

ntog 06

2018

sinds 1889

GYNAECOLOGIE, ONCOLOGIE, PERINATOLOGIE EN VOORTPLANTINGSGENEESKUNDE

- Spontane vroeggeboorte in Nederland
- Inzicht in horizontaal toezicht
- De gynaecoloog aangeklaagd
- Afbuigende foetale groei en intra-uteriene groeirestrictie
- Belang van specialistische preconceptiezorg bij eiceldonatie
- Extra-uteriene graviditeit op een bijzondere plaats
- Naleving SOP-remifentanil in Nederland
- Mamma! Wat heb ik op mijn schaamlip?
- Embolisatie bij een vulvahematoom postpartum
- Abortus geaccepteerd in Ierland en hoe dat in Nederland al het geval was
- Een navelstrenghematoom bij verminderde kindsbewegingen

Colofon

REDACTIE

V. Mijatovic, hoofdredacteur (mijatovic@ntog.nl)
 W.M. Ankum, voorzitter deelredactie gynaecologie
 J.W. Ganzevoort, voorzitter deelredactie perinatologie
 R.M.F. van der Weiden, voorzitter deelredactie vpg
 S.J. Tanahat, redacteur vpg
 B.B. van Rijn, redacteur perinatologie
 F. Vernooij, rubrieksredacteur NOBT, BOBT
 R. van de Laar, rubrieksredacteur NOBT, 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, 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
 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-neonataloge
 Ph.Th.M. Weijnenborg, gynaecoloog

UITGEVER & REDACTIESECRETARIAAT

GAW ontwerp+communicatie b.v.
 Generaal Foulkesweg 72, 6703 BW Wageningen
 mw. Judica Velema (bureau redactie)
 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 # 7 verschijnt 3 nov. 2018.
 NTOG wordt verpakt in 'bio-based' plastic die niet snel
 genoeg afbreekt in een composteermachine. Gelieve de
 verpakking in de PMD-bak te gooien.

AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID

*Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag
 worden vervaelvoudigd 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

Ferring Pharmaceuticals | *Rekovele*
 MSD | *Bridion*
 Bayer | *Kyleena*
 Vrouwenkliniek Zuidooit | *PA Gynaecoloog*
 Gedeon Richter | *Esmya*

ISSN 0921-4011

Inhoud

Guest editorial

- 272 **Het NTOG laat zich niet meer inpakken door plastic?**
 dr. M.A. Ouddijk

NVOG-bestuur

- 273 **Keuze: vrijheid of stress?**
 drs. Yvonne Dabekausen, secretaris bestuur NVOG

Kort nieuws

- 274 **Excellence in Teaching Award voor Peter Heintz en 'Dutch School' | Marc-Jan | Menopause: what else? | 54e Gynaecongres | Portret Hector Treub verworven | Vacature pijler VPG | Symposium: 'Inleiden en inleven' | IM Herman van de Bosch | Concilium zoekt secretaris | Vervolgopleidingen zoekt gynaecoloog | Owee**

Actueel

- 277 **Spontane vroeggeboorte in Nederland**
 dr. M.A. Ouddijk en prof. dr. E. Pajkrt

Ingezonden

- 164 **De Snoo en magnesiumsulfaat**
 dr. A.T.M. Verhoeven

Koepel Opleiding

- 281 **Inzicht in horizontaal toezicht**
 prof. dr. F. Scheele en mr. drs. N. Akdemir

Oorspronkelijke artikelen

- 282 **De gynaecoloog aangeklaagd**
 prof. dr. H.A.M. Brölmann
Met commentaar van dr. M. van Pampus
Symposium Informatie, ondersteuning en impact van tuchtzaken

- 286 **Afbuigende foetale groei en intra-uteriene groeirestrictie**
 dr. J. Henrichs, drs. V. Verfaillie, prof. dr. A. Franx, dr. A.J. de Jonge

- 289 **Belang van specialistische preconceptionele zorg bij zwangerschap door eiceldonatie**
 dr. E.E.L.O. Lashley en dr. M.L.P. van der Hoorn

- 292 **Extra-uteriene graviditeit op een bijzondere plaats**
 drs. R. van der Waart, drs. M.W.H. Leenders, drs. S.M. Westenberg, dr. A.P.J. Houdijk

- 294 **Naleving SOP-remifentanil in Nederland**
 E.E.J.N. Hoenen MSC, dr. M.M.L.H. Wassen, prof. dr. J.G. Nijhuis, dr. R.P.C. Rijke
Met commentaar van drs. L. Freeman, dr. B.C. Jacod, et al.

- 300 **Mamma! Wat heb ik op mijn schaamlip?**
 drs. J.D. Nieuwstad, drs. L.L. Tullenaar, drs. J.S. van der Laan, dr. W. Kolkman

- 303 **Embolisatie bij een vulvahematom postpartum**
 drs. D.P.A. van den Noulund, drs. L.C.M. Amkreutz, dr. K.J. Notten

Column Mieke Kerkhof

- 308 **Het knopje van welbehagen**

Focus op historie

- 309 **Abortus geaccepteerd in Ierland en hoe dat al eerder het geval was in Nederland**
 dr. C.N.M. Renckens

- 312 **Belangrijk onderzoek in Buitenlandse Tijdschriften**
Eerste trimester medicamenteuze zwangerschapsafbreking | Standaard inleiden bij 39 weken? | CIN-2-laesie: wel of niet behandelen?
 dr. Floor Vernooij en dr. Rafli van de Laar

Nederlands Onderzoek in Buitenlandse Tijdschriften

- 314 **Opnieuw testen na SOA-behandeling? | Meer geïnformeerd minder gelukkig**
 dr. Floor Vernooij en dr. Rafli van de Laar

Gynpics

- 316 **Een navelstrengematom bij verminderde kindsbewegingen**
 drs. N.M.A. van der Hoeven en drs. I. Nedelcu

Boekbespreking

- 318 **'De alles-arts'**
 prof. dr. F. Scheele

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.



Het NTOG laat zich niet meer inpakken door plastic?

dr. M.A. Oudijk perinatoloog UMC UvA, Amsterdam

Misschien is het u opgevallen, maar vandaag ontving u voor de eerste maal het NTOG in een *bio-based* verpakking. Hiermee draagt de NVOG bij aan het terugdringen van gebruik van plastic op basis van fossiele grondstoffen. Wereldwijd dringt het besef door dat het gebruik hiervan leidt tot ernstige milieuvervuiling met verstrekende gevolgen voor de natuur en de gezondheid van mens en dier.

Er zijn aanwijzingen dat microplastics negatieve effecten hebben op fertiliteit en zwangerschapsuitkomsten als miskramen, laag geboortegewicht en vroeggeboorte en hiermee direct ons vakgebied beïnvloedt.

In Nederland is het plasticprobleem wellicht niet direct zichtbaar, maar op Bonaire, waar ik via het Amsterdam UMC gedetacheerd was begin 2018 in het ziekenhuis Fundashon Mariadal, is duidelijk zichtbaar wat de lozing van plastic in de oceaan veroorzaakt. De gehele oostkust is bezaaid met plastic afval. Waterflesjes, bekertjes, rietjes, tasjes, slippers, crocs (sowieso al niet het produceren waard), jerrycans, alles spoelt hier aan. Bonaire presenteert zich als een duurzaam eiland en trekt voornamelijk duiktoeristen. Het plastic in de omringende zee is een directe bedreiging voor de prachtige, nog intacte koraalriffen die het eiland rijk is. Ook voor de koraalvissen en schildpadden, die plastic tasjes voor kwallen aanzien (moeilijk voor te stellen, maar voor schildpadden de lekkerste voorstelbare snack) vormt het een grote bedreiging.

Vandaar dat er veel publieke en private initiatieven zijn om deze plastic rommel op te ruimen. Vanuit Fundashon Mariadal wordt de wekelijkse *clean-up* gehouden met een groep vrijwilligers, waar gemiddeld 15 grote zakken aan plastic afval werd opge-

haald. Ook via STINAPA, de organisatie die de natuurparken op land en het zeereservaat beheert, worden regelmatig *clean-ups* gehouden (zie foto).

Bij terugkomst in Nederland nam ik me voor om ook in Nederland kritischer te zijn op het gebruik van plastic en het kopen van producten verpakt in plastic. Ik begon met het consequent meenemen van een rugzak naar de supermarkt. Ik was binnen Amsterdam verhuisd van Oud-Zuid naar Oud-West waar plastic gescheiden werd ingezameld en verbaasde me erover hoe weinig restafval je eigenlijk overhoudt. Ik probeer zo min mogelijk in plastic verpakte producten te kopen, maar in de meeste supermarkten is dat vrijwel onmogelijk. In de sportschool vroeg ik om een *shake* zonder plastic rietje. Op het werk, bij de koffieautomaat, hing ik een A4-tje op met een foto van aangespoeld plastic met daaronder de tekst: "Hiernaast staat een kast met drie lades met koffiemokken." Thuis ergerde ik mij steeds meer aan al die bladen en magazines verpakt in plastic die elke week weer op de mat liggen. Ik besloot te schrijven naar de redacties van Medisch Contact en

NTOG voor alternatieven. Het was te duur schreef Medisch Contact, waarop ik mijn abonnement op het papieren exemplaar opzegde, ik krijg toch al dezelfde artikelen per mail.

Van NTOG-hoofdredacteur Velja Mijatovic kreeg ik een enthousiaste mail terug: hij zegde toe de alternatieven te bespreken met de redactie, de uitgever en het NVOG-bestuur.

Na het wegen van alle alternatieven kreeg u vandaag voor het eerst het NTOG in een *bio-based* verpakking! Een stap voorwaarts, wellicht richting een beter alternatief of een geheel verpakkingsloos NTOG, en hopelijk zet het u aan om het gebruik van plastic verder te verminderen. Misschien doet u al veel meer dan ik. Maar laten ook wij, als NVOG-leden, onze verantwoordelijkheid hierin nemen.

Zie ook bladzijde 298.

1. Buck Louis GM *et al.* Urinary bisphenol A, phthalates, and couple fecundity: the Longitudinal Investigation of Fertility and the Environment (LIFE) Study. *Fertil Steril* 2014;101:1359-1366.
2. Yunhui Zhang *et al.* Phthalate Levels and Low Birth Weight: A Nested Case-Control Study of Chinese Newborns. *J of Pediatrics*, 2009;155:500-504.





Keuzes: vrijheid of stress?

drs. Yvonne Dabekausen *secretaris bestuur NVOG*

Heel lang geleden, het moet nog in de vorige eeuw zijn geweest, kwam de 60-jarige zuster Johanna bij mij op het spreekuur met postmenopauzaal bloedverlies. Na het gynaecologische onderzoek werd mijn donkere vermoeden bevestigd door het pathologisch onderzoek. Het was inderdaad een endometriumcarcinoom. Ik besprak de uitslag met zuster Johanna en stelde haar de gebruikelijke therapie voor namelijk een operatie en eventueel nog bestralen. Met een opvallende kalmte hoorde zij mij aan en zei daarna dat ze van de behandeling af wilde zien. Zij voerde aan dat het toch allemaal niet of tijdelijk zou helpen en dat het allemaal uitstel zou zijn. Na mijn omstandige uitleg dat de ene kanker de andere niet is en dat in haar geval er een grote kans was op volledige genezing wilde ze er nog wel eens over nadenken. Na mijn opmerking dat bij afzien van therapie de gevolgen toch wel heel naar zouden zijn, was zij bereid om nog een afspraak te maken voor een gesprek. Nadat zuster Johanna de spreekkamer had verlaten zat ik met mijn ogen te knipperen: deze reactie had ik niet zien aankomen. Zo openlijk niet luisteren naar de dokter was in die tijd ongebruikelijk. Enkele weken later kwam ze voor een nieuw gesprek en had ze de abt van het klooster meegenomen. Nadat ik mijn verhaal nogmaals uitgebreid had verteld was de abt van mening dat het toch wel goed zou zijn als zuster Johanna zich zou laten opereren. Tot mijn vreugde en opluchting luisterde zuster Johanna naar de abt en stemde zij in met het voorgestelde beleid. Een operatie volgde en de uitslag was verder gunstig, waardoor bestralen niet nodig was. Dat vond ik prettig voor zuster Johanna, maar ook voor mijzelf. Nu hoefde ik namelijk niet ook nog de bestraling aan haar te 'verkopen'. Bij de nacontrole werd alles nog eens

doorgesproken en stelde ik haar de gebruikelijke *follow-up* voor. Hier zag ze zeer beslist van af; dat was aan Hem. In tegenstelling tot de operatie heb ik de *follow-up* dus in het volste vertrouwen aan Onze-Lieve-Heer overgelaten.

Inmiddels is het 2018 en ziet de wereld er anders uit. We zijn allemaal erg gesteld op onze (keuze)vrijheid en zelfbeschikkingsrecht. Onze patiënten zijn daar niet anders in. Het verhaal van zuster Johanna is natuurlijk een gevalletje keuzevrijheid-light. Hoe anders kan dat zijn bij zwangeren. Hoe lastig is het als een zwangere de goed onderbouwde adviezen niet wil opvolgen, waardoor haar gezondheid meer geschaad zou kunnen worden of, erger nog, als daardoor haar ongeboren kind meer risico zou lopen. Dat kan de hulpverlener in een lastig parket brengen. Het aantal zwangeren dat minder intensieve of andere zorg wenst dan geadviseerd is nu beduidend hoger dan in 'de vorige eeuw'. Om de zorgprofessionals hierin behulpzaam te zijn is er door de NVOG en de KNOV in 2015 de leidraad '*Verloskundige zorg buiten richtlijnen*' samengesteld. Dit document geeft achtergrondinformatie en biedt praktische handvatten. Het onderwerp 'zorgvragen buiten richtlijnen' mag zich overigens verheugen in een grote belangstelling. Niet alleen binnen de verloskundige beroepsgroepen, maar ook bij allerlei andere maatschappelijke organisaties. In het voorjaar werd de discussie over een verschil van inzicht tussen de patiënt of de verloskundige en andere hulpverleners zelfs tot in de rechtbank gevoerd. Een verdrietige situatie die eigenlijk alleen maar verliezers kent. Deze zaak is wel de aanleiding geweest voor een discussie binnen het bestuur over de vraag of we niet meer voor onze leden zouden kunnen betekenen

op dit gebied. Er is besloten om de thema-ALV op 20 maart 2019 hieraan te wijden. Er zal op ethisch-filosofische en op juridische wijze worden ingegaan op vragen als: *Mag een patiënt een behandeling weigeren? Mag een patiënt een behandeling afdwingen? hoe ver gaat de keuzevrijheid van de patiënt en mag de hulpverlener grenzen stellen? Mag de gynaecoloog altijd weigeren mee te werken aan zorgvragen buiten de richtlijn? Wat heeft de gynaecoloog nodig om zich wat gemakkelijker te voelen bij zorgvragen buiten de richtlijn?*

Ook is er een symposium op 30-11-2018 van de Werkgroep Klinische Verloskunde en daar staat 'Zorgvraag buiten de VIL en wat doet dat met de zorgverleners' op het programma. Verder komt het onderwerp aan de orde tijdens het KNOV-geboortecongres in november en is er een SCEM-symposium aan gewijd in februari 2019.

Wat zou het mooi zijn als deze kennisuitwisseling leidt tot meer begrip. In eerste instantie tot meer begrip voor de zwangere met een afwijkende zorgwens. Er kan zoveel achter zitten, zo kan er bij een vorige zwangerschap een ervaring zijn geweest die geleid heeft tot een donderwolk in plaats van een roze wolk. Goed onderling contact zorgt er dan hopelijk voor dat de zwangere én de hulpverleners zich comfortabel genoeg blijven voelen. Ook zou het mooi zijn als wij als gynaecologen meer onderling begrip zouden krijgen: de grenzen van hoever je buiten de lijntjes wil kleuren zijn verschillend. Verder zouden alle gynaecologen hun aandeel moeten leveren bij zorgvragen buiten de richtlijnen. Het kan niet zo zijn dat we daar een klein aantal collegae mee (over)belasten.

Meer begrip voor elkaar is altijd goed: dat is zuster Johanna vast met me eens.



Excellence in Teaching Award van IGCS voor Peter Heintz en 'Dutch School'

De *International Gynaecologic Cancer Society* heeft de 'Excellence in Teaching Award' toegekend aan prof.dr. Peter Heintz en zijn stichting 'The Dutch School of Gynaecologic Oncology and Pelvic Surgery'.

Deze onderscheiding, door IGCS gegeven 'in recognition of the 'Dutch School' superb contribution to the Fellowship Programme in Indonesia and the development of the Oncology Nursing Programme', werd in september tijdens het IGCS-congres in Kyoto uitgereikt.

Via de Heintz' stichting wordt er nu ruim elf jaar in Indonesië gedoceerd.

In die tijd heeft de *Dutch School* 45 jonge gynaecologen de gelegenheid geboden om een stage gynaecologische oncologie in Nederland te volgen.

Ook wordt er een sub-specialisatie-opleiding oncologieverpleegkunde aangeboden die inmiddels 60 gediplomeerde verpleegkundigen heeft afgeleverd. Samen met een aantal Nederlandse gynaecoloog-oncologen heeft de *Dutch School* ruim 160 weken onderwijs in Indonesië verzorgd. De Indonesische partners participeren steeds nadrukkelijker op het gebied van scholing én financiën. Momenteel wordt gewerkt aan het gebruiken van nieuwe onderwijsmogelijkheden waarbij gedacht moet worden aan e-learning en digitale coaching. Naast al het onderwijs is de tijd nu rijp voor praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek. Dat biedt zowel voor Nederlandse als Indonesische ziekenhuizen en onderzoekers goede mogelijkheden. Vooral PhD-trajecten zijn veelbelovend. Peter Heintz is erg blij met deze internationale waardering en hoopt dat dit een nieuwe generatie gynaecoloog-oncologen motiveert om ook eens te doceren in Indonesië. Het NTOG feliciteert de *Dutch School* en in het bijzonder collega Heintz met deze bijzondere

onderscheiding. Meer info: www.dutchschool.nl of dutchschoolutrecht@gmail.com
Bron: IGCS & Dutch School



Menopause: what else?

Op 26 oktober a.s. is er weer een najaarssymposium van de *Dutch Menopause Society* (DMS) in Hotel Van der Valk in Houten.

De middag start met een voordracht van Jannet Vaessen, directeur Women Inc, over het maatschappelijke aspect van de menopauze. Prof. dr. Eef Hogervorst spreekt over de psychische aspecten en de rol van HST.

