboren tweelingen. Zoals werd verwacht, zijn oestrogeen- en progesteronconcentraties hoger bij moeders van een tweeling, vergeleken met moeders van een eenling. Maar in tegenstelling tot wat algemeen wordt aangenomen, blijken de baby's juist lagere concentraties van beide hormonen te hebben. Verder vonden we bij dizygote tweelingen geen duidelijke androgene effecten van jongens op hun vrouwelijke tweelingzus. Dizygote meisjes hebben wel hogere oestrogeen waarden dan monozygote tweelingmeisjes. Wat ook blijkt is dat de hypothalamus-hypofyse-gonadale-as bij mannelijke pasgeborenen met een vrouwelijke co-tweeling gedeeltelijk is onderdrukt, aangezien deze jongens een lager luteïniserend hormoon hebben dan tweeling jongens met broer als co-twin.

Schildklier (dys)functie en Zwangerschap

Omdat de aandacht op de hormonen gevestigd was, kon **Professor Robin Peeters**, *internist-endocrinoloog in het Erasmus MC en hoofd van het schildkliercentrum te Rotterdam, ons alvast op de hoogte brengen van de nieuwe aanpassingen in de richtlijn van de schildklierfunctie in de zwangerschap.*

Adequate beschikbaarheid van het schildklierhormoon is belangrijk voor een ongestoord beloop van de zwangerschap en voor een optimale groei en ontwikkeling van de foetus. Schildklieraandoeningen tijdens de zwangerschap zijn geassocieerd met ongunstige obstetrische uitkomsten en een gestoorde foetale ontwikkeling. Een toenemend aantal onderzoeken toont dat ook mildere vormen van schildklierdisfunctie geassocieerd zijn met deze nadelige uitkomsten.

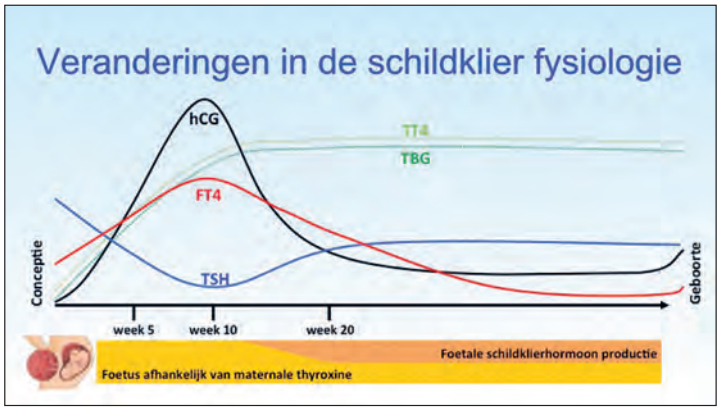


Fig. 1. De normaalwaarden van de schildklierhormonen en hCG gedurende de zwangerschap. Reprint uit Korevaar et al. Thyroid disease in pregnancy: new insights in diagnosis and clinical management. Nat Rev Endocrinol 2017;13:610-22.

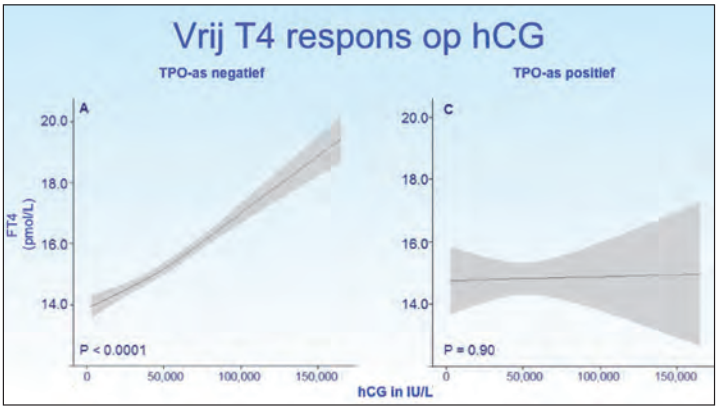


Fig. 2. De associatie tussen maternale serum-vrij-T4 en hCG bij zwangere vrouwen met negatieve en positieve TPO-antistoffen. Het gemiddelde is de zwarte lijn, 95% confidence interval door het grijze gebied. De analyse werd gecorrigeerd voor zwangerschapsduur. Reprint uit Korevaar et al. Maternal and birth characteristics are determinants of offspring thyroid function. J. Clin. Endocrinol. Metab 2016;101:206-13.

Tijdens de zwangerschap treden ingrijpende veranderingen in de fysiologie van de schildklier op. De foetale schildklier is niet functioneel tot week 18-20 van de zwangerschap. Hierdoor is de foetus afhankelijk van de placentaire overdracht van maternaal T4. Een toename van de maternale schildklierhormoonproductie is noodzakelijk om voldoende beschikbaarheid van het schildklierhormoon voor de foetus te waarborgen. Hoge concentraties humaan choriongonadotrofine (hCG), een zwakke agonist van de TSH-receptor, verhogen de productie van het schildklierhormoon (figuur 1), wat resulteert in andere referentiewaarden voor het schildklierstimulerend hormoon (TSH) en vrij thyroxine (FT4) vergeleken met niet-zwangere vrouwen. Er zijn echter grote verschillen in de referentiewaarden van de schildklierfunctie tussen verschillende populaties zwangere vrouwen. Deze verschillen kunnen worden verklaard door variaties in assays en populatie-specifieke factoren, zoals etniciteit en BMI *(body mass index)*. Als gevolg hiervan zijn de definities van zowel klinische als subklinische schildklierdisfunctie de afgelopen jaren aanzienlijk veranderd, omdat nieuwe gegevens aangeven dat de in het verleden vaak gebruikte vaste cut-offs voor de bovengrens van TSH van 2,5 of 3,0 mU/L voor veel populaties te laag zijn.

Het belang van het gebruik van een correcte referentiewaarden wordt onderstreept door het feit dat zelfs kleine subklinische variaties in de schildklierfunctie geassocieerd zijn met ongunstige zwangerschapsresultaten, waaronder een laag geboortegewicht en miskramen. Er is echter nog steeds een gebrek aan bewijs over de effecten van de behandeling van deze subklinische variaties, waardoor we ook bewust moeten zijn van het risico van overbehandeling met levothyroxine.

Er is een synergistisch effect van hogere TSH-waarden en TPOab-positiviteit op het risico voor ongunstige zwangerschapsuitkomsten. Dit lijkt het gevolg te zijn van het feit dat er een verminderde schildklierrespons is op het hCG bij TPOab positieve vrouwen (figuur 2). Dit synergetisch effect van een hoge TSH- en TPOab-positiviteit is de reden waarom de nieuwe ATA-richtlijnen voor schildklier en zwangerschap nu verschillende afkapwaarden voor behandeling hanteren voor vrouwen die TPOab-positief zijn en die TPOab-negatief zijn.

Preconceptiezorg

Dr. Nicole Huijgen *nam ons, in de laatste presentatie van de ochtendsessie, mee naar de effecten van voeding op de subfertiliteit en ze maakte alvast een bruggetje naar de middagsessie door aan te tonen wat het effect is van maagzuurremmers op de semenparameters.*

Subfertiliteit komt wereldwijd voor in ongeveer 10-15% van de paren. Een verstoring in het cellulaire 1-C-metabolisme kan bijdragen aan het ontstaan van subfertiliteit omdat dit proces ook essentieel is voor de ontwikkelende eicellen en zaadcellen. Gezonde voeding bevat de nodige cofactoren voor dit proces zoals vitamine B12, B6, B1 en foliumzuur. Ons onderzoek bestond uit het bestuderen van het effect van voeding van de vrouw op de ontwikkeling van PCOS en bij mannen onderzochten we de effecten van medicatie afhankelijke malabsorptie van nutriënten op de zaadkwaliteit.

Voeding en PCOS

De preconceptionele voedingsrisicoscore (de PDR-score) diende als instrument voor het vaststellen van een inadequate inname van gezonde voeding, op basis van de zes *Nederlandse richtlijnen Goede Voeding*. Een inadequate inname was aanwezig bij 55,4% van de vrouwen en in 54,2% van de mannen die het Erasmus MC bezochten in verband met een subfertiliteitsprobleem.[9]
PCOS-patiënten en vooral de patiënten met hyperandrogenisme volgden vaker een dieet. De PDR-score was hoger bij PCOS patiënten en een stijging van deze risicoscore met 1 punt was geassocieerd met een verhoogd risico op het hyperandrogene fenotype. De PDR-score was onafhankelijk geassocieerd met de AMH-concentratie in het bloed.[10]
Daarnaast hebben we door middel van principale compo-

nent factor analyse verschillende eetpatronen geëvalueerd. Patiënten waarbij het eetpatroon sterke overeenkomsten vertoonde met het gezonde eetpatroon (inname van voornamelijk fruit, groente, vis en volkoren producten) hadden minder vaak het hyperandrogene PCOS-fenotype en vaker een doorgaande zwangerschap. Het gezonde eetpatroon was eveneens omgekeerd evenredig geassocieerd met de AMH-concentratie in het bloed.[11]

Maagzuurremmers en semenparameters
Refluxklachten komen voor bij 20-40% van de Nederlandse bevolking waarbij door 11% van de mannelijke bevolking medicatie wordt gebruikt. Antacida, protonpompremmers en histaminereceptor-antagonisten beïnvloeden de pH-balans in de maag, waardoor de opname van B-vitamines, die essentieel zijn voor de spermatogenese, gestoord kan worden.
In onze studiepopulatie bleek dat het gebruik van zuurremmers geassocieerd is met een 2 keer verhoogd risico op een verlaagd aantal motiele zaadcellen (VCM <1) en met een verlaagde concentratie zaadcellen.[12]
Deze bevindingen zijn gevalideerd in mannen die vanwege een (onvervulde) kinderwens de huisarts bezochten. Het gebruik van protonpompremmers in de periode van 12 tot 6 maanden voorafgaand aan de semenanalyse was geassocieerd met een drie maal hoger risico op een VCM <1.[13]
Deze bevindingen suggereren dat de spermatogenese niet direct beïnvloed wordt door het gebruik van protonpompremmers, maar mogelijk door een daling van de B-vitaminereserves hetgeen wat langer duurt.

Urologische follow-up: hoe gezond is TESE?

Sinds het opheffen van het moratorium op het toepassen van MESA en TESE in Nederland, wordt TESE veelvuldig toegepast bij non-obstructieve azoöspermie (NOA). Maar is zo'n procedure wel veilig? **Dr. Kathleen d'Hauwers**, *uroloog en pijlerhoofd andrologische urologie, Radboud universiteit te Nijmegen, laat aan de hand van eerdere en eigen studies zien wat het effect van een TESE-behandeling is op de testis.*

Testiculaire Sperma-extractie (TESE) wordt uitgevoerd als er geen of onvoldoende bewegelijke zaadcellen in het ejaculaat zijn. TESE werd in 1994 voor het eerst toegepast en in combinatie met Intra-Cystoplasmatic Sperm Injection (ICSI) was het mogelijk genetisch vaderschap te realiseren bij mannen voor wie dat voorheen onmogelijk was. TESE is kortgezegd een afname van een biopt van het testis weefsel door overlangse incisie, eventueel met behulp van een loupe/microscoop. De testis is inhomogeen en de tubuli zijn niet overal productief. Door deze incisie ontstaat er een goed zicht op het testisweefsel, waarna met de vergroting de gedilateerde tubuli kunnen worden waargenomen.[14] De vraag is of afname van teelbalweefsel leidt tot hypo-testosteronemie. Het afgenomen teelbalweefsel groeit niet terug aan. Bijkomend zou post-TESE hypovascularisatie kunnen ontstaan met achteruitgang van testosteronproductie met als gevolg afname van botdichtheid, vermindering van spiermassa, daling van libido, psychische klachten zoals depressie en lusteloosheid. Verschillende methodes van afname van testisweefsel zijn beschreven om de kans op het aantreffen van zaadcellen te combineren met een zo laag mogelijk risico op hypo-testosteronemie. Andere opties zijn Testicular Fine Needle Aspiration en Microdessection-TESE, (mTESE). Bij de eerste procedure wordt de testis schematisch aangeprikt en het weefsel percutaan geaspireerd. Hierbij is er weinig risico op bloeding, maar is de Sperm Retrieval Rate met 11% laag.[15] Bij de mTESE wordt er m.b.v. een loupe of microscoop de hele testis gescand op de aanwezigheid van gedilateerde tubuli die vervolgens gebiopteerd of gepuncteerd worden.[16]

Er zijn verschillende studies die de veiligheid van bovenstaande behandelingen hebben vergeleken. Schlegel beschreef twee casus met volledige atrofie van de testis,[17] terwijl Schill wel echografisch blijvende littekens beschreef zonder testosteron-daling.[18] Schill mat de testosteron-waarde voor en na TESE, en vond geen verschil.[18] Komori vergeleek conventionele TESE (cTESE) met mTESE: in beide groepen trof hij geen testosteron daling aan.[19] Ook in onze eigen populatie (N=441, alle oorzaken van NOA) werd geen testosterondaling aangetroffen. Wel waren er twee casus met een enkelzijdige orchidectomie vanwege een postoperatieve bloeding.
Concluderend kan gesteld worden dat een eenmalig uitgevoerde TESE veilig is maar dat meerdere biopten wel een negatieve invloed kan hebben op de testosteronwaarde. Mannen met NOA moeten *at risk* beschouwd worden voor androgeen-deficiëntie op basis van primair testiculaire falen. Geadviseerd wordt om testosteron, en waar nodig vrij testosteron, te bepalen voorafgaand aan TESE. Follow up van testosteron wordt aangeraden bij hypogonadale klachten, bij lage testosteron pre-TESE, en voorafgaand aan een eventueel volgende TESE.

Debat

Als afsluiter van de middag gingen dr. Andreas Meißner (uroloog-androloog, AMC) en dr. Aukje Meijerink (aios gynaecologie, cluster Nijmegen) met elkaar en de aanwezigen in debat over 'Afzien van TESE of alles uit de kast voor een genetisch eigen kind?'.

Zij refereerden hierbij naar gezamenlijk ontwikkelde en gevalideerde predictiemodellen,[20,21] waaraan het NTOG reeds eerder aandacht besteedde.[22] Uit hun onderzoek blijkt dat de kans op het verkrijgen van zaad bij TESE geassocieerd is met een hogere leeftijd, een hoger testosteron, een lager folliculair stimulerend hormoon en een lager luteïniserend hormoon. Daarnaast hebben de diagnose idiopathische NOA en het hebben van een AZF-c-deletie op het Y-chromosoom een negatief effect op de kans op het verkrijgen van zaad bij TESE (*area under the curve*, AUC 0,69). In een tweede model blijkt dat de kans op een levend geborene na TESE-ICSI geassocieerd is met een jongere leeftijd van de vrouw, een eerste behandelcyclus, een laag mannelijk luteïniserend hormoon, een hoog mannelijk testosteron, de beschikbaarheid van bewegende zaadcellen voor ICSI en de verdenking op een obstructieve azoöspermie bij het eerste onderzoek (AUC 0,62).

In de discussie die volgde passeerden diverse aspecten de revue. Van de zeven mannen die gediagnosticeerd worden met een NOA zal er slechts één de vader worden van een genetisch eigen kind.[23] Naast de optie om genetisch ouderschap na te streven met TESE-ICSI, zouden daarom ook de alternatieven zoals KID, pleegzorg/adoptie of het accepteren van de kinderloosheid met het paar besproken moeten worden. Uit onderzoek is gebleken dat patiënten die betrokken zijn bij het maken van keuzes in hun behandeling *(shared decision making)* minder spijt krijgen van de gemaakte keuze.[24,25] De predictiemodellen zouden in de toekomst ook een rol kunnen gaan spelen doordat ook keuzes gemaakt moeten worden in welke zorg wel en niet vergoed dient te worden mede in het licht van medisch zinvol handelen. De vraag is dan of, en zo ja, wáár er een afkapwaarde zou moeten komen te liggen. Aan de andere kant zijn er beperkingen van de huidige predictiemodellen door o.a. hun matige voorspelbaarheid. Bovendien moet het belang van (gepoogd) genetisch ouderschap niet onderschat worden.[26-28] Uit onderzoek blijkt 98% van de patiënten bij *intake* in een fertiliteitskliniek een voorkeur te hebben voor genetisch eigen kinderen, waarbij een derde aangaf alleen maar voor genetisch eigen kinderen te willen gaan.[28]

Referenties

1. Voorst, SF., *Preconception care: from policy to practice and back.* Erasmus University Rotterdam, 14-06-2017. http://hdl.handle.net/1765/100018
2. *Feiten en cijfers over rookvrij opgroeien.* www.trimbos.nl/themas/rookvrij-opgroeien/feiten-en-cijfers-over-rookvrij-opgroeien
3. Wagijo, M.A., Sheikh, A., Duijts, L. et al., *Reducing tobacco smoking and smoke exposure to prevent preterm birth and its complications.* Paediatr Respir Rev. 2017; 22: 3-10.
4. Toebes, B., Gispen, M.E., Been, J.V. et al., *A missing voice: the human rights of children to a tobacco-free environment.* Tob Control. 2017; doi: 10.1136/tobaccocontrol-2017-053657.
5. Faber, T., Kumar, A., Mackenbach, J.P. et al., *Effect of tobacco control policies on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis.* Lancet Public Health. 2017;2:e420-e37.
6. Filippidis, F.T., Laverty, A.A., Hone, T. et al., *Association of Cigarette Price Differentials With Infant Mortality in 23 European Union Countries.* JAMA Pediatr. 2017;171:1100-6.
7. Peelen, M.J., Sheikh, A., Kok, M. et al., *Tobacco control policies and perinatal health: a national quasi-experimental study.* Sci Rep. 2016;6:23907.
8. Trimbos Instituut. *Addendum Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning bij zwangere vrouwen*, 2017.
9. Huijgen, N., van de Kamp, M.E., Twigt, J.M. et al., *The Preconception Dietary Risk score; a simple tool to assess an inadequate habitual diet for clinical practice.* The European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism. 2013 http://dx.doi.org/10.1016/j.clnme.2013.12.001.
10. Huijgen, N.A., Laven, J.S.E., Labee, C.T. et al., *Are Dieting and Dietary Inadequacy a Second Hit in the Association with Polycystic Ovary Syndrome Severity?* PLOS ONE. DOI:10.1371/journal.pone.0142772
11. Huijgen, N.A., Louwers, Y.V., Willemsen, S.P. et al., *Dietary patterns and the phenotype of polycystic ovary syndrome: the chance of ongoing pregnancy.* Reproductive BioMedicine Online DOI:10.1016/j.rbmo.2017.02.014
12. Huijgen, N.A., Goijen, H.J., Twigt, J.M. et al., *Effect of Medications for Gastric Acid-Related Symptoms on Total Motile Sperm Count and Concentration: A Case-Control Study in Men of Subfertile Couples from the Netherlands.* Drug Safety DOI 10.1007/s40264-016-0488-8
13. Huijgen, N.A., de Ridder, M.A.J., Verhamme, K.M. et al., *Are proton-pump inhibitors harmful for the semen quality of men in couples who are planning pregnancy?* Fertility and Sterility, American Society for Reproductive Medicine. 2016 0015-0282, http:// dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.09.010
14. Silber, S.J., *Microsurgical TESE and the distribution of spermatogenesis in non-obstructive azoospermia.* Hum Repr. 2000;15:2278-84
15. Friedler, S., Raziel, A., Strassburger, D. et al., *Testicular sperm retrieval by percutaneous fine needle sperm aspiration compared with testicular sperm extraction by open biopsy in men with non-obstructive azoospermia.* Hum Reprod. 1997;12:1488-93.
16. Schlegel, P.N.,*Testicular sperm extraction: microdissection improves sperm yield with minimal tissue excision.* Hum Reprod. 1999;14:131-5
17. Schlegel, P.N., *Physiological consequences of testicular sperm extraction.* Hum Reprod. 1997;12:1688-92.
18. Schill, T., Bals-pratsch, M., Küpker, W. et al., *Clinical and endocrine follow-up of patients after testicular sperm extraction.* Fertil Steril. 2003;79:281-6.
19. Komori, K., Tsujimura, A., Miura, H. et al., *Serial follow-up study of serum testosterone and antisperm antibodies in patients with non-obstructive azoospermia after conventional or microdissection testicular sperm extraction.* Int J Androl. 2004;27:32-6.
20. Meijerink, A.M., Cissen, M., D'Hauwers, K.W. et al., *Prediction model for obtaining spermatozoa with testicular sperm extraction in men with non-obstructive azoospermia; Hum Reprod.* 2016;31:1934-41.
21. Meijerink, A.M., Cissen, M., Mochtar, M.H. et al., *Prediction model for live birth in ICSI using testicular extracted sperm.* Hum Reprod. 2016;31:1942-51.
22. Metz-Berends, A.L., *Is een succesvolle TESE voorspelbaar?* NTOG. 2017 Vol 130(1):46.
23. Vloeberghs, V., Verheyen, G., Haentjens, P. et al., *How successful is TESE-ICSI in couples with non-obstructive azoospermia?* Hum Reprod. 2015; 30: 1790-6.
24. Bastings, L., Baysal, O., Beerendonk, C.C. et al., *Deciding about fertility preservation after specialist counselling.* Hum Reprod. 2014; 29: 1721-29.
25. Legare, F., Ratte, S., Stacey, D. et al., *Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals.* Cochrane 2010, CD006732.
26. Hendriks. S., Hessel, M., Mochtar, M.H. et al., *Couples with non-obstructive azoospermia are interested in future treatment with artificial gametes.* Hum Reprod. 2016; 31:1738-48.
27. Hendriks, S., Dancet, E.A., Vliegenthart, R. et al., *The acceptability of stem cell-based fertility treatments for different indications.* Mol Hum Reprod. 2017;28:1-9.
28. Hendriks, S., Peerar, K., Bos, H. et al., Hum Reprod. 2017; 32: 2076-87.

Contact

robbertoppen@hotmail.com

MyoSure® MANUAL

INTRODUCTIE VAN HET **NIEUWE** MYOSURE® MANUAL INSTRUMENT

EENVOUDIG ONDER ZICHT

Ontworpen om intracavitair weefsel weg te snijden
onder direct zicht in elke setting

NIET NODIG:

- Controller
- Geautomatiseerd vloeistofbeheersysteem
- Extern vacuümsysteem

MYOSURE MANUAL VERHOOGT DE EFFECTIVITEIT EN EFFICIËNTIE IN ELKE SETTING

Bied uw patiënt meer comfort en minder stress

Neem de planning van uw procedures in eigen handen

Verhoog de kosteneffectiviteit en efficiëntie in elke setting

Neem contact op met uw Hologic contactpersoon of ga naar hologic.nl voor meer informatie.

HOLOGIC®
The Science of Sure

©2018 Hologic, Inc. Hologic, MyoSure, The Science of Sure, en geassocieerde logo's zijn handelsmerken en/of geregistreerde handelsmerken van Hologic, Inc. en/of zijn dochtermaatschappijen in de Verenigde Staten en/of andere landen.

Deze informatie is bedoeld voor medische professionals en is niet bedoeld als een productadvertentie of promotie waar dergelijke activiteiten verboden zijn. Aangezien Hologic-informatie wordt verspreid via websites, eBroadcasts en beurzen, is het niet altijd mogelijk om te controleren waar dergelijke informatie verschijnt. Voor specifieke informatie over welke producten beschikbaar zijn voor verkoop in een bepaald land, kunt u contact opnemen met uw plaatselijke Hologic vertegenwoordiger of een e-mail sturen naar info@hologic.com.

ADS-02118-GBR-EN Rev001

Een retrospectieve cohortstudie

Evaluatie van vijf jaar stuitbevallingen in het OLVG Amsterdam

drs. M. R. Schoonhoven* *anios SEH, Deventer ziekenhuis*
drs. C.M.W. de Sonnaville* *anios gynaecologie en verloskunde, OLVG West, Amsterdam*
drs. T.R. Zaat *anios gynaecologie en verloskunde, OLVG Oost, Amsterdam*
B. van Gils *klinisch verloskundige en datamanager, OLVG Oost, Amsterdam*
drs. L.E. van Rheenen-Flach *gynaecoloog, OLVG West, Amsterdam*
dr. M.G. van Pampus *gynaecoloog, OLVG Oost, Amsterdam*

Tot op heden is er geen consensus over de modus partus bij eenlingen in stuitligging. Inzicht in eigen cijfers draagt bij aan het bewustzijn van het functioneren en kan zorgen voor betere counseling van de zwangere vrouw met een eenling in stuitligging met betrekking tot de modus partus. Vrouwen die kiezen voor een vaginale stuitbevalling hebben een reële kans van slagen. In deze studie bestuderen wij de aantallen, modus partus en neonatale uitkomsten van preterme en à terme eenlingen in stuitligging in het OLVG over een periode van vijf jaar. Wij verwachten dat centralisatie van vaginale stuitbevallingen mogelijk een positief effect zou kunnen hebben op de expertise van hulpverleners. Daarmee zou de kwaliteit van zorg voor deze patiëntenpopulatie wellicht verbeterd kunnen worden.