De Wereldmenopauzedag, 18 oktober, heeft dit jaar als onderwerp: *Sexual wellbeing after menopause*. Bianca van Moorst, seksuologe zal de in's en out's daarvan bespreken.

Na de pauze aandacht voor de te vroege menopauze: POI. Maryam Kavousi, epidemiologe, en Jeanine Roeters van Lennep, vasculair interniste, zullen hun onderzoeken vanuit

Marc-Jan



zorg onbetaalbaar door steeds meer Managers en consultants

het Erasmus MC presenteren. Prof. dr. Herman de Pypere, voorzitter Belgian Menopause Society, sluit af met een *key lecture*.

In de pauze is er aandacht voor introductie van nieuwe toedieningsvormen van HST.

Kortom: een interessant en gevarieerd programma!

Informatie over locatie, kosten en aanmelding vind je op www.demenopauzespecialist.nl.

Accreditatie: NVOG: 4 punten;

VVOC is aangevraagd.

Bron: DMS

54e Gynaecongres: inschrijving geopend!

Op 8 en 9 november a.s. vindt het 54e Gynaecongres in Flint te Amersfoort plaats. Op donderdag 8 november wordt het programma ingevuld door de Koepel Gynaecoloog en Maatschappij, de Koepel Wetenschap en de Koepel Opleiding. De dag sluiten we af met levenslessen van onze eigen Mieke Kerkhof en het Gynaecologen cabaret met een reprise van "Oh mijn professor...!". Op vrijdag staan in de ochtend de Koepel Kwaliteit en de Flitspresentaties op het programma. Het congres sluiten we in de middag af met Nieuws van Eigen Bodem en de Talent in Onderzoeksessie.

Voor meer informatie en inschrijven zie: <https://gynaecongres.nl/>.

Een themafeest is ons goed bevallen en aan de feestgangers dit keer de keuze welk thema het gaat worden. Je kunt daarvoor tot 1 oktober a.s. stemmen op: A: Proud to be fout, B: Famous duos, C: Be your hero tonight. Maak je keuze gelijktijdig bij je aanmelding voor het feest bekend in de mail aan gynaecongres@nvog.nl.

Portret van Hector Treub verworven voor NVOG

Afgelopen maand werd een portret geveild van Hector Treub (1856-1920), hoogleraar verloskunde en gynaecologie in Leiden en Amsterdam en oprichter van de NVOG en het NTOG. Het is gelukt dit portret te verwerven voor de NVOG. Het portret is uitgevoerd in olie- verf op doek, meet 55 x 38 cm en is



Treub door Evert Pieters (ca. 1915)

links onder gesigneerd door de schilder Evert Pieters (1856-1932). De lijst is origineel. Het portret toont een sterke gelijkenis met bekende portretten van Treub zoals het portret door zijn echtgenote Corrie Boellaerd uit 1915 en een hoogleraarsportret. De kleding en achtergrond zijn nagenoeg identiek. Dat betekent dat het schilderij rond 1915 gedateerd kan worden. Evert Pieters portretteerde Treub in een impressionistisch aandoende stijl en woonde, net als Treub in Laren. Ongetwijfeld had hij persoonlijk contact met Treub en zijn kunstzinnige echtgenote. De inbrenger is via het veilinghuis benaderd. Helaas is ons verzoek om aanvullende informatie niet gehonoreerd. Werk van Pieters bevindt zich onder andere in het Koninklijk Museum voor Schone Kunsten in Antwerpen, het Frans Hals museum in Haarlem en het Singer Museum in Laren. Een betere bestemming voor dit portret dan de bestuurskamer van de NVOG is niet denkbaar.

Robin van der Weiden, vz. Werkgroep Historie NVOG

Vacature pijler VPG

Het bestuur van de NVOG is op zoek naar een voorzitter voor het bestuur van de Pijler Voortplantingsgeneeskunde. Dit in verband met het aflopen van de zittingstermijn van de huidige voorzitter per 1 januari 2019. Met de snel veranderende en steeds meer eisende omgeving, waarin ook de

NVOG als wetenschappelijke vereniging voor gynaecologen zich bevindt, worden ook andere eisen gesteld aan de voorzitters van de koepels en pijlers.

In tegenstelling tot de werving van eerdere pijlervoorzitters, waarbij het pijlerbestuur mogelijke kandidaten zelf benaderde, heeft het NVOG-bestuur ervoor gekozen om breed onder de leden te werven.

Voor meer informatie over het functieprofiel en de sollicitatieprocedure, zie het besloten ledengedeelte van de NVOG-website. Bent u geïnteresseerd in deze functie, dan graag vóór 1 oktober a.s. kenbaar maken (svp met motivatiebrief en CV) via bestuurssecretariaat@nvog.nl.

Bron: NVOG

Symposium: 'Inleiden en inleven'

Op vrijdag 30 november 2018 vindt weer het jaarlijkse symposium plaats van de Werkgroep Klinische Verloskunde in de Eenhoorn in Amersfoort. Dit jaar is het een gezamenlijk symposium met de Werkgroep Perinatologie en Maternale Ziekten (WPMZ). Het symposium is toegankelijk voor (klinisch) verloskundigen en gynaecologen (i.o.), maar ook kinderartsen (i.o.), obstetrie verpleegkundigen of andere geïnteresseerden zijn van harte welkom. Wij denken dat het weer een boeiend en interessant symposium gaat worden met het centrale thema **Inleiden van de baring** (*indicatiestelling, de wijze van inleiden en de optimale termijn waarbij moet of kan worden ingeleid*). Het symposium wordt deze keer afgesloten door Thijs Launspach, psycholoog, schrijver en trainer. Hij gaat ons meer vertellen over de *millennials*, de generatie van voornamelijk twintigers die rondom de millenniumwisseling is geboren en waarbij steeds vaker een *burn out* wordt vastgesteld. Voor ons extra interessant omdat dit de generatie is die momenteel kinderen krijgt of op korte termijn gaat krijgen.

Voor meer informatie over het programma en de online inschrijving zie: www.deklinischverloskundige.nl/.

Bron: NVOG



In memoriam Herman van de Bosch

Op vrijdag 27 juli 2018 overleed Herman van den Bosch op de leeftijd van 98 jaar.

Herman van den Bosch werd geboren op 3 april 1920 in Eygelshoven bij Heerlen in een katholiek gezin. Na zijn jeugd in Limburg brak de oorlog uit vlak voordat zijn dienstdienst zou ingaan. Hij schreef zich in voor de studie geneeskunde aan de universiteit van Utrecht. In de oorlogsjaren dook hij onder als mijnwerker en als boerenarbeider. Ook als onderduiker maakte hij zich nog verdienstelijk als verpleger in het ziekenhuis van 's-Hertogenbosch. In oktober 1944 ging hij via bevrijd Oostende naar Engeland met de stoottroepen, daar volgde hij de officiersopleiding op Sandhurst. In het voorjaar 1945 vloog hij met internationale troepen naar Europa: Groningen, Hamburg en Bremen.

Na de bevrijding zette Van den Bosch zijn studie geneeskunde voort. In het najaar 1948 werd hij als arts opgeroepen voor militaire dienst in Indië. In 1950 volgde demobilisatie, waarna hij van mei 1950 tot oktober 1953 geneesheer-directeur was op de Sitabondo Plantage op Oost-Java. Inmiddels was hij getrouwd met Hetty Onland; in het gezin werden twee dochters geboren.

Vanaf november 1953 specialiseerde Herman van den Bosch zich in Rotterdam, waarna hij zich in 1958 vestigde als gynaecoloog in het Liduina Ziekenhuis Apeldoorn, dat na een fusie het interconfessionele Lukasziekenhuis werd. Daar vormde hij een maatschap met de collegae W. Vlaanderen en L. van Otterlo. Stijl, vorm en discipline waren in het ziekenhuis spreekwoordelijk voor 'dokter van den Bosch': zelfs midden in de nacht verscheen hij, ook bij spoed, altijd als heer in onberispelijke dokterskleding, waaronder een dubbel geknoopte Windsor-stropdas nooit ontbrak.

In 1984 legde hij op 64-jarige leeftijd de praktijk neer.

Te vroeg weduwnaar geworden in 2002, bleef Herman bijzonder actief: altijd per fiets door Apeldoorn, bleef autorijden tot in het voorjaar van 2018, bezocht bijeenkomsten en festiviteiten. Het NTvG, het NTOG en Medisch Contact werd uitgeplozen en aan het eind van ieder jaar nog ingebonden. Het digitale tijdperk liet hij graag aan zich voorbijgaan. In zijn vrije tijd nam de golfsport altijd een belangrijke plaats in. Hij was één van de initiators

van de 'Herendag' van zijn geliefde Veluwe Golfclub, lid van de WHC en examinerator voor het GVB-examen. Ook nadat zijn fysieke conditie actieve sportbeoefening onmogelijk maakte, bleef hij tot het laatst het maandelijks Herendag-diner bezoeken.

Na het overlijden van zijn oudste dochter in mei 2018 ging Herman snel achteruit. Hoewel geestelijk heel vitaal, was hij fysiek aan het eind, nam helder afscheid van zijn geliefden en overleed op 27 juli 2018.

Bert van Dam

Concilium zoekt secretaris

Het Concilium (Koepel Opleiding/Pleinaire Visitatie Commissie (PVC)) biedt een leuke functie als secretaris aan in het hart van de 'opleidingskeuken' van de NVOG. In verband met het voorziene vertrek van de huidige secretaris in 2019 zou de PVC een tweede secretaris willen aanstellen om na een inwerkperiode de functie van eerste secretaris over te nemen. het besloten ledengedeelte van de NVOG-website: <https://tinyurl.com/yabtmojo>.

College Vervolgopleidingen zoekt gynaecoloog-VPG

Het College Vervolgopleidingen heeft plaats voor een lid met subspecialisatie Voortplantingsgeneeskunde, bij voorkeur gepromoveerd. Zie voor meer informatie het besloten ledengedeelte van de NVOG-website: <https://tinyurl.com/y9kupsn4>.

O wee

Het kleinste kamertje

Op de IVF-afdeling heb je het dan niet over het toilet. Dit paar komt van ver en ze vragen zich af of meneer in de hotelkamer, waar ze zullen overnachten, zaad mag produceren vóór de punctie. 'We willen het zaad zo graag wat liefde meegeven,' luidt hun argument. 'Dat kamertje' vinden ze maar niks. Ik hoop voor ze dat het gaat helpen. Semen geproduceerd met een 'handjevol' liefde, en een snufje ironie.

Linda Brentjes *aios gynaecologie MUMC+, Maastricht*

Huidige stand van zaken en visie op de toekomst

Spontane vroeggeboorte in Nederland

dr. M.A. Oudijk perinatoloog Amsterdam UMC UvA, Amsterdam

prof. dr. E. Pajkrt perinatoloog Amsterdam UMC UvA, Amsterdam

In Nederland bevallen jaarlijks 12.000 zwangeren vòòr 37 weken, waarvan ruim 8000 door spontane vroeggeboorte. 1130 neonaten worden spontaan vòòr 32 weken geboren. Daarmee is spontane vroeggeboorte in Nederland niet alleen de belangrijkste oorzaak van neonatale mortaliteit en morbiditeit, maar ook van complicaties op de lange termijn bij het kind. Daar waar tussen 1999 en 2010 een duidelijke daling zichtbaar was in het percentage spontane vroeggeboorten in Nederland, lijkt deze daling tussen 2010-2014 te stagneren.¹ In dit artikel bespreken wij de huidige stand van zaken, kansen voor verdere reductie en lopende onderzoeken.

Huidige stand van zaken ten aanzien van preventie in NL

Huidige richtlijn

De huidige NVOG-richtlijn 'Preventie recidief spontane vroeggeboorte' stamt uit 2007 en is verouderd. De relatief zwak geformuleerde aanbevelingen ten aanzien van cervixlengtemetingen bij vrouwen met een vroeggeboorte in de voorgeschiedenis en plaatsing van een

cerclage in geval van een cervixlengte < 25 mm en de aanbeveling voor toediening van progesteron bij vrouwen met een vroeggeboorte in de voorgeschiedenis zijn beide inmiddels beter onderbouwd.^{2,3} Wij adviseren deze twee behandelingen bij vrouwen met een voorgeschiedenis van spontane vroeggeboorte te implementeren in uw lokale of regionale protocol. Op dit moment loopt de NVOG-consortium PC-studie (zorgevaluatienederland.nl/projects/27) naar het effect van cerclage versus pessarium bij vrouwen met een korte cervix en een vroeggeboorte in de voorgeschiedenis.

Eén van de uitgangsvragen in het NVOG-protocol, 'Wat is de effectiviteit van progesteron ten opzichte van een placebobehandeling op het risico op een premature bevalling, samengestelde uitkomstmaat van neonatale morbiditeit en mortaliteit en neonatale mortaliteit bij zwangeren van een eenling met vroeggeboorte in de voorgeschiedenis?' is uitgewerkt en komt binnenkort ter goedkeuring aan de leden van de NVOG.

Korte cervix

Een tweede uitgangsvraag betreffende vrouwen zonder voorgeschiedenis van vroeggeboorte, 'Wat is de effectiviteit van progesteron ten opzichte van een placebobehandeling op het risico op een premature bevalling, samengestelde uitkomstmaat van neonatale morbiditeit en mortaliteit, en neonatale mortaliteit bij zwangeren van een eenling met een korte cervix?', is ook uitgewerkt en komt ook binnenkort ter goedkeuring. Bij vrouwen met een cervixlengte van < 25 mm rondom de 20 weken AD is er een positief effect van toediening van progesteron.

Universele screening op cervixlengte

Deze laatste aanbeveling leidt direct tot de discussie of implementatie van universele cervixlengtescreening dient te worden geadviseerd in Nederland. Vanuit de VS zijn er aanwijzingen dat dit het aantal vroeggeboorten reduceert en dat dit een kosteneffectieve methode is.^{4,5} Wij zijn van mening dat een korte cervix een belangrijke risicofactor is voor spontane vroeggeboorte en dat elke zwangere vrouw moet worden geïnformeerd over het mogelijke nut van een routinematige cervixlengtemeting. Op dit moment loopt de Quadruple-P-studie (zorgevaluatienederland.nl/projects/39) naar het effect van progesteron en pessarium bij vrouwen met een korte cervix, ook bij vrouwen die geen vroeggeboorte in de voorgeschiedenis hebben.

Waar is nog winst te behalen?

Stoppen met roken

De afgelopen jaren is er een daling van het aantal vrouwen in de zwangerschap die roken. De invoering van wetgeving omtrent verbod op roken op werkplekken en in cafés en restaurants lijkt gepaard te gaan met een daling van het aantal vroeggeboortes. Alho-

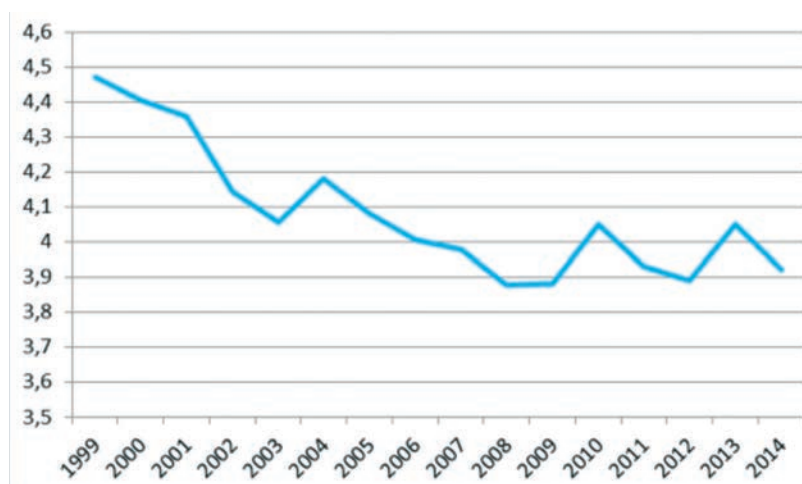


Fig. 1. Trend percentage spontane vroeggeboorten in Nederland.

wel een definitief verband hiermee niet is aangetoond, is dit wel suggestief.⁶ Vrouwen moeten gemotiveerd worden om te stoppen met roken het liefst vóór de zwangerschap. Zelfs als vrouwen stoppen met roken in de zwangerschap < 15 weken AD kan het risico op een vroeggeboorte dalen naar dat van een niet-rokende zwangere.⁷

Curettages

Recent Nederlands onderzoek heeft aangetoond dat het verrichten van een curettage bij een niet-vitale zwangerschap of bij abortus provocatus geassocieerd is met een significant verhoogd risico op vroeggeboorte < 37 weken en extreme vroeggeboorte < 32 weken.⁸ Een meer conservatieve houding ten aanzien van invasieve ingrepen bij deze vroege zwangerschapsproblematiek zou kunnen leiden tot een daling van het aantal vroeggeboorten. Counseling voor een expectatief beleid bij een niet-vitale zwangerschap of een medicamenteuze behandeling met mifegyne en misoprostol wordt geadviseerd.

Lisexcisies en conisaties

Behandelingen voor cervicale intra-epitheliale neoplasie als lisexcisie en conisatie zijn beide geassocieerd met vroeggeboorte.⁹ In afgelopen jaren is het beleid al terughoudender geworden bij milde en matige dysplasie. Het is aantrekkelijk om te filosoferen over het effect van de HPV-vaccinaties en daling van aantal invasieve ingrepen, wat zich vervolgens zou kunnen vertalen in een daling van aantal vroeggeboortes ten gevolge van cervicale ingrepen. Het is op dit moment uiteraard te vroeg om een effect vast te stellen.

Zwangerschapsinterval

Een kort zwangerschapsinterval van < 6 maanden is geassocieerd met vroeggeboorte.¹⁰ Een dringend advies om

minstens zes maanden te wachten met een nieuwe zwangerschap, juist na een immature partus, afbreking of vroeggeboorte en perinatale sterfte, lijkt op zijn plaats.

Preconceptionele lifestyle verbetering

Een ongezonde leefstijl is geassocieerd met slechte zwangerschapsuitkomsten. Een preconceptioneel advies voor iedere vrouw waarin adviezen worden gegeven ten aanzien van een gezondere levensstijl zoals verbetering van voedingspatroon, voorkomen van nutriënttekorten, stoppen met roken (indien van toepassing) en meer lichaamsbeweging zou kunnen leiden tot verbetering van de zwangerschapsuitkomst. Een duidelijke bewijsvoering hiervoor bestaat op dit moment nog niet. Dit punt verdient binnen de NVOG aandacht in de komende jaren.

Nieuwe ontwikkelingen

Verdere ontrafeling van de exacte mechanismen achter vroeggeboorte zijn noodzakelijk. Veel is nog onduidelijk en dat belemmert de ontwikkeling van nieuwe effectieve interventies. Wij pleiten voor meer basaal onderzoek. Ook het verzamelen van bloed en/of weefsel binnen lopende RCT's dient verder te worden gefaciliteerd. De pijler FMG zal ook dit type onderzoek proberen op te nemen in een aparte sectie ten aanzien van basaal en translationeel onderzoek in de komende NVOG kennisagenda. De Parel Zwangerschapscomplicaties i.o. die materiaal in biobanken verzamelt, kan hierbij een goede aanzet geven.

Naast basaal onderzoek zullen eventuele interventies altijd in de praktijk getoetst moeten worden om de gunstige effecten aan te tonen en eventuele schadelijke neveneffecten te vinden. Het belang om dit in samenwerkingsverbanden – zowel nationaal

als internationaal – te ondernemen is groot. Samenwerking zorgt voor gebalanceerde onderzoeksvragen, juiste prioritering en tijdige uitvoering.

De laatste jaren verschijnen er artikelen over het mogelijke effect van een lage dosering aspirine op spontane vroeggeboorte. In een IPD-meta-analyse naar het effect van aspirine op spontane vroeggeboorte bij vrouwen met een verhoogd risico op pre-eclampsie, reduceerde het gebruik van aspirine de incidentie van spontane vroeggeboorte.¹¹ Beide ziektebeelden worden gemedieerd door veranderde inflammatie en dit is mogelijk het aangrijpingspunt van acetylsalicylzuur. In een recente studie uit de VS reduceerde aspirine ook het aantal spontane vroeggeboortes in een groep nullipara vrouwen.¹² Op dit moment wordt het effect van aspirine bij vrouwen met een eerdere spontane vroeggeboorte onderzocht in de NVOG-consortium APRIL-studie (zorgevaluatienederland.nl/projects/5).

ESPBC in 2020 in Nederland

Het Europese congres Spontane Vroeggeboorte ESPBC (*European Spontaneous Preterm Birth Congress*) komt in 2020 naar Nederland. Dit zal de vierde editie worden van dit congres, waar wetenschappers en klinici bij elkaar komen om de nieuwste ontwikkelingen en onderzoeken te bespreken op het gebied van pathofysiologie, preventie en behandeling van spontane vroeggeboorte. Het is, met gemiddeld 350 aanwezigen, een goed bezocht congres en geeft ons een uitgelezen kans om het vroeggeboorteonderzoek van eigen bodem goed op de kaart te zetten. Het congres vindt plaats in Haarlem van 13-15 mei 2020. Dus, geïnteresseerden, zet deze datum vast in de agenda! De organisatie van dit congres ligt bij Eva Pajkrt en Martijn Oudijk.

Tabel 1. Lopende NVOG-consortiumstudies naar preventie of behandeling van vroeggeboorte.

Studie	Beschrijving	Sample size	Huidige inclusie-aantal
APRIL	Effect van aspirine op vroeggeboorte bij vrouwen met spontane vroeggeboorte in de voorgeschiedenis en korte cervix	406	291
PC	Pessarium versus cerclage bij vrouwen met spontane vroeggeboorte in de voorgeschiedenis en korte cervix	400	127
QP	Progesteron versus pessarium bij vrouwen met een korte cervix	960	422
APOSTEL 8	Atosiban versus placebo bij vrouwen met een dreigende vroeggeboorte tussen 30-34 weken amenorroe duur	1514	12

De komende maanden zullen mensen in het land worden benaderd en gevraagd om deel uit te maken van de congresorganisatie.

Conclusie

Spontane vroeggeboorte in Nederland is een belangrijk probleem. Velen van ons maken zich er dagelijks hard voor dit probleem te bestrijden. Een verdere reductie van het aantal vroeggeboortes lijkt haalbaar. Bewezen effectieve behandelingen als progesteron toediening aan vrouwen met een grote kans op vroeggeboorte (vrouwen met een vroeggeboorte in de voorgeschiedenis én vrouwen met een korte cervix zonder vroeggeboorte in de voorgeschiedenis) dienen te worden geadviseerd. Het aanleggen van een cerclage bij vrouwen met een vroeggeboorte in de voorgeschiedenis en een korte cervix dient standaardbeleid te worden. Daar waar mogelijk, moeten we terughoudender zijn met gynaecologische behandelingen met schadelijke obstetrische effecten als curettages en lixexcisies. De voorlichting aan vrouwen kan verbeterd worden. Duidelijke adviezen ten aanzien van roken en een kort zwangerschapsinterval zijn wenselijk. En tot slot, we besteden in Nederland veel tijd en aandacht aan zorgevaluatie en onderzoek naar vroeggeboorte. Participatie van u allen is nodig om praktijkvariatie terug te dringen, te evalueren wat de beste behandeling is voor onze patiënten en nieuwe interventies te onderzoeken. Wij hopen dat u na het lezen van dit artikel uw eigen protocol onder de loep neemt en aanpast daar waar het verbeterd kan worden, en uiteraard hopen wij dat u gemotiveerd bent om mee te doen aan onze gezamenlijke NVOG-consortiumstudies, om zo te werken aan het verminderen van vroeggeboortes in Nederland.

Literatuur

1. PERINED, gegevensaanvraag 15.44
2. Conde-Agudelo, A. *et al.* Vaginal progesterone vs. cervical cerclage for the prevention of preterm birth in women with a sonographic short cervix, previous preterm birth, and singleton gestation: a systematic review and indirect comparison metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;208(1):42.e1-42.e18.
3. Jarde, A. *et al.* Effectiveness of progesterone, cerclage and pessary for preventing preterm birth in singleton pregnancies: a systematic review and network meta-analysis. *BJOG.* 2017 Jul;124(8):1176-1189.
4. Khalifeh, A. *et al.* Universal cervical length screening for preterm birth prevention in the United States. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017;30(12):1500-1503.
5. Werner E.F. *et al.* Cost-effectiveness of transvaginal ultrasound cervical length screening in singletons without a prior preterm birth: an update. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;213(4):554.
6. Cox, B. *et al.* Impact of a stepwise introduction of smoke-free legislation on the rate of preterm births: analysis of routinely collected birth data. *BMJ.* 2013;14;346:f441.
7. McCowan L.M. *et al.* Spontaneous preterm birth and small for gestational age infants in women who stop smoking early in pregnancy: prospective cohort study. *BMJ.* 2009;26;338:b1081.
8. Lemmers, M. *et al.* Dilatation and curettage increases the risk of subsequent preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod.* 2016;31(1):34-45.
9. Kyrgiou, M. *et al.* Adverse obstetric outcomes after local treatment for cervical preinvasive and early invasive disease according to cone depth: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2016;28;354:i3633.
10. Koullali, B. *et al.* The Effect of Interpregnancy Interval on the Recurrence Rate of Spontaneous Preterm Birth: A Retrospective Cohort Study. *Am J Perinatol.* 2017;34(2):174-182.
11. Van Vliet, E.O. *et al.* Antiplatelet Agents and the Prevention of Spontaneous Preterm Birth: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2017;129(2):327-336.
12. Andrikopoulou, M. *et al.* Low dose aspirin is associated with reduced spontaneous preterm birth in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2018. pii: S0002-9378(18)30498-8.

De Snoo en magnesiumsulfaat

Reactie op '(Pre)eclampsie: een historisch perspectief'. NTOG 2018, 131, 257-260. J.Lind.

Ten onrechte wordt vermeld dat De Snoo MgSO_4 bij eclampsie niet toepaste, waarschijnlijk vanwege 'eigenwijsheid en zelfverzekerdheid' en dat het 'Leerboek der Verloskunde' het gebruik pas in 1967 voor het eerst noemde.

De Snoo reisde in 1937 via Amerika naar Nederlandsch-Indië. Daar schreef hij over de behandeling van eclampsie: 'dat de aanvallen kunnen worden onderdrukt, resp. de intervallen kunnen worden verlengd door morphine, luminal, choralhydraat, MgSO_4 , pernocton en andere narcotica en door

ruime aderlatingen, waardoor de bloeddruk belangrijk daalt'. (...) 'Ik ga daarbij als volgt te werk (...) 'En wanneer ook dan de aanvallen nog niet uitblijven, MgSO_4 (20cc van een 25%-oplossing intraveneus).'¹ P.C.T. van der Hoeven (1936) noemt 10-20cm³ 10%-oplossing.² Treub-Van Rooy (1937) vermeldt MgSO_4 als eclampsiebehandeling, 'hoewel zij zelf er geen ervaring mee hadden. 10 cm³ een 25%-oplossing intramusculair.'³

De Snoo vermeldt in 1943: '20cc van een 20%-oplossing, intraveneus'.⁴ Ook in Amsterdam werd het in die jaren toegepast.⁵ In het eerste door alle Nederlandse ordinarij geredigeerde Leerboek (1956) schrijft prof. M. van Bouwdijk-Bastiaanse: 'Zeer goede resultaten geeft magnesiumsulfaat... langzaam intra-

veneus in een 10 of 20%-oplossing in hoeveelheden van 20 resp. 10cm³ (2 gram)'.⁶

De Snoo's opvolger prof. Plate schrijft: 'De Snoo gaf weinig om de publicaties van anderen; zijn optreden kon zelfverzekerd zijn, omdat hij steeds zijn mening wist te documenteren. Zijn inzichten waren vaak verrassend door hun oorspronkelijkheid.'⁷

Referenties

1. Prof. K. de Snoo, *Behandeling en prophylaxis van eclampsie*, Clinische les, overgedrukt uit het Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indië, 1938, Afl.12, Deel 78 (ontvangst bij redactie 4.2.1938) G.Kolff & Co. Batavia-Centrum.
2. P.C.T. van der Hoeven, *Pathologie der Zwangerschap II, Ziekten de Zwangerschap*, 4e dr., 1936, Vorselmans, Zundert
3. Treub-van Rooy, *Leerboek der Verloskunde*, 9e dr, 1937, Erven F. Bohn, Haarlem
4. K.De Snoo, *Leerboek der Verloskunde*, 4e dr. 1943, J.B.Wolters, Groningen-Batavia
5. J.L.Mastboom, *Eclampsie in haar ontstaan en gevolgen*, 1948, Nrd.Hollandsche Uitgevers Maatschappij, Amsterdam
6. Holmer *et al*, *Leerboek der Verloskunde*, 1956, Van Holkema & Warendorf, Amsterdam.
7. W.P.Plate, *In memoriam prof.K.de Snoo*, Ned Tijdschr Geneesk. 1949,93.II.15, 1107-1111.

Dr. A.T.M. Verhoeven

Reactie van de auteur

Hierbij wil ik collega Verhoeven danken voor de welkome aanvullingen op het artikel (Pre)eclampsie: een historisch perspectief. Inderdaad miste ik gegevens over deze periode en had ik niet de beschikking over de genoemde bronnen. Ik was al zo verbaasd dat ik nergens iets kon vinden over de behandeling van (pre) eclampsie en magnesium en De Snoo terwijl hij toch lang in Amerika is geweest en daar zeker met collega's van gedachten moet hebben gewisseld en dat dit toch, zij het in geringe mate is opgepikt door enkele collega's.

De IM-tekst geeft aan dat De Snoo een zekere mate van eigenwijsheid niet ontzegd kon worden.

Dr. J. Lind

Strategische keuzes binnen de NVOG

Inzicht in horizontaal toezicht

prof. dr. F. Scheele gynaecoloog, OLVG, Amsterdam

mr. drs. N. Akdemir arts-onderzoeker, OLVG, Amsterdam

'Horizontale visitatie', dat stond op het programma van de themamiddag georganiseerd door de Koepel Opleiding, op 15 juni jl. 'Horizontale visitatie' is gericht op het opleidingscluster. Het CGS en de RGS verwachten hiermee beter inzicht te krijgen in de samenhang van de opleiding binnen een specialisme in een regio.

Het toezicht op de opleiding tot gynaecoloog, in de volksmond *de visitatie* genoemd, is in beweging. Met de instellingsvisitatie (de verticale vorm door alle disciplines heen) wordt beoogd om het toezicht meer decentraal te positioneren. Dat wil zeggen dat de instelling zelf een kwaliteitsbeleid moet hebben en zelf verbeteringen moet initiëren. De meeste instellingen hebben een leerhuis wat kwaliteitszorg doet middels exitgesprekken met aios, metingen van het opleidingsklimaat, oordelen over didactisch functioneren van stafleden en uiteindelijk een jaarlijks rapport met feedback aan de opleiding. Voor RGS-visitaties wordt vaak een proefvisitatie georganiseerd. In al deze prachtige decentrale initiatieven komen de typisch vakmatige aspecten van de opleiding niet zo sterk naar voren. Ter aanvulling van de instellingsvisitatie komt er een vakmatige, ofwel disciplinegebonden, toezichtvorm die lijkt op de traditionele visitatie. In de volksmond de *horizontale visitatie* genoemd. Deze moet nog ontwikkeld worden door de RGS en als NVOG geven wij graag aan onze visie hierop. Wij kunnen de RGS voeden met onze ideeën en hen helpen hun werk een sterkere professionele lading te geven. In onze workshop hebben wij aan de hand van een toezichtspel gebaseerd op een artikel van Akdemir *et al.*¹ een aantal vragen bediscussieerd over het ontwerp van de horizontale visitatie.

Waarom deze visitatievorm?

De NVOG vindt dat de kwaliteit van de opleiding door vakgenoten bij elkaar gevisiteerd moet worden. Daarbij staan reflectie op de opleiding, een professionele discussie over de kwaliteit met collega-gynaecologen en uitwisseling van tips ter verbetering voorop.

Wat willen we checken?

Wij willen als NVOG vooral de focus leggen op regionaal opleiden. Hierbij gaat het om de samenwerking als cluster om de beste aios af te leveren. Het is daarbij de uitdaging om, naast samenwerking tussen opleidingsafdelingen (het proces), ook meer naar uitkomsten van opleiding te kijken. Ook aios-prestaties en alumnifeedback zijn daartoe in beeld.

Hoe willen we toezicht vorm geven?

De insteek die de NVOG-ers tijdens de workshop kozen was unaniem op verbetering gericht en niet gericht op standaardiseren van de opleiding of het borgen van minimale eisen. Streven naar een hoger niveau van kwaliteit op basis van een continu verbetersysteem was een ideaal scenario: waar bent u trots op en hoe heeft u dat bereikt?

Wie zijn er voor deze visitatie vooral van belang?

De wetenschappelijke vereniging is leidend in deze visitatie. Die speelt namelijk een cruciale rol in de professionalisering van de medische vervolgoopleidingen. Natuurlijk zijn opleiders en aios essentieel voor het in beeld brengen van hun opleidingscultuur en de continue kwaliteitsverbetering. De RGS kan op relatieve afstand toezicht houden op het regionale toezicht (metaregulatie).

Wat zijn onze kernwaarden bij het toezicht?

De kernwaarden worden bepaald door de dynamiek van de veranderende maatschappij. Het gaat om maatschappelijke verbondenheid, ruimte voor innovatie en het werken aan doelmatige zorg. Natuurlijk moet de visitatie professioneel en onafhankelijk van belangen plaatsvinden.

Al met al een echt professionele manier van onderlinge feedback met vertrouwen dat ieder centrum naar een excellente opleiding streeft.

Nu de grote lijnen van de NVOG-visie voldoende in beeld zijn gekomen zullen we in de volgende themamiddag van de Koepel opleiding een concreet voorstel voor het horizontale toezicht maken. Dit voorstel zal dan breder ter feedback in de NVOG worden voorgelegd en natuurlijk ook met de RGS worden besproken. De NVOG pakt op deze manier het initiatief bij de ontwikkeling voor het toezicht omdat we dit zo veel mogelijk professionele waarde willen geven.

Het vervolg op de workshop zal plaatsvinden op de themabijeenkomst van 28 september 2018. Hierin staat de vraag centraal 'Wat vinden wij belangrijk voor een goede visitatie van ons opleidingscluster?'

Referentie

- 1 Akdemir N, Lombarts KMJM, Paternotte E, Schreuder B, Scheele F. *How changing quality management influenced PGME accreditation: a focus on decentralization and quality improvement*. BMC Med Educ. 2017; 17: 98.

Contact

f.scheele@olvg.nl
n.akdemir@olvg.nl

Uitspraken van tuchtcolleges 2010–2017. Speelt communicatie een rol?

De gynaecoloog aangeklaagd

prof. dr. H.A.M. Brölmann *gynaecoloog niet praktiserend*

Jaarlijks worden er vele honderden klachten ingediend tegen zorgverleners. Als escalatie optreedt naar het tuchtcollege dan leidt dat tot verdriet van – in de eerste plaats – de patiënt maar ook van de betreffende zorgverlener. Daarnaast zijn er kosten voor de samenleving mee gemoeid. Het verdient dus aanbeveling te proberen escalatie naar tuchtrecht zo mogelijk te voorkomen. In onderstaand artikel worden de tuchtspraken over gynaecologen in de jaren 2010–2017 geanalyseerd en vergeleken met soortgelijk onderzoek uit de jaren 90 en wordt de rol van communicatie besproken.

Klachten

Klachten over zorgverleners kosten veel energie en gemoedsrust, in de eerste plaats van patiënten en hun familie die gebukt gaan onder de gevolgen van wat zij beschouwen als slechte zorg. Vóór 1996 konden patiënten, als zij niet tevreden waren over de zorg, een brief schrijven over hun klacht naar de zorgverlener of de zorginstelling. Daarna, als zorgverlener en de patiënt er niet uit kwamen – maar ook zonder deze omweg – konden zij een klacht indienen bij het tuchtcollege voor de gezondheidszorg. Soms kwam het tot een civielrechtelijke *claim* en sporadisch, b.v. bij verdenking van dood door schuld, werd de zaak voorgelegd aan de strafrechter. Wanneer een dergelijke escalatie van medico-legale gebeurtenissen optreedt, kan het 'geschil' zich jaren voortslepen en leidt dan tot verdriet voor alle betrokkenen: de patiënt en zijn/haar familie maar ook de aangeklaagde arts. Deze lijdt vaak onder de medico-legale procedure, wat is onderzocht door Verhoef *et al.*¹ Dit onderzoek bevestigt dat een klacht, al dan niet gegrond, voortdurend knaagt aan het zelfvertrouwen en kan leiden tot onzekerheid in de beroepsuitoefening. Ook depressie en suïcide komen voor en frequente uitval na calamiteiten wordt gerapporteerd. In het Verenigd Koninkrijk en in Nieuw Zeeland bestaat hiervoor de mogelijkheid voor de aangeklaagde arts om zich 'emotioneel te laten ondersteunen' door een collega uit het zelfde specialisme, een vorm van collegiale *coaching*. In een aantal Nederlandse ziekenhuizen is *peer support* momenteel in ontwikkeling, waarbij collegae uit eigen ziekenhuis een luisterend oor bieden aan de aangeklaagde zorgverlener.