Bij 3-4% van de aterme zwangerschappen ligt de foetus in stuitligging, voor de preterme zwangerschappen is dit 16%.[1,2] De geboorte van een aterme foetus in stuitligging is, vergeleken met een foetus in hoofdligging, gerelateerd aan een hogere neonatale morbiditeit en mortaliteit.[3] Een vaginale stuitbevalling vergt daarom een grotere mate van expertise dan een vaginale bevalling van een foetus in hoofdligging. Uit de klinische praktijkervaring blijkt dat het regelmatig uitvoeren van vaginale stuitbevallingen bijdraagt aan de expertise van de hulpverleners; hier zijn echter helaas geen studies naar gedaan. Er is grote variatie bij Nederlandse ziekenhuizen in de aantallen uitgevoerde primaire sectio caesarea (PSC, ook wel geplande keizersnede) bij eenlingen in stuitligging, uiteenlopend van 60% tot 100%.[4]
De *Term Breech Trial* (Hannah *et al*., 2000), een gerandomiseerde internationale studie, vergeleek de neonatale uitkomsten na geplande vaginale baring met een primaire sectio caesarea bij aterme eenlingen in stuitligging. Hieruit bleek dat de perinatale en neonatale mortaliteit en morbiditeit significant lager waren in de PSC-groep vergeleken met een vaginale baring (17/1039 (1,6%) versus 52/1039 (5,0%); RR 0,33 (95% CI 0,19-0,56); p<0,001).[5] Na de *Term Breech Trial* steeg het PSC-percentage met de indicatie stuitligging in Nederland van 24% naar 60%.[6] Er werd echter ook aanzienlijke kritiek geleverd op deze studie, namelijk betreffende het studieontwerp, methodologie en het includeren van patienten ten tijde van de partus.[7] Recentere studies toonden bijvoorbeeld geen verschillen aan tussen beide groepen wat betreft de neonatale uitkomsten en ontwikkelingsstoornissen op tweejarige leeftijd en basisschoolleeftijd.[8-11] Desalniettemin werden de resultaten van de *Term Breech Trial* bevestigd in een Nederlands cohort.[3] Momenteel is er geen consensus over de modus partus bij eenlingen in stuitligging. Volgens de richtlijn (2008) van de NVOG wordt, bij een amenorroeduur van 36 tot 38 weken, aan zwangeren met een foetus in stuitligging, eerst een uitwendige versie aangeboden.[12] Hiermee ondergaat in Nederland 72% van de zwangere vrouwen een versiepoging, waarvan 35-86% slaagt.[13,14] Het is gebruikelijk dat, als de versiepoging niet slaagt, de zwangere vrouw na een counselingsgesprek een keuze maakt voor een PSC dan wel een vaginale stuitbevalling. Uit praktijkervaring blijkt het merendeel van de vrouwen te kiezen voor een PSC, waarbij als belangrijkste argument wordt opgevoerd de perceptie van een betere veiligheid voor de neonaat. Daar staat tegenover dat de keuze voor een PSC, naast operatierisico's, nadelige gevolgen heeft voor een volgende graviditeit, zoals de verhoogde kans op abnormale placentatie, placenta praevia en uterusruptuur, met als consequentie een indicatie om bij een volgende partus in het ziekenhuis te bevallen.[15] Bij de situatie van de premature stuitbevalling is het vaker 'handelen naar bevinden', zonder de mogelijkheid tot *counseling* van de zwangere. In dit observationele cohort hebben we de aantallen meegenomen, maar is niet per casus gekeken hoe de besluitvorming is gegaan.
Met dit artikel beogen wij middels een retrospectief cohortonderzoek inzicht te geven in de aantallen, modus partus en neonatale uitkomsten van eenlingen in stuitligging in het OLVG over een periode van vijf jaar. Kwantificering en verge-

Tabel 1 Modus partus preterme en aterme eenlingen in stuitligging 2011-2015, OLVG

Modus partus	n	%
Vaginaal	240	19,2
PSC	905	72,4
SSC	105	8,4
Totaal	1250	100

Tabel 2 Vergelijking modus partus bij à terme eenlingen in stuitligging 2011-2015, OLVG

	Vaginaal (n=207)		PSC (n=842)		SSC (n=92)		
	n	%	n	%	n	%	p-waarde
Pariteit							<0,001
Primiparae	136	65,7	656	77,9	79	85,9	
Multiparae	71	34,3	186	22,1	13	14,1	
Neonataal gewicht							0,004
< p10	23	11,1	73	8,7	10	10,9	
p10-90	179	86,5	681	80,9	77	83,7	
≥ p90	5	2,4	88	10,5	5	5,4	
Apgarscores							<0,001
5 minuut < 7	16	7,7	6	0,7	5	5,4	
5 minuut ≥ 7	191	92,3	836	99,3	87	94,6	

lijking met landelijke cijfers biedt inzicht in de mate van expertise van een centrum. Tevens werden gegevens verzameld van verschillende subgroepen om uitkomsten te vergelijken: preterme versus aterme, primiparae versus multiparae, geboortegewicht <p10, p10-p90 of ≥p90.

Methode

Patiënten

Voor deze retrospectieve cohortstudie werd gebruik gemaakt van de partusgegevens van het OLVG, locatie Oost en West (voormalig Onze Lieve Vrouwe Gasthuis en Sint Lucas Andreas ziekenhuis, per 1 juni 2015 gefuseerd). De inclusiecriteria waren: eenling zwangerschap met een kind in stuitligging met een amenorroeduur (AD) vanaf 32 weken in de periode 1 januari 2011 tot en met 31 december 2015.
De exclusiecriteria waren:
1. partus bij een amenorroeduur van < 32 0/7 weken
2. intra-uteriene vruchtdood (IUVD)
3. foetus in dwarsligging en
4. meerlingzwangerschap.

Proces van counseling

In het OLVG worden alle patiënten met een stuitligging gecounseld door een perinatoloog of gynaecoloog met aandachtsgebied verloskunde, of een verloskundige dan wel arts-assistent onder supervisie van eerdergenoemde. Counseling gebeurt in principe na een amenorroeduur van 36 weken, na een niet-gelukte versie. Vanaf dat moment houden we de modus partus aan, die besloten is door patiente. Na counseling krijgt de patiënt de NVOG-folders 'Stuitligging' en 'Keizersnede' mee. Indien counseling nog niet op de polikliniek gedaan is, en een zwangere pretem in partu raakt, vindt counseling plaats durante partu. Bij counseling worden de cijfers aangehouden zoals genoemd in de huidige richtlijn 'Stuitligging' van de NVOG.

Gegevens en uitkomstmaten

De volgende uitkomstmaten werden verzameld en geanalyseerd: modus partus (vaginale partus, PSC of secundaire sectio caesarea, SSC - ook wel spoedkeizersnede), amenorroeduur (preterme: 32-37 0/7 weken en à terme ≥37 0/7 weken), pariteit (primiparae, multiparae), geboortegewicht met bijbehorende p-waarde (<p10, p10-p90, ≥p90), neonatale uitkomsten (apgarscore na 5 minuten (<7 of ≥7), opname op neonatale intensive care unit (NICU) en neonatale mortaliteit (sterfte ≤7 dagen postpartum), indicatie van SSC (foetale nood of niet-vorderende baring). Een PSC werd gedefinieerd als de keuze van patiënte na counseling voor een geplande sectio caesarea, ook als deze vervroegd werd uitgevoerd na eerder in partu komen van de patiënte. Een SSC werd gedefinieerd als een ingreep nadat patiënte gepoogd heeft eerst vaginaal te bevallen zonder het gewenste resultaat.

Analyse

Data werd verwerkt in IBM SPSS Statistics versie 22. De chi-kwadraattoets werd gebruikt om verschillen tussen proporties te onderzoeken. Fisher's exacttest werd gebruikt bij lage patiëntenaantallen (≤5). Als significantie-afkapwaarde werd een alfa van 0,05 gehanteerd. Cijfers van het OLVG werden gespiegeld aan de landelijke cijfers met behulp van Perined Insight.[16]

Resultaten

In de periode 2011-2015 werden 1250 partus van eenlingen in stuitligging geïncludeerd (tabel 1). Hiervan werd 19,2% middels een spontane vaginale partus geboren, 72,4% middels PSC en 8,4% middels een SSC. Van de vrouwen, die de intentie hadden om vaginaal te baren, beviel 69,6% daadwerkelijk vaginaal (slagingspercentage). De verdeling in modus partus tussen OLVG Oost en West was vergelijkbaar (p=0,813).

Pariteit

Bij aterme primiparae werd vaker een PSC verricht en waren er meer vaginale baringen die eindigden in een SSC, vergeleken met aterme multiparae (tabel 2). Multiparae kozen vaker voor een vaginale baring. Het slagingspercentage van aterme vaginale stuitbevallingen was voor multiparae significant hoger dan voor primiparae (84,5% versus 63,3%; p<0,001).

Neonataal gewicht

Het neonatale gewicht bleek significant verschillend bij de verschillende modus partus (tabel 2). In de PSC-groep

Tabel 3 Preterme versus aterme eenlingen in stuitligging 2011-2015, OLVG

	32-37 weken (n=109)		≥37 weken (n=1141)		
	n	%	n	%	p-waarde
Modus partus					<0,002
Vaginaal	33	30,3	207	18,1	
PSC	63	57,8	842	73,8	
SSC	13	11,9	92	8,1	
Slagingspercentage*		71,7		69,2	
Indicatie SSC					0,012
Niet vorderende baring	5	38,5	67	72,8	
Foetale nood	8	61,5	25	27,2	
Pariteit					0,001
Primiparae	68	62,4	871	76,3	
Multiparae	41	37,6	270	23,7	
Apgarscore					0,003
5 minuut <7	8	7,3	27	2,4	
5 minuut ≥7	101	92,7	1114	97,6	

** Percentage zwangere vrouwen die de intentie hadden om vaginaal te bevallen en daadwerkelijk vaginaal bevalt.*

werden significant meer macrosome (≥p90) kinderen geboren dan in de andere groepen. Dysmature kinderen in stuitligging (<p10) werden relatief vaak vaginaal geboren.

Neonatale uitkomst

Er werden significante verschillen gevonden in neonatale uitkomst na een spontane vaginale partus, PSC en SSC bij een aterme eenling in stuitligging (apgarscore na 5 minuten <7: 7,7% vaginaal vs 0,7% PSC vs 5,4% SSC; p<0,001 - tabel 2). Tussen de spontane vaginale partus en SSC werd geen significant verschil gevonden in de apgarscore na 5 minuten (p=0,474). Er waren geen significante verschillen tussen primiparae en multiparae in het aantal aterme eenlingen met een apgarscore na 5 minuten <7.

Er werden geen significante verschillen gevonden, in neonatale uitkomst na een vaginale partus dan wel PSC of SSC bij aterme eenlingen in stuitligging, tussen de categorieën neonataal gewicht <p10, p10-90 en ≥p90 (apgarscore 5 minuten <7: 1,9% <p10 vs 2,2% p10-90 vs 4,1% ≥p90; p=0,432).

In de periode 2011-2015 heeft zich één neonatale sterfte voorgedaan. Het betrof een vaginaal geboren aterme eenling in stuitligging die overleed ten gevolge van asfyxie. Tijdens de uitdrijvingsfase werd vanwege verlies van cortonenregistratie een stuitextractie verricht; het kind overleed kort postpartum na opname op de NICU voor koeling. Verder werd één aterme neonaat succesvol gereanimeerd vanwege asystolie na een vaginale stuitbevalling. Op de leeftijd van drie jaar was er sprake van een normale ontwikkeling. In de preterme groep vond geen neonatale sterfte, NICU-opname of ernstige neonatale morbiditeit plaats.

Vergelijking premature met aterme eenlingen in de stuitligging in het OLVG

Van de 1250 eenlingen in stuitligging was 91,3% (n=1141) à terme (AD ≥37 weken) en 8,7% (n=109) pre terme (AD 32-37 weken) (tabel 3). Een PSC werd frequenter uitgevoerd in de 'aterme'-groep (p=0,002). De preterme eenlingen in stuitligging werden vaker vaginaal geboren, het slagingspercentage van in opzet vaginale partus was hoger dan bij aterme eenlingen in stuitligging (71,7% versus 69,2%). Er waren in verhouding significant meer primiparae in de 'aterme'-groep dan in de 'preterme'-groep (76,3% versus 62,4%, p=0,001). Wat betreft neonatale uitkomst werd bij preterme eenlingen in stuitligging een significant lagere apgarscore na 5 minuten gevonden dan bij de 'aterme'-groep (p=0,003). De indicatie voor een SSC bleek bij preterme eenlingen in stuitligging significant vaker bepaald te worden door foetale nood in vergelijking met aterme eenlingen in stuitligging (p=0,012). Bij aterme eenlingen was de indicatie voor een SSC vaker niet-vorderende baring (niet-vorderende ontsluiting danwel uitdrijving).

Vergelijking OLVG-cijfers met landelijke cijfers

In de periode 2011-2015 zijn er in Nederland in totaal 107.136 eenlingen in stuitligging levend geboren met een AD langer dan 32 0/7 weken.[16] Hiervan werden er 13.675 (12,8%) met een AD van 32-37 weken geboren en 93.461 (87,2%) met een

Tabel 4 Landelijke percentages levend geboren eenlingen in stuitligging 2011-2015

	AD 32-37 weken n (%)	AD ≥37 weken n (%)
Vaginaal	4.028 (29,7)	18.050 (19,4)
PSC	4.923 (36,3)	58.268 (62,5)
SSC	4.607 (34,0)	16.880 (18,1)
Slagingspercentage*	46,6%	51,7%
Totaal	13.675**	93.461**

** Percentage zwangere vrouwen die de intentie hadden om vaginaal te bevallen en daadwerkelijk vaginaal bevalt.*
*** Dit aantal is inclusief 117 missings in de preterme groep respectievelijk 263 in de aterme groep. Percentages werden berekend zonder de missings.*

AD ≥37 weken. De verdeling in modus partus is voor beide groepen te vinden in tabel 4.
Bij aterme eenlingen in stuitligging werden in deze periode in het OLVG vergelijkbare aantallen vaginale bevallingen gedaan (18,1% versus 19,4% landelijk), meer PSC (73,8% versus 62,5% landelijk) en minder SSC (8,1% versus 18,1% landelijk). Het slagingspercentage van vaginale stuitbevallingen was in de 'preterme'-groep hoger in vergelijking met de 'aterme'-groep (71,7% versus 69,2%). Landelijk liggen deze percentages lager (46,6% respectievelijk 51,7%).

Discussie

Deze studie had als doel inzicht te krijgen in aantallen, modus partus en uitkomsten van eenlingzwangerschappen met een kind in stuitligging in het OLVG over een periode van vijf jaar. Transparantie en spiegeling van cijfers dragen bij aan de kwaliteit van zorg en het bewustzijn in eigen functioneren. Zorgverleners kunnen hun eigen cijfers vergelijken met het landelijk gemiddelde door gebruik te maken van Perined Insight (zie kader).[16] Ook beoogden wij de discussie te openen over centralisatie van de zorg van zwangere vrouwen met een kind in stuitligging.
Wat opvalt wanneer de data van het OLVG worden vergeleken met de landelijke data, is dat het percentage vaginale stuitbevallingen bij aterme eenlingen vergelijkbaar is (19,2% OLVG versus 19,4% landelijk). Daarentegen blijkt er een verschil in slagingspercentage van de vaginale partus: 69,2% OLVG versus 51,7% landelijk. Dit betekent dat de vaginale stuitbevallingen in het OLVG minder vaak eindigen in een SSC (8,4% OLVG versus 18,1% landelijk).
Er is sprake van een hoog percentage uitgevoerde PSC bij aterme eenlingen in stuitligging in het OLVG in vergelijking met het landelijk gemiddelde (73,8% OLVG versus 62,5% landelijk). Mogelijke verklaringen hiervoor zijn de manier van counseling in het OLVG, de selectie met betrekking tot de geschiktheid voor een vaginale stuitbevalling of de voorkeur van patiënten zelf. Dit zou ook het slagingspercentage van vaginale stuitbevallingen in het OLVG kunnen hebben beïnvloed. Daarnaast zien wij een hoger percentage PSC bij foetus met een geboortegewicht >p90. Dit is mogelijk te verklaren doordat bij counseling van de zwangere met een verwacht groot kind in stuitligging meer richting primaire sectio wordt gecounseld.
Bij interpretatie van de data, dient in acht te worden genomen dat er bij ziekenhuizen in Nederland waarschijnlijk verschillende definities voor PSC en SSC werden gehanteerd. De vergelijking van onze cijfers met het landelijk gemiddelde dient daarom voorzichtig te worden geïnterpreteerd. Het verdient aanbeveling om deze definities in heel Nederland te standaardiseren. Het totale percentage uitgevoerde sectio caesarea, waarbij we PSC en SSC optellen, is bij à terme eenlingen in stuitligging in het OLVG vergelijkbaar met het landelijke percentage (81,9% versus 80,6%).
Zoals verwacht is het slagingspercentage van multiparae significant hoger dan voor primiparae in het OLVG (84,5% versus 63,3%). Bij preterme eenlingen in stuitligging is het slagingspercentage vaginale baringen in het OLVG vergelijkbaar met de 'aterme'-groep (71,7% versus 69,2%). Indien de baring toch eindigt in een SSC, lijkt dit in de 'preterme'-groep vaker bepaald te worden door foetale nood in vergelijking met aterme eenlingen in stuitligging. Zoals verwacht is de apgarscore significant lager in de 'preterme'-groep in vergelijking met de 'aterme'-groep.
Uit onze resultaten komt naar voren dat bij een aterme eenling in stuitligging de apgarscore na 5 minuten na een SSC vergelijkbaar is met de apgarscore na 5 minuten na een vaginale partus. De apgarscore is in deze groepen significant lager dan na een PSC, wat overeen komt met de literatuur.[5] Echter, zoals eerder beschreven blijkt uit de literatuur dat een vaginale stuitbevalling in vergelijking met een PSC een even veilige keuze is voor de neonaat en brengt een PSC belangrijke maternale risico's met zich mee.[8,9,11,15] De neo-

Perined Insight

Het verkrijgen van de gegevens van stuitbevallingen:
1. Log in op www.perined.nl (inloggen bij 'alleen voor zorgverleners').
2. Voer praktijknummer in.
3. Klik op het tabblad 'Onderzoek'.
4. Kies voor de optie: 'Analyse'.
5. Klik op 'Alle casus van de PRN' en kies optie: 'skip navolgende regels'. > het veld in het kader is nu leeg.
6. Klik op 'Nieuw' bij de optie: 'Voeg criterium toe'.→ Er verschijnt een venster getiteld 'Rubrieken'.
7. Selecteer de 'LVR2'. > Nu worden de kenmerken van de stuitligging geselecteerd.
8. Klik op 'Zwangerschap' en selecteer 'Zwangerschapsduur (hele weken)'. Selecteer de amenorroeduur die bekeken dient te worden.
9. Klik weer op 'Nieuw' maar nu als optie: 'Bevalling > aantal kinderen bij deze partus > 1'.
10. Klik weer op 'Nieuw' maar nu als optie: 'Bevalling > begin van de baring > spontaan begin (of PSC/SSC)'.
11. Klik weer op 'Nieuw' maar nu als optie: 'Kind > kind overleden > niet overleden na 7x24 uur post-partum'.
12. Klik weer op 'Nieuw' maar nu als optie: 'Kind > ligging bij geboorte > '.
13. Nu is de te bekijken stuitligging, levend geboren 'eenlingen'-groep geselecteerd
14. De einde baring is te selecteren via de Y-as (linksboven): Kies 'LVR2 > bevalling > interventies einde baring'.
15. Na het selecteren: kies bovenin de taakbalk - 'Karakter van de tabel > overview, trend of correlatie'. - 'Focus > Land, VSV, praktijk, vergelijkend'.- 'Eenheid > percentage (%), hoeveelheid in nummers (#)'.

natale sterftecijfers zijn bij aterme eenlingen in stuitligging in het OLVG (0,5%) vergelijkbaar met de literatuur (0,0-1,3%),[5,9] maar vanwege kleine aantallen kunnen hier geen harde conclusies uit getrokken worden.
Practice-, en *evidence-based counseling* met betrekking tot de modus partus van patiënten met een eenling in stuitligging is van cruciaal belang voor de veiligheid en kwaliteit van zorg. Dit draagt bij aan 'value-based healthcare': een overkoepelende term voor de organisatie van de zorg rondom 'waarde', gedefinieerd als voor de patiënt relevante gezondheidsuitkomsten van zorg, afgezet tegen de kosten voor het bereiken van deze uitkomsten.
Centralisatie van specifieke zorg kan de kwaliteit van de gezondheidszorg en expertise van hulpverleners verbeteren. Een voorbeeld van gecentreerde zorg, is die vanuit de oncologie voor patiënten met een sarcoom of ovariumcarcinoom, zoals recent gepubliceerd.[17,18]
Tussen 2011 en 2015 bevielen totaal 240 vrouwen van een eenling in stuitligging middels een vaginale partus in het OLVG. Dit komt neer op circa 24 bevallingen van eenlingen in stuitligging per locatie per jaar, dit is ongeveer twee à drie per gynaecoloog. Het valt daarom te overwegen om vaginale stuitbevallingen door een selectie van gynaecologen te laten uitvoeren in gecentreerde regionale 'stuitencentra'. Ook de gynaecologen in opleiding kunnen hierdoor in deze centra intensiever ervaring opdoen met stuitbevallingen. Wanneer vaginale stuitbevallingen landelijk worden gecentreerd in (opleidings-) klinieken, zal het aantal stuitbevallingen per geselecteerde hulpverlener toenemen en daarmee ook de expertise. Momenteel zijn er ook ziekenhuizen die geen vaginale stuitbevallingen meer doen.[4,16] Door 'stuitencentra' op te richten kunnen vrouwen die vaginaal van een kind in stuitligging willen bevallen, ook daadwerkelijk een kans krijgen. Mogelijk zal zo'n 'stuitencentrum' de slagingspercentages van vaginale stuitbevallingen verhogen en daarmee de maternale en neonatale uitkomsten verbeteren en de kosten verminderen.

Sterke punten en tekortkomingen
Door de afgelopen vijf jaar in kaart te brengen is de studie accuraat genoeg om de uitkomsten te analyseren en ze te vergelijken met de landelijke uitkomsten.
Een tekortkoming van ons onderzoek is dat deze cohortstudie beperkt is gebleven tot één ziekenhuis, waardoor de uitkomsten niet geëxtrapoleerd mogen worden naar de algehele populatie. Wij bevelen dan ook aan dat ieder centrum zijn eigen cijfers inzichtelijk maakt via Perined Insight.
Een ander punt is dat de groep multiparae tevens vrouwen omvat met een sectio in de anamnese en dat dus niet alle vrouwen vaginaal zijn bevallen. Mogelijk ligt het slagingspercentage voor vaginaal bevallen multiparae dus hoger. Daarnaast dient rekening gehouden te worden met de kleine hoeveelheid ontbrekende data *(missings)* van de Perineddata, waardoor de landelijke percentages in enige mate kunnen afwijken van de werkelijkheid. Tot slot zijn de resultaten van de subanalyses mogelijk minder betrouwbaar vanwege de kleine groepsgroottes; dit geldt met name voor de groep preterme eenlingen in stuitligging. In de toekomst zou voor deze specifieke groep meer onderzoek gedaan kunnen worden met een groter cohort. Tevens zou er in de toekomst gekeken kunnen worden naar aanvullende uitkomstmaten, zoals maternale complicaties uitgesplitst naar modus partus, om hiermee een completer beeld te schetsen rondom de voor- en nadelen van een vaginale stuitbevalling versus een PSC.