In 1996 werden de *Wet klachtrecht cliënten zorgsector* en de *Kwaliteitswet zorginstellingen* geïntroduceerd met de bedoeling bovengenoemde escalatie te vermijden. Door klachtencommissies in te richten in de zorginstellingen werd een extra mogelijkheid gecreëerd om de klacht in een vroeg stadium en dicht bij de oorsprong te behandelen. Niet alleen werd de drempel lager voor patiënten om een klacht in te dienen, ook werd aannemelijk dat door een minder

vormelijke en daardoor minder afstandelijke benadering het geschil in deze fase kon worden bijgelegd en daarmee escalatie kon worden voorkomen. Om de positie van de patiënt verder te versterken en de informele afwikkeling nog meer te bevorderen werden beide wetten per 1 januari 2016 vervangen door één nieuwe wet namelijk de *wet Kwaliteit, Klacht en Geschillen in de Zorg* (WKKGZ) waarin de klachtencommissie niet meer verplicht is gesteld en is vervangen door een verplichte externe klachtenfunctionaris en een externe geschillencommissie.

Dat ook de communicatie van de aangeklaagde arts een de-escalierend effect zou kunnen hebben op het klachttraject, werd gesuggereerd door Heineman en Hubben² die in 1994 een aantal boeken uitbrachten waarin tuchtspraken over de jaren 1980 – 1992 per specialisme waren samengevat.

In het boek dat betrekking had op gynaecologen rapporteerden zij dat slechte communicatie door de gynaecoloog met de patiënt of een onheuse bejegening in 40% van de tuchtzaken een rol speelde.

In deze studie worden tuchtspraken over gynaecologen in het tijdvak 2010–2017 gerapporteerd tegen de achtergrond van eerdere rapportages en veranderde wetgeving op het terrein van klachten in de zorg. Ook wordt onderzocht hoe vaak communicatie een rol speelde.

Methode

Via de website van het ministerie van Justitie³ werden de geanonimiseerde uitspraken van de verschillende tuchtcolleges die betrekking hadden op gynaecologen, opgezocht. Met de zoekterm 'gynaecoloog' werden 394 hits verkregen over de periode 1-1-2010 tot 1-12-2017. Bij beperking van de zoekactie tot 'gezondheidszorg' bleven er 385 over. Na ontdebelling (dezelfde klacht over meerdere zorgverleners) en exclusie van andere zorgverleners dan gynaecologen (verpleegkundigen, verloskundigen, assistenten, huisartsen en specialisten van andere disciplines) bleven er 140 over.

Indien de klager (patiënt) of de verweerder (gynaecoloog) in beroep ging, dan werd de klacht en uitspraak van het regionaal tuchtcollege voorgelegd aan het centraal tuchtcollege in Den Haag. De uitspraken van centraal en regionaal tuchtcollege zijn gescheiden gepresenteerd.

Resultaten

Over de jaren 2010–2017 werden gemiddeld 17,5 tuchtzaken per jaar bij de regionale tuchtcolleges behandeld met een spreiding van 12 (2015) tot 26 (in 2012). De frequentie toont

Tabel 1. Aantal tuchtspraken per jaar en per college in Nederland waarin gynaecologen zijn aangeklaagd.

Per jaar									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Totaal
Regionaal tuchtcollege	13	19	26	15	18	12	17	20	140
Centraal tuchtcollege	3	3	6	3	5	4	5	8	37
tuchtspraken totaal	16	22	32	18	23	16	22	28	177
Per tuchtcollege									
Den Haag*	7	2	10	5	1	4	11	6	46
Amsterdam	3	9	7	6	3	3	1	0	32
Eindhoven	0	4	3	3	5	3	4	8	30
Zwolle	3	2	2	0	6	2	1	4	20
Groningen	0	2	4	1	3	0	0	2	12

* hier alleen de regionale tuchtzaken geteld

geen stijgende of dalende trend. Het aantal zaken bij het centrale tuchtcollege is gemiddeld 4,5 en lijkt met een spreiding van 3-8 een stijgende trend te vertonen. Het totale aantal door centrale en regionale tuchtcolleges behandelde zaken tuchtzaken is gemiddeld 22,1 (spreiding: 16-28), zie tabel 1.

In Den Haag werden de meeste tuchtzaken behandeld bij het regionaal tuchtcollege, namelijk 46. In Groningen werden de minste tuchtzaken behandeld: 12. De deelgebieden gynaecologie en verloskunde leverden een vergelijkbaar aantal tuchtzaken op, namelijk 68 resp 63. In de minderheid betrof de

aan patiënte meegedeeld. Zij kwam vervolgens een half jaar later met metastasen terug op de polikliniek. Tevens verzuimde hij deze calamiteit te melden aan de directie. In 43/140 (31%) van de regionale tuchtzaken werden een of meerdere klachten gegrond verklaard waarbij in slechts drie gevallen geen maatregel werd opgelegd. In 20 gevallen volgde een waarschuwing, in 15 een berisping, in drie gevallen een schorsing en in twee gevallen werd de betrokken gynaecoloog uit het register geschrapt. Het aandeel gegrond verklaarde klachten varieerde tussen 29% (Groningen) en 50% (Zwolle).

Verloskundige tuchtzaken werden in 24/63 gevallen (38%) gegrond verklaard, in de gynaecologie was dat aandeel 17/68 (25%) ($p=0,13$). Slechts in één van de 13 gevallen (8%) van een vermeend verwijtbare chirurgische complicatie werd de klacht gegrond geacht (Fisher Exact: $p=0,27$). De categorie onzorgvuldigheid leidde vaker (34%) tot een maatregel dan bij afwezigheid van deze categorie (19%) en in geval van discommunicatie of onheuse bejegening was het juist anders om, 21% vs. 34%. Beide verschillen bereikten echter geen statistische significantie.

Van de 37 uitspraken van het centraal tuchtcollege na beroep van gynaecoloog (verweerder) of patiënt (klager) werd in 23 gevallen (62%) de uitspraak van het regionaal tuchtcollege bevestigd als er geen maatregel was opgelegd en in zes gevallen (16%) als er wél een maatregel was opgelegd. In acht gevallen (22%) werd de door het regionaal tuchtcollege opgelegde maatregel vernietigd. Het centraal tuchtcollege legde geen maatregelen op die niet al door het regionaal tuchtcollege waren opgelegd. Dus het beroep van de klager werd in alle gevallen verworpen.

Discussie/beschouwing

Op basis van de samengevatte uitspraken van het regionaal en centraal tuchtcollege kan worden geconcludeerd dat het aantal klachten over gynaecologen bij het tuchtcollege de laatste acht jaar ongeveer hetzelfde bleef maar een aanzienlijke spreiding kent over de verschillende tuchtcolleges. In de studie van Heineman en Hubben² zijn de tuchtrechtelijke uitspraken bij de regionale colleges over gynaecologen in de jaren 1980-1992 geanalyseerd en gerapporteerd. Indien het tijdvak in tweeën wordt gesplitst hebben er in 1980-1985 100

Tabel 2. De redenen voor de aanklacht bij 140 tuchtzaken. Meerdere redenen kunnen per zaak zijn opgevoerd.

Reden tot klacht	N	%
Onzorgvuldigheid (b.v. afwijken van protocol)	109	80
Gebrekkige communicatie en onheuse bejegening	33	24
Onvoldoende informed consent	20	14
Problemen met supervisie van medewerkers	16	11
Verwijtbare complicatie	13	9
Foutieve administratie	13	9
Late diagnose complicatie	10	7
Grensoverschrijdend gedrag	4	3
Problemen met privacy	3	2
Andere problemen	2	1

klacht voortplantingsgeneeskunde (5), genderdysforie (3) en cosmetische chirurgie (1).

Het aantal klachten per tuchtaak varieerde van 1 tot 8 met een mediaan van 2. In tabel 2 zijn de klachten per reden gerubriceerd weergegeven. Vermeende onzorgvuldigheid was in 80% de reden of één van de redenen van de klacht en kwam daarmee het meeste voor.

De zorgvuldigheid werd afgemeten aan het niet volgen van richtlijn of protocol of in bredere zin het niet handelen conform de professionele standaard. Hierna volgden gebrekkige communicatie (24%) en problemen met het *informed consent* (14%). Twee tuchtzaken zijn gerubriceerd onder 'andere problemen'. In het ene geval leende de gynaecoloog geld van de patiënt, in het andere geval had de gynaecoloog de diagnose leiomyosaroom in een vermeend myoom niet

aanklachten (gemiddeld 17 per jaar) bij het tuchtcollege tot een beslissing geleid waarvan 21 (21%) gegrond werden beoordeeld en in het tijdvak 1986-1991 140 aanklachten (gemiddeld 23 per jaar), waarvan 36 (26%) gegrond. Er leek dus een stijgende trend van het aantal klachten te zijn. Ofschoon vanwege de kleine aantallen de uitkomsten met enige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd, heeft zich ten opzichte van de rapportage van Heineman en Hubben dus een reductie van het aantal klachten voorgedaan tot 17,5 per jaar. Daar staat tegenover dat het aantal klachten voor de hele gezondheidszorg tezamen, ingediend bij tuchtcolleges tussen de tijdvakken 2005-2009 en 2009-2014, toenam van 1387 naar 1580.⁴ Het is daarom moeilijk aan te tonen of er een effect is op het aantal tuchtzaken van de laagdrempelige klachtenprocedure in de ziekenhuizen die in 1996 is ingevoerd. Bij klachten over gynaecologen vallen de regionale verschillen op (Groningen: zeven tuchtzaken in acht jaar) en verdienen nadere analyse omdat meerdere factoren zoals kwaliteit van zorg, klachtcultuur e.d. een rol kunnen hebben gespeeld.

In 24% van de 140 tuchtzaken maakte tekortschietende communicatie deel uit van de klacht en in 14% waren er problemen rond het toestemmingsvereiste, samen 38%. Dit nadert het percentage van 40% van communicatieve dysfunctie in de rapportage van Heineman en Hubben² die ook communicatie en toestemmingsvereiste hadden samengevoegd.

Gemiddeld één op de drie klachten tegen gynaecologen werd in de afgelopen jaren als gegrond beoordeeld, waarvan het overgrote deel tot een maatregel heeft geleid. Hoewel het aandeel gegronde klachten in het huidige onderzoek is toegenomen in vergelijking met de rapportage van Heineman en Hubben, wordt het merendeel van de klachten, namelijk twee-derde van het totaal, nog steeds bij de tuchtcolleges als niet-gegrond beoordeeld. Tuchtzaken belasten de patiënten en hun familie, de zorgverleners en de instellingen en leiden door de juridische escalatie tot meerkosten voor de samenleving. Het verdient dus aanbeveling te streven naar een verdere reductie van het aantal bij het tuchtcollege aanhangig gemaakte klachten.

Hoe zou men tot deze reductie kunnen komen? Allereerst – een open deur – moeten zorgverlener en instelling zich toeleggen op veilige en ‘goede’ zorgverlening, zoals omschreven in de nieuwe wet WKKGZ.⁵ Daarnaast is het aannemelijk dat een grotere inbreng van de cliënt/patiënt in een informeel contact met de externe klachtenfunctionaris zoals bedoeld in de WKKGZ juridische, escalatie ten dele kan voorkomen. Tenslotte is bekend dat adequate communicatie door de zorgverlener en de instelling met de patiënt, na het optreden van een complicatie of anderszins negatieve ervaring, de kans op juridische escalatie kan verkleinen. Zowel in het onderzoek van Heineman en Hubben als in ons onderzoek, heeft (gebrekkige) communicatie een belangrijk aandeel in de klachten die tot een tuchtaak hebben geleid. Letselschadeverzekeraars hebben zelfs een gedragscode

ontwikkeld die zorgverleners tot meer openheid moet bewegen bij de afwikkeling van medische aansprakelijkheid.⁶ De juiste attitude van de beklaagde zorgverlener zou er een moeten zijn van empathie, openheid en de bereidheid eventuele fouten te erkennen, terwijl een defensieve houding ongewenste polarisatie in de hand kan werken. Uit een onderzoek van Kruijkemeijer *et al.* 2009⁷ bleek dat er een groot verschil in tevredenheid van de klagende patiënten was over het tuchtcollege (75%), de aangeklaagde instelling (10%) en de zorgverlener (1%). Deze uitkomsten zijn begrijpelijk want als de zorginstelling en de zorgverlener worden aangevallen zullen zij zich willen verdedigen.

De defensieve houding kan bovendien mede zijn ingegeven door juridische adviseurs die vooral als doel hebben om de beroepsaansprakelijkheid af te wenden. Daarnaast vormt een klachtentrajec voor de zorgverlener vrijwel zonder uitzondering een zware belasting die tenminste de kwaliteit van leven ondermijnt maar ook kan leiden tot depressie tot zelfmoord aan toe.¹ Vanuit die gemoedstoestand is het moeilijk een onbevengende houding tegenover de klager aan te nemen.

In het NIVEL-rapport uit 2016⁴ die beoogde een nulmeting te zijn vóór het in werking treden van de WKKGZ, werd door 90% van de ondervraagde artsen erkend dat de benodigde openheid van artsen bij de afhandeling van klachten niet aanwezig was. Initiatieven zoals van Shapiro^{8,9} die beogen zorgverleners te laten ondersteunen door collega's (*peer support*) en te *coachen* in de richting van meer openheid (*disclosure coaching*) moeten zich nog bewijzen, maar ook bij medico-legale problemen is voorkomen beter dan genezen.

Referentie

1. Verhoef L.M., Weenink J.W., Winters S. *et al.*, *The disciplined health-care professional: a qualitative interview study on the impact of the disciplinary process and imposed measures in the Netherlands*. BMJ Open 2015;5(11):e009275.
2. Heineman M.E.F. & Hubben J.H., *De gynaecoloog in de medische tuchtrechtspraak 1980-1992*. KU Nijmegen, faculteit der rechtsgeleerdheid; 1994.
3. Ministerie van Justitie, <http://tuchtrecht.overheid.nl/nieuw/gezondheidszorg> Overheidsinformatie Tuchtrechtspraken samengevat. 1-11-2017. Den Haag, the Netherlands.
4. Laarman B., van Schoten S., Friele R. *Nulmeting Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz)*. NIVEL, editor. 1-5-2018. Utrecht, the Netherlands.
5. Ministerie van Justitie, *Wet Kwaliteit klachten en geschillen in de zorg (WKKGZ)* <http://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/> 2016-08-01. 1-1-2016. Den Haag the Netherlands.
6. Letselschaderaad, *De Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA)*. 1-3-2012. MediaCenter Rotterdam.
7. Kruijkemeijer S., Coppen R., Rademakers J.D.J. *et al.* *Ervaringen van mensen met klachten over de Gezondheidszorg*. NIVEL, editor. 1-1-2009. Utrecht.
8. Shapiro J., Whitemore A., Tsen L.C. *Instituting a culture of professionalism: the establishment of a center for professionalism and peer support*. Jt Comm J Qual Patient Saf 2014;40(4):168-177.
9. Shapiro J., *We Have Enough Information to Act*. Otolaryngol Head Neck Surg 2018;194599818764887.

Commentaar op 'De gynaecoloog aangeklaagd'

dr. M. van Pampus gynaecoloog OLVG, Amsterdam



In het stuk getiteld *De gynaecoloog aangeklaagd; analyse van uitspraken van tuchtcolleges 2010-2017* komt uitgebreid aan bod wat een tuchtzaak kan betekenen voor zowel de patiënt als de hulpverlener. Als er iets misgaat bij een verrichting of behandeling heeft dat veel *impact* op alle betrokkenen.

De impact is nog groter als de communicatie naar aanleiding van een incident slecht verloopt en het tot een tuchtzaak komt. Wat werk al niet met je kan doen. Er is dan ook veel aan gelegen om een tuchtzaak te voorkomen. Soms speelt schaamte een rol in het niet uitgebreid bespreken van nare casuïstiek, terwijl het juist zo enorm kan helpen. Uit allerlei onderzoek komt naar voren dat *peer support*, dus steun van collega's, het allerbelangrijkste is. We zijn dus als collega heel belangrijk, maar dat beseffen we niet altijd. Een calamiteit, een gemiste diagnose, agressie van een patiënt, overlijden van een kind... zo maar wat voorbeelden van incidenten die aangrijpend kunnen zijn. Voor de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen op het werk blijkt sociale *support* heel belangrijk te zijn en dan met name die van je collega's. Waarom zou je het allemaal in je eentje doen? Vraag je collega's om advies of bied je advies aan als collega. Uit onze enquête in 2014, bleek dat de meeste gynaecologen

en aios ruimte ervaren voor het uiten van emoties op de werkvloer, maar dat geprotocolleerde opvang veelal afwezig of onbekend is; hopelijk is dat nu in 2018 verbeterd. Ook is in een aantal ziekenhuizen *peer support* opgezet. Vraag na aan een incident dan ook hoe het met iemand gaat, of wijs diegene op *peer support* of regel het voor die persoon. De ervaring is dat specialisten en aios zelf geen hulp zoeken. Sinds 2016 bestaat de Commissie Collegiale Ondersteuning van de NVOG, waarin een aantal gynaecologen en aios zitting heeft. De commissie heeft als doel het bieden van ondersteuning en een luisterend oor na een ingrijpende gebeurtenis; de commissieleden getraind in het geven van *peer support*, ook om dit in het eigen ziekenhuis uit te rollen. Gynaecologen en aios kunnen zich via het besloten gedeelte van de NVOG-site aanmelden als zij contact willen met een van de leden van de commissie. Deze informatie wordt uiteraard vertrouwelijk behandeld.

www.capture-group.nl

Baas, MAM, Scheepstra KWF, Stramrood CAI, Evers R, Dijkman LM, van Pampus MG. *Work-related adverse events leaving their mark: a cross-sectional study among Dutch gynecologists*. BMC Psychiatry. 2018 Mar 22

Symposium Informatie, ondersteuning en impact van tuchtzaken

De Commissie Collegiale Ondersteuning van de NVOG organiseert een avondsymposium dat plaatsvindt op 1 november. Onderwerp: Informatie, ondersteuning en impact van tuchtzaken. Hoe kun je door een patiënte worden aangesproken?