Conclusie

Inzicht in eigen cijfers draagt bij aan het bewustzijn in eigen functioneren en kan zorgen voor betere *counseling* van de zwangere vrouw. Goede *counseling* van patiënten met een eenling in stuitligging met betrekking tot modus partus is van cruciaal belang voor de maternale en neonatale uitkomsten. De voor- en nadelen van een vaginale stuitbevalling versus een PSC, dienen met de patiënte goed besproken te worden. Een vaginale stuitbevalling lijkt een veilige optie en voorkomt een sectio caesarea met bijkomende risico's. De vaginale partus gaat wel gepaard met een toegenomen kans op een neonaat met een lage apgarscore na 5 minuten (7,7% vaginaal versus 0,7% PSC). Vrouwen met een eenling in stuitligging die kiezen voor een vaginale stuitbevalling hebben een reële kans van slagen in het OLVG (71,7% bij preterme en 69,2% bij à terme). Centralisatie van vaginale stuitbevallingen kan wellicht een positief effect hebben op de expertise van hulpverleners en daarmee de kwaliteit van zorg verbeteren. Verder onderzoek en discussie over centralisatie dient daarom gevoerd te worden binnen de vakgroepen obstetrie en gynaecologie en de NVOG.

Literatuur

1. Hickok D.E., Gordon D.C., Milberg J.A. et al., *The frequency of breech presentation by gestational age at birth: a large population-based study.* Am. J. Obstet. Gynecol. 1992;166,851-2.
2. Bergenhenegouwen L. A. et al., *Vaginal delivery versus caesarean section in preterm breech delivery: a systematic review.* Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2014;172,1-6.
3. Rietberg C.C.T. et al., *Term breech presentation in The Netherlands from 1995 to 1999: mortality and morbidity in relation to the mode of delivery of 33824 infants.* BJOG 2003;110,604-9.
4. De Sonnaville C., Zaat T., Van Gils B. et al., *Variatie in percentages sectio caesarea tussen Nederlandse ziekenhuizen.* Ned Tijdschr Obs. en Gynaecol. 2016;443-7.
5. Hannah M.E. et al., *Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial.* Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet (London, England) 2000;356,1375-83.
6. Vlemmix F. et al., *Term breech deliveries in the Netherlands: did the increased cesarean rate affect neonatal outcome? A population-based cohort study.* Acta Obstet. Gynecol. Scand. 93,888-96(2014).
7. Glezerman M. *Five years to the term breech trial: The rise and fall of a randomized controlled trial.* Am. J. Obst. Gynec. 2006;194,20-25.
8. Hannah M.E. et al., *Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial.* Am. J. Obstet. Gynecol. 2004;191,917-27.
9. Goffinet F. et al., *Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium.* Am. J. Obstet. Gynecol. 2006;194,1002-11.
10. Whyte H. et al., *Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: The international randomized Term Breech Trial.* Am. J. Obstet. Gynecol. 2004;191,864-871.

11. Bin Y.S., Ford J.B., Nicholl M.C. et al., *Long-term childhood outcomes of breech presentation by intended mode of delivery: a population record linkage study.* Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2017;96,342-351.
12. Richtlijn Stuitligging; versie 2.0. Available at: www.nvog.nl.
13. Vlemmix F. et al., *Implementation of client versus care-provider strategies to improve external cephalic version rates: a cluster randomized controlled trial.* Acta Obstet. Gyne. Scand. 2015;94,518-26.
14. Hofmeyr G.J., Kulier R. & West H.M., *In Cochrane Database of Systematic Reviews (2015).* doi:10.1002/14651858.CD000083.pub3
15. Kramer H., Kwee A. & Bremer H., *Eens een sectio, altijd een sectio?* Ned Tijdschr Geneesk. 2009;153.
16. *Perined Insight, landelijk verloskundige registratie.* Available at: https://insight.perined.nl/.
17. Van Houdt W.J., Kerst J.M., Haas R.L. et al., *Netwerk van expertisecentra voor sarcoombehandeling. Ned Tijdschr Geneesk.* 2016;160.
18. Vernooij F. et al., *Specialized and high-volume care leads to better outcomes of ovarian cancer treatment in the Netherlands.* Gynecol. Oncol. 2009;112,455-61.

Samenvatting

Tot op heden is er geen consensus over de modus partus bij eenlingen in stuitligging. Tevens is er grote variatie bij Nederlandse ziekenhuizen in de aantallen uitgevoerde primaire sectio caesarea (PSC) en vaginale 'stuitpartus' bij eenlingen in stuitligging. Inzicht in cijfers van de eigen kliniek draagt bij aan het bewustzijn van het functioneren en kan zorgen voor betere counseling van de zwangere vrouw met een eenling in stuitligging naar modus partus. De vrouwen die kiezen voor een vaginale stuitbevalling hebben een reële kans van slagen in het OLVG, namelijk 71,7% bij preterme en 69,2% bij aterme eenlingen in stuitligging. Landelijk zijn deze percentages lager (46,6% respectievelijk 51,7%). Centralisatie van zorg rondom vaginale stuitbevallingen heeft mogelijk een positief effect op de expertise van hulpverleners, en kan daarmee de veiligheid en kwaliteit van zorg verbeteren.

Trefwoorden

Stuitbevallingen, modus partus, centralisatie, transparantie, kwaliteit van zorg

English Summary

Until now there is no consensus about the delivery of a singleton fetus in breech position. The mode of delivery, primary caesarean section versus vaginal breech delivery, varies widely between hospitals in the Netherlands. Reflection and transparency concerning rates of mode of delivery, neonatal and maternal outcome have major impact on awareness about quality of healthcare and will improve the quality of counseling of women with a singleton fetus in breech position. Women with a fetus in breech position have a fair chance of 71.7% preterm and 69.2% at term of a successful vaginal breech delivery in OLVG hospital, as compared to the national success rate of 46.5% and 51.7% respectively. In our opinion, centralization of vaginal breech delivery could have a positive impact on the expertise of health care professionals, which might improve the safety and quality of care of women with a singleton fetus in breech position.

Keywords

Breech delivery, mode of delivery, centralization, transparency, quality of healthcare

Auteurs

**) De twee eerstgenoemde auteurs hebben in gelijke mate bijgedragen aan de totstandkoming van dit artikel.*

Contact

Dr. M.G. van Pampus
Oosterpark 9, 1091 AC Amsterdam
020-5993009
m.g.vanpampus@olvg.nl

Belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.

Valkuilen bij het gebruik van registratiedata voor onderzoek in de geboortezorg

dr. J. van Dillen *gynaecoloog, Radboudumc, Nijmegen*

Al tientallen jaren leggen verloskundigen, huisartsen, gynaecologen en kinderartsen hun gegevens over geboortezorg in de Perinatale Registratie vast met als doel inzicht te krijgen in de kwaliteit van de door hen geleverde zorg en deze kwaliteit te verhogen. De gekoppelde gegevens zijn een belangrijke bron van informatie voor allerlei soorten onderzoek, bijvoorbeeld naar weinig voorkomende, ongunstige maternale en perinatale uitkomsten (www.perined.nl). Een probleem met het gebruik van dergelijke registratiegegevens is echter dat deze niet primair verzameld zijn voor onderzoeksdoeleinden. Alle analyses zijn in feite secundaire analyses, waaraan de nodige beperkingen zitten, vergeleken met prospectief verzamelde data in de setting van een onderzoeksprotocol.

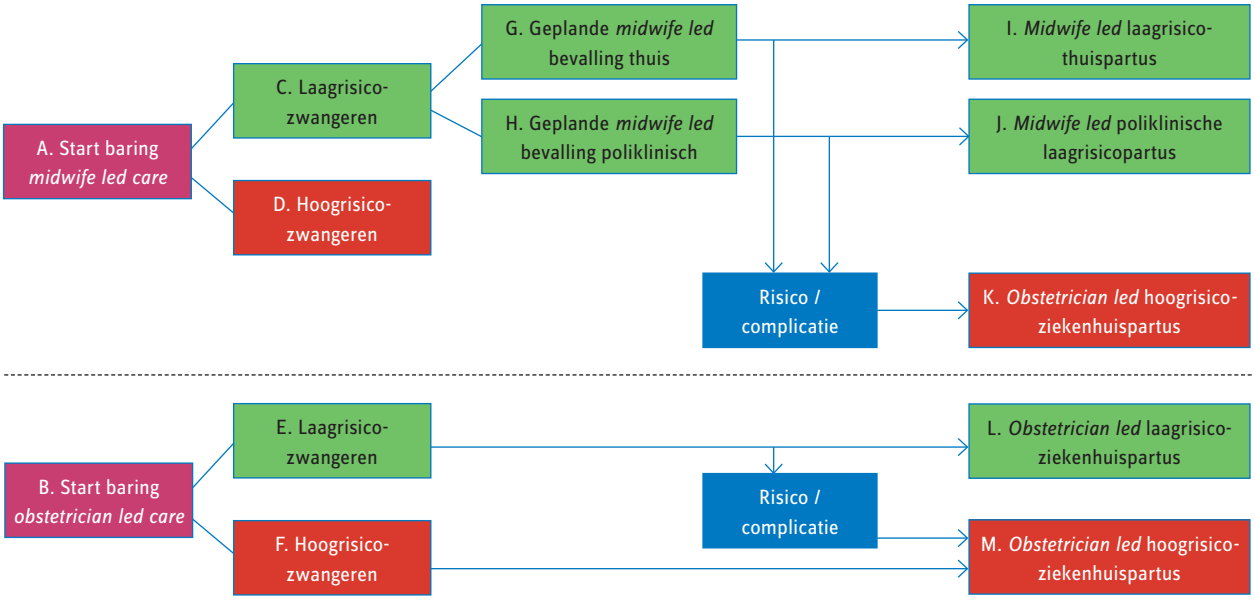
In het *British Journal of Obstetrics en Gynaecology* verscheen afgelopen jaar een artikel van de Jonge *et al.* over de valkuilen van onderzoek met registratiedata.[1] In navolging van het *Tijdschrift voor Verloskundigen* volgt hier ook een bespreking van dit artikel met een overzicht van deze valkuilen.[2] In het artikel ligt de focus op onderzoek naar het verband tussen verschillende settingen van geboortezorg (thuis versus ziekenhuis, eerste versus tweede lijn) en ongunstige perinatale en maternale uitkomsten. Uiteindelijk worden drie categorieën van beperkingen ondersch eiden die tot foute conclusies kunnen leiden:

1. De teller en de noemer van de studie komen uit verschillende populaties.
2. De keuze van de te vergelijken groepen past niet bij de onderzoeksvraag.
3. Beperkte representativiteit en externe validiteit.

Ad 1. Als voorbeeld van een teller en noemer uit verschillende populaties wordt de studie van Evers et al. genoemd.[3] In deze studie was de perinatale sterfte durante partu hoger bij bevallingen die begonnen onder verantwoordelijkheid van de eerstelijnszorg. De teller werd gevormd door moeder-kindparen waarvan het kind overleed durante partu of binnen een week post partum. Deze moeder-kindparen waren afkomstig uit alle eerstelijnspraktijken en ziekenhuizen in het adherentiegebied van de NICU. De noemer bestond uit alle in Perined geregistreerde vrouwen met een postcode in het adherentiegebied die in de onderzoeksperiode (2007-2008) bevielen. Echter in de teller kan een onbekend aantal moeders en kinderen zijn opgenomen die niet in het adherentiegebied woonden, maar die wel bevielen in een ziekenhuis of onder begeleiding van een eerstelijnspraktijk gevestigd binnen het adherentiegebied. Hierdoor zou de teller te hoog kunnen uitvallen en de sterfte overschat worden. In een vergelijkbare studie in een andere NICU-regio (over 2005-2008) is deze studie herhaald waarbij zowel in de teller als de noemer alleen moeder-kindparen werden geïncludeerd met een postcode in deze regio. Dit laatste onderzoek vond geen verschil in sterfte tussen baringen begonnen onder eerstelijns- of tweedelijnszorg.[4]

Ad 2. Voor de vergelijking van het effect van eerste- en tweedelijnszorg zouden idealiter twee groepen met een vergelijkbaar laagrisicoprofiel geïncludeerd moeten worden. Dit is echter nauwelijks realiseerbaar, want alleen vrouwen met een laag risico komen in aanmerking voor eerstelijnszorg en de tweede lijn begeleidt vooral vrouwen met een verhoogd risico. Op basis van Perined-gegevens is de groep vrouwen met een laag risico uit de tweede lijn niet te identificeren omdat verwijsindicaties niet compleet zijn geregistreerd. Dit bleek bijvoorbeeld in een studie naar acute maternale morbiditeit, waarin van 27% van de vrouwen met een sectio in de anamnese deze risicofactor niet was geregistreerd in Perined.[5] Wiegerink *et al.* hebben dit nader onderzocht door de informatie in het medisch dossier te vergelijken met die in Perined.[4] Hiertoe werden twee *random* steekproeven van elk 100 *records* van vrouwen die volgens de Perined-gegevens bij het begin van de baring onder tweedelijnszorg waren. Eén steekproef betrof vrouwen voor wie geen verwijsindicatie was geregistreerd in Perined. In deze groep werd in het medisch dossier bij 37% tenminste één verwijsindicatie vermeld die niet in Perined stond, terwijl bij een andere 22% het dossier vermeldde dat de baring was begonnen onder eerstelijnszorg, terwijl Perined tweedelijnszorg registreerde. De tweede steekproef betrof vrouwen onder tweedelijnszorg bij wie in Perined geen van acht bekende risicofactoren (bijvoorbeeld sectio in de anamnese) was geregistreerd. In het medisch dossier van 13% van deze vrouwen was echter wel een risicofactor vermeld, terwijl daarnaast 12% volgens het medisch dossier de baring begonnen was onder eerstelijnszorg en niet onder tweedelijnszorg.

Bovenstaande bevindingen maken duidelijk dat er in Perined vaak sprake is van misclassificatie van risicofactoren en van



Figuur 1. Framework voor vergelijking maternale en perinatale uitkomst in verschillende plaats van bevalling. Uit referentie 1.

zorg aan het begin van de baring. Daarom is een vergelijking tussen eerste- *(midwife led)* en tweedelijnszorg *(obstetrician led)* aan laagrisicovrouwen op basis van Perined niet goed mogelijk. In het artikel van de Jonge *et al.* in BJOG wordt dit geïllustreerd door in een figuur aan te geven welke potentiele groepen er zijn te selecteren voor onderzoek naar verschillende uitkomsten in relatie tot de plaats van bevalling (figuur 1).

Ad 3. Ook goed uitgevoerde studies op basis van registratiedata kunnen niet zonder meer geëxtrapoleerd worden naar een andere setting, bijvoorbeeld een setting waarin eerstelijnszorg een andere invulling heeft. Waar er in Nederland geen verschil in uitkomsten is gevonden tussen geplande thuis- en ziekenhuisbevallingen, bij baringen die startten onder begeleiding van de eerste lijn[5,6], zijn die uitkomsten vaak wel verschillend in een setting waarin ook vrouwen met risicofactoren een thuisbevalling plannen en waarin de deskundigheid van de verloskundige zorgverlener minder kan zijn.[7]

Wat betekent dit nu voor de toekomst van onderzoek met gegevens uit registratie systemen zoals Perined?
Hoewel onderzoek met behulp van Perined-gegevens waardevol blijft, moet bij de interpretatie veel meer rekening worden gehouden met de hierboven genoemde beperkingen. Dit onderzoek is dan primair hypothesegenererend en dient daarna te worden uitgezocht met prospectieve studies via Midwifery Research Netwerk Nederland en het NVOG Consortium 2.0.

Anderszins is het ook nodig dat de registratie van data in de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR) wordt verbeterd. Het invoeren van LVR wordt meestal gedaan door de parteur (klinisch verloskundigen en aios) en de indruk heerst dat dit, als sluitstuk van de bevalling, minder aandacht krijgt. Daarbij staan deze zorgverleners relatief verder af van Perined jaarrapportage en Perined onderzoeksaanvragen en krijgen zodoende minder feedback op mogelijk foutieve invoer. De verschillen in rapportagesystemen van ziekenhuizen en de veranderingen in verplichte LVR-items de afgelopen jaren kan ook resulteren in onzorgvuldig rapportage. In het Radboudumc is bijvoorbeeld sinds de invoering van het nieuw patiëntendossier EPIC in 2013, de koppeling met PRN nog niet optimaal. Dit heeft tot verschillende fouten in data aanvoer en verwerking geresulteerd bijvoorbeeld met betrekking tot het item 'begin baring' (tabel 1). Om PRN-registratie te verbeteren is derhalve zowel op instituutniveau als bij Perined actie nodig. Op instituutniveau dient discipline bij het invoeren te bestaan en besef van het belang van registra-

Tabel 1. Voorbeeld van registratiefouten (gele marker) in het Perined jaarverslag na de invoer van een nieuw EPD, eind 2013.

Begin baring	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	Land%
Spontaan begin	753	52	620	51	666	46	0	0	0	0	54
Inleiding	481	33	449	37	519	36	507	37	949	36	33
Sectio	216	15	151	12	222	15	208	15	211	15	11
Overig/onbekend	1	0	0	0	32	2	655	48	676	49	2
Totaal zwangeren	1451		1220		1439		1370		1381		

tie. Op niveau van Perined moet er een betere aansluiting met de praktijk komen. In het Radboudumc heeft ondertussen overleg plaats gevonden tussen de zorgverleners c.q. invoerders van de afdeling verloskunde, de informatiemanagers van het Radboudumc EPIC-team en de onderzoeker/datamanager van Perined. De problemen met de koppeling zijn geïdentificeerd.

Kortom, Perined levert een belangrijke bijdrage aan kwaliteit van de verloskundige zorg in Nederland door inzicht in getallen en trends. Voor onderzoeksdoeleinden moet men echter rekening houden met een aantal beperkingen van de data. Tenslotte is een zorgvuldige en consequente dossiervoering nodig met eenduidige omschrijving en categorisering van landelijk geselecteerde variabelen. Op die manier houden we met zijn allen Perined toekomstbestendig.

Referenties

1. Jonge, A. de, Wouters, M.G.A.J, Klinkert, J. et al., *Pitfalls in the use of register-based data for comparing adverse maternal and perinatal outcomes in different birth settings.* BJOG 2017;https://doi.org/10.1111/1471-0528.
2. Koelewijn, J., *Valkuilen bij het gebruik van registratiedata voor onderzoek in de geboortezorg.* Tijdschrift voor Verloskundigen 2017
3. Evers, A.C., Brouwers, H.A., Hukkelhoven, C.W. et al., *Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study.* BMJ. 2010;Nov.2;341:c5639.
4. Wiegerinck, M.M.J., van der Goes, B.Y., Ravelli, A.C.J. et al., *Intrapartum and neonatal mortality in primary midwife-led and secondary obstetrician-led care in the Amsterdam region of the Netherlands: a retrospective cohort study.* Midwifery 2015;31:1168-76.
5. Jonge, A. de, Mesman, J.A.J.M., Manniën, J. et al., *Severe adverse maternal outcomes among women in midwife-led versus obstetrician-led care at the onset of labour in the Netherlands: a nationwide cohort study.* PLoS ONE 2015;10:e0126266.
6. Jonge, A. de, Geerts, C.C., van der Goes, B.Y. et al., *Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: A cohort study based on three merged national perinatal databases.* BJOG 2015;122:720-8.
7. Snowden, J.M., Tilden, E.L., Snyder, J. et al., *Planned out-of-hospital birth and birth outcomes.* N Engl J Med 2015;373:2642-53.

Contact
Jeroen van Dillen, gynaecoloog
Afd. verloskunde, Amalia Kinderziekenhuis Radboudumc
jeroen.vandillen1@radboudumc.nl

Betmiga™
mirabegron

Verkorte productinformatie Betmiga 50 mg tabletten met verlengde afgifte

Samenstelling: Elke tablet bevat 50 mg mirabegron. **Farmacotherapeutische groep:** Middelen bij urine-incontinentie, urinaire antispasmodica, ATC-code: G04BD12. **Therapeutische indicaties:** Symptomatische behandeling van aandrang (urgency), verhoogde mictiefrequentie en/of urgency-incontinentie zoals deze kunnen voorkomen bij volwassen patiënten met het overactieve blaas (OAB) syndroom. **Dosering en wijze van toediening:** Aanbevolen dosering voor volwassenen (inclusief ouderen) is 50 mg eenmaal daags. De tablet dient niet te worden gekauwd, gedeeld of fijngemaakt. Mag met of zonder voedsel worden ingenomen. Zie de volledige SmPC voor aanbevelingen voor patiënten met nier- of leverinsufficiëntie al dan niet gecombineerd met sterke CYP3A-remmers. Mirabegron dient niet gebruikt te worden bij kinderen jonger dan 18 jaar. Mirabegron wordt niet aanbevolen tijdens zwangerschap of bij vrouwen die zwanger kunnen worden en geen anticonceptie toepassen. Mirabegron dient niet gebruikt te worden tijdens borstvoeding. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. Ernstige ongecontroleerde hypertensie, gedefinieerd als systolische bloeddruk van ≥ 180 mmHg en/of diastolische bloeddruk van ≥ 110 mmHg. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik**: Nierinsufficiëntie: Betmiga is niet onderzocht bij patiënten met eindstadium nierfalen (GFR < 15 ml/min/1,73 m^2 of patiënten die hemodialyse nodig hebben) en wordt daarom niet aanbevolen voor gebruik bij deze patiëntenpopulatie. De gegevens bij patiënten met ernstige nierinsufficiëntie (GFR 15 tot 29 ml/min/1,73 m^2) zijn beperkt; op basis van een farmacokinetische studie wordt bij deze populatie een verlaging van de dosering naar 25 mg aanbevolen. Dit geneesmiddel wordt niet aanbevolen voor gebruik bij patiënten met ernstige nierinsufficiëntie (GFR 15 tot 29 ml/min/1,73 m^2) die gelijktijdig sterke CYP3A-remmers krijgen. Leverinsufficiëntie: Betmiga is niet onderzocht bij patiënten met ernstige leverinsufficiëntie (Child-Pugh-klasse C) en wordt daarom niet aanbevolen voor gebruik bij deze patiëntenpopulatie. Dit geneesmiddel wordt niet aanbevolen voor gebruik bij patiënten met matige leverinsufficiëntie (Child-Pugh-B) die gelijktijdig sterke CYP3A-remmers krijgen. Hypertensie: Mirabegron kan de bloeddruk verhogen. De bloeddruk dient te worden gemeten bij aanvang en periodiek gedurende de behandeling met mirabegron, met name bij hypertensieve patiënten. De gegevens bij patiënten met hypertensie stadium 2 (systolische bloeddruk ≥ 160 mmHg of diastolische bloeddruk ≥ 100 mmHg) zijn beperkt. Patiënten met aangeboren of verworven QT-intervalverlenging: Er werd bij therapeutische doseringen van Betmiga geen klinisch relevante QT-intervalverlenging waargenomen in klinische studies. Echter, aangezien er in deze studies geen patiënten zaten met een voorgeschiedenis van QT-intervalverlenging of patiënten die geneesmiddelen gebruiken waarvan bekend is dat ze het QT-interval verlengen, is het effect van mirabegron op deze patiënten onbekend. Mirabegron dient met voorzichtigheid te worden gebruikt bij deze patiënten. Patiënten met blaasuitgangobstructie en patiënten die worden behandeld met antimuscarinica voor OAB: In post-marketing ervaring bij patiënten die mirabegron gebruikten, is urineretentie gerapporteerd bij patiënten met blaasuitgangobstructie (BOO) en bij patiënten die werden behandeld met antimuscarinica voor OAB. Een gecontroleerde klinische veiligheidsstudie bij patiënten met blaasuitgangobstructie toonde geen verhoogd risico op urineretentie bij patiënten die werden behandeld met Betmiga; desondanks dient Betmiga met voorzichtigheid te worden toegediend aan patiënten met een klinisch significante blaasuitgangobstructie. Betmiga dient ook met voorzichtigheid te worden toegediend aan patiënten die worden behandeld met antimuscarinica voor OAB. **Interacties**: Er worden geen klinisch relevante geneesmiddeleninteracties verwacht tussen mirabegron en geneesmiddelen die één van de CYP-isozymen of transporteiwitten remmen, induceren of hiervoor een substraat vormen, met uitzondering van het remmend effect van mirabegron op het metabolisme van CYP2D6-substraten. Mirabegron is een matige en tijdsafhankelijke remmer van CYP2D6 en een zwakke remmer van CYP3A. Er is geen doseringsaanpassing nodig indien toegediend met CYP2D6-remmers of bij slechte CYP2D6-metaboliseerders. Voorzichtigheid is geboden als mirabegron gelijktijdig wordt toegediend met geneesmiddelen met een smalle therapeutische index en die in belangrijke mate worden gemetaboliseerd door CYP2D6, zoals thioridazine, antiaritmica type 1C (bijv. flecaïnide, propafenon) en tricyclische antidepressiva (bijv. imipramine, desipramine). Voorzichtigheid is ook geboden indien mirabegron gelijktijdig wordt toegediend met CYP2D6-substraten waarvan de dosis afzonderlijk wordt getitreerd. Mirabegron is een zwakke remmer van P-gp. Bij patiënten waar gestart wordt met een combinatie van Betmiga en digoxine, dient in eerste instantie de laagste dosering voor digoxine te worden voorgeschreven. Serumconcentraties van digoxine dienen te worden gemonitord en gebruikt voor titratie van de digoxinedosering. Wanneer Betmiga gecombineerd wordt met gevoelige P-gp-substraten zoals dabigatran, dient rekening te worden gehouden met de mogelijkheid tot remming van P-gp door mirabegron. Verhoogde blootstelling aan mirabegron door geneesmiddeleninteracties kan gepaard gaan met een verhoging van de polsfrequentie. Zie voor interacties ook bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik en de volledige SmPC. **Bijwerkingen:** Samenvatting van het veiligheidsprofiel: De veiligheid van Betmiga is geëvalueerd bij 8.433 patiënten met OAB, van wie 5.648 ten minste één dosering mirabegron kregen in het klinische fase 2/3-programma, en 622 patiënten Betmiga kregen gedurende ten minste 1 jaar (365 dagen). In de drie 12 weken durende, dubbelblinde, placebogecontroleerde fase 3-studies maakte 88% van de patiënten de behandeling met dit geneesmiddel af en staakte 4% van de patiënten deze vanwege bijwerkingen. De meeste bijwerkingen waren licht tot matig van ernst. De meest vaak gemelde bijwerkingen voor patiënten die met Betmiga 50 mg werden behandeld tijdens de drie 12 weken durende dubbelblinde, placebogecontroleerde fase 3-studies waren tachycardie en urineweginfecties. De frequentie van tachycardie was 1,2% bij patiënten die Betmiga 50 mg kregen. Tachycardie leidde tot stopzetting bij 0,1% van de patiënten die Betmiga 50 mg kregen. De frequentie van urineweginfecties was 2,9% bij patiënten die Betmiga 50 mg kregen. Urineweginfecties leidden bij geen van de patiënten die Betmiga 50 mg kregen tot stopzetting. Ernstige bijwerkingen omvatten atriumfibrilleren (0,2%). De bijwerkingen die tijdens de actief gecontroleerde (muscarinereceptor-antagonist) 1 jaar durende (langetermijn) studie werden waargenomen, waren qua type en ernst vergelijkbaar met de waargenomen bijwerkingen in de drie 12 weken durende, dubbelblinde, placebogecontroleerde fase 3-studies. Overzicht van bijwerkingen in tabelvorm: In de onderstaande tabel zijn de bijwerkingen weergegeven die met mirabegron werden waargenomen in de drie 12 weken durende, dubbelblinde, placebogecontroleerde fase 3-studies. De frequentie van bijwerkingen is als volgt gedefinieerd: zeer vaak (≥ 1/10), vaak (≥ 1/100, < 1/10), soms (≥ 1/1.000, < 1/100), zelden (≥ 1/10.000, < 1/1.000) en zeer zelden (< 1/10.000) en niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald). Binnen iedere frequentiegroep worden de bijwerkingen gepresenteerd in volgorde van afnemende ernst.