Programma

- 17.30-18.00 uur Inloop met broodje
- 18.00-18.25 uur Klachten mogelijkheden - **Christina Vermeulen**, gynaecoloog
- 18.25-18.50 uur Civielrechtelijke aspecten van aansprakelijkheid - **Harry Vervest**, gynaecoloog
- 18.50-19.15 uur Tuchtuitspraken over gynaecologen, second victims? Overzicht gynaecologie en verloskunde tuchtzaken 2010-2017 - **Hans Brölmann**, gynaecoloog
- 19.15-19.35 uur Pauze
- 19.35-20.00 uur 'Hoe is het om zitting te hebben in het (centraal) Tuchtcollege en wat kunnen wij daarvan leren?' - *spreker gevraagd*
- 20.00-20.25 uur 'Wat werk met ons doet?' Uitkomst van vragenlijsten onder (aios) gynaecologie, psychiatrie, orthopeden en kinderartsen - **Karel Scheepstra**, aios psychiatrie
- 20.25-21.00 uur Discussie en afsluiting

Tijd: 18.00- 21.00, plaats Domus Medica, Utrecht. Accreditatie wordt aangevraagd

In verband met de catering graag opgave van deelname: collegialeondersteuning@nvog.nl

De Nederlandse praktijk en implicaties voor onderzoek

Afbuigende foetale groei en intra-uteriene groeirestrictie

dr. J. Henrichs UD Midwifery Science, epidemioloog, VUmc Amsterdam

drs. V. Verfaillie onderzoeker Midwifery Science, verloskundige, VUmc Amsterdam

prof. dr. A. Franx gynaecoloog, UMC Utrecht

dr. A.J. de Jonge UHD Midwifery Science, verloskundige, VUmc Amsterdam

Intra-uteriene groeirestrictie (IUGR) is een ernstige risicofactor voor perinatale morbiditeit en mortaliteit. Echter, de huidige methoden om antenataal IUGR correct te identificeren zijn suboptimaal. Recent onderzoek suggereert dat het bepalen van afbuigende foetale groei mogelijk bij kan dragen aan een accuratere diagnose van IUGR. Er wordt in het veld al veel diagnostiek op dit gebied uitgevoerd terwijl er nog geen eenduidige standaardprocedures beschikbaar zijn voor het bepalen van afbuigende foetale groei. Om doelmatige diagnostiek te bevorderen verkennen wij in dit artikel de huidige wetenschappelijke stand van zaken omtrent het opsporen van IUGR door middel van het meten van afbuigende groei.

IUGR en SGA

Het opsporen van IUGR is een belangrijk doel van de antenatale zorg. De termen IUGR en *small-for-gestational-age* (SGA) hangen met elkaar samen maar zijn geen synoniemen.¹ IUGR wordt gedefinieerd als het niet behalen van het foetale groeipotentieel.¹ IUGR kan leiden tot SGA, wat gedefinieerd wordt als een geschat foetaal of biometrisch (geboorte)gewicht onder een bepaalde afkapwaarde voor de zwangerschapsduur.^{1,2} De diagnose van IUGR is afhankelijk van maternale en omgevingsfactoren die niet altijd meetbaar zijn.¹ SGA wordt vaak als proxy van IUGR gebruikt.³ IUGR en SGA zijn geassocieerd met perinatale morbiditeit en mortaliteit, cognitieve en gedragsproblemen op de kinderteeltijd en type-2-diabetes-mellitus en hart- en vaatziekten later in het leven.^{1,4-6} Dit onderstreept dat IUGR veel *impact* heeft op de volksgezondheid.

Helaas laten de nu gangbare methoden om antenataal IUGR correct te identificeren nog te wensen over.⁷ De literatuur en de richtlijnen hanteren meestal een echoscopisch geschat foetaal gewicht (EFW) of een foetale buikomtrek (abdominal circumference, 'AC') onder de 10e percentiel van een referentiecurve ter identificatie van (een vermoeden op) IUGR.^{3,8} Eerder onderzoek liet zien dat 70% van de foetussen met SGA, gedefinieerd als een geschat foetaal gewicht onder de 10e percentiel) fysiologisch klein maar gezond is (d.w.z. geen verhoogd risico op neonatale morbiditeit) en slechts 30% daadwerkelijk groeivertraagd is.³ Door een test met een dergelijk lage specificiteit wordt dus een grote groep foetussen geselecteerd die fysiologisch klein maar gezond

zijn. Ook worden vaak kinderen met IUGR en een AC, EFW of geboortegewicht boven de 10e percentiel gemist. Marconi *et al.* (2008) lieten zien dat 47% van de neonaten met IUGR (abnormale pulsatility index van de arteria umbilicalis en abnormale foetale hartfrequentie) een geboortegewicht boven de 10e percentiel hadden.⁶ De ernst van de perinatale uitkomsten van kinderen met IUGR was vergelijkbaar en onafhankelijk van de aan- of afwezigheid van SGA.⁶ Dit onderstreept dat voor het identificeren van IUGR andere of additionele benaderingen nodig zijn dan alleen de beoordeling van de foetale (en neonatale) grootte.

Recente ontwikkelingen suggereren dat het bepalen van afbuigende foetale groei zou kunnen bijdragen aan een meer accurate (voorlopige) diagnose van IUGR.³ Alhoewel er nog geen eenduidige standaardprocedures beschikbaar zijn voor het bepalen van afbuigende foetale groei, wordt er in het veld wel al veel diagnostiek op dit gebied uitgevoerd. Dit kan leiden tot overbodige verwijzingen en additionele diagnostiek, overbehandeling en onnodige kosten, en ongerustheid bij zwangeren en hun partners. Het terugdringen van onnodige zorg heeft wereldwijd en in Nederland veel aandacht (www.doenoflaten.nl). Om doelmatige diagnostiek en behandeling te stimuleren, verkennen wij hier de huidige wetenschappelijke kennis omtrent het opsporen van IUGR door middel van het meten van foetale grootte en afbuigende groei, en geven wij een bruikbaar advies voor de praktijk.

IUGR detectie en foetale grootte

De accuratesse van huidige screeningsprocedures (bijv. abdominale palpatie en medisch geïndiceerde biometrie-echo's) ter opsporing van IUGR tijdens het derde trimester van de zwangerschap, zijn suboptimaal.^{3,9} In de recente grootschalige prospectieve '*Pregnancy Outcome Prediction*' (POP) studie (n=3977) werd de sensitiviteit vergeleken van twee verschillende strategieën tijdens het derde trimester om SGA (geboortegewicht <10e percentiel) vast te stellen.³ In deze studiepopulatie was de sensitiviteit voor het opsporen van SGA met behulp van routinematige biometrie-echo's (57%) bijna driemaal zo hoog als die van klinisch-geïndiceerde biometrie-echo's (20%).³ Alhoewel dit een aanzienlijke verbetering betekende ten opzichte van de reguliere prenatale screening op IUGR (d.w.z. medisch geïndiceerde biometrie-echo's, in combinatie met fundussymfyse-

metingen) is een sensitiviteit van 57% nog steeds te laag voor screeningsdoeleinden; er wordt immers 43% van de SGA gemist. Bovendien was de specificiteit van routinematige biometrie-echo's slechter dan die van echoscopie op indicatie (90% vs. 98%). Dit betekent dat door routinematige echoscopische screening voor elke correct geïdentificeerde SGA-baby, twee foetussen (d.w.z. vals positieven) mogelijk onterecht blootgesteld worden aan onnodige vervolgdagnostiek en/of interventies die kunnen leiden tot iatrogene schade en onnodige ongerustheid en angst bij toekomstige ouders.³ Zelfs de correcte identificatie van kinderen met SGA kan potentieel leiden tot onnodige interventies.³ Slechts 30% van alle SGA-foetussen zijn daadwerkelijk groeivertraagd, terwijl het merendeel simpelweg constitutioneel klein en gezond is.³ Het is dan ook niet verrassend dat een echoscopisch bevestigd vermoeden op IUGR (EFW <10e percentiel) tijdens het derde zwangerschapstrimester wel een significante maar toch zwakke voorspeller (OR 1,6; 95%CI 1,22-2,09) was van neonatale morbiditeit.³

Foetale groeisnelheid

Herhaalde metingen van foetale biometrie bij foetussen met een afbuigende groeicurve (in het kader van routinematige derdetrimesterechoscopie) blijken effectief te zijn in het onderscheiden van SGA-kinderen met en zonder neonatale morbiditeit.³ Op basis van de POP-studie rapporteerden Sovio *et al.* (2015) dat de combinatie van een laag geschat foetaal gewicht en een groeisnelheid van de foetale buikomtrek in het laagste deciel in de periode van de 20- weken echo tot de laatste echo voor de geboorte geassocieerd was met een bijna 18 keer verhoogd risico op neonatale morbiditeit en zelfs een ongeveer 40 keer verhoogd risico op ernstige perinatale uitkomsten.³ Bij een geschat foetaal gewicht boven de P10 was groeisnelheid niet geassocieerd met ongunstige uitkomsten. Dit suggereert dat het van klinisch belang is om rekening te houden met de foetale groeisnelheid (op basis van AC-metingen) maar alleen wanneer een te laag foetaal gewicht wordt vastgesteld. Helaas is de methode van Sovio *et al.* (2015) niet rechtstreeks in de huidige praktijk toe te passen. De groeisnelheid van de foetale buikomtrek (AC) en de bijbehorende decielen werden bepaald op basis van het verschil van berekende z-scores van de AC (gecorrigeerd voor zwangerschapsduur) tussen de 20- weken echo en de laatste echometing voor de geboorte. Deze z-scores werden op basis van een Engelse onderzoekspopulatie berekend en zijn afhankelijk van de spreiding van de AC-metingen in deze specifieke steekproef.³ Voor deze aanpak zouden eerst bruikbare (Nederlandse) referentie AC-z-scores moeten worden berekend en gevalideerd, bijv. op basis van de Verburgcurve.¹⁰ Idealiter zou automatische berekening van de groeisnelheid (vanaf de 20ste zwangerschapsweek) onderdeel moeten zijn van software in echoapparatuur en echorapportagesystemen. Mocht deze aanpak in de toekomst gebruikt gaan worden, dan is het belangrijk om er rekening mee te houden dat een lage AC-groeisnelheid vanaf de 20ste zwangerschapsweek op zichzelf niet klinisch relevant lijkt wanneer het geschatte foetale gewicht boven de P10 is.³

Voorwaardelijke groeicurves

Basuki *et al.* (2017) ontwikkelden recent een geïndividualiseerde en longitudinale aanpak om middels bepalingen van afbuigende foetale groei de detectie van IUGR te optimaliseren.¹¹ Door middel van een steekproef van 915 laagrisico-eenlingzwangerschappen werden voorwaardelijke, geïndividualiseerde, longitudinale foetale groei referentiecurves ontwikkeld op basis van twee echo-onderzoeken (bij 30-34 weken en 37-38 weken). De berekening van de voorwaardelijke, longitudinale referentiegroeicurve werd gebaseerd op de waarden van het eerste foetale biometrieonderzoek, gecorrigeerd voor geslacht en zwangerschapsduur, en de verwachte waarde bij het tweede echo-onderzoek. Voorwaardelijke groeiingen maken het mogelijk om de normale *range* van echoscopische metingen van foetale grootte te voorspellen op basis van meetwaarden bij een eerder meetmoment tijdens de zwangerschap.¹¹ De voorwaardelijke groeiingen maken het hierdoor theoretisch mogelijk om foetussen te onderscheiden die (a) een afbuigende groei hebben en hierdoor een verhoogd risico hebben op ernstige perinatale uitkomsten ten opzichte van degenen die (b) simpelweg een lage groeicurve volgen en constitutioneel klein zijn en niet groeivertraagd.¹¹ In de recente studie van Basuki *et al.* (2017) werd echter niet onderzocht of de voorwaardelijke groeicurves voorspellend waren voor klinisch relevante perinatale uitkomsten.¹¹

Afbuigende groei in Nederland

In Nederland wordt foetale groei tijdens het derde zwangerschapstrimester beoordeeld door middel van seriële fundus-symfysemetingen (/palpatie) eventueel aangevuld met biometrie-echo's op grond van een medische indicatie of klinische bevindingen. Voor de Nederlandse context is sinds kort een concrete definitie van afbuigende groei beschikbaar die voor de huidige praktijk bruikbaar is. In een delphistudie van Verfaillie *et al.* (2017) onder 56 Nederlandse experts op het gebied van verloskunde en echoscopie werd consensus bereikt over de volgende definitie van afbuigende groei als indicatie voor verwijzing naar de tweede lijn om aanvullende diagnostiek in te zetten: een afname van meer dan 20 percentielen van de AC geplot op de Verburgcurve op voorwaarde dat de onderzoeken een interval hebben van tenminste twee weken en uitgaande van een zwangerschapsduur van tenminste 26 weken.^{10,12} Deze aanpak biedt de mogelijkheid om groeirestrictie te identificeren ook als het geschatte gewicht boven de 10e percentiel is. Dit is belangrijk omdat ook boven iedere arbitrair gekozen afkapwaarde sommige kinderen hun groeipotentieel niet halen en dus IUGR hebben. In een andere delphistudie onder internationale experts, van Gordijn *et al.* (2016), kwam men tot een definitie van IUGR vanaf 32 weken zwangerschapsduur, die (onder andere) ook rekening houdt met afbuigende groei.¹³ Deze definitie luidt: afbuigende groei van AC of EFW >2 kwartielen op een groeicurve en/of AC of EFW <P10 en dopplerafwijkingen (d.w.z. cerebroplacentaire ratio <P5 of de pulsatility index van de arteria umbilicalis >P95).¹³ Ook voor deze laatste twee methoden moet nog blijken of zij sensitieve en klinisch relevante voorspellers zijn voor ongunstige

perinatale uitkomsten. Echter door de recent verschenen *Richtlijn Foetale Groeirestrictie* (FGR) van de NVOG wordt de definitie van afbuigende groei van Verfaillie *et al.* (2017) al aanbevolen, omdat deze definitie via de *IUGR Risk Selection* (IRIS) studie in de praktijk getoetst wordt.^{8,12} De IRIS-studie is een grootschalig landelijk interventieonderzoek waarin de (kosten-)effectiviteit van routinematige groei-echo's tijdens het derde zwangerschapstrimester op het verbeteren van perinatale uitkomsten wordt geëvalueerd. Binnen deze studie zal de voorspellende waarde worden onderzocht van een afbuigende groei van >20 percentielen van de AC, geplot op de Verburgcurve,¹⁰ op basis van groei-echo's in de 28-30ste en 34-36ste zwangerschapsweek.

Conclusie en aanbevelingen

Samenvattend is er meer grootschalig, longitudinaal onderzoek nodig waarin de voorspellende waarde van verschillende definities van afbuigende groei wordt vergeleken, zoals voorwaardelijke groeicurves en groeisnelheid vanaf de 20ste zwangerschapsweek. Belangrijke uitkomsten van dergelijk toekomstig longitudinaal onderzoek zijn onder andere ernstige perinatale uitkomsten en cognitieve en gedragsontwikkeling in de vroege kindertijd. Dergelijk onderzoek vraagt grote inspanningen en investeringen. Vooralsnog bevelen we aan, op basis van de delphistudie van Verfaillie *et al.* (2017), om afbuigende groei in de praktijk te definiëren als een afname >20 percentielen van de AC op de Verburgcurve op basis van echo's na 26 weken.¹²

Referenties

1. Ergaz Z., Avgi M. & Ornoy A. *Intrauterine growth restriction—etiology and consequences: What do we know about the human situation*

- and experimental animal models? *Reprod Toxicol.* 2005;20:301-22.
2. Voskamp B.J., Kazemier B.M., Ravelli *et al.* *Recurrence of small-for-gestational-age pregnancy: analysis of first and subsequent singleton pregnancies in The Netherlands.* *Am J Obstet Gynecol.* 2013;208:374.e1-374.e6.
3. Sovio U., White I.R., Dacey A. *et al.* *Screening for fetal growth restriction with universal third trimester ultrasonography in nulliparous women in the Pregnancy Outcome Prediction (POP) study: a prospective cohort study.* *Lancet.* 2015;386:2089-97.
4. Barker D.J.P. *Adult consequences of fetal growth restriction.* *Clin Obstet Gynecol.* 2006;49:270-83.
5. Murray E., Fernandes M., Fazel M. *et al.* *Differential effect of intrauterine growth restriction on childhood neurodevelopment: a systematic review.* *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2015;122:1062-72.
6. Marconi A.M., Ronzoni S., Bozzetti P. *et al.* *Comparison of fetal and neonatal growth curves in detecting growth restriction.* *Obstet Gynecol.* 2008;112:1227-34.
7. *NICE guideline: antenatal care.* London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press; 2008.
8. Terwisscha van Scheltinga J.A., Scherjon S.A. & Van Dillen J. *NVOG richtlijn foetale groeirestrictie.* Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie; 2017.
9. Hargreaves K., Cameron M., Edwards H. *et al.* *Is the use of symphysis-fundal height measurement and ultrasound examination effective in detecting small or large fetuses?* *J Obstet Gynaecol.* 2011;31:380-3.
10. Verburg B.O., Steegers E.A.P., De Ridder M. *et al.* *New charts for ultrasound dating of pregnancy and assessment of fetal growth: longitudinal data from a population-based cohort study.* *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2008;31(4):388-96.
11. Basuki T.R., Triunfo S., Caradeux J. *et al.* *Third-trimester conditional reference values for longitudinal fetal growth assessment.* *Fetal Diagn Ther.* 2018;43(1):34-39.
12. Verfaillie V., de Jonge A., Mookink L. *et al.* *Multidisciplinary consensus on screening for, diagnosis and management of fetal growth restriction in the Netherlands.* *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17:353.
13. Gordijn S.J., Beune I.M., Thilaganathan B. *et al.* *Consensus definition of fetal growth restriction: a Delphi procedure.* *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016;48:333-9.

Samenvatting

Intra-uteriene groeirestrictie (IUGR) is een ernstige risicofactor voor perinatale morbiditeit en mortaliteit. Echter, de huidige methoden om antenataal IUGR correct te identificeren laten nog te wensen over. Recente wetenschappelijke ontwikkelingen suggereren dat het bepalen van afbuigende foetale groei mogelijk bij kan dragen aan een accuratere diagnose van IUGR. Er wordt in het veld al veel diagnostiek op dit gebied uitgevoerd, alhoewel er nog geen eenduidige standaardprocedures beschikbaar zijn voor het bepalen van afbuigende foetale groei. Bovendien is het nog niet bekend of de recent ontwikkelde methoden om afbuigende foetale groei vast te stellen (ernstige) perinatale uitkomsten kunnen voorspellen. Tot dan bevelen we op basis van de Delphistudie van Verfaillie *et al.* (2017) onder 56 nationale experts aan afbuigende foetale groei in de praktijk te definiëren als een afname van >20 percentielen van de AC op de Verburgcurve (2008) op basis van echo's na 26 weken.