MedDRA Systeem/orgaanklasse	Frequentie
Infecties en parasitaire aandoeningen	*Vaak*: Urineweginfectie *Soms*: Vaginale infectie, Cystitis
Psychische stoornissen	*Niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald)*: Slapeloosheid*
Zenuwstelselaandoeningen	*Vaak*: Hoofdpijn*, Duizeligheid*
Oogaandoeningen	*Zelden*: Ooglidoedeem
Hartaandoeningen	*Vaak:* Tachycardie *Soms:* Palpitaties, Atriumfibrilleren
Bloedvataandoeningen	*Zeer zelden*: Hypertensieve crisis*
Maagdarmstelselaandoeningen	*Vaak*: Misselijkheid*, Obstipatie*, Diarree* *Soms:* Dyspepsie, Gastritis *Zelden:* Lipoedeem
Huid- en onderhuidaandoeningen	*Soms*: Urticaria, Huiduitslag, Maculaire uitslag, Papulaire uitslag, Pruritus *Zelden*: Leukocytoclastische vasculitis, Purpura, Angio-oedeem*
Skeletspierstelsel- en bindweefselaandoeningen	*Soms*: Gewrichtszwelling
Nier- en urinewegaandoeningen	*Zelden*: Urineretentie*
Voortplantingsstelsel- en borstaandoeningen	*Soms*: Vulvovaginale pruritus
Onderzoeken	*Soms*: Verhoogde bloeddruk, GGT verhoogd, ASAT verhoogd, ALAT verhoogd

*waargenomen tijdens post-marketing ervaring

Melding van vermoedelijke bijwerkingen
Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb, website: www.lareb.nl. **Afleverstatus:** Betmiga is uitsluitend verkrijgbaar op recept. **Raadpleeg volledige productinformatie (SmPC) op www.astellas.nl.** Astellas Pharma B.V. Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden, Nederland. **Datum:** 25 september 2017 gebaseerd op SmPC van 18 september 2017.

Referenties: 1. Betmiga Samenvatting van de Productkenmerken. **2.** Betmiga: EPAR - public assessment report 18 okt. 2012 (pag. 82); www.ema.europa.eu. **3.** Khullar V et al. Eur Urol 2013;63(2):283-95.

NL/BET/0817/0020g

astellas

Bij zwangere vrouwen

Coecum *blow-out* als levensbedreigende complicatie van salmonellose

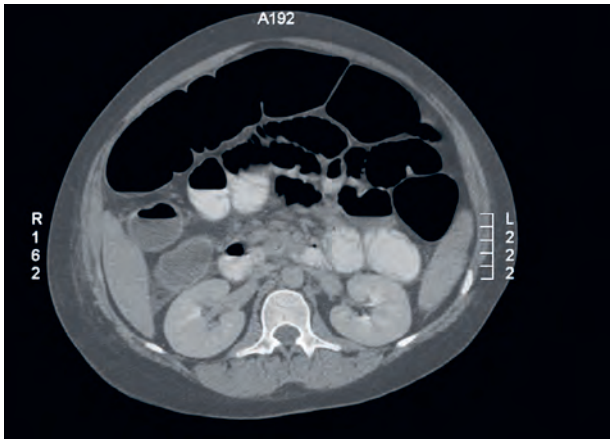
drs. M.E. van Eck *co-assistent, destijds Treant zorggroep locatie Emmen, thans anios chirurgie Martiniziekenhuis*
drs. A.W. Vos *co-assistent, destijds Treant zorggroep locatie Emmen, thans aios longgeneeskunde Martiniziekenhuis*
dr. T. Kluck *gynaecoloog Treant zorggroep locatie Emmen*

Buikpijn tijdens de zwangerschap blijft een intrigerend en potentieel gevaarlijk fenomeen. De diagnostiek en behandeling van abdominale pijn ten tijde van de zwangerschap kent in vergelijking met buikpijn buiten de zwangerschap een aantal uitdagingen: naast de meer uitgebreide differentiaaldiagnose rekening houdend met aan de zwangerschap en de termijn gerelateerde pathologie, treden er in de zwangerschap fysiologische en anatomische veranderingen op en dient er rekening gehouden te worden met het welbevinden van het ongeboren kind. In onderstaande klinische les wordt een zeldzame diagnose: een pseudomembraneuze colitis met als gevolg een toxisch megacolon en een daaropvolgende blow-out van het coecum op basis van een salmonella-infectie, beschreven. Het doel is de herkenning van pseudomembraneuze colitis te bevorderen en de daarbij voorkomende valkuilen bij een zwangere patiënte aan te stippen. Een aspecifieke presentatie kan uiteindelijk evolueren tot een ernstig ziektebeeld.

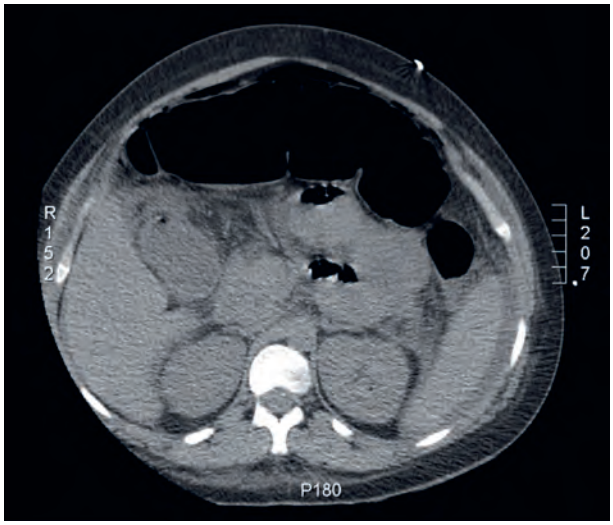
Casuïstiek

Een eerstelijnsverloskundige verwijst een 24-jarige primigravida van Nederlandse origine bij een amenorroeduur van 36+2 weken naar ons ziekenhuis in verband met het vermoeden van een partus prematurus. Twee dagen tevoren bezocht zij de huisartsenpost vanwege 'harde buiken' en werd gestart met augmentin per os bij verdenking op een urineweginfectie. Op de dag van presentatie heeft patiënte in toenemende mate, om de 5 à 10 minuten, harde buiken. Het CTG toont een foetale tachycardie met een frequentie van 180 per minuut. Bij vaginaal toucher wordt een staande, niet toegankelijke portio gevoeld. Patiënte geeft aan zich ziek en koud te voelen en ze heeft koorts (38,7 °C). Zij wordt ter observatie en verder onderzoek opgenomen. Laboratoriumonderzoek toont een leukocytose van 16,3 giga/L en een CRP van 27 mg/L. De antibiotica waarmee reeds gestart was, worden vanaf nu intraveneus toegediend met werkdiagnose urineweginfectie.
Tijdens de eerste dagen van de opname blijft zij ook met paracetamolgebruik koorts houden tot 39 °C. Het vaginaal toucher blijft ongewijzigd. De eerste middag krijgt zij naast buikpijn ook diarree, en is het CRP gestegen naar 123 mg/L, er is nu een leukocytose van 17,3 giga/L. Differentiaaldiagnostisch wordt er op dat moment gedacht aan een pyelonefritis, een cholecystitis of een appendicitis. Hierop wordt vooralsnog een conservatief beleid met antibiotica gevoerd (Augmentin intraveneus).
Op de tweede opnamedag wordt patiënte 's nachts toenemend onrustig met heftige pijn rechtsboven in de buik. Zij heeft op dat moment koorts (39,1 °C) en een tachycardie van 131 slagen per minuut. Er wordt een abdominale echo gemaakt die geen bijzonderheden laat zien, met name geen aanwijzingen voor een appendicitis of cholecystitis. Vanwege aanhoudende diarree, die vóór opname al enkele dagen bleek te bestaan, wordt een feceskweek ingezet. Het CRP is inmiddels opgelopen tot 123 mg/L. Het CTG normaliseerde inmiddels en kon patiënte van de continue controle worden afgekoppeld.
De dienstdoende chirurg wordt in consult gevraagd en vindt het klinische beeld toch het meest bij een appendicitis passen, waarop een chirurgische exploratie van het abdomen aangewezen is. Ten gevolge van de snel verslechterende conditie van patiënte wordt geen aanvullende beeldvorming meer verricht maar besloten tot een spoed keizersnede middels mediane onderbuikincisie door de gynaecoloog met exploratie van het abdomen door de chirurg. Er volgt een vlotte geboorte van een zoon in goede conditie (apgarscore 8/9/10; pH navelstreng 7,15; 2996 gram). Aan placenta, cavum uteri en adnexen worden geen afwijkingen gezien of gevoeld. De appendix toont bij exploratie geen tekenen van ontsteking. Ook aan darmen, lever en galblaas worden geen afwijkingen gezien. Differentiaaldiagnostisch wordt op dat moment gedacht aan een gastro-enteritis, urineweginfectie, pyelonefritis of lage luchtweginfectie.
De avond na de operatie ontwikkelt patiënte opnieuw koorts (tot 40 °C). Bij lichamelijk onderzoek wordt een soepele buik en normaal ademgeruis over de longen gevonden. Een X-thorax laat geen afwijkingen zien. In overleg met de medisch microbioloog wordt het antibioticum gewisseld naar ciprofloxacine per os, met verdenking darminfectie. Ook de volgende dag blijft patiënte echter koorts en heftige buikpijn houden. Bij het lichamelijk onderzoek is er nu sprake van een acute buik. Er wordt met spoed een echo verricht die een cysteuze afwijking in de rechteronderbuik laat zien, verdacht voor een bloeding of abces in de onderbuik. In overleg met de chirurg wordt daarom een CT-scan afgesproken voor

nadere diagnostiek. Hierop wordt een sterk verwijd colon gezien in plaats van een cyste (zie afb. 1), waarbij gedacht wordt aan een postoperatieve ileus.
Na de CT-scan volgt er een overplaatsing van patiënte naar de intensive care, waar de intensivist een zieke en bleke vrouw ziet met een tensie van 105/70, een pols van 140, een temperatuur van 39.1 °C en een saturatie van 92% met 2 liter zuurstof. Het abdomen is zeer bol, hypertympaan en diffuus extreem drukpijnlijk. Het laboratoriumonderzoek toont een Hb van 6,1 mmol/l, leukocytengetal van 12,1 giga/L en een CRP van 535 mg/L. Inmiddels blijkt uit de feceskweek een salmonella-typhimuriuminfectie. Gezien het fors uitgezette colon op de CT-scan en een positieve feceskweek is er een grote verdenking op een toxisch megacolon. Wegens het ontbreken van een resistentiepatroon wordt er gestart met Ceftriaxon intraveneus.
Er volgt diezelfde dag nog een sigmoïdoscopie. Het beeld bij sigmoïdoscopie past het meest bij een infectieus proces waarvan biopten worden genomen. De gepoogde desufflatie bij een toxisch megacolon heeft geen effect.
Ondanks de reeds ingestelde therapie middels antibiotica, blijft patiënte een geprikkelde buik houden. Hierop wordt een dag na de sigmoïdoscopie een spoed-CT-scan gemaakt waarop vrij lucht en vocht in de buikholte gezien wordt (zie afb. 2). Hierop volgt direct een relaparotomie waarbij een geruptureerd ischemisch coecum gezien wordt, meest waarschijnlijk doordat het colon ascendens en coecum zo uitgezet is. De chirurg voert een hemicolectomie rechts uit met het aanleggen van een ileostoma en een slijmfistel op het colon transversum. Het abdomen wordt daarna uitgebreid gespoeld.
De dag na hemicolectomie blijft de buik nog steeds erg bol en pijnlijk. Uit de eerder genomen biopten blijkt een salmonellastam te groeien en is een infectueuze colitis het meest waarschijnlijk. De therapie die is toegepast (hemicolectomie en antibiotica) lijkt op dit moment adequaat. In de avond ontwikkelt patiënte echter weer koorts en is er opnieuw sprake van een acute buik. Er wordt in overleg met de chirurg besloten tot re-exploratie van de buik. Daarbij wordt bij relaparotomie enig troebel vocht gezien, maar geen andere pathologie die de buikpijn kan verklaren en wordt de buik gespoeld tot er geen troebel vocht meer terugkomt. De buikpijn wordt daarom verder conservatief behandeld en geduid als postoperatief. In de volgende dagen knapt patiente langzamerhand op, waarop zij op dag 13 na opname weer naar de afdeling gynaecologie overgeplaatst kan worden. Op dag 19 na opname gaat patiënte met ontslag naar huis, samen met haar inmiddels ruim twee weken oude zoontje.
Drie maanden na ontslag vindt er continuïteitsherstel plaats van het ileostoma en het slijmfistel op het colon transversum. Het postoperatieve herstel raakt daarbij vertraagd door een oppervlakkige wondinfectie van de huid. Een maand later wordt patiënte na poliklinische controle bij de chirurgie ontslagen uit behandeling.
Ook nu, enige jaren later, maken moeder en kind het goed. Zij is inmiddels van een tweede kind bevallen, zonder complicaties.



Afbeelding 1. CT-abdomen na intraveneus contrast: fors ileusbeeld met wijde dunne- en dikkedarmlissen.



Afbeelding2. CT-abdomen blanco protocol: vrij lucht en vocht in de buikholte.

Beschouwing

Toxisch megacolon
Toxisch megacolon is de klinische term voor een acute toxische colitis met dilatatie van het colon. Een toxisch megacolon is een zeer zeldzaam, maar kan potentieel lethaal zijn.[1] De incidentie is onbekend.[2,3] Langdurige diarree kan het begin zijn van het ontwikkelen van een toxisch megacolon. Als hierbij ook nog algehele malaise, buikpijn en een bolle, gespannen buik aanwezig zijn, dient men extra alert te zijn op een perforatie. Echografisch onderzoek is laagsensitief, echter wel laagdrempelig in te zetten bij verdenking op een perforatie of vrij vocht, zeker bij patiënten waarbij een CT-scan gecontra-indiceerd is.[4] Toch kan de diagnose vaak klinisch gesteld worden (tabel 1).

Oorzaken van toxisch megacolon
Toxisch megacolon wordt het meest geassocieerd met inflammatoire darmziekten, maar kan ook voorkomen bij infectueuze colitiden van verschillende etiologie, ischemische

Tabel 1. Diagnostische criteria van het toxisch megacolon[5]

Radiografisch bewijs van dilatatie van het colon Een maximale diameter van het colon groter dan zes centimeter is in overeenstemming met de diagnose van megacolon. Het klinisch beeld is echter van groter belang dan de grootte van de dilatatie.
Plus minstens drie van de volgende: (1) Temperatuur >38 °C (2) Tachycardie >120 slagen per minuut (3) Neutrofiele leukocytose >10,5 giga/L (4) Anemie
Plus minstens één van de volgende: (1) Dehydratie (2) Veranderd sensorium (3) Elektrolyt verstoringen (4) Hypotensie

colitis, volvulus, diverticulitis en obstructief coloncarcinoom.[1] Tegenwoordig lijkt het vaker voor te komen bij infectueuze colitis, met name bij clostridium-difficileinfecties die steeds vaker voorkomen, ook bij zwangeren.[4,2,3] Gedacht werd dat zwangere vrouwen minder kans hebben op het ontwikkelen van een pseudomembraneuze colitis of dat de ziekte minder fulminant zou verlopen, doordat deze vrouwen over het algemeen jong en gezond zijn.[5,6] De term pseudomembraneuze colitis verwijst naar de (pseudo-)membranen die bij een colonoscopie gezien worden.

Diagnostiek toxisch megacolon

De diagnose wordt, zoals eerder aangegeven, in principe klinisch gesteld. Dit is gebaseerd op abdominale beeldvorming en een septisch beeld. Een goede anamnese is daarom cruciaal. Radiografie wordt gebruikt om de een megacolon vast te stellen alsook in het vervolgen van een uitgezet colon (tabel 1). Bij zwangeren gebruikt men liever radiografie zonder stralingsbelasting en derhalve is in deze casus ook gekozen voor echografie en MRI.

Tabel 2. Leerpunten

Buikpijn in de zwangerschap kent een uitgebreide diagnose, waarbij rekening gehouden dient te worden met: - een uitbreiding van de differentiaaldiagnose ten opzichte van de niet-zwangere patiënte; - aan de zwangerschap en termijn gerelateerde pathologische, fysiologische en anatomische aanpassingen ten tijde van de zwangerschap; - de gezondheid van het ongeboren kind; - het mogelijk uitblijven van peritoneale symptomen bij een acute buik.
In tegenstelling tot wat eerder gedacht werd, is infectie van de darm in toenemende mate oorzaak van een toxisch megacolon.
'Toxisch megacolon' is een klinische diagnose, ondersteund door radiografische beelden.
Bij radiografie bij zwangeren dient rekening gehouden te worden met stralenbelasting.
Het vervaardigden van een colonoscopie is gecontra-indiceerd, echter zou een sigmoïdoscopie overwogen als diagnosticum.
Wanneer men hoog in de differentiaaldiagnose denkt aan een toxisch megacolon, dient men tijdig te starten met antibiotische behandeling en bij falen tijdig over te gaan op chirurgische interventie.

Meestal zijn het colon ascendens of het transversum uitgezet. In het colon descendens, sigmoïd en rectum komt dit zelden voor.

Hoewel een colon van > 6cm al kan passen bij de diagnose megacolon, is de conditie van de patiënt doorslaggevend. Ook in het laboratoriumonderzoek komen vaak een leukocytose en verhoogd CRP voor. Ook electrolytstoornissen zijn veelvoorkomend, met name omdat het colon de functie van water en zout reabsorberen niet meer kan vervullen.

Een colonoscopie heeft geen plaats bij het diagnosticeren van een toxisch megacolon. Sigmoïdoscopie kan wel van nut zijn bij de diagnostiek, alsook bij de behandeling, zoals hieronder wordt aangegeven.[2]

Behandeling van toxisch megacolon

Het is belangrijk om eerst de onderliggende ziekte te herkennen en deze te behandelen. In het geval van infectueuze colitis, zoals bij onze patiënte, is het uiteraard van belang om zo snel mogelijk te starten met antibiotica.[2] Sigmoïdoscopie kan nuttig zijn bij het bevestigen van de diagnose toxisch megacolon, dit moet echter wel met zo min mogelijk insufflatie van lucht, vanwege een hoge kans op perforatie. Colono-/sigmoïdoscopie is geïndiceerd bij een acuut megacolon, waarbij ook desufflatie van het colon kan plaatsvinden.[7] Toxisch megacolon is echter een contra-indicatie voor colonoscopie.[8] In deze casus lijkt het nut van de sigmoïdoscopie met daarbij een biopt daarom zeer beperkt en potentieel gevaarlijk en had achterwege gelaten kunnen worden. Daarnaast is er chirurgisch nog een colectomie uit te voeren. Deze chirurgische optie moet toegepast worden op basis van het klinische beeld.[9,10] Omdat er nog altijd een hoge morbiditeit en mortaliteit van het toxisch megacolon is, moet niet te lang gewacht worden met het uitvoeren van een (hemi-) colectomie. Een gevolg van te lang wachten met behandelen kan tot perforatie van het colon leiden.

Conclusie

Een pseudomembraneuze colitis door een bacteriële infectie met als gevolg een toxisch megacolon en met als complicatie een blow-out van het coecum is een zeer zeldzame diagnose. In het geval van een zwangere patiënte is de differentiaal diagnose van buikpijn zeer uitgebreid en kan het verleidelijk zijn om vooral aan obstetrische of andere veelvoorkomende diagnosen te denken. Aanvankelijk aspecifieke symptomen kunnen zich echter ontwikkelen tot een levensbedreigend beeld, zoals beschreven in onze casus. Bij deze vragen we graag uw aandacht voor dit zeer ernstige ziektebeeld, dat in toenemende mate voorkomt bij zwangeren.

Literatuur

1. Chaudri, A. & Bekdash, B., *Toxic megacolon due to Salmonella: a case report and review of the literature.* Int J Colorectal Dis. 2002;17:271-279.
2. Sheth, S. & Lamont, J., *Toxic megacolon.* www.uptodate.com.
3. Ausch, C., Madoff, R., Gnant, M. et al., *Aetiology and surgical management of toxic megacolon.* Color Dis. 2006;8:195-201.
4. Autenrieth, D. & Baumgart, D., T*oxic megacolon.* Inflammable Bowel Dis. 2012;18:584-591.
5. Mridula, T., Pai R., Mathai, A. et al., *Pseudomembranous colitis in a pregnant woman.* Katmandu univ med J. 2010;8(31):345-347.

6. Rouphael, N., O'Donnell, J., Bhatnagar, J. et al., *Clostridrium difficile-associated diarrhea: an emerging threat to pregnant women.* Am J Obs Gynecol. 2008;198(6):635.
7. Shetler, K., Nieuwenhuis, R., Wren, S. et al., *Decompressive colonoscopy with intracolonic vancomycin administration for the treatment of severe pseudomembranous colitis.* Surg Endosc. 2001;15(7):653-659.
8. Bhagatwala, J., *Colonoscopy - indications and contraindications.* In: Screening for Colorectal Cancer with Colonoscopy. Augusta: Georgia Regents University;2015.
9. Parangi, S., Levine, D., Henry, A. et al., *Surgical gastrointestinal disorders during pregnancy.* Am J Surg. 2007;193:223-232.
10. Kilpatrick, C., Orejuela, F., Ramin, S. et al., *Approach to abdominal pain and the acute abdomen in pregnant and postpartum women.* www.uptodate.com.

Rekovelle®
follitropine delta

Verkorte productinformatie Rekovelle®

▼Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Daardoor kan snel nieuwe veiligheidsinformatie worden vastgesteld. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg worden verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden. Zie rubriek 4.8 in de Rekovelle® Samenvatting voor de Productkenmerken voor het rapporteren van bijwerkingen.

Naam van het geneesmiddel: Rekovelle 12 microgram/0,36 ml, Rekovelle 36 microgram/1,08 ml en Rekovelle 72 microgram/2,16 ml oplossing voor injectie. **Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling:** Eén multidoseringspatroon bevat respectievelijk 12, 36 of 72 microgram follitropinedelta per respectievelijk 0,36 ml, 1,08 of 2,16 ml oplossing. **Farmaceutische vorm:** oplossing voor injectie. **Therapeutische indicaties:** Gecontroleerde ovariumstimulatie voor de ontwikkeling van meerdere follikels bij vrouwen die geassisteerde voortplantingstechnieken (ART) ondergaan, zoals een in vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma injectiecyclus (ICSI). Er is geen gedocumenteerde ervaring van het gebruik in het lange GnRH-agonistprotocol. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen; tumoren in hypothalamus of hypofyse; vergroting van de ovaria of ovariumcysten, anders dan door polycysteus-ovariumsyndroom; gynaecologische bloedingen met onbekende oorzaak; ovarium, uterus of mammacarcinoom; primair ovariumfalen; malformatie van de geslachtsorganen niet verenigbaar met zwangerschap; fibroïde tumoren van de uterus niet verenigbaar met zwangerschap. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** De dosis wordt voor elke patiënt individueel vastgesteld. Gebruik van resultaten verkregen met een andere bepalingsmethode dan de ELECSYS AMH Plus (ROCHE) in dit verband wordt niet aangeraden. Ter voorkoming van de ontwikkeling van OHSS moet de Rekovelle dosering goed worden opgevolgd en de ontwikkeling van follikels goed worden gecontroleerd. Bij overmatige ovariële hyperstimulatie wordt geadviseerd geen hCG toe te dienen en gedurende 4 dagen geen gemeenschap te hebben of een barrière anticonceptiemiddel te gebruiken. De kans op meerlingzwangerschappen, ovariumtorsie, ectopische zwangerschap, congenitale afwijkingen of spontane abortus is verhoogd bij ART. Wees voorzichtig bij vrouwen met een verhoogd risico op trombo-embolische gebeurtenissen. **Bijwerkingen:** De meest gemelde bijwerkingen tijdens een behandeling met Rekovelle zijn hoofdpijn, bekkenklachten, OHSS, bekkenpijn, misselijkheid, pijnlijke uterus en/of adnexen en vermoeidheid. **Registratiehouder:** Ferring Pharmaceuticals A/S, Denemarken. **Inlichtingen:** Ferring B.V., Polarisavenue 130, 2132 JX, Hoofddorp. **Afleverstatus:** U.R. **Datum tekst:** mrt 2017

Ferring B.V.
Postbus 184
2130 AD Hoofddorp
Tel. 023 – 5680300
ferring.nl

FERRING
PHARMACEUTICALS

Samenvatting
Deze casus vermeldt een 24-jarige, primigravida met buikpijn bij 36+2 weken. De aanpak van abdominale pijn ten tijde van de zwangerschap kent in vergelijking met de niet-zwangere een aantal uitdagingen: naast de uitbreiding van de differentiaaldiagnose met aan de zwangerschap en de termijn gerelateerde pathologie, treden er in de zwangerschap fysiologische en anatomische aanpassingen op en dient er rekening gehouden te worden met het welbevinden van het ongeboren kind. Het doel van deze casus beschrijving is de herkenning van infectueuze colitis met als levensbedreigende complicatie een toxisch megacolon te bevorderen.

Trefwoorden
Zwangerschap, salmonellose, toxisch megacolon, coecum *blow-out*, buikpijn

English Summary
This case concerns a pregnant woman of 24 years old, primigavida, with stomach discomfort at a term of 36+2 weeks. The differential diagnosis of this particular complaint is broad in comparison to non-pregnant women. We would like to highlight the clinical challenge and pitfalls of diagnosis of pregnant patients with this complaint. There are anatomical and fysiological changes in pregnant women, as well as an unborn child to be considered. Therefore it is important to recognize the potential dangers of what seems to be a common complaint.

Keywords
Pregnancy, salmonellosis, toxic megacolon, coecum blow-out, abdominal pain

Dankwoord
De auteurs willen graag patiënte en familie bedanken voor het mogen documenteren van deze bijzondere en zeer leerzame casus.

Contact
drs. M.E. van Eck, destijds co-assistent Scheperziekenhuis Emmen, thans anios chirurgie, Martini ziekenhuis
meritvaneck@gmail.com

Belangenverstrengeling
De auteurs verklaren dat er geen sprake is van financiële of andere belangenverstrengeling.

Ongebruikelijke commensaal veroorzaakt pelvien abces na vaginale partus

M.L. Gerds *semi-arts, afdeling gynaecologie*
dr. G.H. Jansen *gynaecoloog*
Beiden ziekenhuis Tjongerschans Heerenveen

Tijdige opsporing van tuba-ovariële abcessen en bijpassende optimale behandeling zijn essentieel voor het voorkomen van latere complicaties, waaronder een ruptuur die kan leiden tot morbiditeit en in zeldzame gevallen tot mortaliteit. Tuba-ovariële abcessen worden vaker na een sectio caesarea gezien dan na een vaginale partus. Dat ze ook na een vaginale partus kunnen voorkomen beschrijft onderstaande casus.

Casus

Een 27-jarige vrouw werd door de huisarts verwezen naar de spoedeisende hulp vanwege malaise, verminderde eetlust, afvallen en een persisterend laag hemoglobinegehalte.
Zij was acht weken geleden vaginaal bevallen van een gezonde dochter.
Haar voorgeschiedenis vermeldde endometriose met in 2015 een diagnostische laparoscopie waarbij een spontaan geruptureerde endometriosecyste rechts werd gezien en enkele endometriosespots. Destijds werd een partiële cystectomie verricht en diathermie van de endometriosespots.
Patiënte was G1P0, werd spontaan zwanger en werd begeleid door een verloskundige in de eerste lijn. Het betrof een ongecompliceerde zwangerschap. Met een termijn van 39+2 weken beviel patiënte spontaan en klinisch vanwege een pijnstillingswens. Een dochter werd geboren in AAV met een apgarscore van 9/9/10 en een gewicht van 3250 gram (p20-p50). De placenta kwam spontaan en compleet, het totaal bloedverlies bedroeg 350 mL.
Patiënte had in haar kraambed eenmalig koorts gehad van 38 °C die spontaan verdween en daarom expectatief is behandeld. Sindsdien was ze echter niet fit. Haar eetlust was slecht en ze was in zeven weken tijd 19 kilo afgevallen. Zij had een normale hoeveelheid vaginaal bloedverlies postpartum en normale lochia. Patiënte gaf flesvoeding. Bij lichamelijk onderzoek werd een iets bleke vrouw gezien met de volgende vitale functies: RR 114/75 mmHg, pols 120/min, SpO2 98%, temperatuur 38,2 °C en een ademhalingsfrequentie van 18/min.
Over cor en pulmones werden geen bijzonderheden gehoord. Het abdomen was soepel en niet drukpijnlijk.
Laboratoriumonderzoek toonde verhoogde infectieparameters (Leucocyten 16,1 x 10^9/L, CRP 125) en een ferriprieve anemie met een Hb van 4,7. Het urinesediment en X-thorax toonden geen afwijkingen. Aanvullend werd er een CT-scan verricht en een CA-125 bepaald.

Transvaginale echoscopie liet een uterus in AVF zien zonder zichtbare afwijkingen. Het rechter adnex toonde een deels echodense, deels echolucente cyste van 10,6 bij 7,5 cm met vrij vocht in Douglas. Differentiaaldiagnostisch werd gedacht aan een tuba-ovarieel abces, geïnfecteerd endometrioom, torsie ovarium met necrose/ontsteking ofwel maligniteit.
Gestart werd met Augmentin 625 mg 3dd oraal en een ferinject infuus. De vaginakweek bleek negatief.
Aanvullende CT-scan met iv-contrast liet een multiloculaire dikwandige cyste ventraal van de uterus zien, mogelijk uitgaande van het rechter adnex met een spoor acites.
Een abces kon niet worden uitgesloten, cave neoplasma.
Daarnaast enkele licht vergrote lymfeklieren rechts para-iliacaal en mediaal van de coecumpool alsmede ook para-aortaal en een forse lever en milt. Het CA-125 bedroeg 82 kU/L (<35).

Bij poliklinische controle bleek patiënte klinisch goed op te knappen; het laboratoriumonderzoek liet echter stijging van de infectieparameters zien: CRP 135 mg/L, leukocyten 20,8 x 10^9/L, hemoglobine 5,4 mmol/L. Wegens de niet-dalende infectieparameters en het niet afnemen van de grootte van het abces werd een chirurgische interventie gepland.
Vanwege het niet kunnen uitsluiten van maligniteit in combinatie met het verhoogde CA-125 en het risico op *tumorspill* werd niet gekozen voor percutane drainage.
Patiënte werd kort na het inplannen echter opgenomen met buikpijn en oplopende koorts. Er werd in opzet een laparoscopie gepland, maar wegens uitgebreide adhesies en een zieke patiënt werd een laparatomie verricht middels Pfannenstiel.
Peroperatief werd een 9 cm groot abces gezien dat uitgebreide adhesies vertoonde met dunne darm, dikke darm en het omentum. Na inspectie was er geen verdenking op maligniteit. Het abces werd gedraineerd met als resultaat 400 mL pus en een drain werd achtergelaten. De puskweek toonde een Peptoniphilus asaccharolyticus (voorheen peptostreptococcus), gevoelig voor amoxicilline/clavulaanzuur.
Postoperatief herstelde patiënte goed met het verdwijnen van haar klachten en toename van eetlust en gewicht. Het laboratoriumonderzoek liet een normalisatie zien van de infectieparameters. Twee dagen na de ingreep kon patiënte koortsvrij met Augmentin 625 mg 3dd naar huis worden ontslagen. Bij poliklinische controle was zij klachtenvrij en had zij echoscopisch normale genitalia interna.

Beschouwing

De term *pelvic inflammatory disease* (PID) wordt gedefinieerd als een ontsteking in het kleine bekken ten gevolge van verspreiding van micro-organismen doorgaans vanuit de vagina en de cervix naar het endometrium, de tubae en aangrenzende structuren.[1] De termen salpingitis en adnexitis worden vaak als synoniem gebruikt en er is klinisch een grote overlap met andere ziektebeelden zoals een endometritis. Patiënten melden zich klassiek met pijn in de onderbuik, abnormale fluor, koorts, diepe dyspareunie, intermenstrueel bloedverlies en contactbloedingen. Bij vaginaal toucher is sprake van opstoot- en slingerpijn en gevoelige adnexen bij palpatie. De cervix uteri als natuurlijke barrière tegen micro-organismen is minder functioneel tijdens de ovulatie, de menstruaties, na een abortus en na een partus zoals beschreven in deze casus.[1]
In de praktijk wordt vaak van een PID gesproken wanneer de verwekker een seksueel overdraagbaar micro-organisme betreft, omdat naar schatting 60% van de PID's door seksueel overdraagbare micro-organismen wordt veroorzaakt. Echter spelen in 25-50% van de gevallen endogene micro-organismen een rol en in 20% van de gevallen blijven de kweken negatief.[2] In de huidige casus bleek de kweek positief voor Peptoniphilus asaccharolyticus (voorheen peptostreptococcus). Een grampositieve anaerobe coc die als commensaal voorkomt in het vrouwelijke urogenitale en gastro-intestinale stelsel. Dit kan zich uiten als opportunistische infectie bij immuungecompromitteerde patiënten. Van de grampositieve anaerobe bacteriën, geassocieerd met klinische infecties, neemt de grampositieve anaerobe coc de meest prominente plek in, namelijk 25-30%.[3] Peptoniphilus asaccharolyticus is geassocieerd met bacteriële vaginose, ovariële abcessen, peritoneale abcessen en bot- en gewrichtsinfecties.[4]

Een PID kan op korte termijn als complicatie een pelvien abces geven en op lange termijn subfertiliteit, chronische buikpijn, extra-uteriene graviditeit en een recidief-PID.[5]
Tuba-ovariële abcessen worden gerapporteerd in 10-15% van de met antibiotica behandelde PID-casussen.[6]
Tuba-ovariële abcessen worden vaker na een sectio caesarea gezien dan na een vaginale partus. Er zijn echter een aantal *case-reports* geschreven over tuba-ovariële abcessen peri- en postpartum, waaronder een recente *case report* die een vergelijkbare casus laat zien met een groot tuba-ovarieel abces postpartum.[7,8] Risicofactoren voor het ontwikkelen van een tuba-ovarieel abces in aanwezigheid van een PID omvatten toegenomen leeftijd, IUD, chlamydia-infectie, toegenomen CRP en CA-125.[9]
Een geruptureerd abces is een potentieel levensbedreigende aandoening dat kan leiden tot sepsis, peritonitis en daarmee tot morbiditeit en in zeldzame gevallen tot mortaliteit.
De mortaliteit met de huidige breedspectrum-antibiotica wordt beschreven van 1,7 tot 3,7 %.[10,11]

Wat betreft de optimale primaire behandeling van het tuba-ovariële abces bestaat er veel controverse. Chirurgische interventie geeft een goede klinische respons, maar heeft meer risico's dan conservatieve, antibiotische therapie zoals infectieverspreiding, darm- of blaasleasies, bloedingen en adhesievorming. Er zijn geen gerandomiseerde studies uitgevoerd waarin laparoscopische behandeling wordt vergeleken met een laparotomie, beeldgeleide drainage of alleen medicamenteuze behandelingen. Volgens de NVOG-richtlijn kan geen exact advies worden gegeven over het optimale antibioticaschema bij een tuba-ovarieel abces. Er kan eenzelfde antibiotische behandeling worden gestart als aanbevolen bij de primaire intraveneuze antibiotische behandeling bestaande uit Ofloxacine 400 mg 2dd iv en Metronidazol 500 mg 3dd iv.[5]
Als conservatieve antibiotische therapie werd gekozen voor Augmentin 625 mg oraal. Deze breedspectrum antibiotica werd gekozen wegens een mogelijke soortgelijke verwekker als bij endometritis. Peptoniphilus asaccharolyticus bleek sensitief voor zowel Augmentin als Metronidazol en had daarmee geen klinische consequenties. Laparoscopisch ingrijpen bleek technisch onmogelijk vanwege de vele adhesies en de grootte van het abces. Mizushima *et al.*[12] suggereert dat een tuba-ovarieel abces met een diameter >5 cm voorspellend is voor het falen van conservatieve, antibiotische therapie. Deze bevinding wordt bevestigd in het onderzoek van Greenstein et al.[13] Men dient volgens de NVOG-richtlijn bij patiënten met een verhoogde kans op onvoldoende respons op antibiotische therapie (zoals dubbelzijdige abcessen, een eerdere PID of een tuba-ovarieel abces met een afmeting >8 cm of >100 mL) te overwegen een echo- of CT-geleide abcesdrainage uit te voeren in combinatie met antibiotische therapie.[5]

Uit huidige casus blijkt dat uitsluitend varen op de kliniek soms niet afdoende is gezien de klinische verbetering van patiënte, maar met de oplopende infectieparameters. Een verhoogd CA-125 is in dit geval niet behulpzaam geweest. Besluiten tot chirurgische interventie bij een tubo- ovarieel abces die zich atypisch presenteert na een ongecompliceerde vaginale baring blijft afwegen van voors en tegens.
Een tuba-ovarieel abces >8 cm, oplopende infectieparameters ondanks verbeterende kliniek en radiologisch geen afname van de abcesgrootte pleit tegen conservatieve behandeling middels antibiotica en voor abcesdrainage.

Referenties

1. Heineman, M.J., Evers, J.L.H., Massufer, L.F.A.C. et al.,*Obstetrie en gynaecologie.* Amsterdam: Springer Media B.V, 2012 zevende druk, 1051 p.
2. Dekker, J.H., Veehof, L.J.G., Hinloopen, R.J. et al., *NHG-Standaard Pelvic inflammatory disease (Eerste herziening).* Huisarts Wet 2005;48(10):509-13.
3. Murphy, E.C. & Frick, I.M. *Gram-positive anaerobic cocci-commensals and opportunistic pathogens.* FEMS Microbiol Rev 2013;37:520–53.
4. Brown, K., Church, D, Lynch, T. et al., *Bloodstream infections due to Peptoniphilus spp.: report of 15 cases.* Clin Microbiol Infect. 2014 Nov; 20(11): O857–O860.
5 NVOG Richtlijn Pelvic Inflammatory Disease en het Tubo-ovarieel abces 2011.
6. McNeeley, S.G., Hendrix, S.L., Mazzoni, M.M. et al., (1998). *Medi-*

cally sound, cost-effective treatment for pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. Am.J.Obstet.Gynecol., 178, 1272-1278.
7. Navada, H.M. & Bhat, B.P., *Pelvic inflammatory disease in the form of peritoneal abscess complicating late pregnancy.* Case Rep Obstet Gynecol 2011;2011:851598.
8. Abdou, R. & Miller, T.,*Postpartum tubo-ovarian abscess, likely arising from pelvic inflammatory disease during pregnancy.* BMJ Case Report. April 2017.
9. Lee, S.W., Rhim, C.C., Kim, J.H. et al., *Predictive Markers of Tubo-Ovarian Abscess in Pelvic Inflammatory Disease.* Gynecol Obstet Invest 2016;81:97-104.
10. Pedowitz, P. & Bloomfield, R.D., *Ruptured Adnexal Abscess (Tuboovarian) with Generalized Peritonitis.* Am J Obstet Gynecol 1964;88:721-729.
11. Mickal, A. & Sellmann, A.H., *Management of tubo-ovarian abscess.* Clin Obstet Gynecol 1969;12:252-264
12. Mizushima, T., Yoshida, H., Ohi, Y. et al., *Evaluating the risk factors for developing resistance to parenteral therapy for tubo-ovarian abscess: a case-control study.* J Obstet Gynaecol Res 2013; 39: 1019-1023.
13. Greenstein, Y., Shah, A.J., Vragovic, O. et al., *Tuboovarian abscess. Factors associated with operative intervention after failed antibiotic therapy.* J Reprod Med 2013; 58: 101-106.

Samenvatting
Een 27-jarige vrouw presenteert zich acht weken postpartum met malaise, verminderde eetlust, afvallen, een persisterend laag Hb-gehalte en koorts. Bij transvaginale echo werd een cyste van 10,6 x 7,5 cm gezien uitgaande van het rechteradnex. Aanvullende CT-scan met iv contrast toonde dezelfde dikwandige cyste ventraal van de uterus. Ondanks ingestelde antibiotische therapie werd in verband met klinische verslechtering besloten tot een laparotomie. Hier werd een 9 cm groot pelvien abces gezien uitgaande van het rechter adnex die uitgebreide adhesies vertoonde met dunne darm, dikke darm en het omentum. De curatieve behandeling bestond uit het draineren van het abces en antibiotica. De puskweek toonde een Peptoniphilus asaccharolyticus.

Trefwoorden
tuba-ovarieel abces, postpartum, behandeling

English Summary
A 27-year old women is seen 8 weeks post-partum with malaise, decreased appetite, weight loss, a persistent low Hb and fever. During transvaginal ultrasound a 10,6 x 7,5 cm cyst is seen arising from the right adnex. Intravenous contrast enhanced CT showed the same thick-walled cyst located ventrally to the uterus. Despite antibiotic therapy the patient showed signs of clinical deterioration and laparotomy was decided upon. A 9 cm pelvic abscess was seen arising from te right adnex with extensive adhesions to the small intestine, large intestine and the omentum. The curative treatment consisted of abscess drainage and antibiotics. The pus culture revealed a Peptoniphilus asaccharolyticus.

Keywords
Tuboovarian abscess, postpartum, treatment

Contact
dr. G.H. Jansen (gerco.jansen@tjongerschans.nl)
Ziekenhuis Tjongerschans, afd. Gynacologie & Obstetrie
Postbus 10500/8440 MA Heerenveen

Belangenverstrengeling
De auteurs verklaren dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.

Praten over menstruatieproblemen not done?

De Endometriose Stichting wil dit veranderen en vraagt uw hulp daarbij.

Girls Talk. Period!

Ga naar dosupport.nl en steun ons met een donatie en/of deel de actie met relaties, collega's, vrienden, familie en bekenden. Zo helpt u mee om jonge meiden goede voorlichting te geven over hun menstruatie!

Gebruik van gedroogde olifantenpoep door zwangeren in Zimbabwe

drs. J.T. Wolswinkel *arts Internationale Gezondheidszorg en Tropengeneeskunde KNMG, thans aios gynaecologie*
dr. M.J.N. Weinans *gynaecoloog*
Beide Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede

Wanneer een ziekenhuis niet bereikbaar of betaalbaar is nemen zwangeren hun toevlucht tot middelen waarmee zij binnen hun tradities goede ervaringen hebben opgedaan. Wij beschrijven een casus waarbij het ontstaan van een uterusruptuur wordt toegeschreven aan het gebruik van gedroogde olifantenpoep tijdens de bevalling. Wij hebben de beschikbare literatuur over de werkzaamheid en bijwerkingen van deze methode samengevat.

Een 22-jarige G2P1 meldt zich bij een amenorroeduur van 40+4 weken in het Gutu Mission Hospital in Zimbabwe. Het ziekenhuis is een verwijsziekenhuis voor een landelijk gebied met 200.000 inwoners. Vanuit 29 gezondheidsklinieken worden risicozwangeren voor of tijdens hun bevalling naar het ziekenhuis verwezen. De vorige keer is bij patiënte een sectio verricht vanwege een voorliggende placenta.

Bij binnenkomst heeft patiënte spontaan gebroken vliezen en is zij zeer hevig in partu. Zij heeft op dat moment vier centimeter ontsluiting en er worden goede foetale harttonen gehoord. Patiënte wordt bewaakt volgens lokaal protocol. Vier uur later heeft zij acht centimeter ontsluiting. Weer vier uur later is haar weeënactiviteit afgenomen. Bij inwendig onderzoek is de ontsluiting niet gevorderd. De foetale conditie lijkt goed. Bijstimulatie met oxytocine is in de lokale setting gecontra-indiceerd en er wordt besloten tot een secundaire sectio caesarea. Bij openen van de buik blijkt een uterusruptuur op de plek van het oude sectiolitteken.
Er wordt een levenloze zoon geboren. De ruptuur wordt lege artis gehecht en het postoperatieve herstel verloopt ongecompliceerd.

Bij navraag door de verloskundige bleek patiënte traditionele medicatie in de vorm van gedroogde olifantenpoep opgelost in water te hebben gedronken. Als reden voor gebruik werd aangegeven dat zij graag vaginaal wilde bevallen, terwijl zij gehoord had dat de kans op weer een sectio hoog was. Haar familie vertelde haar dat de kans op een vaginale baring groter werd bij het gebruik van olifantenpoep. Volgens de verloskundige was het feit dat patiënte deze opgeloste olifantenpoep gedronken had, de verklaring voor het feit dat zij bij vier centimeter ontsluiting al zo hevig in partu was. Deze hevige weeën waren volgens haar de oorzaak van de uterusruptuur.