Trefwoorden

Intra-uteriene groeirestrictie, small-for-gestational-age, echoscopie, foetale groeisnelheid

Summary

Intrauterine growth restriction (IUGR) is a serious risk factor for perinatal morbidity and mortality. However, current

methods to antenatally detect IUGR show low diagnostic accuracy. Recent scientific developments suggest that the identification of decreased fetal growth velocity may increase the accuracy in making a correct diagnosis of IUGR. In the Netherlands, clinicians are increasingly focusing on the detection of decreased fetal growth velocity but standard procedures to detect decreased fetal growth velocity have not been developed until now. Moreover, it is unknown whether the recently developed approaches to identify decreased fetal growth velocity can predict (severe) perinatal outcomes. Based on a Delphi study among 56 experts by Verfaillie *et al.* (2017) we recommend the following definition of decreased fetal growth velocity, i.e. a decrease of >20th percentile of abdominal circumference (AC) based on the Dutch fetal growth curve by Verburg *et al.* (2008).

Keywords

Intrauterine growth restriction, small-for-gestational-age, ultrasonography, fetal growth velocity

Contact

J. Henrichs j.henrichs@vumc.nl, 020 4445045

Verklaring van belangenverstrengeling

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

Belang van specialistische preconceptiezorg bij zwangerschap door eiceldonatie

dr. E.E.L.O. Lashley *aios gynaecologie thans gynaecoloog en fellow preconceptiezorg LUMC, Leiden / EMC Rotterdam*
 dr. M.L.P. van der Hoorn *gynaecoloog, fellow perinatologie LUMC, Leiden*

Gedeeld lesbisch moederschap (*shared lesbian motherhood*) is een vorm van geassisteerde voortplanting: binnen een lesbische relatie verzoekt de patiënte om een zwangerschap met behulp van een eikel van de partner.¹ Deze vorm van geassisteerde voortplanting is technisch niet te onderscheiden van standaard eiceldonatie. Eiceldonatiezwangerschappen kennen echter een hoger risico op het ontwikkelen van hypertensieve complicaties ten opzichte van niet-donor zwangerschappen. Vrouwen die in aanmerking wensen te komen voor *shared lesbian motherhood* dienen uitvoerig gecounseld te worden over de risico's van de geassisteerde voorplantings techniek, maar ook over de zwangerschapscomplicaties die samenhangen met eiceldonatie.² Deze casus beschrijft een koppel met een zwangerschap na *shared lesbian motherhood* gecompliceerd door ernstige pre-eclampsie. Zij meldden zich een jaar na partus met een nieuwe zwangerschapswens.

Casus

Een 31-jarige primigravida, onder controle in de eerste lijn, was zwanger geworden na eiceldonatie van haar vrouwelijke partner. Bij een termijn van 27 weken en 2 dagen zagen wij patiënte in consult wegens een verhoogde bloeddruk met daarbij hoofdpijn en lichtflitsen. Bij opname een bloeddruk van 130/90 mmHg, normale lever- en nierfunctie, trombocyten van $166 \times 10^9/L$ en een urinezuur van 0,40 mmol/L, urine was negatief voor eiwit. Bij transabdominale echo was er sprake van een kind in hoofdligging met een groei op de p30. Aangezien de bloeddruk stabiel was en er geen eiwit verlies was, werd patiënte na een nacht opname ontslagen. Twee weken later werd zij weer ingestuurd met hoofdpijn, bandgevoel, maagpijn, kortademigheid en visusklachten. In de laatste week was er 4 kg gewichtstoename en de bloeddruk was 160/100 mmHg. Bloedonderzoek: Hb 8,9

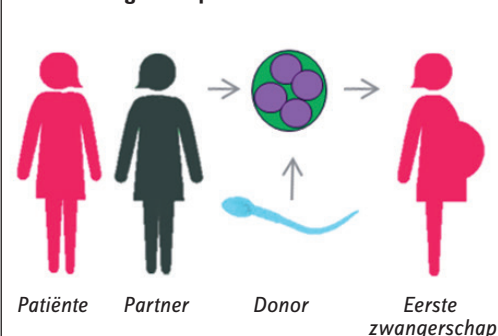
mmol/L, Ht 0,417 L/L, urinezuur 0,49 mmol/L, ASAT 78 U/L, ALAT 65 U/L, trombocyten $149 \times 10^9/L$, eiwit 5,92 g/24uur, EKR van 889,2 mg/mmol. Patiënte werd opgenomen en gestart werd met intraveneus magnesiumsulfaat, intraveneus antihypertensivum en corticosteroïden ter foetale longrijping. In de volgende dagen verslechterde patiënte klinisch, waarop besloten werd een sectio te verrichten. Onder spinale analgesie werd een primaire sectio verricht waarbij een zoon van 1395 gram werd geboren bij AD 29+0, apgarscore 4/6/8. Bij een bloeddruk van 140/90 mmHg postsectio werd het antihypertensivum gestaakt. De volgende dag echter ontwikkelde patiënte een clonus en motorische onrust, die persisteerde ondanks verhoging van de onderhoudsdosering magnesiumsulfaat (magnesiumspiegel van 3.05 mmol/l). Patiënte werd overgeplaatst naar de IC voor sedatie en intubatie waar zij twee nachten verbleef. Zeven dagen postpartum werd patiënte in goede klinische conditie uit ons ziekenhuis ontslagen. Bij nacontrole werd screenend trombofilieonderzoek ingezet zonder bijzonderheden.

Een jaar later meldden patiënte en haar partner zich op onze polikliniek met een nieuwe zwangerschapswens. Haar partner is 30 jaar en bekend met stabiel chronisch nierlijden-stadium-2 met dysplastische nier. Hierbij heeft ze een milde hypertensie die onder controle is met een lage dosering Losartan.

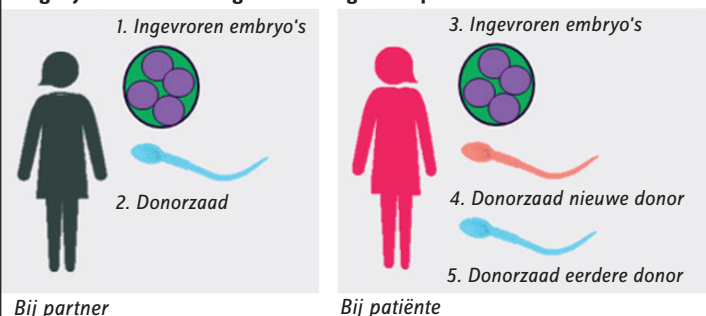
Discussie

Naar aanleiding van het gecompliceerde zwangerschapsbeloop bij patiënte, de co-morbiditeit van haar partner en de nieuwe zwangerschapswens met nog aanwezige cryo-embryo's, werd specialistische preconceptiezorg verricht. Tijdens specialistische preconceptiezorg werden zij gecounseld over het herhalingsrisico van de pre-eclampsie, en daarbij de alternatieve methoden van conceptie. Wij bespraken de volgende opties (zie ook figuur).

Eerste zwangerschap



Mogelijkheden voor volgende zwangerschap



Tabel 1. Inhoud preconceptioneel adviesgesprek ter preventie van hypertensieve complicaties bij eiceldonatiezwangerschap

Bespreken	Actie
Zorg bij specialistisch preconceptieconsult	Standaardanamnese afnemen, algemeen preconceptieadvies
Medicatiegebruik	Zonodig omzetten naar medicatie die gebruikt kan worden ten tijde van zwangerschap Stop ACE-remmers, AT-2 blokkers Overweeg te stoppen met calciumantagonisten en diuretica Start indien nodig met methyldopa en/of bètablokkers Ondersteun leefstijlverbetering
Aspirine vroeg in de zwangerschap	Adviseer bij eiceldonatiezwangerschap aspirine te gebruiken
Bloeddrukregulatie	Metten van de bloeddruk Verwijzen naar huisarts bij hypertensie (systole ≥ 140 mmHg)
Eventuele alternatieve conceptiemethoden	Indien de mogelijkheden er zijn, risico's van verschillende behandelingen afwegen
Risico's ontwikkelen van hypertensieve aandoeningen indien overgegaan wordt tot eiceldonatiezwangerschap	Gezonde leefstijl adviseren ter preventie van hypertensieve aandoeningen

Zwangerschap nastreven bij partner met behulp van:

1. ingevroren embryo's die reeds aanwezig zijn,
2. inseminatie,

Zwangerschap nastreven bij patiënte met behulp van:

3. ingevroren embryo's,
4. inseminatiezaad van nieuwe donor,
5. inseminatiezaad van eerdere donor.

Allereerst werd het risico op hypertensieve complicaties in een volgende zwangerschap besproken. In een IPD-meta-analyse uit 2015 werd een herhalingsrisico van 20,4% [95% CI 20,4-20,9] gevonden voor vrouwen met een pre-eclampsie in de anamnese. Bij een zwangerschapstermijn onder 34 weken was dit herhalingsrisico voor hypertensieve zwangerschapscomplicaties 36%.³ Bij herhaling verloopt de hypertensie in het algemeen echter milder.

Eiceldonatie en zwangerschapscomplicaties

De risico's van een tweede eiceldonatiezwangerschap bij patiënte werden besproken (optie 3 in figuur), daar nog zes cryo-embryo's zijn opgeslagen in de fertiliteitskliniek. Een recent gepubliceerde systematische *review* met meta-analyse laat zien dat het risico op pre-eclampsie in eiceldonatiezwangerschappen vergeleken met zwangerschappen die tot stand zijn gekomen door andere geassisteerde technieken verhoogd is (OR 2,11; 95% CI 1,42-3,15). Dit geldt ook voor het risico op zwangerschapshypertensie (OR 2,30; 95% CI 1,60-3,32).⁴ Wanneer de eiceldonatiezwangerschap wordt vergeleken met natuurlijke conceptie, is het risico eveneens verhoogd (OR 2,94; 95% CI 2,29-3,76).⁴ In deze meta-analyse werd gecorrigeerd voor meerlingzwangerschappen, voor leeftijd werd in de individuele studies afzonderlijk gecorrigeerd middels multivariate analyse, stratificatie of *matching*. Naast deze hypertensieve complicaties hebben eiceldonatiezwangerschappen een verhoogd risico op spontane miskraam, vroeggeboorte en kinderen met een laag geboortegewicht.^{4,5} De zwangerschap eindigt vaker in een sectio caesarea en er is een verhoogd risico op haemorrhagia postpartum.^{6,7}

Bijzonder bij eiceldonatiezwangerschappen is dat het foetale genoom volledig allogeen kan zijn ten opzichte van de moeder. Mogelijk dat door deze hoge mate aan immunoge-

netisch verschil een gestoorde placentatie optreedt, wat resulteert in het ontstaan van de hypertensieve complicaties.^{7,8} Immunogenetisch verschil kan worden vertaald in het aantal *human leukocyte antigen* (HLA) *mismatches*. HLA-haplotypen worden co-dominant tot expressie gebracht, waarbij elk van de ouders een haplotype overerft. De kans dat patiënte bij een tweede eiceldonatiezwangerschap (waarbij gebruik wordt gemaakt van dezelfde donor en vader) wordt blootgesteld aan een opnieuw volledig allogeen foetus is dus 25% (tov 0% bij autologe zwangerschap). Op basis van deze theorie zou het herhaalrisico van de pre-eclampsie in een eiceldonatiezwangerschap dus mogelijk hoger zijn.

Zwangerschap bij partner

Op basis van deze getallen valt de afweging mogelijk ten faveure van een zwangerschap bij haar partner (optie 1 en 2 in figuur). Haar partner heeft echter een verminderde nierfunctie (klaring 65-70 ml/min) bij dysplastische nier aan de linkerzijde waarbij een hypertensie onder controle met Losartan. Al zou partner een zwangerschap nastreven (middels inseminatie of terug plaatsing van de reeds aanwezige embryo's) zou dit haar eerste zwangerschap zijn. Nullipara kennen een verhoogd risico (OR 2,91; 95% CI 1,28-6,61) op het ontwikkelen van pre-eclampsie.⁹ Bovendien hebben patiënten met een chronische nierziekte een hoog risico op het ontwikkelen van pre-eclampsie (OR 10,36; 95% CI 6,28-17,09) en daarbij meer kans op een premature partus, intra-uterine groeivertraging en sectio.¹⁰ Overigens werd in een meta-analyse geen aanwijzing gevonden voor verergering van de nierziekte na de zwangerschap.¹⁰ Omwille van de risicofactoren voor het ontwikkelen van een compliceerde zwangerschap bij partner werd afgezien van het nastreven van een zwangerschap bij haar.

Kunstmatige inseminatie donorzaad (KID)

Wij bespraken de mogelijkheid van KID (optie 4 en 5 in figuur). Met dit alternatief wordt uiteraard voorbijgegaan aan het idee van gezamenlijke biologische bijdrage aan het verwekken van het kind, echter biedt een minder belastende en risikantere procedure.¹¹ Daarbij gaven patiënte en haar partner in nagesprekken aan dat zij primair voor dit alternatief gekozen zouden hebben, waren zij op de hoogte geweest

van alle risico's van de eiceldonatie.

Voor de kunstmatige inseminatie zou gebruik gemaakt kunnen worden van zaad van een eerdere donor, of van een nieuwe donor. Uit onderzoek blijkt dat een eerdere, ongecompliceerde zwangerschap weliswaar enigszins beschermt tegen het ontwikkelen van pre-eclampsie, maar dat dit beschermend effect verdwijnt bij een nieuwe partner.¹² Het risico op pre-eclampsie zou dus waarschijnlijk lager zijn indien gebruik gemaakt wordt van het zaad van de eerdere donor.

Inderdaad hebben patiënte en haar partner uiteindelijk gekozen voor inseminatie met zaad van eerdere donor. De zwangerschap verliep normotensief met profylactische dosering aspirine waarbij EKR maximaal 7.5 mg/mmol. Patiënte is recent ongecompliceerd bevallen van een gezonde zoon.

Conclusie

Paren die de intentie hebben om zwanger te worden na eiceldonatie dienen niet alleen geïnformeerd worden over de kansen van het slagen van de procedure en de *take home baby rate*. Conform het recente NVOG-standpunt *Geassisteerde voortplanting met gedoneerde gameten en gedoneerde embryo's en draagmoederschap*² wordt specialistische preconceptiezorg geadviseerd waarin de zwangerschapsrisico's en risico's voor de wensmoeder en het nageslacht worden besproken. Gezien de hoge kans op zwangerschapscomplicaties en in het bijzonder hypertensieve complicaties wordt begeleiding van een eiceldonatie-zwangerschap in de tweede lijn aanbevolen. De adviezen die wij geven bij specialistische preconceptiezorg in het kader van eiceldonatie en preventie hypertensie staan vermeld in tabel 1.

Samenvatting

Deze casus beschrijft een gecompliceerd zwangerschapsbeloop bij een patiënte, zwanger na eiceldonatie. Een bekende risicofactor bij zwangerschappen na eiceldonatie is pre-eclampsie. Deze casus illustreert het belang van specialistische preconceptiezorg bij vrouwen die mogelijk zwanger willen worden door middel van eiceldonatie. In deze specifieke casus was er een alternatief om zwanger te worden. Op basis van gezamenlijke biologische bijdrage was bij de eerste zwangerschap gekozen voor eiceldonatie van de vrouwelijke partner, bij een vrouw waarbij het aan nemelijk was dat zijzelf door middel van inseminatie zwanger had kunnen worden. Naar aanleiding van het gecompliceerd beloop van deze zwangerschap werd bij de tweede zwangerschap een andere keuze gemaakt.

Trefwoorden

specialistische preconceptiezorg, eiceldonatie, gedeeld lesbisch moederschap, pre-eclampsie

Referenties

1. Marina S. et al. *Sharing motherhood: biological lesbian co-mothers, a new IVF indication*. Hum Reprod, 2010. 25(4):p.938-41.
2. NVOG, Standpunt Geassisteerde voortplanting met gedoneerde gameten en gedoneerde embryo's en draagmoederschap. 2016.
3. van Oostwaard M.F. et al. *Recurrence of hypertensive disorders of pregnancy: an individual patient data metaanalysis*. Am J Obstet Gynecol, 2015. 212(5):p.624.e1-17.
4. Storgaard M. et al. *Obstetric and neonatal complications in pregnancies conceived after oocyte donation: a systematic review and meta-analysis*. Bjog, 2017. 124(4):p.561-572.
5. Savasi V.M. et al. *Maternal and fetal outcomes in oocyte donation pregnancies*. Hum Reprod Update, 2016. 22(5):p.620-33.
6. Abdalla H.I. et al. *Obstetric outcome in 232 ovum donation pregnancies*. Br.J.Obstet.Gynaecol., 1998. 105(3):p.332-337.
7. van der Hoorn M.L. et al. *Clinical and immunologic aspects of egg donation pregnancies: a systematic review*. Hum.Reprod.Update., 2010. 16(6):p.704-712.
8. Lashley L.E. et al. *Selective advantage of HLA matching in successful uncomplicated oocyte donation pregnancies*. J.Reprod.Immunol., 2015. 112:p.29-33.
9. Steegers E.A. et al. *Pre-eclampsia*. Lancet, 2010. 376(9741):p.631-644.
10. Zhang J.J. et al. *A Systematic Review and Meta-Analysis of Outcomes of Pregnancy in CKD and CKD Outcomes in Pregnancy*. Clin J Am Soc Nephrol, 2015. 10(11):p.1964-78.
11. Dondorp W.J., G.M. De Wert & P.M. Janssens. *Shared lesbian motherhood: a challenge of established concepts and frameworks*. Hum Reprod, 2010. 25(4):p.812-4.
12. Saftlas A.F. et al. *Abortion, changed paternity, and risk of pre-eclampsia in nulliparous women*. Am.J.Epidemiol., 2003. 157(12):p.1108-1114.

Summary

A well-known complication of oocyte donation pregnancy is preeclampsia. We present a case with a hypertensive pregnancy complication after oocyte donation. This case illustrates the importance of pre-pregnancy counselling for patients who want to conceive by oocyte donation. In this specific case an alternative way to conceive was available, however oocyte donation was chosen as a part of shared lesbian motherhood. The complications in the subsequent high-risk pregnancy led to an alternative decision to accomplish a second pregnancy.