Beschouwing

In veel landen in Sub-Sahara-Afrika worden planten als medicijn gebruikt tijdens de zwangerschap of de bevalling. De cijfers over de frequentie van het gebruik variëren tussen de 40% en 80%.[1-3] De enige beschikbare Zimbabwaanse cijfers hierover zijn uit een onderzoek in verstedelijkt gebied, waarbij 52% van de zwangeren medicinale planten gebruikte.[4] Vrouwen gebruiken deze planten om verschillende redenen: om hun bevalling op gang te brengen, sneller te laten verlopen, achtergebleven placentaweefsel kwijt te raken, postpartumbloedingen te voorkomen,[5] een veilige bevalling na te streven, het perineum wijder te maken om daarmee rupturen te voorkomen[4] of om de pijn tijdens de bevalling te verminderen.[6]

Familieleden zijn voor veel mensen de best beschikbare bron van gezondheidsvoorlichting. Cultureel gezien is er veel respect voor de levenservaring van ouderen binnen een familie. De ruime kennis die zij hebben opgedaan met het gebruik van medicinale planten maakt het gebruik hiervan door de volgende generatie vanzelfsprekend. De medicatie wordt vaak aangereikt door oudere familieleden. De meeste vrouwen hebben geen kennis over eventuele risico's van het gebruik. Vrouwen die denken dat medicinale planten nadelige effecten kunnen hebben maken er minder vaak gebruik van.[6] In een klein Zimbabwaans onderzoek zegt 10% van de vrouwen de planten onder sociale druk te gebruiken. Ze zijn bang dat als ze de planten niet gebruiken en er iets misgaat tijdens de bevalling, ze door de familie beschuldigd zullen worden. Geen van de vrouwen uit de studie besprak het gebruik van deze planten in de spreekkamer. Patiënten vinden het moeilijk open te zijn over het gebruik omdat ze bang zijn voor een veroordelende houding van zorgverleners.[7]

Gedroogde olifantenpoep

In Zimbabwe is het gebruik van olifantenpoep het meest populair. Zo'n 50-80% van de vrouwen die een vorm van medicinale planten gebruikte, deed dit in de vorm van gedroogde olifantenpoep.[6,7] Voor zover uit de literatuur bekend is het gebruik hiervan beperkt tot Zimbabwe. Zwangeren beginnen er vaak mee in het derde trimester. De toediening kan zowel oraal als vaginaal plaatsvinden. Meestal wordt de poep gedroogd, opgelost in water en gedronken. Vaginale toediening vindt plaats door het lokaal in te

'Vaginal steaming' in Zimbabwe: gedroogde olifantenpoep verbranden en de rook de vagina in laten trekken. Foto T. Vermeiden

brengen of door de gedroogde poep te verbranden en de rook de vagina in te laten trekken (zie foto).[6]

Een specifieke zoektocht in Pubmed naar olifantenpoep en aan zwangerschap en bevalling gerelateerde begrippen leverde geen zoekresultaten op. Een uitgebreidere zoektocht naar bredere begrippen als medicinale planten, in Pubmed zowel als met Google, leverde een drietal artikelen op waarin het gebruik van olifantenpoep beschreven wordt. Deze artikelen geven inzicht in het gebruik van de olifantenpoep en de culturele achtergrond hiervan, maar tonen niet de werkzaamheid of veiligheid aan.[4,6,7] Olifanten hebben een uitgebreid dieet van grassen en bladeren. Een zoektocht naar planten met een aangetoonde uterotonische werking in het dieet van olifanten in Zimbabwe leverde geen overlap op.[3,8] Het lijkt dus te gaan om een plant waarvan onbekend is dat ze door de olifant gegeten wordt, of om een plant uit het dieet van de olifant waarvan de uterotonische werking nog niet aangetoond is. Dit kan een verklaring zijn voor het feit dat een mix van onbekende planten, aanwezig in olifantenpoep, gebruikt wordt. Het kan ook zijn dat door de spijsvertering van de olifant de uterotonische activiteit van een plant geactiveerd wordt.

Uterotonische planten

Er is veel laboratoriumonderzoek gedaan naar het effect van plantenextracten op het laten samentrekken van humaan uterusweefsel. Van meer dan honderd planten in Sub-Sahara-Africa is in vivo een uterotonische werking bewezen.[3,5] Van een deel van deze planten is door middel van moleculair onderzoek ontdekt dat ze cyclotides bevatten. Dit zijn eiwitten die de oxytocinereceptoren in de uterus kunnen stimuleren.[5,9] Deze onderzoeken zijn zeer divers en van wisselende kwaliteit. Er zijn geen klinische studies, zoals RCT's, gedaan naar het effect van het gebruik van medicinale planten door zwangeren in de praktijk. Behalve dat er geen gegevens zijn over de effectiviteit, is ook niets bekend over de dosering.[2,3,4] Bij gebruik in te grote hoeveelheden zouden deze planten schadelijke effecten kunnen hebben op moeder en kind, zoals het optreden van een IUVD of uterusruptuur.[1,5] Naast het potentieel schadelijke effect van traditionele geneeswijzen, kan het gebruik hiervan leiden tot vertraging in het opzoeken van andere hulpverlening. In een Malawiaans onderzoek naar factoren die bijdroegen aan maternale sterfte werd in 9,3% van de casus het gebruik van traditionele geneesmiddelen als een factor gezien.[10] Gezien het belang van het gebruik van traditionele geneeswijzen in Sub-Sahara-Africa adviseert de WHO onderzoek naar de veiligheid en effectiviteit van deze middelen.[11]

In onze casus werd door de verloskundige het optreden van een uterusruptuur verklaard door inname van gedroogde olifantenpoep door de patiënt. De concentratie van verschillende planten in olifantenpoep is afhankelijk van het dieet

en wordt beïnvloed door de verschillen in begroeiing op diverse locaties en tijdens verschillende seizoenen. In de literatuur wordt door hulpverleners het verband gesuggereerd tussen het gebruik van olifantenpoep en complicaties, zoals het optreden van foetale nood vroeg in het bevallingsverloop of het ontstaan van uterusrupturen bij patiënten met of zonder eerdere sectio.[7] Het optreden van deze complicaties is echter niet bewezen.

Conclusie

Veel zwangere vrouwen in Sub-Sahara-Afrika maken gebruik van medicinale planten. Van een groot aantal planten is bewezen dat ze een uterotonisch effect hebben.
In Zimbabwe is het gebruik van gedroogde olifantenpoep het meest populair. De werkzame component in de olifantenpoep is vooralsnog onbekend. Er is daarnaast niets bekend over de te gebruiken dosering, waardoor het optreden van overdosering mogelijk is. Een open gesprek in de spreekkamer is van belang voor hulpverleners om te weten wat patiënten gebruiken en voor patiënten om kennis op te doen over de mogelijke complicaties.

Literatuur

1. Kamatenesi-Mugisha, M. & Oryem-Origa, H. *Medicinal plants used to induce labour during childbirth in western Uganda.* J Ethnopharmacol. 2007;109:1-9.
2. Attah, A.F., O'Brien, M., Koehbach, J. et al., *Uterine contractility of plants used to facilitate childbirth in Nigerian ethnomedicine.* J Ethnopharmacol. 2012;143:377-82.
3. Tripathi, V., Stanton, C. & Anderson, F.W.J., *Traditional preparations used as uterotonics in Sub-Saharan Africa and their pharmacologic effects.* International Journal of Gynaecology and Obstetrics. 2013;120:16-22.
4. Mureyi, D.D., Monera, T.G. & Maponga, C.C., *Prevalence and patterns of prenatal use of traditional medicine among women at selected Harare clinics: a cross-sectional study.* BMC Complementary and Alternative Medicine. 2012;12:164:1-7.
5. Gruber, C.W. & O'Brien, M., *Uterotonic plants and their bioactive constituents.* Planta Med. 2011;77:207-20.
6. Kureya, T., Chitura, M. & Chideme, M.A., *The impact of use of traditional medicine on pregnancy outcomes in Chipinge District; Manicaland Province: Zimbabwe.* IJRDO – Journal of Health Sciences and Nursing. 2016;1:53-90.
7. Panganai, T. & Shumba, P., *The African Pitocin - a midwife's dilemma: the perception of women on the use of herbs in pregnancy and labour in Zimbabwe, Gweru.* Pan African Medical Journal. 2016;25:9.
8. Dudley, J.P. *Seed Dispersal by Elephants in Semiarid Woodland Habitats of Hwange National Park, Zimbabwe.* Biotropica. 2000;32:556–61.
9. Koehbach, J., O'Brien, M., Muttenthaler, M. et al., *Oxytocic plant cyclotides as templates for peptide G protein-coupled receptor ligand design.* PNAS. 2013;110:21183-8.
10. Kongnyuy, E.J., Mlava, G. & van den Broek, N., *Facility-based maternal death review in three districts in the central region of Malawi.* An analysis of causes and characteristics of maternal deaths. Womens Health Issues 2009:19:14-20.
11. WHO *Traditional Medicine Strategy* 2014-2023, Geneva, 2013

Samenvatting

Veel zwangere vrouwen in Sub Sahara Afrika maken gebruik van medicinale planten. Zij gebruiken deze planten om hun bevalling veilig en snel te laten verlopen en krijgen de planten daarvoor van familieleden. In Zimbabwe is het gebruik van gedroogde olifantenpoep het meest populair. De gedroogde poep wordt oraal of vaginaal gebruikt. De werkzame component in de olifantenpoep is onbekend. Van een groot aantal planten is bewezen dat ze een uterotonisch effect hebben. Er is echter niets bekend over de te gebruiken dosering, hetgeen kan leiden tot overdosering. Een open gesprek in de spreekkamer is van belang voor hulpverleners om te weten wat patiënten gebruiken en voor patiënten om kennis op te doen over de mogelijkheden van complicaties.

Trefwoorden

Traditionele geneeswijzen, medicinale planten, olifantenpoep, uterotonica, complicaties, uterusruptuur

Summary

Quite a number of pregnant women in Sub Saharan Africa use herbal medicine. They use these herbs in order to achieve a safe and quick delivery and receive the plants from their family members. In Zimbabwe the use of dried elephant dung is most popular. The dried dung is used orally or vaginally. The working component in elephant dung is unknown. A large number of plants has proven to have an uterotonic effect. Nothing is known however about the dosage, which can lead to overdose. An open dialog is essential for health care professionals to know what their patients are using and for patients to receive knowledge of possible complications.

Keywords

Traditional medicine, herbal medicine, elephant dung, uterotonics, complications, uterine rupture

Contact

drs. J.T. Wolswinkel,
e jannekewolswinkel@gmail.com

Belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van (financiele) belangenverstrengeling

Decidual cast: afgietsel van het cauvum uteri.

Verlies van weefsel uit de vagina

Decidual cast

drs. C.Y. Snel *co-assistent gynaecologie*
drs. J.W. van den Brink *gynaecoloog*
Beiden Ziekenhuis Tergooi, Blaricum

Een 22-jarige vrouw is via de huisarts doorverwezen naar onze polikliniek vanwege het verliezen van een vaginaal 'vlies'. Het verliezen van het vlies werd voorafgegaan door een kortdurende (5'), hevige krampende buikpijnaanval en ging gepaard met minimaal vaginaal bloedverlies. De symptomen zijn kort na het uitstoten van het vlies verdwenen. Haar voorgeschiedenis vermeldt een soortgelijke episode waarbij ze een jaar geleden ook een stuk vlies vaginaal heeft verloren in de vorm van een 'zakje'. Ze is seksueel actief en slikt al zes jaar microgynon 50 zonder stopweek. Een aantal dagen voor de klachten heeft patiënte een stopweek ingelast, nadat ze twee dagen de pil was vergeten. Aanvullend onderzoek door middel van een transvaginale echo liet geen afwijkingen aan uterus of ovaria zien en de zwangerschapstest was negatief. Pathologisch onderzoek was niet meer mogelijk aangezien patiënte het vlies al weg had gedaan. Gezien het langdurig gebruik van microgynon 50 en de bevindingen bij aanvullend onderzoek, werd gedacht aan een *decidual cast*. Een *decidual cast* is een afgietsel van het cavum uteri, dat in zijn geheel door de uterus wordt uitgestoten. *Decidua* is de term die wordt gebruikt voor de binnenbekleding van de uteruswand tijdens een zwangerschap, *cast* betekent afgietsel. Deciduaal weefsel wordt in de uterus gevormd na langdurige stimulatie met progesteron. Een *decidual cast* heeft een lage incidentie; precieze cijfers zijn niet bekend. Het kan voorkomen bij langdurig gebruik van orale anticonceptiva, progestativagebruik (in het kader van de behandeling van endometriose) en bij een extra-uterine graviditeit (EUG). Onder invloed van progesteron treedt er proliferatie en behoud van het endometrium op, totdat het verdikte endometrium door de uterus wordt uitgestoten, wat dan kan leiden tot een *decidual cast*. Het is belangrijk om bij een patiënte die zich presenteert met uitstoten van een *decidual cast* te denken aan een mogelijke EUG en een hCG bepaling wordt hierbij geadviseerd. Behandeling bij *decidual cast* bestaat uit adequate pijnstilling en geruststelling.

column

Mieke Kerkhof

Als je aankomt, ben je op tijd...

Antilliaanse wijsheid (ooit een stelling in een gynaecologisch proefschrift)

Het column-format heeft onbegrensde mogelijkheden. En daarom schrijf ik nu een reisverhaal vanuit de Antillen, Curaçao, wel te verstaan. Het Spaanse woord voor hart (corazon), en dat dan weer Portugees verbasterd, vormt de etymologie.

Ooit heb ik een column van Mart Smeets gelezen, die zijn lezers de tip geeft om de donkere wintermaanden te onderbreken met een weekje zon. Voeg daarbij een aantal uitzinnig enthousiaste klinisch werkzame JBZ verloskundigen met hun snorkelverhalen over deze regio en de boeking via TUI is realiteit geworden. Discover your smile.[1]

Dus ik zit nu op een tropisch eiland en verbaas me over het een en ander. Ik denk aan de slogan die te lezen is op het Centraal Station in 's-Hertogenbosch: *'Al reizend ervaart men het leven vreemder, overal anders en overal eender'*.[2]

Ik kom uit een haastmaatschappij met switchlust en vraag mij voortdurend af, zeker nu ik de respectabele leeftijd van 55 jaar heb bereikt, of ik de kostbare tijd op deze aardkloot wel goed besteed. Immers, we zijn er maar een zuchtje, een *luidheid tussen twee stiltes*, om met J.C. Bloem te spreken. Als ik de Antillianen zo eens gade sla, komt die vraag nou niet primair bij hen op.

Het zal de temperatuur van dertig graden zijn met het altijd aanwezige warme briesje, dat het tempo bepaalt. Men loopt hier langzaam, doet niets, ligt of zit in de schaduw, zwaait relaxed en ontbloot temidden van het gebruinde hoofd het witte gebit, met daarin gouden hartjes op de incisieven. Een orthodontist zou hier trouwens geen overbodige luxe zijn. Opvallend veel dikke konten die waggelen in de Tropische Hitte maken mijn dag meer dan goed. Heel vrolijk word ik ervan.

Het ene na het andere cruiseschip komt aan in Willemstad, de kudde maligne obese Amerikanen wordt langs een geplaveide route naar de *shopping mall* gedreven om aldaar de typisch Antilliaanse snuisterijen voor een ontluisterend bedrag aan te schaffen. Ze dragen een armbandje, een blauw armbandje, want anders is aan boord geraken niet meer mogelijk.

Ik probeer hetgeen mijn voorvaderen hier absoluut verkeerd hebben gedaan, de slavernij werd in 1863 afgeschaft, te compenseren. Lach vriendelijk naar die donkere mensen en geef fooien. Als ik het slavernijmuseum bezoek, blijkt dit gedrag een druppel op een hele grote, gloeiend hete plaat te zijn. Ultieme schaamte maakt zich van mij meester.

Intussen zingt de oranje troepiaal *(Icterus icterus)* het hoogste lied. Scheepswrakken en autowrakken blijven langs de kant van de weg liggen, gedurende lange tijd, want begroeid met exotisch bloeisel. En bij de bushaltes zet men het afgedankte meubilair neer. Wandelaars op het eiland worden standaard door automobilisten opgepikt en meegenomen naar hun bestemming. Zwerfhonden met hun magere thorax snuffelen overal. Het kamermeisje lacht om alles wat we haar toevertrouwen, ook als er werkelijk niets te lachen valt.

Wat is reizen toch leerzaam. Wat maken wij ons toch druk om allerlei details. Ik vraag me af hoeveel mensen op dit eiland SSRI's gebruiken, of burn-out zijn. Ja, hooguit van de zon.

Ik ga een pompoenpannekoekje eten in Plaza Bieu[3]. Ik vraag of ik ergens mag gaan zitten. 'We hebben op u gewacht, mevrouw', klinkt het.

Collegae, bezoek de Antillen, waar wacht u nog op? Kom tot rust, nu het nog kan. Doktersadvies!

1. geen belangenverstrengeling; 2. dichtregel Jan van Sleeuwen; 3. de eetschuur van Willemstad

dr. Floor Vernooij & dr. Rafli van de Laar
redactie

Veiligheid balloninleiding

Bijna 25% van alle aterme zwangerschappen wordt ingeleid. Wereldwijd wordt de transcervicale balloncatheter gebruikt ter rijping van de cervix. Dit lijkt een veilige manier van inleiden met minder kans op hyperstimulatie van de uterus in vergelijking met het gebruik van prostaglandines. Uit economische overweging en uit patiëntenperspectief lijkt het aantrekkelijk patienten met een balloncatheter in situ thuis te laten verblijven. Maar, is dit een veilige optie? Een recent gepubliceerde *systematic review* (BJOG) toonde dat de kans op complicaties in de tijd tussen insertie en expulsie van de balloncatheter laag is. In totaal werden 26 studies geïncludeerd en werden gegevens van in totaal 8292 patiënten geanalyseerd. De meest voorkomende reden om in te leiden was een zwangerschapsduur voorbij de aterme datum. In bijna alle studies werd een catheter met één ballon gebruikt met een vulling variërend van 30-80 ml. Het totale geschatte complicatierisico lag tussen 0,0 en 0,26%. De meest gerapporteerde complicatie was pijn of discomfort met een prevalentie van 0,26% (95% BI 0,00-1.=,01%). Andere complicaties waren amniotomie (0,04% (95% BI 0,00-0,69%), vaginaal bloedverlies (0,07% (95% BI 0,00-0,33%) en geobstrueerde mictie (0,04% (95% BI 0,00-0,69%). Bij de meerderheid van de patiënten werd de balloninleiding zonder problemen voortgezet.
In de tijd tussen insertie en expulsie van een balloncatheter ter inleiding van de aterme *low* en *high risk* bevalling lijkt de kans op complicaties erg klein. Een groot deel van de complicaties is niet ernstig en wordt direct onderkend na plaatsing van de ballon als de patiënt nog in het ziekenhuis is. Wanneer sprake is van een goede maternale en foetale conditie lijkt een poliklinische balloninleiding dus veilig mits patiënte goed te instrueren is en binnen afzienbare tijd in het ziekenhuis kan komen. Een balloninleiding starten in de eerste lijn lijkt op dit moment nog een brug te ver. Eerst moeten bij voorkeur prospectieve studies in Nederland plaatsvinden om de uitkomsten van dit review te bevestigen.
RvdL

Diederen M, Gommers JSM, Wilkinson C, Turnbull D, Mol BWJ. Safety of the balloon catheter for cervical ripening in outpatient care: complications during the period from insertion to expulsion of a balloon catheter in the process of labour induction: a systematic review. BJOG. 2017 Dec 6. doi: 10.1111/1471-0528.15047

Korte of lange drainage na liesklierdissectie: wat is beter?

Liesklierdissectie bij patiënten met vulvacarcinoom heeft een grote kans op complicaties. Om het ophopen van lymfevocht in de lieswond tegen te gaan wordt postoperatief een *drain* achtergelaten. Het aantal dagen dat de *drain* blijft zitten varieert tussen de verschillende gynaecologische oncologische centra in Nederland. Kort in situ laten geeft mogelijk meer kans op lymfoceles en lang in situ laten tot meer infecties en discomfort voor de patiënt. Pouwer *et al.* onderzochten prospectief in alle gynaecologische oncologische centra in Nederland de complicatiekans na korte (verwijderen *drain* vijf dagen postoperatief) en lange volume gecontroleerde drainage (verwijderen *drain* indien productie <30 ml/24 uur). De kans op complicaties (≤8 weken) was 75% na korte drainage en 46% na lange volume gecontroleerde drainage en betrof voornamelijk het voorkomen van lymfoceles. De kans op wondinfectie of opengaan van de wond was in beide groepen gelijk zowel in de *intention to treat* als perprotocolanalyse. In de korte drainage groep (N=64) was de mediane duur van drainage vijf dagen, de mediane lymfeproduktie 60 ml bij verwijderen van de *drain* en werd bij 12% van de patiënten van het protocol afgeweken. In de volumegecontroleerde groep (N=77) was de mediane duur van drainage 13 dagen, de mediane lymfeproduktie 25 ml bij verwijderen van de drain en werd bij 57% van de patiënten afgeweken van het studieprotocol. Deze studie laat zien dat het langer in situ blijven van de *drain* niet schadelijk lijkt te zijn voor de patiënt en mogelijk zelfs voordelen door het minder vaak voorkomen van lymfoceles. Wat het optimale tijdstip voor verwijderen van de drain is in samenhang met de lymfeproduktie is nog niet duidelijk. Of een gerandomiseerde studie hier iets aan kan toevoegen is twijfelachtig.
RvdL

Volume-controlled versus short drainage after inguinofemoral lymphadenectomy in vulvar cancer patients: A Dutch nationwide prospective study. Gynecol Oncol. 2017 Sep;146(3):580-587. Pouwer AW, Hinten F, van der Velden J, Smolders GV, Slangen BFM, Zijlmans HJMAA, IntHout J, van der Zee AGJ, Boll D, Gaarenstroom KN, Arts HJ, de Hullu JA

Abnormaal CTG na versie, meer kans op foetale problemen durante partu?

Een abnormaal CTG komt voor bij ongeveer 5% van alle pogingen tot uitwendige versie bij stuitligging. De CTG afwijkingen zijn meestal tijdelijk van aard en slechts zelden is een spoedsectio nodig. Om meer inzicht te verkrijgen in risicofactoren voor CTG-afwijkingen en de relatie met de uitkomst van de baring onderzochten Kuppens *et al.* prospectief 980 zwangeren met een eenling in stuitligging bij wie een poging tot uitwendige versie werd uitgevoerd. In het cohort was de gemiddelde zwangerschapsduur 35+6 weken en de mediane duur van de versiepoging 2,50 minuten met een gemiddelde van 2,2 pogingen. De versie was succesvol bij 584 (60%) zwangeren en bij 86 (9%) ontstonden CTG-afwijkingen. Risicofactoren voor CTG-afwijkingen waren een lager geschat foetaal gewicht (per 100 gram OR 0.90, BI: 087-0,94; p=0,01) en langere duur van de versiepoging (OR1,13, CI:1,05-1,21; P<0,001). Pogingen zonder afwijkende harttonen duurden mediaan 2,45 minuten en die mét afwijkende harttonen 4,15 minuten. Er was geen relatie tussen CTG-afwijkingen na versie en

latere foetale nood durante partu. Er werden eveneens niet meer vacuumextracties of keizersneden verricht. Direct na de versiepoging ondergingen twee patiënten een spoedsectio vanwege foetale nood, beide met uiteindelijk een goede uitkomst voor moeder en kind.
Gezien het kleine risico op een spoedsectio en het ontbreken van een negatieve relatie van CTG-afwijkingen met de zwangerschapsuitkomst kunnen we met een gerust 'hart' blijven pogen een foetus in stuitligging te draaien. RvdL

Kuppens SM, Smailbegovic I, Houterman S, de Leeuw I, Hasaart TH. Fetal heart rate abnormalities during and after external cephalic version: Which fetuses are at risk and how are they delivered?BMC Pregnancy Childbirth. 2017 Oct 17;17(1):363.

Heeft centralisatie van ovariumcarcinoompatiënten effect?

'Geen verbetering in langetermijnoverleving ovariumcarcinoompatiënten tussen 1989 en 2014' kopt het artikel van Timmermans *et al.* over hun studie naar de behandeluitkomsten van Nederlandse ovariumcarcinoom patiënten (Timmermans, Eur J Cancer 2018). Hebben de ontwikkelingen in de behandeling en veranderingen in de organisatie van de zorg dan geen effect gehad? Het antwoord op die vraag komt uit een analyse van alle 32.540 patiënten die in Nederland waren gediagnosticeerd met epitheliaal ovariumcarcinoom in die 25 jaar. Hoewel de vijf- en tienjaars overleving van patiënten met gevorderd stadium verbeterd leek, was dit niet het geval voor de vijf- en tienjaars overleving van de hele groep patiënten (tabel 1), ondanks betere stadiëring- en debulking-resultaten. Dit is te verklaren door *stage-migration*: door correcte stadiëring komen patiënten die anders als vroegstadium zouden worden geclassificeerd, in de hoogstadiumgroep. Hierdoor verbeteren weliswaar de uitkomsten van beide groepen maar niet die van de hele groep patiënten. Het goede nieuws is echter wel dat de mediane overlevingsduur steeg van 15 naar 25 maanden. Kortom: patiënten leven wel langer maar genezen niet vaker.
Timmermans *et al.* beschrijven daarnaast het effect van centralisatie van de zorg voor ovariumcarcinoom-patiënten (Timmermans, Gyn Onc 2018). De invoering van deze centralisatie was een geleidelijk proces waarbij er in 2012 nationale consensus werd bereikt over volume-normen. Dit houdt in dat patiënten voor debulking-operaties worden verwezen naar ziekenhuizen met een minimaal debulking-volume van twintig per jaar. Uit de studie blijkt nu dat tussen 2000 en 2011 het ziekenhuis van diagnose van invloed was op de beslissing om een patiënte met gevorderd stadium ziekte te opereren. Na 2012 verdwijnen deze verschillen tussen ziekenhuizen. Verder werden meer vrouwen optimaal gedebulked na 2012, zowel als primaire operatie als na neo-adjuvante chemotherapie. Bovendien verbeterde de overleving van patienten die chirurgie ondergingen (HR 0,9 (95% BI 0,84-0,96)). Centralisatie lijkt dus wel degelijk het gewenste effect te hebben. FV

Tabel 1 Behandeluitkomsten en overleving van alle Nederlandse epitheliaal ovariumcarcinoom-patiënten naar periode en stadium bij diagnose

	1989-1993	2004-2008	2009-2014	p-waarde
Stadiëring met lymfeklierdissectie	3,8% (N=58)	54,9% (n=697)	61,8% (n=872)	<0.001
Complete debulking		75% (n=3065)	82% (n=4875)	<0.001
				hazard ratio
5-jaars overleving stadium IA-IIA	74,4%	78,9%	79,1%	
5-jaars overleving stadium IIB-IV	16,0%	24,7%	24,1%	
5-jaars overleving alle stadia	31,1%	34,6%	33,7%	
10-jaars overleving stadium IA-IIA	62,4%	67,2%	nvt	0,8 (0,7-0,9)
10-jaars overleving stadium IIB-IV	9,8%	12,6%	nvt	0,6 (0,6-0,7)
10-jaars overleving alle stadia	23,5%	23,0%	nvt	

Timmermans M, Sonke GS, Van de Vijver KK, van der Aa MA, Kruitwagen RFPM. No improvement in long-term survival for epithelial ovarian cancer patients: A population-based study between 1989 and 2014 in the Netherlands. Eur J Cancer. 2018 Jan;88:31-37.

Timmermans M, Schuurman MS, Ho VKY, et al. Centralization of ovarian cancer in the Netherlands: Hospital of diagnosis no longer determines patients' probability of undergoing surgery. Gynecol Oncol. 2018 Jan;148(1):56-61.
Bianchi DW, Chudova D, Sehnert AJ, et al. Noninvasive Prenatal Testing and Incidental Detection of Occult Maternal Malignancies. JAMA. 2015 Jul 14;314(2):162-9.

Uitkomsten bij nevenbevindingen NIPT

Non invasive prenatal testing (NIPT) wordt sinds 1 april 2017 aangeboden als screeningstest op trisomie 13, 18 en 21. Als patiënten worden gecounseled voor deze test, wordt hen verteld dat er ook andere chromosomale afwijkingen aan het licht kunnen komen: de nevenbevindingen. Bij vier op de duizend zwangeren die voor een NIPT kiezen, wordt zo'n nevenbevinding gedaan. Maar wat betekenen deze bevindingen? Van Opstal *et al.* beschrijven dit voor de patiënten geanalyseerd in het eerste jaar van de Nederlandse TRIDENT-studie (Van Opstal, Genet Med 2017). Alleen vrouwen die een verhoogd (≥1:200) risico hadden op trisomie 13, 18 of 21 op basis van de combinatietest konden deelnemen aan deze studie. In deze hoogrisicopopulatie bleek er in 3,1% (n=78) inderdaad sprake van een trisomie 13, 18 of 21. Daarnaast werd er bij 1,6% (n=41) een andere chromosomale afwijking gevonden waarbij 25% van foetale origine was, 55% van de placenta afkomstig en bij 18% kon de origine van de afwijking niet worden achterhaald (tabel 2). Verder was er één afwijkende uitslag op basis van een maternale afwijking (in dit geval Charcot-Marie Tooth). Maternale afwijkingen als oorzaak van de NIPT blijken meestal klinisch irrelevant. Soms kan echter op deze manier bijvoorbeeld een maligniteit worden gedetecteerd: in een ander cohort van 125.000 vrouwen werden er zo tien maligniteiten gevonden (Bianchi, JAMA 2015). Foetale afwijkingen werden gevonden bij negen van de tien chromosomale aberraties van foetale origine en bij dertien van de tweeëntwintig patiënten waarbij de afwijking van de placenta afkomstig was (tabel 2).
In de TRIDENT-populatie betrof dus ongeveer een derde van alle afwijkende NIPT-uitslagen een 'nevenbevinding' en in de meerderheid van de gevallen ging het om klinisch relevante afwijkingen. FV

Tabel 2 Origine van chromosomale afwijkingen (anders dan trisomie 13, 18 of 21) gevonden bij NIPT en de zwangerschapsuitkomsten.

Uitkomst	Origine chromosomale afwijking				
	onbekend	foetus	placenta	maternaal	totaal
Afbreking	1 (12,5%)	5 (50%)	(1*)	0	6 (15%)
IUVD	0	1 (10%)	0	0	1 (2%)
Neonataal overlijden	1 (12,5%)	0	0	0	1 (2%)
Multipele afwijkingen	0	3 (30%)	5 (23%)	0	8 (20%)
IUGR	0	0	4 (18%)	0	4 (10%)
SGA	0	0	4 (18%)	0	4 (10%)
Geen afwijkingen	5 (62,5%)	1 (10%)	9 (41%)	1 (100%)	16 (39%)
Onbekende uitkomst	1 (12,5%)	0	0	0	1 (2%)
	8	10	22	1	41

IUVD = intra-uteriene vruchtdood, IUGR = intra-uterine growth restriction (<p2,3), SGA = small for gestational age (<p10). * = het kind in deze afgebroken zwangerschap had multipele afwijkingen en staat onder die categorie geclassificeerd.

Van Opstal D, van Maarle MC, Lichtenbelt K, et al.Origin and clinical relevance of chromosomal aberrations other than the common trisomies detected by genome-wide NIPS: results of the TRIDENT study. Genet Med. 2017 Oct 2.

a better chance in life

Stichting Child ■ Benedendorpseweg 26 ■ 6862 WJ Oosterbeek
■ www.stichtingchild.nl ■ NL43 RABO 0308 4230 03 ■ kvk 41194865

Toestaan of tegengaan?

Selectie op seksualiteit

drs. Marcel Zuijderland

Alan Sanders van de *NorthShore University* in Illinois stelde onlangs vast dat er belangrijke genetische verschillen tussen homo- en heteroseksuele mannen bestaan. Verder onderzoek zal nodig zijn om precies de genetische variaties te achterhalen die seksuele oriëntatie bepalen. Maar zodra die bekend zijn, kunnen koppels in principe via *screening* de oriëntatie van hun toekomstige kind achterhalen.

Zouden ze dat ook willen? Ik kan me moeilijk voorstellen dat veel vrouwen hun gewenste zwangerschap in maand vier zomaar opgeven als ze horen dat hun kind niet de gewenste oriëntatie heeft. Als je nagaat hoe emotioneel afscheid van een gewenste zwangerschap wordt ervaren, is het niet waarschijnlijk dat 'ongewenste seksuele oriëntatie' een sterke prikkel is om zo'n ingrijpend besluit te nemen. Ik vermoed dat de meeste vrouwen daarom geen belangstelling zullen hebben om te weten wat voor een oriëntatie hun kind krijgt.

Maar misschien zijn er vrouwen die het toch wel willen weten, en ook tot abortus bereid zijn. Is hun keuze goed te rechtvaardigen? En moet de overheid hun keuze ook faciliteren door prenatale screening op seksuele oriëntatie aan te bieden? Ik denk het niet. Uitgaande van respect voor het ongeboren leven, en de toenemende beschermwaardigheid naarmate de zwangerschap vordert, is abortus vanwege een seksuele oriëntatie niet goed te legitimeren.

Iedere vrouw is weliswaar *'baas in eigen buik'* en heeft tot week 24 het recht een zwangerschap af te breken, wat haar redenen ook zijn. Maar dat recht impliceert geen plicht voor de overheid om een screeningsmenu aan te bieden waar seksuele oriëntatie in is opgenomen. Integendeel, een overheid mag alleen een menu aanbieden dat moreel goed is te verantwoorden. Zo'n menu bestaat uit aandoeningen die vanwege lichamelijke en verstandelijke beperkingen een wezenlijk verschil voor de kwaliteit van leven uitmaken.

Heeft een koppel vanwege een ivf-traject keuze uit meerdere embryo's, dan wordt het een ander verhaal. Gezien het prille stadium van ontwikkeling, en gezien het feit dat een embryo buiten de baarmoeder slechts passieve potentie heeft, is de morele status van een ivf-embryo wezenlijk lager dan van een paar maanden oude foetus. Het onbenut laten van een aantal boventallige embryo's is vele malen minder omstreden dan beëindiging van een zwangerschap in de derde of vierde maand. Dus wat is er dan op tegen een koppel het embryo te laten selecteren dat de seksuele oriëntatie van hun voorkeur heeft?

Zodra echter selectie op oriëntatie technisch mogelijk wordt, zal de wetgever waarschijnlijk een verbod willen. De Nederlandse embryowet verbiedt nu namelijk al selectie op geslacht vanuit 'het oogpunt van gelijke behandeling, respectievelijk non-discriminatie'. Selectie op seksuele oriëntatie zal mogelijk op dezelfde gronden worden verboden.

Toch is dat dubieus. Net zoals voorkeur voor een meisje niet automatisch een keuze *tegen* jongens impliceert, hoeft een voorkeur voor de ene oriëntatie geen discriminatie van de andere oriëntatie te impliceren. De gelijkwaardigheid van de één wordt niet noodzakelijk ondermijnd door een voorkeur voor de ander. Het zijn de motieven achter een voorkeur die het morele karakter ervan uitmaken, niet de voorkeur *an sich*. Neem geslachtsselectie. Met de voorkeur voor een jongen is niets aan de hand als een koppel bijvoorbeeld al twee meisjes heeft. De expliciete wens voor een jongen, in plaats van nog een meisje, wordt ingegeven door hun opvatting over de ideale gezinssamenstelling. Als ze bij een natuurlijke zwangerschap om die reden hopen op een jongetje, vindt niemand dat verdacht. Waarom zou het dan discriminatie zijn als ze een embryo van het mannelijk geslacht willen selecteren wanneer ze de keuze hebben? Hun motief is nog steeds even onschuldig.

Er zullen natuurlijk koppels zijn die vanwege seksistische motieven liever jongens dan meisjes willen. Dat is echter geen reden om koppels met legitieme motieven te beknotten. Dat er koppels zijn die hun keuzevrijheid zullen misbruiken, mag niet betekenen dat je dan maar meteen ieder koppel hun vrijheid ook moet ontzeggen. Dan zou je vrijheid laten gijzelen door mensen met kwade intenties.

Nu vigeren bedenkelijke motieven bij selectie op seksuele oriëntatie vermoedelijk sterker dan bij geslachtsselectie. Waarschijnlijk zal er niet vaak sprake zijn van een uitgesproken afkeer van homoseksualiteit. De meeste koppels zullen geen duidelijk gearticuleerde motieven hebben. Eerder onbestemde intuïties die uitmonden in 'liever niet dan wel'. Of daar bijzonder dubieuze denkbeelden aan ten grondslag liggen is de vraag, maar het resultaat zal zijn dat geen enkel 'homo-embryo' nog door de screening komt. Alleen om die reden is selectie voor menigeen onbespreekbaar.

Toch valt het te bezien of er dan nooit meer embryo's met een homoseksuele oriëntatie worden geselecteerd. Homoseksuele koppels zelf zijn namelijk voor een kinderwens in de regel op een kunstmatig traject aangewezen. Ervan uigaande dat ouders zichzelf graag terug zien in hun kinderen, is het goed denkbaar dat zij dan ook een

embryo met dezelfde oriëntatie zullen selecteren. Een lesbisch koppel zou bijvoorbeeld een meisje met een homoseksuele oriëntatie kunnen wensen, en daar ook voor kiezen als ze de mogelijkheid hebben. Waarom zouden we hen die keuze moeten verbieden?

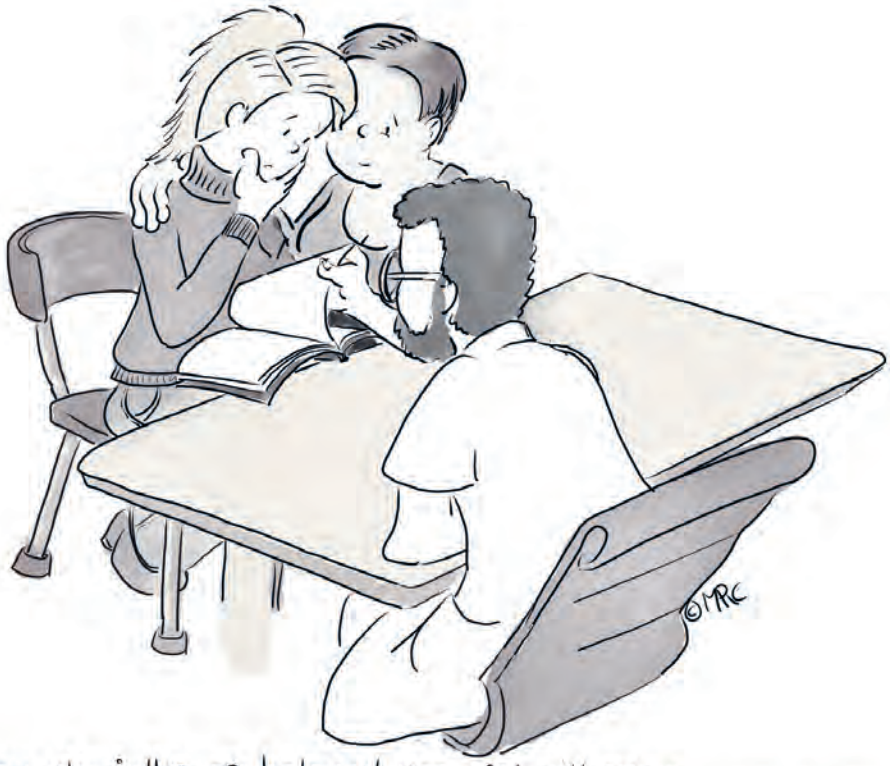
Gesteld dat de keuze van een lesbisch koppel gewoonlijk niet op bedenkelijke opvattingen over heteroseksuele mannen is gebaseerd, maar strookt met legitieme opvattingen over het goede leven en de ideale gezinssamenstelling, dan zijn er geen argumenten van doorslaggevend gewicht tegen hun keuze in te brengen. Doorslaggevend is dan hun reproductieve autonomie: hun vrijheid om kinderen te krijgen, en de kinderen te krijgen die ze wensen.

Repoductieve autonomie betekent dat mensen die geen kinderen willen, niet horig aan hun biologie hoeven te zijn, maar over veilige en effectieve anticonceptie mogen beschikken. Dat mensen die wel kinderen willen, maar bij wie de biologie niet meewerkt, medische assistentie krijgen. Dat we de wens respecteren voor een genetisch-eigen kind: een kind van én als henzelf. Blijkt een donor nodig, dan vinden we het ook vanzelfsprekend dat deze gelijkenis met hen vertoont. Niemand vindt dat de ivf-kliniek blind een donor moet selecteren, omdat de voorkeur van een blank koppel voor een blanke donor racistisch zou zijn.

Als we koppels respecteren in hun wens een kind te krijgen dat als henzelf is, een kind te krijgen dat overeenstemt met hun idee van het ouderschap dat ze zich wensen, dan dienen we koppels toe te staan hun kinderen op seksualiteit te selecteren.
Met beroep op dat respect wilde in 2008 het dove stel Paula Garfield en Tomato Lichy een 'doof embryo' kunnen selecteren. Ze wilden ook een kind 'net als henzelf'. Doofheid zagen ze niet als een beperking. Ze vonden het onrechtvaardig dat horende mensen wel een 'horend', en zij geen 'doof embryo' mochten selecteren. Dat zou inderdaad onrechtvaardig zijn als doofheid geen beperking was, maar dat is het wel degelijk. Van homo- of heteroseksualiteit kan je echter niet zeggen dat het 'beperkingen' zijn die kwaliteit van leven bij voorbaat wezenlijk ondermijnen. Vandaar dat een verbod op selectie van seksualiteit wel onrechtvaardig zou zijn.

Alan Sanders zal het nog nodige jaren kosten voor hij alle variaties in kaart heeft die voor seksuele oriëntatie coderen. Maar keuze voor een homo- of heteroseksueel kind ligt in het verschiet. Het idee stuit menigeen tegen de borst. Filosofie en ethiek gaan echter over argumenten, niet over gevoelens. En de argumenten pleiten sterker voor keuzevrijheid dan voor een verbod.

Hoe zeer het ook tegen de borst stuit, er valt ook een postief aspect te ontwaren. Bewuste selectie op seksuele oriëntatie kan voor homoseksuele koppels juist een bevestiging van hun identiteit en seksualiteit betekenen. En door die keuze toe te staan, geven we tevens als samenleving het signaal af dat het echt niet uitmaakt welke seksuele oriëntatie iemand heeft. Zo bezien is selectie op seksualiteit helemaal geen homo-discriminatie, maar de ultieme vorm van homo-emancipatie.



...en als jullie er helemaal nog niet uitkomen, dan staan er achterin de catalogus een paar leuke transgender opties

Nederlands onderzoek binnen de Seksuologie en Gynaecologie

Let's talk about sex!

drs. Annemijn de Ruigh
drs. Arnoud Kastelein

Sinds de seksuele revolutie van de jaren 60 en 70 praten we makkelijker over seks. De kennis over seksualiteit nam toe en wetenschappelijk onderzoek binnen dit vakgebied kwam op gang. Bovendien is er veel aandacht voor seksuologie in de media. Zo stelt arts-seksuoloog dr. Rik van Lunsen onlangs in het Parool dat "we nu veel beter weten hoe seks werkt, hoe het lijf in elkaar zit en hoe biologische, psychologische en maatschappelijke factoren elkaar beïnvloeden".

Maar we moeten niet te vroeg juichen: "de seksuele opvoeding in Nederland mag goed zijn, maar ze zit nog vol mythen en misvattingen", schrijft *NRC Handelsblad* recent. Wetenschappelijk onderzoek heeft weliswaar bijgedragen aan betere theorievorming, maar nieuwe inzichten zijn nog altijd nodig. De stand van de wetenschap binnen dit vakgebied "lijkt op een lappendeken die ad hoc tot stand is gekomen", aldus huisarts-seksuoloog Peter Leusink vorig jaar in het *Nederlands Tijdschrift voor Seksuologie*. Binnen de seksuologie wordt met name onderzoek verricht naar de thema's seksuele problemen binnen relaties, seksuele disfuncties, lust- en plezierbeleving, vrouwenemancipatie en man-vrouwverschillen.[1] Maar wat zijn actuele thema's met gynaecologische raakvlakken, welk Nederlands onderzoek werd er recent gepubliceerd en welk lopend onderzoek hoopt onbeantwoorde vragen te beantwoorden? Hieronder volgt een overzicht.

Seksuele prikkels en opwinding

Seksuele prikkels (visueel, auditief, tactiel, olfactorisch) leiden automatisch en niet-intentioneel tot genitale opwinding, zo is gebleken uit Nederlands onderzoek.[2,3] Ook aanvankelijk neutrale prikkels kunnen een seksuele respons opwekken als deze gepaard gaan met een seksuele beloning.[4] Daartegenover staat dat de seksuele respons ook kan afnemen als gevolg van een prikkel, door deze te associëren met een negatieve stimulus, zoals een pijnprikkel. Een voorbeeld hiervan zijn vrouwen met klachten van dyspareunie. Dr. Stephanie Both is als seksuoloog verbonden aan het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en onderzocht recent bij 71 vrouwen (36 vrouwen met dyspareunie en 35 gezonde vrijwilligers) het effect van een erotische afbeelding, al dan niet gecombineerd met een pijnlijke stimulus, op de seksuele respons.[5] Dit onderzoek liet zien dat de combinatie seks en pijn de seksuele respons negatief beïnvloedt, waarbij een angeleerde associatie tussen seks en pijn een rol kan spelen bij vrouwen met dyspareunie. Door bij deze vrouwen de pijnlijke stimulus weg te nemen, zoals door een coïtusverbod, kunnen seksuele prikkels hun positieve betekenis weer terugkrijgen. Seksuele opwinding heeft ook een fysiologische component (bijv. vasocongestie van de genitalia) en gaat gepaard met motorische gedragsvoorbereiding, zoals een verandering van spieractiviteit, waarvan wordt verondersteld dat het waarnemen van deze verandering motiveert en bijdraagt aan 'zin hebben'.[6,7]

Vrouwelijke genitale pijnstoornissen

In de meest recente versie van het *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) zijn de seksuele pijnstoornissen vaginisme en dyspareunie samengevoegd tot genito-pelviene pijn/penetratiestoornis (GPPPS). Binnen GPPPS wordt de aard van de klacht vervolgens op vier dimensies gescoord (de mogelijkheid om te penetreren, de mate van pijn, de mate van angst en de tonus van de bekkenbodemmusculatuur). Deze twee stoornissen zijn in de DSM-V samengevoegd omdat het onderscheid in de klinische praktijk vaak (te) lastig zou zijn. Uit onderzoek blijkt namelijk dat symptomen vaak overeenkomen: bij beide aandoeningen ervaren vrouwen bijvoorbeeld pijn bij aanraking met een wattenstokje en beide aandoeningen gaan gepaard met het aanspannen van de bekkenbodemmusculatuur tijdens gynaecologisch onderzoek. Er is echter opnieuw discussie of het samenvoegen van de diagnoses de wetenschappelijke en/of klinische praktijk niet alleen maar moeilijker maakt. Psychiater in opleiding dr. Kor Spoelstra verdedigde dit jaar in Groningen zijn proefschrift getiteld *The Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder Pardigm and Beyond, theoretical and empirical perspectives*. Spoelstra stelt dat er wel degelijk verschillen bestaan tussen bijvoorbeeld primair vaginisme en dyspareunie, en dat het GPPPS-paradigma het onderzoek naar deze verschillen juist compliceert.[8]

Seksualiteit en vruchtbaarheid

In Nederland krijgen jaarlijks 20.000 koppels te maken met onverklaarde subfertiliteit.[9] Eerder onderzoek liet zien dat veel stellen die al langere tijd proberen zwanger te worden gedurende deze periode problemen krijgen met seksualiteit. Subfertiliteit kan leiden tot minder zin in seks, meer

moeite om seks als plezierig te ervaren en een lagere frequentie van seks. Een kleincohortonderzoek (n=17) liet zien dat seks-counseling het aantal zwangerschappen kan vergroten.[10] Dit is echter nog nooit in gerandomiseerd onderzoek uitgezocht. In een multicenter *randomized controlled trial*, de CoSy-trial (ZinEnZwanger-studie), gecoordineerd vanuit het Academisch Medisch Centrum (AMC), wordt de effectiviteit en kosteneffectiviteit van online seks-counseling op de vruchtbaarheid onderzocht. Heteroseksuele koppels met onverklaarde subfertiliteit en een goede prognose op spontane zwangerschap (>30%) worden gerandomiseerd tussen zes maanden online seks-counseling en zes maanden een afwachtend beleid. De online seks-counseling bestaat uit acht verschillende modules met informatie en oefening die koppels samen of apart kunnen uitvoeren. Stellen kunnen ook deelnemen aan anonieme, online groeps-chatsessies met andere koppels en krijgen de mogelijkheid om vragen te stellen of problemen te bespreken met het onderzoeksteam bestaande uit een gynaecoloog, een seksuoloog, een fertiliteitsarts en een onderzoeker. De primaire uitkomstmaat van deze studie is een spontane zwangerschap binnen zes maanden na randomisatie. In de CoSy trial moeten in beide armen van het onderzoek 582 paren geïncludeerd worden.