Keywords

Pre-pregnancy counselling, oocyte donation, shared lesbian motherhood, preeclampsia

Contact

dr. Lisa Lashley 071 5263362, e.e.l.o.lashley@lumc.nl

Verklaring van belangenverstrengeling

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

Extra-uteriene graviditeit op een bijzondere plaats

drs. R. van der Waart *destijds semi-arts gynaecologie Noordwest Ziekenhuisgroep loc. Alkmaar, thans anios gynaecologie HMC locatie Bronovo*

drs. M.W.H. Leenders *aios chirurgie, Noordwest Ziekenhuisgroep locatie Alkmaar*

drs. S.M. Westenberg *gynaecoloog, Noordwest Ziekenhuisgroep locatie Alkmaar*

dr. A.P.J. Houdijk *chirurg*

1,2-1,4% van de zwangerschappen betreft een extra-uteriene graviditeit (EUG). Ongeveer 95% van deze EUG's bevindt zich in de tubae. De overige 5% bevindt zich op een minder gebruikelijke locatie zoals de ovaria, cervix of in de intraperitoneale holte. Wij presenteren hier een casus waarin de EUG zich op zo'n bijzondere plek bevindt.

Een 33-jarige patiënte, para 0, kwam met pijn onder in de buik naar de spoedeisende hulp.

De pijn bestond twee weken en was subacuut verergerd. Er was geen vaginaal bloedverlies. Bij lichamelijk onderzoek werd een niet-zieke, hemodynamisch stabiele patiënte gezien, met tekenen van peritoneale prikkeling onder in de buik. Het β -HCG in het bloed was 2838 U/L (normaalwaarde <5,0 U/L). Bij transvaginale echografie werd geen intra-uteriene graviditeit gezien, maar wel vrij vocht in het cavum Douglasi. Onder de werkdiagnose EUG werd besloten tot het verrichten van een diagnostische laparoscopie. Tijdens de laparoscopie was er bloed in het cavum Douglasi zichtbaar. De tubae waren beiderzijds niet afwijkend. Aan de buitenzijde van een dunne darmlis werd een afwijking gevonden. Onder de verdenking van een abdominale EUG, die geassocieerd was aan de serosa van de dunne darm, werd deze afwijking door de gastro-enterologisch chirurg geëxciëerd. Het serosadefect werd gehecht.

Pathologisch onderzoek van het resectiepreparaat toonde meerdere immature middelgrote vlokken, bekleed met enkellaags syncytiotrofoblast met losmazig stroma. Er werden geen embryonale delen of mola gevonden. Bloedonderzoek toonde dat het β -HCG met ongeveer 90% daalde in drie dagen. Hiermee werd de diagnose abdominale EUG op de serosa van de dunne darm bevestigd.

Beschouwing

Een EUG, ook wel ectopische zwangerschap genoemd (Grieks: *εκτοπος*, misplaatst), is een zwangerschap die zich buiten het endometrium van het cavum uteri innestelt. 95,5% van de EUG's bevindt zich in een tuba, 3,2% in een ovarium en de overige 1,3% in de abdominale holte.¹ Van een dergelijke abdominale zwangerschap is sprake als

de blastocyste zich in de intraperitoneale holte innestelt. In een systematisch literatuuronderzoek zijn alle artikelen over abdominale EUG's uit de periode 1965-2009 geanalyseerd. In totaal werden er 225 *case reports* gepubliceerd over abdominale EUG's. Lokalisatie van de EUG in de ruimtes rondom de uterus, zoals het cavum Douglasi, werd het meest beschreven (24,4%). Meer zeldzame locaties waren de darm (6,7%), de lever (5,8%), de milt (5,3%) en de buikwand (4,4%). In totaal werd een ectopische zwangerschap op de darm slechts vijftien keer beschreven in een *case report*.³

Bij een abdominale EUG is er een zevenmaal verhoogde maternale mortaliteit (0,51%) in vergelijking met de overige EUG's (0,07%).⁴ Deze verhoogde mortaliteit komt doordat de zwangerschappen vaak laat ontdekt worden en eenvoudig kunnen worden gemist bij laparoscopisch onderzoek. Dientengevolge is er een verhoogde kans op complicaties, zoals darmobstructie en intra-abdominale bloeding.⁵

Diagnostiek

Doordat een abdominale EUG zich op meerdere locaties in de abdominale holte kan bevinden, is er geen typische presentatie. In een Amerikaanse *review* uit 1987 wordt beschreven dat slechts 13% van de vrouwen met een abdominale EUG zich in het eerste trimester presenteert. In dat geval is er wel vaak sprake van een typische EUG-presentatie met een positieve zwangerschapstest en de echografische afwezigheid van een intra-uteriene graviditeit. In hetzelfde *review* wordt gezien dat vrouwen zich vaker in het tweede of derde trimester presenteren.⁴ Het lijkt niet waarschijnlijk dat deze getallen ook gelden in de hedendaagse Nederlandse gezondheidszorg, waarbij vrouwen in het eerste trimester een termijnecho krijgen en bij een leeg cavum aanvullende diagnostiek wordt ingezet. Echter is geen recentere literatuur te vinden.

Als vrouwen zich in het tweede of derde trimester presenteren, zijn de specifieke klachten vaak buikpijn, misselijkheid, braken en algehele malaise.⁶ Vaginaal bloedverlies wordt minder vaak gezien. Sommige vrouwen presenteren zich met een acute buik en *shock*, als gevolg van een intra-

abdominale bloeding door loslating van de placenta of door het ruptureren van maternale vaten of organen.⁴

Transvaginale echografie laat in het eerste trimester een leeg cavum uteri zien. Later in de zwangerschap kan het lastig zijn het onderscheid te maken tussen een intra- of extra-uteriene zwangerschap. Echografische aanwijzingen voor een abdominale zwangerschap zijn onder andere een leeg cavum uteri bij vaginale echografie en de afwezigheid van myometrium rondom de foetus, foetale delen in de nabijheid van de maternale abdominale wand, een oligohydramnion, een ligingsafwijking van de foetus en een slecht afgrensbare placenta bij transabdominale echografie.^{5,7}

Therapie

Indien in het eerste trimester een EUG vermoed wordt (bij de combinatie van buikpijn, verhoogd β -HCG en echografische afwezigheid van een intra-uteriene graviditeit), wordt een diagnostische laparoscopie verricht. De daadwerkelijke diagnose abdominale EUG wordt meestal pas tijdens de laparoscopie gesteld, zoals het geval was in de beschreven casus. De abdominale EUG moet in zijn geheel verwijderd worden. In dat geval daalt de concentratie β -HCG in het bloed post-operatief.

Men dient te overwegen om te converteren naar een laparotomie indien de EUG laparoscopisch niet gevonden wordt als er (veel) bloed in de buik aanwezig is of wanneer er een (bloedings)complicatie optreedt.⁸

Bij tubaire EUG's wordt naast chirurgisch ook medicamenteus behandeld met methotrexaat. Over de toepassing van methotrexaat bij abdominale EUG's is weinig bekend. In een

systematische review zijn meerdere casus beschreven waarbij methotrexaat ofwel primair ofwel adjuvant gegeven werd. Primaire behandeling met methotrexaat bleek in drie gevallen succesvol. In deze gevallen bevond de EUG zich in het cavum Douglasi.³

Conclusie

Een abdominale EUG is een zeldzame entiteit. De beschreven casus laat zien dat het van groot belang is om de abdominale holte zorgvuldig te inspecteren bij verdenking op een EUG, wanneer geen afwijkingen aan één van beide tubae worden gezien.

Referenties

1. Rana P., Kazmi I., Singh R. *et al.* Ectopic pregnancy: A review. Arch Gynecol Obstet. 2013;288:747-57.
2. Shan N., Dong D., Deng W. *et al.* Unusual ectopic pregnancies: A retrospective analysis of 65 cases. J Obstet Gynaecol Res. 2014;40:147-54.
3. Poole A., Haas D. & Magann E.F. Early abdominal ectopic pregnancies: A systematic review of the literature. Gynecol Obstet Invest. 2012;74:249-60.
4. Atrash H.K., Friede A. & Hogue C.J. Abdominal pregnancy in the united states: Frequency and maternal mortality. Obstet Gynecol. 1987;69(3 Pt 1):333-7.
5. Badr S., Ghareeb A., Abdulla L.M. *et al.* Ectopic pregnancy in uncommon implantation sites. The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine. 2013;44:121-30.
6. Rahman M.S., Al-Suleiman S.A., Rahman J. *et al.* Advanced abdominal pregnancy--observations in 10 cases. Obstet Gynecol. 1982;59:366-72.
7. Allibone G.W., Fagan C.J. & Porter S.C. The sonographic features of intra-abdominal pregnancy. J Clin Ultrasound. 1981;9:383-7.
8. Onan M.A., Turp A.B., Saltik A. *et al.* Primary omental pregnancy: Case report. Human Reproduction. 2005;20:807-9.

Samenvatting

Een 33-jarige patiënte, para 0, meldt zich met buikpijn op de spoedeisende hulp. De combinatie van een verhoogd β -HCG en de afwezigheid van een intra-uteriene graviditeit op een transvaginale echo leidt tot de werkdiagnose EUG. Bij de diagnostische laparoscopie wordt er op een dunne darmlis een afwijking gevonden. Onder de verdenking van een abdominale EUG die verkleefd is aan de dunne darm, wordt deze afwijking geëxciëerd. Pathologie en β -HCG verloop bevestigen de diagnose.

Conclusie

Een abdominale EUG is een zeldzame entiteit. Wanneer tijdens een diagnostische laparoscopie een normale uterus en adnexeën worden gezien, is het van groot belang de abdominale holte zorgvuldig te inspecteren.

Trefwoorden

extra-uteriene graviditeit, abdominale zwangerschap

Summary

A 33-year old nulliparous woman visited the emergency

room with abdominal pain. An ectopic pregnancy was suspected, since there was no intra uterine pregnancy on the transvaginal ultrasonography and there was an elevation of β -HCG. During diagnostic laparoscopy a gestational sac was found on the small intestine. Pathological report and β -HCG follow-up confirmed the diagnosis of an abdominal pregnancy.

Conclusion

An abdominal pregnancy is a rare entity. If an ectopic pregnancy is suspected it is important to carefully examine the intra-peritoneal cavity during diagnostic laparoscopy.

Keywords

Ectopic pregnancy, abdominal pregnancy

Contact

drs. R. van der Waart, r.van.der.waart@haaglandenmc.nl

Verklaring van belangenverstremgeling

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

Standard Operating Procedure Remifentanyl Patient-controlled Analgesia

Naleving SOP-remifentanyl in Nederland

E.E.J.N. Hoenen MSc *physician assistant klinisch verloskundige Zuyderland MC*

dr. M.M.L.H. Wassen *gynaecoloog Zuyderland MC*

prof. dr. J.G. Nijhuis *hoogleraar verloskunde, Maastricht UMC*

dr. R.P.C. Rijke *arts n.p., Hogeschool Rotterdam, Instituut voor Gezondheidszorg*

Remifentanyl patient-controlled analgesia (PCA) wordt in tientallen Nederlandse ziekenhuizen toegepast als medicamenteuze pijnbestrijding tijdens de baring. Remifentanyl kent een snelle werking, vermindert de pijn en geeft een goede patiënttevredenheid. Gezien het potentiële risico van ernstige maternale complicaties dient het gebruik alleen onder zorgvuldig gecontroleerde omstandigheden te gebeuren. Daarom heeft de NVOG, op verzoek van de inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ), in 2014 de Standard Operating Procedure Remifentanyl PCA (SOP) opgesteld.¹ In dit onderzoek wordt de naleving van de SOP in Nederland geïnventariseerd.

Achtergrond

Remifentanyl behoort tot de groep van opiaten. Het is een selectieve μ -opioïdagonist die na toediening van de aanbevolen dosis een halfwaardetijd van drie tot tien minuten heeft.

Remifentanyl leidt tijdens de bevalling tot een afname in de VAS-score van $9,4 \pm 1,2$ naar $3,6 \pm 1,2$ na vijf minuten.² Remifentanyl PCA is echter niet gelijkwaardig aan epidurale analgesie (EA) met betrekking tot de absolute pijnscore en tevredenheid over pijnstilling.³

Remifentanyl kan verschillende gradaties van sedatie veroorzaken die gepaard kunnen gaan met ademhalingsdepressie en kunnen leiden tot zuurstofsaturatiedalingen.⁴⁻⁹ In de RAVEL-studie werden zuurstofsaturaties lager dan 92% gezien bij 18,9% van de vrouwen die remifentanyl als pijnstilling kregen tijdens de bevalling.³

Dierexperimenteel onderzoek liet zien dat remifentanyl de placenta eenvoudig passeert.¹⁰ Dat dat bij de mens ook zo is, wordt onder meer bewezen door de observatie dat bij de foetus sinusoidale hartfrequentiepatronen kunnen optreden.¹¹ Daarbij past ook dat fentanylanalogen bij de pasgeborene een ademhalingsdepressie kunnen veroorzaken.¹² Langetermijneffecten van remifentanyl op het kind zijn vooralsnog onbekend.¹

Nadat in 2008 de *Richtlijn medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling* van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg verscheen, volgde in 2014 op verzoek van de IGZ een stappenplan voor het gebruik van remifentanyl-PCA als methode van pijnbehandeling op de verlos-

kamers.^{1,13} In het document wordt de werkwijze en monitoring aangaande remifentanyl gebruik voor pijnstilling tijdens de bevalling beschreven. De vraag is echter of elk ziekenhuis waar remifentanyl wordt gebruikt de strikte richtlijnen omschreven in de SOP, hanteert.¹ Het naleven van deze SOP is van belang voor veilig gebruik van remifentanyl en om complicaties en risico's te voorkomen. Het doel van dit onderzoek was het inventariseren van de implementatie en naleving van de SOP-remifentanyl-PCA in Nederland en te toetsen of op deze wijze aan de IGZ-eisen wordt voldaan.

Methode

Wij hebben een kwantitatief observationeel onderzoek uitgevoerd. Hierbij werd een vragenlijst gebruikt die was ontwikkeld op basis van de aanbevelingen uit de SOP-remifentanyl-PCA. De ziekenhuizen werden telefonisch benaderd, waarbij met een klinisch verloskundige, arts-assistent of verloskunde arts op de verloskamers werd gesproken. Bij het telefoongesprek werd het e-mailadres verkregen zodat de informatiebrief omtrent het onderzoek verzonden kon worden. Via deze e-mail werd tevens een telefonische afspraak gemaakt voor doornemen van de vragenlijst. Aan het einde van het gesprek werd gevraagd het vigerende protocol over remifentanyl digitaal of per post toe te sturen. Een aantal vragenlijsten werd via e-mail doorgenomen. Dit laatste betrof ziekenhuizen die geen remifentanyl gebruikten.

De data werden geanalyseerd met SPSS, v.21.

Resultaten

Tussen 1 januari en 4 oktober 2017 werden alle ziekenhuizen in Nederland waar obstetrische zorg wordt verleend, benaderd voor deelname aan het onderzoek. Er was een respons van 100% (n = 82).

In alle ziekenhuizen was EA als pijnbehandeling tijdens de bevalling beschikbaar en in 74,4% (n = 61) van de ziekenhuizen werd remifentanyl-PCA gebruikt (tabel 1).

De resultaten worden beschreven aan de hand van de aanbevelingen opgesteld in de SOP-remifentanyl-PCA. In onderstaande paragrafen zullen deze aanbevelingen exact worden vermeld en vervolgens worden de resultaten uit ons onderzoek daaraan getoetst.

Tabel 1: Overzicht van het aantal ziekenhuizen met de beschikbare medicamenteuze pijnbehandeling

	Ja	Nee
EA	82 (100%)	0
Remifentanyl PCA	61 (74,4%)	21 (25,6%)
Pethidine	25 (30,5%)	57 (69,5%)
Ander opiaat	5 (6,1%)	77 (93,9%)
Entonox	2 (2,4%)	80 (97,6%)

Opleiding

'Een ieder betrokken bij de toediening van remifentanyl-PCA (arts of klinisch verloskundige) is opgeleid'.

In 75,4% (46/61) van de ziekenhuizen die remifentanyl gebruiken is het personeel geschoold in het gebruik van remifentanyl. Een kwart van de ziekenhuizen gebruikt remifentanyl zonder dat het personeel hier specifiek voor opgeleid is. Een item waaraan deze scholing moet voldoen, is dat men leert werken met een PCA-systeem. Uit de antwoorden bleek dat 54,1% (33/61) van de zorgverleners een scholing had gehad in het werken met een PCA-systeem. De resterende groep (45,9%) zei dit op de werkvloer te leren.

Indicatiestelling

De keuze tot het gebruik van remifentanyl-PCA dient te voldoen aan de volgende punten:

- De keuze tot het toedienen van remifentanyl-PCA geschiedt op medische gronden en wordt gesteld door de daarvoor specifiek geschoolde arts en klinisch verloskundige na *informed consent* van de patiënt;
- Aangezien de plaatsbepaling van remifentanyl nog punt van discussie is, kan er nooit sprake zijn van een vrije keuze door de patiënt tussen epidurale en remifentanyl-analgesie.

In 72,1% (44/61) van de ziekenhuizen kan de patiënt vrij kiezen voor al dan niet remifentanyl-PCA. Als toevoeging op deze vraag antwoordden veel zorgverleners dat er, na de *counseling*, advies wordt gegeven over de mogelijkheden voor pijnstilling. Maar, als de patiënt een advies voor bijvoorbeeld EA naast zich neerlegt en remifentanyl wil, wordt dit gehonoreerd.

Informed consent

Als de arts en/of klinisch verloskundige in overleg met patiënte de indicatie tot het gebruik van remifentanyl-PCA hebben gesteld, informeren zij de patiënt en brengen haar op de hoogte van:

- Het feit dat remifentanyl niet is geregistreerd voor de behandeling van baringspijn (off-labelgebruik);
- De risico's van het gebruik van remifentanyl voor de patiënt zelf en haar ongeboren kind. Langtermijneffecten van remifentanyl op het kind zijn vooralsnog onbekend.

In 73,8% (45/61) van de ziekenhuizen wordt verteld dat het gebruik van remifentanyl *off-label* is. In 50,8% (31/61) van de ziekenhuizen wordt verteld dat de langtermijneffecten van remifentanyl op het kind vooralsnog onbekend zijn. In 45,9%

(28/61) van de ziekenhuizen worden in de counseling beide zaken vermeld.

Gereedmaken van remifentanyl voor toediening

'De concentratie remifentanyl die wordt toegediend aan de patiënt is 20 µg/ml'.

Deze gegevens zijn niet van alle 61 ziekenhuizen bekend omdat

- niet iedere deelnemer op de hoogte was van de gebruikte concentratie;
- deze concentratie niet in het protocol vermeld stond of
- men het protocol niet kon toesturen na meerdere e-mails ter herinnering (n=12).