Seksualiteit tijdens en na gynaecologische ziekte

Van een aantal ziektes is het bekend dat zij van invloed zijn op de seksualiteit. Polycysteus ovariumsyndroom (PCOS) is een van de meest voorkomende endocriene stoornissen in de fertiele periode. Naast de bekende lichamelijke symptomen beïnvloedt PCOS ook het psychosociale en seksueel functioneren. Recente studies hebben aangetoond dat PCOS geassocieerd is met depressiviteit, een negatief (seksueel) zelfbeeld, een verminderde kwaliteit van leven en het gevoel seksueel minder aantrekkelijk te zijn. Een recent review en meta-analyse uit 2015 (gepubliceerd als congres abstract) door Pastoor en collega's includeerde tien studies en liet onder andere zien dat vrouwen met PCOS significant minder tevreden waren over hun seksleven dan gezonde vrijwilligers, zichzelf significant minder seksueel aantrekkelijk vonden (p=<0.001) en dat met name het voorkomen van hirsutisme een sterk negatief effect had op seksualiteit (p=0.003).[11]

Seksualiteit tijdens en na kanker

Er wordt ook steeds meer onderzoek verricht naar de negatieve gevolgen van kanker en/of de behandeling daarvan op het seksueel functioneren. Door de toegenomen vijfjaarsoverleving na effectievere behandelingen is er een steeds grotere groep (jonge) patiënten die langer met de gevolgen van kanker of de oncologische behandeling te maken krijgt. Het streven is tegenwoordig dan ook om bij de behandeling van kanker zo minimaal invasief te handelen, zonder tekort te doen aan de oncologische uitkomsten. Onlangs verscheen in het *Nederlands Tijdschrift voor Seksuologie* een systematische review naar de gevolgen van de meest voorkomende soorten kanker (borstkanker, prostaatkanker, darmkanker of longkanker) op het seksuele functioneren. Op basis van tachtig geïncludeerde

artikelen stellen auteurs dat al deze vormen van kanker en de behandeling daarvan, gevolgen hebben voor alle domeinen van het seksueel functioneren. Ze bevelen aan dat patiënten en partners door de zorgverlener over deze gevolgen worden geïnformeerd, en dat eventuele voorkeuren en wensen rondom intimiteit en seksualiteit in de spreekkamer besproken worden.[12]

Bij de 4000 vrouwen bij wie jaarlijks in Nederland gynaecologische kanker wordt gediagnosticeerd heeft de ziekte en/of de behandeling daarvan grote gevolgen voor het seksuele functioneren en daarmee de kwaliteit van leven.[13] Gynaecoloog in opleiding dr. Marloes Derks toonde recent een verschil aan in seksueel functioneren bij patiënten die behandeld waren voor een FIGO-stadium-IB/II-cervixtumor middels primaire radiotherapie of primaire chirurgie. In deze cross-sectionele observationele studie werden 323 patiënten geïncludeerd. Vrouwen die primair radiotherapie ondergingen hadden meer seksuele zorgen (β 11,3, 95% BI 3,21-19,3) en functioneerden op seksueel gebied significant slechter (β 11,4, 95% BI 2,85-20,0) dan vrouwen die middels primaire chirurgie (radicale hysterectomie) met eventueel aanvullende radiotherapie waren behandeld.[14] De pathofysiologie hierachter is nog niet geheel duidelijk. Mogelijk kan dit verschil verklaard worden doordat bij primaire chemoradiatie de dosis van inwendige bestraling hoger is dan bij aanvullende bestraling, waardoor er meer mucosale schade optreedt aan de vagina en omliggende weefsels.
Dr. Rinske Bakker, GZ-psycholoog in opleiding in het AMC, deed verder onderzoek naar dergelijke *treatment induced vaginal changes*, waarbij zij na consensusonderzoek middels Delphimethode stelt dat vrouwen ter preventie van vaginale adhesievorming vier weken na de radiotherapie moeten starten met vaginale dilatoren. Deze behandeling dient vervolgens bij voorkeur negen tot twaalf maanden gecontinueerd te worden.[15] Bovendien zou adequate psychoseksuele ondersteuning en tijdige consultatie met een seksuoloog het seksueel functioneren van vrouwen na een gynaecologisch-oncologische behandeling kunnen verbeteren. Bakker interviewde vrouwen (n=30) en hun partners (n=12) na de behandeling in verband met een cervixcarcinoom, die aangaven (praktische) informatie over seksueel functioneren na de behandeling te missen.[16] Ook in het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis wordt momenteel onderzocht of vrouwen die een chirurgische interventie ondergaan in verband met een (pre)maligne vulvaire laesie baat hebben bij tweemaal een consult met een seksuoloog.

Genitaal zelfbeeld en wens tot vulvacorrectie

Het aantal verzoeken tot labiaplastiek is de afgelopen decennia in de Westerse wereld gestegen.[17] Aangezien het merendeel van deze verzoeken besproken en uitgevoerd wordt in privé-klinieken is het exacte aantal uitgevoerde ingrepen onbekend. De toename van deze operaties komt mogelijk door een toegenomen ontevredenheid bij vrouwen over het uiterlijk van hun labia minora.[18] Een studie uit 2017 door prof. dr. Ellen Laan, als hoogleraar seksuologie verbonden aan het AMC, onderzocht of blootstelling aan foto's van natuurlijke vulva's het genitale zelfbeeld van vrouwen positief kan beïnvloeden.[19] Aan 43 vrouwen die geen wens tot een labiareductie hadden werden foto's van natuurlijke vulva's (n=29) of foto's van neutrale, huishoudelijke voorwerpen getoond (n=14). Voor, direct na en twee weken na het zien van de foto's werd het genitale zelfbeeld gemeten. Na het zien van foto's van natuurlijke vulva's hadden vrouwen een positiever genitaal zelfbeeld, ongeacht de mate van seksueel disfunctioneren, seksuele hinder, zelfvertrouwen en angstdispositie. Dit positievere zelfbeeld was ook na twee weken nog aanwezig. Opvallend is dat deze studie werd uitgevoerd onder vrouwen met een relatief positief genitaal zelfbeeld en zonder wens tot labiareductie. Deze interventie zou wellicht ook kunnen werken bij vrouwen met een negatief genitaal zelfbeeld en/of de wens tot labiareductie, en kunnen worden ingezet bij de counseling van vrouwen die een dergelijke ingreep overwegen. In dit onderzoek verklaarde 31-50% van de vrouwen overigens nog nooit de vulva van een andere vrouw gezien te hebben. Dit illustreert hoe belangrijk het is dat vrouwen de juiste informatie krijgen over de variatie in het uiterlijk van ongemanipuleerde (beelden die niet digitaal of operatief gecorrigeerd zijn) vulva's.

Invloed van OAC op seksueel functioneren

Vanaf het eerste moment dat de orale anticonceptie pil (OAC) werd geïntroduceerd zijn er diverse studies verricht naar de invloed van de pil op het seksueel functioneren.[20] Studies die het effect van OAC en dan met name de 'combinatiepil' op de stemming en het seksueel functioneren onderzoeken zijn echter niet eenduidig.[21-23] Een verklaring voor het verminderd seksueel functioneren zou een reductie in het vrij circulerende testosteron kunnen zijn.[24,25] Testosteron zou geassocieerd zijn met seksueel verlangen, het orgasme en de frequentie van gemeenschap.[26] Circulerend testosteron is grotendeels gebonden aan sekshormoonbindend globuline (SHGB) of albumine, en slechts 0,5-3,0% is ongebonden en circuleert als vrij testosteron.[27] Met name de combinatie pil zorgt voor een significante androgeen verlaging, waarbij ook het vrij circulerend testosteron gemiddeld met 61% daalt.[28]
Er zijn drie mechanismen die hier aan ten grondslag kunnen liggen; onderdrukking van de androgeensynthese door de ovaria, onderdrukking van androgeensynthese door de bijnieren en stimulatie van de SHBG-productie in de lever (door ethinylestradiol).[28]
In 2017 werd een gerandomiseerde, dubbel geblindeerde, *cross-over* studie verricht die onderzocht of het in stand houden van fysiologische *levels* van met name vrij circulerend testosteron in vrouwen die de combinatie pil gebruikten een positief effect had op het seksueel functioneren.[29] De onderzoekers voegden hiervoor 50 mg dehydro-epiandrosteron (DHEA) toe aan de combinatiepil (ethinylestradiol 30 µg, levonorgestrel 150 µg) en lieten zien dat hiermee onder 81 vrouwen (leeftijd 20-35 jaar, body *mass index* (BMI)

range: 18-35 kg/m^2) het fysiologische level van vrij circulerend testosteron in stand bleef. De toevoeging van DHEA had daarbij een positief effect op bepaalde aspecten van het seksueel functioneren: vrouwen wezen het initiatief van de partner tot vrijen significant minder vaak af en bij vrouwen met een hoge respons op behandeling met DHEA (hoog level van totaal en vrij testosteron) verbeterde de 'zin in vrijen' en seksuele geprikkeldheid.[30,31] Verder onderzoek zal nodig zijn om de werkzaamheid van een dergelijk combinatiepreparaat definitief te valideren en zo mogelijk regulier beschikbaar te maken.

Conclusie

De wetenschappelijke ontwikkeling binnen het vakgebied seksuologie heeft in de afgelopen drie decennia een enorme vlucht genomen. Momenteel werken er zo'n 200 geregistreerde seksuologen in Nederland, is er steeds meer bekend over psychologische en biologische determinanten van verschillende disfuncties en wordt er door de Nederlandse academische en seksuologische centra veel onderzoek gepubliceerd in de internationale literatuur. Toch is vrouwelijke seksualiteit nog altijd onderbelicht en vragen veel onderwerpen om meer en gedegen wetenschappelijk onderzoek, waarbij artsen zich in de eerste plaats moeten realiseren dat het seksuele functioneren een belangrijk onderdeel uitmaakt van de kwaliteit van leven.

Referenties

1. Slob, K. & Gijs, L., *Seks wetenschappelijk ontrafeld.* De Nederlandse Vereniging voor Seksuologie en nog meer. Rijswijk: Elmar. 2006.
2. Laan, E., Everaerd, W., Aanhold, M.T. van, et al., *Performance demand and sexual arousal in women.* Behav Res Ther. 1993;31(1):25-35.
3. Laan, E., Everaerd, W. & Evers, A., *Assessment of female sexual arousal: response specificity and construct validity.* Psychophysiology. 1995;32(5):476-485.
4. Brom, M., Laan, E., Everaerd, W. et al., *The Influence of Emotion Upregulation on the Expectation of Sexual Reward.* J Sex Med. 2016;13(1):105-119.
5. Both, S., Brauer, M., Weijenborg, P. et al., *Effects of Aversive Classical Conditioning on Sexual Response in Women With Dyspareunia and Sexually Functional Controls.* J Sex Med. 2017;14(5):687-701.
6. Both, S., Everaerd, W. & Laan, E., *Modulation of spinal reflexes by aversive and sexually appetitive stimuli.* Psychophysiology. 2003;40(2):174-183.
7. Laan, E., & Phd, S., *What Makes Women Experience Desire?* Vol 182008.
8. Reissing, E.D., Borg, C., Spoelstra, S.K. et al., *"Throwing the baby out with the bathwater": the demise of vaginismus in favor of genito-pelvic pain/penetration disorder.* Arch Sex Behav. 2014;43(7):1209-1213.
9. Steenhof, L. DJAOoCBvdSIwcnNrFA-F-F-Aip.
10. Tuschen-Caffier, B., Florin, I., Krause, W. et al., *Cognitive-behavioral therapy for idiopathic infertile couples.* Psychother Psychosom. 1999;68(1):15-21.
11. Pastoor, H. (2015). *Poster: PCOS and sexual function: meta-analysis*
12. Ouden, M.E.M. den, *De impact van kanker op intimiteit en seksualiteit: het doet meer dan je denkt!* Tijdschrift voor Seksuologie. 2017(4).
13. Coyne, K.S., Sexton, C.C., Irwin, D.E. et al., *The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study.* BJU Int. 2008;101(11):1388-1395.
14. Derks, M., van Lonkhuijzen, L.R., Bakker, R.M. et al., *Long-Term Morbidity and Quality of Life in Cervical Cancer Survivors: A Multicenter Comparison Between Surgery and Radiotherapy as Primary Treatment.* Int J Gynecol Cancer. 2017;27(2):350-356.
15. Bakker, R.M., ter Kuile, M.M., Vermeer W.M., et al., *Sexual rehabilitation after pelvic radiotherapy and vaginal dilator use: consensus using the Delphi method.* Int J Gynecol Cancer. 2014;24(8):1499-1506.
16. Vermeer, W.M., Bakker, R.M., Kenter, G.G., et al., *Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support.* Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer. 2016;24(4):1679-1687.
17. Liao, L.M., & Creighton, S.M., *Requests for cosmetic genitoplasty: how should healthcare providers respond?* BMJ. 2007;334(7603):1090-1092.
18. Veale, D., Eshkevari, E., Ellison, N. et al., *Psychological characteristics and motivation of women seeking labiaplasty.* Psychol Med. 2014;44(3):555-566.
19. Laan, E., Martoredjo, D.K., Hesselink, S. et al., *Young women's genital self-image and effects of exposure to pictures of natural vulvas.* J Psychosom Obstet Gynaecol. 2017;38(4):249-255.
20. 1970;13:121-32. FAEeodgvoaHW.
21. Burrows, L.J., Basha, M., Goldstein, A.T., *The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review.* J Sex Med. 2012;9(9):2213-2223.
22. Davis, A.R & Castano, P.M. *Oral contraceptives and libido in women.* Annu Rev Sex Res. 2004;15:297-320.
23. Pastor, Z., Holla, K. & Chmel, R., *The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: a systematic review.* Eur J Contracept Reprod Health Care. 2013;18(1):27-43.
24. Graham, C.A., Bancroft, J., Doll, H.A. et al., *Does oral contraceptive-induced reduction in free testosterone adversely affect the sexuality or mood of women?* Psychoneuroendocrinology. 2007;32(3):246-255.
25. Warnock, J.K., Clayton, A., Croft, H. et al. *Comparison of androgens in women with hypoactive sexual desire disorder: those on combined oral contraceptives (COCs) vs.* those not on COCs. J Sex Med. 2006;3(5):878-882.
26. Wahlin-Jacobsen, S., Pedersen, A.T., Kristensen, E. et al., *Is there a correlation between androgens and sexual desire in women?* J Sex Med. 2015;12(2):358-373.
27. Shea, J.L., Wong, P.Y. & Chen, Y., *Free testosterone: clinical utility and important analytical aspects of measurement.* Adv Clin Chem. 2014;63:59-84.
28. Zimmerman, Y., Eijkemans, M.J., Coelingh Bennink, H.J. et al., *The effect of combined oral contraception on testosterone levels in healthy women: a systematic review and meta-analysis.* Hum Reprod Update. 2014;20(1):76-105.
29. Coelingh Bennink, H.J.T., Zimmerman Y., Laan, E., et al., *Maintaining physiological testosterone levels by adding dehydroepiandrosterone to combined oral contraceptives: I. Endocrine effects.* Contraception. 2017;96(5):322-329.
30. Lunsen, R.Z.Y. van, Coelingh Bennink, H., Termeer, H. et al., *Maintaining physiological testosterone levels by adding dehydroepiandrosterone to combined oral contraceptives: II. Effects on sexual function.* Contraception 2016 [submitted].
31. https://www.pw.nl/achtergrond/2014/pdf/dhea-toevoeging-voorkomt-testosterondaling-bij-pilgebruik.

Handboek

Geboortezorg bij verschillende culturen

dr. J.P. de Graaf *senior onderzoeker Verloskunde en Gynaecologie Erasmus MC, Rotterdam*

Het Handboek geboortezorg bij verschillende culturen is geschreven door Fadua el Bouazzaoui en Ingrid Peters. Fadua el Bouazzaoui is oprichter van de Stichting Voorlichters Gezondheid. Met deze Stichting zet zij zich in voor het doorbreken van taboes en veronderstellingen over de perinatale gezondheid. Ingrid Peters werkt bij het Erasmus MC, Rotterdam. Ze combineert een coördinerende stafadviseursfunctie bij de Stichting Prenatale Screening Zuidwest Nederland met en promotietraject gericht op diversiteit binnen de geboortezorg.
In onze multi-etnische samenleving komt de verloskundige zorgverlener regelmatig in aanraking met zwangere vrouwen uit andere landen en culturen. Verschillen in leefgewoontes en rituelen rondom de zwangerschap en de kraamperiode, hebben steeds meer invloed op het verloskundig werken. Dit handboek geeft een leidraad hoe om te gaan met de culturele en religieuze verschillen van de Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Poolse, Afghaanse en Syrische migrantengroepen in relatie tot de geboortezorg.
Voor dit boek hebben de auteurs aanvullend op hun ervaringen ook vrouwen met een migratie-achtergrond geïnterviewd.
Allereerst wordt in het handboek achtergrondinformatie gegeven zodat de zorgverlener het verschil tussen cultuur en religie beter kan duiden. Waarbij nadrukkelijk geadviseerd wordt om niet zozeer specifiek af te stemmen op de zwangere met bijvoorbeeld Surinaamse achtergrond, maar op de persoonlijke karakteristieken en wensen van de vrouw in kwestie, waarbij het *Transcultureel Beoordelingsmodel* van Giger & Davidhizar (1988) nader wordt toegelicht als handvat. De beschrijvingen van de gebruiken en de geboortezorg van de landen van herkomst geven heel goed de verschillen weer. Er worden niet alleen handvatten geboden voor de wijze van begeleiding van de preconceptionele fase tot en met de kraamperiode, maar ook bij onvervulde kinderwens. Zo wordt in het handboek aangegeven dat vrouwen met een migratie-achtergrond zich vaak wenden tot alternatieve geneeswijzen bij vruchtbaarheidsproblemen en dat vanuit de cultuur er een grote druk is op het krijgen van kinderen en er een stigma heerst op de kinderloze vrouw. Verder worden voor de zwangerschapsbegeleiding aan deze vrouwen de thema's: voeding, leefgewoonte, levensovertuiging, zorggebruik, transculturele communicatie, wijze van voorlichting, en aan etniciteit gerelateerde ziekten en zwangerschapscomplicaties, uitgebreid behandeld.
Doordat het handboek ook testen bevat is het mijns inziens meer een studieboek voor uiteenlopende opleidingen dan een handboek. Ook is hier en daar de schrijfstijl erg schools,

waardoor het mogelijk niet gebruikt gaat worden als handboek. Dit zou erg jammer zijn want het bevat veel bruikbare handvatten. Als naslagwerk zal het zeker van toegevoegde waarde zijn en dankzij het uitgebreide register is dat ook mogelijk.

●●●◐○

Handboek Geboortezorg in verschillende culturen
Fadua el Bouazzaoui & Ingrid A. Peters
240 pp., € 45,00
ISBN 9789401436052

Krijg zelf je suikerspiegel onder controle

Zwangerschapsdiabetes

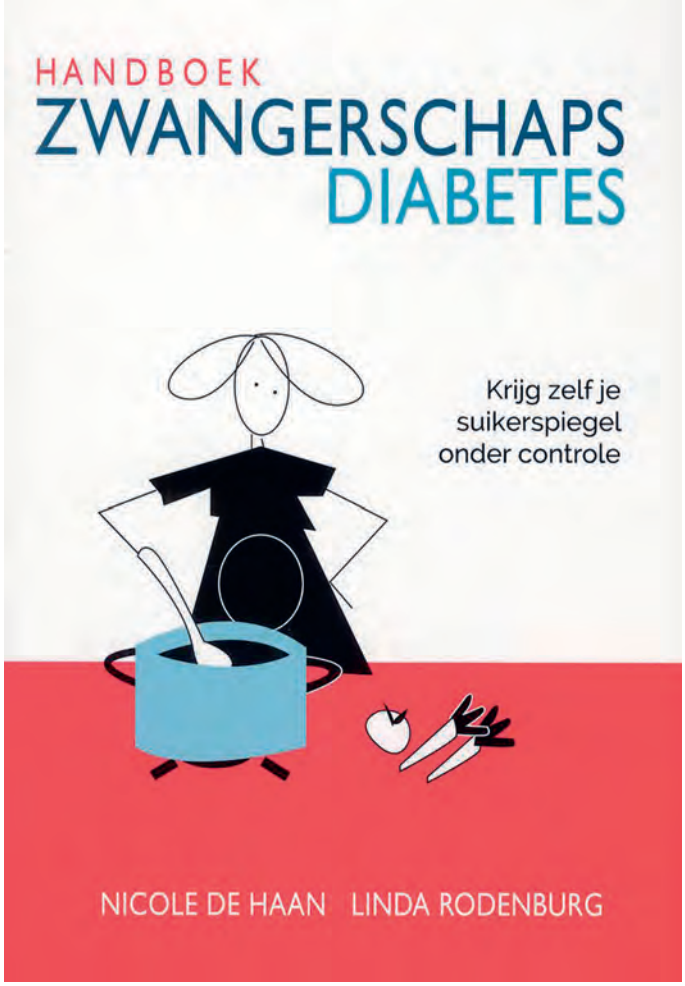
drs. C. van der Houwen *gynaecoloog Tjongerschans, Leeuwarden*

Diëtisten Nicole de Haan en Linda Rodenburg geven overzichtelijke informatie voor vrouwen met zwangerschapsdiabetes. Het boek is conform de huidige wetenschappelijke inzichten en met bronnen onderbouwd.
De auteurs leggen in eenvoudige taal uit wat zwangerschapsdiabetes is, wie een verhoogd risico hebben en wat de gevolgen kunnen zijn voor moeder en kind.
Het derde hoofdstuk *Aan de slag* vormt de basis van het boek.
In heldere taal geven de auteurs praktische adviezen over de voeding, het beperken van gewichtstoename en het gunstige effect van bewegen.
Ze gaan verder nog in op de dagcurves en insulinetherapie.
Tot slot vragen ze aandacht voor het risico op het ontwikkelen van diabetes na de zwangerschap en het belang van de eigen leefstijl.
Naast recepten, vind ik 15 gram koolhydraten in beeld heel veel inzicht geven (van 750 gram broccoli, 400 gram snoeptomaatjes tot 4 winegums of 25 gram gedroogd fruit).

Lof voor de schrijfsters voor hun motiverende en prettig leesbare schrijfstijl. Het boek heeft een frisse lay-out. Kortom, aan te raden aan alle patiënten met diabetes gravidarum die wel een boekje willen/kunnen lezen. Mogelijk een leenexemplaar bij onze poliklinieken?

●●●●○

Zwangerschapsdiabetes
N. de Haan, L. Rodenburg
152 pp., € 24,95
ISBN 9789082696806



Iedere vrouw is uniek, dus ook haar dosering FSH

Rekovelle®. Het eerste recombinant humaan FSH met gevalideerde individuele dosering.

Elke patiënt is uniek, dat weet u als geen ander. U houdt hier waarschijnlijk al rekening mee bij het bepalen van de individuele dosering FSH. Rekovelle®, follitropine delta ontwikkeld in een humane cellijn, biedt u nu een unieke methode om nauwkeurig de individuele startdosering te bepalen. Aan de hand van een gevalideerd dosisalgoritme, gebaseerd op AMH-concentratie en lichaamsgewicht, berekent u voortaan eenvoudig de FSH-dosering per patiënt. Direct vanaf de eerste cyclus IVF/ICSI.

Benieuwd naar Rekovelle®? Kijk op FerringFertiliteit.nl/Rekovelle (inlog: Fertiliteit01) of neem contact op met Ferring via 023 568 0300/infoNL@ferring.com.

Bereken eenvoudig de unieke dosering voor uw patiënt met de Rekovelle® dosiscalculator app. Gratis verkrijgbaar op FerringFertiliteit.nl/Rekovelle, in de App-store of Google Play-store.

Rekovelle®
follitropine delta

REK/524/2017/NL(1) Verkorte productinformatie elders in deze uitgave.

FERRING
PHARMACEUTICALS

FERRING FERTILITEIT
Op het lijf geschreven