Van de 55 ziekenhuizen waar men dit wel weet, gebruikt 70,9% (39/55) een concentratie van 20 microgram per milliliter (µg/ml). De overige 29,1% (16/55) maakt gebruik van een concentratie van 25, 40 of 50 µg/ml.

Toediening remifentanyl

'Remifentanyl wordt slechts als bolus toegediend zonder achtergrondinfusie'.

Dosering met een bolussysteem gebeurt bij 88,5% (54/61) van de ziekenhuizen en de overige zeven ziekenhuizen (11,5%) maken gebruik van een achtergrondinfusie.

- De bolustoediening is 30 µg (1,5 ml);
- In geval van onvoldoende pijnbestrijding kan de bolusdosering verhoogd worden naar 40 µg (2 ml);
- De *lock-out* periode is minimaal 3 minuten.

In 81,4% (48/59) van de ziekenhuizen is de bolus middels het PCA-systeem conform de hoeveelheid zoals gesteld in de SOP (30 µg). De overige 18,6% (11/59) gebruikt bolussen met doseringen van 20, 25 of 28 µg. Indien de bolus van 30 µg onvoldoende effect heeft, mag deze verhoogd worden naar 40 µg. Een verhoging van de bolus was mogelijk bij 68,9% (42/61) van de ziekenhuizen.

In 91,8% (56/61) van de ziekenhuizen gebruikte men een *lock-out* tijd van drie, vier of vijf minuten. De overige 8,2% (5/61) gebruikte een periode van twee minuten.

'Na het starten van remifentanyl-PCA of het veranderen van de dosis zal er gedurende 30 min een arts of klinisch verloskundige op de kamer van de patiënt aanwezig zijn'

In 98,4% (60/61) van de ziekenhuizen is er bij de start van remifentanyl een zorgverlener op de kamer aanwezig. In 65% (39/60) van de gevallen is dit, zoals geadviseerd, een arts of klinisch verloskundige. In de overige ziekenhuizen kan dit ook een verpleegkundige zijn of is er geen voorkeur voor de zorgverlener. In 85% (51/60) van de ziekenhuizen blijft de zorgverlener minstens de eerste 30 minuten na de start van remifentanyl bij de patiënt aanwezig op de kamer.

Monitoring

'De minimale monitoring bestaat uit: continue meting van de zuurstofsaturatie, continue monitoring van de hartfrequentie en bloeddruk (à 5 minuten). Ademfrequentie en sedatieniveau worden iedere 10 minuten vastgelegd'.

De zuurstofsaturatie wordt in alle ziekenhuizen waarvan deze informatie bekend is, gemeten (n=54). In 94,2% (49/52) van de ziekenhuizen is dit een continue meting. Het meten van de polsfrequentie en bloeddruk vindt ook in alle ziekenhuizen plaats. Het meten van de polsfrequentie gebeurt in 64,7% (33/51) van de ziekenhuizen continue. In de andere ziekenhuizen gebeurt dit intermitterend met intervallen van drie, vijf, tien of vijftien minuten. Deze intervallen zijn hetzelfde voor het meten van de bloeddruk. In 62,7% (32/51) van de ziekenhuizen gebeurt dit volgens de geadviseerde vijf minuten. Het tellen van de ademfrequentie gebeurt bij 80,3% (49/61) van de ziekenhuizen.

Complicaties

'In het geval van een daling van de zuurstofconcentratie <94% of ademfrequentie <8/min wordt de bolusdosis remifentanyl verlaagd naar 20 µg (1 ml) en zuurstof toegediend'

In 45,9% (28/61) van de ziekenhuizen wordt de bolusdosis verlaagd als er een daling is van de zuurstofconcentratie of afname van de ademfrequentie. Hierbij was het afhankelijk van de gegeven dosis (30 of 40 µg) of men bij de verlaging terug ging naar 20 of 30 µg. Bij 11,5% (7/61) van de ziekenhuizen werd de remifentanyl in dit geval gestaakt.

'Indien de saturatie of ademfrequentie een tweede maal daalt, dan wordt de remifentanyltoediening gestaakt'.

Het staken van de remifentanyl na een tweede daling gebeurt bij 44,1% (26/59) van de ziekenhuizen. De overige 55,9% (33/59) van de ziekenhuizen staakt de remifentanyl niet, maar verricht andere acties waaronder het aansporen van de patiënt om door te ademen of het toedienen van zuurstof.

Overige

'Geen gelijktijdige toediening van andere opioïden of entonox. Geen gebruik van langwerkende opioïden in de vier uur voorafgaande aan de remifentanyltoediening'.

Gelijktijdige toediening van EA en remifentanyl vond in 41,0% (25/61) van de ziekenhuizen plaats. De kanttekening hierbij is dat iedere deelnemer aangaf dat dit zeer zeldzaam is en alleen gebeurt bij slecht werkzame EA.

Redenen voor geen remifentanyl

In 21 ziekenhuizen wordt geen gebruik gemaakt van remifentanyl. Tabel 2 toont de redenen waarom.

Discussie

Het doel van dit onderzoek is het inventariseren van de implementatie en naleving van de SOP-remifentanyl-PCA in Nederland om de IGZ-standaard te toetsen. Er werden grote

Tabel 2: Redenen voor het niet-gebruiken van remifentanyl (meerdere redenen mogelijk)

Redenen	# ziekenhuizen
Anesthesiologie niet akkoord	10
EA makkelijk beschikbaar	1
Gebruik ervan niet veilig	4
Geen behoefte/meerwaarde	3
In verband met eerder incident	3
Personele bezetting hiervoor niet mogelijk	3

verschillen gezien in het naleven van de aanbevelingen uit de SOP-remifentanyl-PCA. Er is landelijk alleen overeenkomst in het uitvoeren van de maternale zuurstofsaturatieregistratie, hartfrequentie- en bloeddrukmeting tijdens het gebruik van remifentanyl.

De naleving van de adviezen uit de SOP-remifentanyl-PCA is in deze studie voor het eerst in Nederland onderzocht. De resultaten uit dit onderzoek zijn 'first to report' en kunnen in deze context niet vergeleken worden met andere studies of gegevens. De bevindingen sluiten wel aan bij eerder onderzoek over richtlijnnaleving in de gezondheidszorg. Een systematische literatuurstudie door Bloemendal, Weening, Harmen en Misitaen (2011) vond in 91 studies onder verschillende zorgprofessionals een grote variatie in de naleving van Nederlandse richtlijnen in het algemeen.¹⁴ Eerder onderzoek in 2009 onder huisartsen in Nederland naar de mogelijke barrières bij protocolnaleving, vond dat protocolnaleving negatief wordt beïnvloed door (een tekort aan) samenwerking met andere zorgprofessionals, het niet eens zijn met de richtlijn, omgevings- en organisatorische factoren en een tekort aan kennis van de richtlijn. Dit komt overeen met de bevinding in deze studie, waarbij in een kwart van de ziekenhuizen die remifentanyl gebruiken, geen scholing plaatsvond van het personeel.¹⁵

In tegenstelling tot het advies uit de SOP-remifentanyl-PCA, heeft de patiënt in 72,1% (44/61) van de ziekenhuizen een vrije keuze tussen het gebruik van remifentanyl-PCA en -EA. Bij de indicatiestelling in de SOP staat dat alleen de specifiek geschoolde arts of klinisch verloskundige mag kiezen voor het gebruik van remifentanyl en dat de patiënt geen vrije keuze hiervoor heeft. Dit lijkt te botsen met de huidige manier van zorgverlening, waarin *shared decision making* snel terrein wint. Zo werd er in eerder onderzoek gezien dat *shared decision making* bijdraagt aan een positieve ervaring van de bevalling en tevredenheid over de zorg.^{16,17} Daarnaast is het voor de zorgverleners belangrijk in te spelen op de behoeften, omstandigheden en capaciteiten van de patiënt.¹⁸

Sterke punten van deze studie zijn ten eerste het feit dat dit de eerste studie is naar het gebruik van remifentanyl-PCA en richtlijnnaleving van de SOP op de verloskamers in Nederland. Ten tweede hebben alle Nederlandse ziekenhuizen met obstetrische zorg deelgenomen aan deze studie en de resultaten weerspiegelen zo de huidige werkwijze rondom het

gebruik van remifentanyl op de verloskamers in Nederland. Hierdoor speelt toeval geen rol. Zwakte van de studie kan zijn dat van elk ziekenhuis maar één persoon de vragen heeft beantwoord. We veronderstellen echter dat deze persoon op de hoogte is van het beleid rondom remifentanylgebruik en eventuele protocollaire afspraken. Daarnaast was er geen 100% respons op alle vragen door ontbrekende kennis bij de deelnemers. Aanvullend werd verzocht om het protocol op te sturen. Twaalf ziekenhuizen hebben deze niet opgestuurd, ondanks meerdere herinneringen per e-mail. Tenslotte kan er sprake zijn van informatiebias. De deelnemers waren via een e-mail vooraf op de hoogte gesteld van het aankomende telefoongesprek. Mogelijk leidde dit tot het geven van wenselijke antwoorden.

Conclusie

Concluderend kan op basis van de resultaten van dit onderzoek gesteld worden dat driekwart van de ziekenhuizen in Nederland remifentanyl-PCA als pijnbehandeling tijdens de bevalling gebruikt. De SOP-remifentanyl-PCA wordt niet strikt nageleefd in Nederland. De voornaamste punten die niet werden nageleefd betreffen: scholing van het personeel, de indicatiestelling waarbij er veelal een vrije keuze is voor de patiënt, de *counseling* over het gebruik van remifentanyl bij zwangeren, de manier van toediening waarbij een verhoging of verlaging van de bolus mogelijk moet zijn of consistent dient te gebeuren en de een-op-eenobservatie van de patiënt na de start van remifentanyl.

Het is belangrijk om in de nabije toekomst middels onderzoek na te gaan welke (logistieke) barrières maken dat SOP-remifentanyl-PCA in de praktijk niet strikt gevolgd wordt. Daarnaast lijkt een registratie en inventarisatie van calamiteiten bij remifentanylgebruik in Nederland relevant om zo te beoordelen of we deze strikte richtlijn in de toekomst wel moeten handhaven. Neemt Nederland risico's door de SOP-remifentanyl-PCA niet te handhaven, of neemt de IGZ risico's door het creëren van een richtlijn die niet werkbaar en functioneel is? Op deze vragen zou dergelijk onderzoek antwoord moeten geven.

Literatuur

1. NVOG (2014). Standard Operating Procedure (SOP) Remifentanyl Patient-Controlled-Analgesia (PCA). Utrecht.
2. D'Onofrio P., Novelli A.M.M., Mecacci F. *et al.* (2009). *The efficacy and safety of continuous intravenous administration of remifentanyl for birth pain relief: an open study of 205 parturients.* Anesthesia & Analgesia, 109, 1922-1924.
3. Freeman L.M., Bloemenkamp K.W., Franssen M.T. *et al.* (2015). *Patient controlled analgesia with remifentanyl versus epidural analgesia in labour: randomised multicentre equivalence trial.* British Medical Journal, 350, h846.
4. Volmanen P., Sarvela J., Akural E.I. *et al.* (2008). *Intravenous remifentanyl vs. Epidural levobupivacaine with fentanyl for pain relief in early labour: a randomised, controlled, double-blinded study.* Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 52, 249-255.
5. Frauenfelder S., van Rijn R., Radder C.M. *et al.* (2015). *Patient satisfaction between remifentanyl patient-controlled analgesia and epidural analgesia for labor pain.* Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 94, 1014-21.
6. Tveit T.O., Seiler S., Halvorsen A. *et al.* (2012). *Labour analgesie: a randomised, controlled trial comparing intravenous remifentanyl and epidural analgesie with ropivacaine and fentanyl.* European Journal of Anaesthesiology, 29, 129-136.
7. Tveit T.O., Halvorsen A., Seiler S. *et al.* (2013). *Efficacy and side effects of intravenous remifentanyl patient-controlled analgesia used in a stepwise approach for labour: an observational study.* International Journal of Obstetric Anesthesia, 22, 19-25.
8. Messmer A.A., Potts J.M. & Orlikowski C.E. (2016). *A prospective observational study of maternal oxygenation during remifentanyl patient-controlled analgesia use in labour.* Anaesthesia, 71, 171-176.
9. Stocki D., Matot I., Einav S. *et al.* (2014). *A randomized controlled trial of the efficacy and respiratory effects of patient-controlled intravenous remifentanyl analgesia and patient-controlled epidural analgesia in laboring women.* Anesthesia & Analgesia, 118, 589-597.
10. Kan R.E., Hughes S.C., Rosen M.A. *et al.* (1998). *Intravenous remifentanyl placental transfer, maternal and neonatal effect.* Anesthesiology, 88, 1467-1474.
11. Boterenbrood D., Wassen M.M., Visser G.H.A. *et al.* (2017). *Retrospective study of the effect of remifentanyl use during labor on fetal heart rate patterns.* International Journal of Gynaecology & Obstetrics, 140, 60-64.
12. Health.gsk. (2015). Ultiva Summary of Product Characteristics. Op 1 april 2016 ontleend aan <http://db.cbg-meb.nl/IB-teksten/h20601.pdf>
13. CBO. (2008). Richtlijn medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling. Utrecht.
14. Bloemendal E., Weenink J., Harmsen M. *et al.* (2011). *Naleving van Nederlandse richtlijnen: een systematische review.* Utrecht: Nivel.
15. Lugtenberg M., Zegers-Schaik J.M. van, Westert G.P. *et al.* (2009). *Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners.* Implementation Science, 4, 1-9.
16. Elmir R., Schmied V., Wilkes L. *et al.* (2010). *Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography.* Journal of Advanced Nursing, 66, 2142-2153.
17. Hodnett E.D. (2002). *Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review.* American Journal of Obstetrics and Gynecology, 186, 160-72.
18. Nieuwenhuijze M.J., Korstjens I., de Jongen A. *et al.* (2014). *On speaking terms: a Delphi study on shared decision-making in maternity care.* BMC Pregnancy and Childbirth, 14, 223.

Samenvatting

Doel van dit onderzoek was het inventariseren van de wijze waarop de SOP-remifentanyl-PCA in de dagelijkse praktijk in Nederland gevolgd wordt. Daartoe werd een kwantitatief observationeel onderzoek uitgevoerd. In 82 ziekenhuizen in Nederland werd een vragenlijst afgenomen waarbij de SOP als leidraad werd gebruikt. Tussen januari en oktober 2017 werd het onderzoek uitgevoerd. Er was een respons van 100%. Gevonden werd dat de *Standard Operating Procedure* Remifentanyl *Patient-controlled Analgesia* niet strikt werd nageleefd in Nederland. De voornaamste punten die niet werden nageleefd betroffen scholing van het personeel, de counseling omtrent het gebruik van remifentanyl bij zwangeren, de indicatiestelling voor het gebruik waarbij er veelal een vrije keuze was voor de patiënt, de manier van toediening waarbij een verhoging of verlaging van de bolus mogelijk moest zijn of consistent diende te gebeuren, en de duur van de observatie en monitoring van de patiënt na de start van de remifentanyl.

Trefwoorden

Remifentanil, verloskunde, *standard operating procedure*, protocolnaleving

Summary

The aim of this study was to make an inventarisation of the protocol compliance and implementation of the Standard Operating Procedure Remifentanil Patient-controlled Analgesia in The Netherlands. A quantitative observational study was performed. A community survey was conducted in all 82 hospitals in The Netherlands which provide obstetric care. All hospitals were approached between January 1 and October 4, 2017 with a 100% response. This study shows that the Standard Operating Procedure Remifentanil Patient-controlled Analgesia was used strictly met in The Netherlands. The main points that were not complied with,

were education of the obstetrical caregivers, counselling of the patient, often a free choice for remifentanil, the way of administration where an increase or decrease needs to be possible and consistent, and the duration of observation and monitoring of the patient after the start of remifentanil.

Keywords

Remifentanil, obstetrics, standard operating procedure, protocol compliance

Contact

E.E.J.N. Hoenen e.hoenen@zuyderland.nl

Verklaring van belangenverstrengeling

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

NTOG milieuvriendelijker verpakt

Redactie en uitgever van het NTOG willen een bijdrage leveren aan het verantwoord omgaan met het milieu. Daarom worden de resterende nummers van het NTOG jaargang 2018 verpakt in zogeheten '*biobased plastic*': plastic dat gemaakt is van hernieuwbare grondstoffen en dus niet van fossiele grondstof. Dit plastic is niet biologisch afbreekbaar. Lezers van NTOG worden daarom verzocht de verpakking bij het plastic- of PMD-afval te gooien. Het kan dan worden gebruikt om nieuw plastic van te maken.

We hebben niet gekozen voor biologisch afbreekbaar (composteerbaar) plastic is omdat dat plastic pas afgebroken is na twaalf weken in een industriële composteerinstallatie. De composteerinstallaties in Nederland verwerken GFT-afval in een proces van twee weken: niet lang genoeg voor composteerbaar plastic. Zit biologisch afbreekbaar plastic bij het GFT-afval dan is dat in de vorm van kleine snippers plastic in de compost terug te vinden. Op een composthoop duurt het afbreekproces tientallen jaren. Gooi de verpakking van het NTOG dus NIET bij het GFT of op uw composthoop!

Verzenden zonder verpakking is voor het milieu het beste. Daarom in de binnenkort te houden lezers-enquête een vraag daarover.

Commentaar op artikel 'Naleving SOP-remifentanil'



drs. L. Freeman gynaecoloog-perinatoloog Ikazia Ziekenhuis, Rotterdam

dr. B.C Jacod gynaecoloog Radboudumc, Nijmegen

drs. I.C.M. Beenackers anesthesioloog UMC Utrecht

drs. F. Klerk anesthesioloog Diaconessenhuis Utrecht

Remifentanil heeft als pijnstilling een meerwaarde in het aanbod wat er is, binnen de obstetrie in Nederlandse ziekenhuizen. Het moet echter wel veilig toegediend worden. Om deze reden is een SOP voor het gebruik van remifentanil tijdens de bevalling opgesteld door de NVOG, NVA, KNOV en NVZA, op verzoek van de IGJ. Deze studie signaleert dat remifentanil PCA niet altijd wordt toegepast binnen de gestelde kaders zoals omschreven in de SOP en dus een potentieel groot probleem rondom de veiligheid van toediening van remifentanil.

In de door auteurs beschreven bevindingen zijn drie thema's te onderscheiden. Het eerste is de indicatiestelling/keuzevrijheid. Belangrijke punten hierbij zijn volledige en objectieve counseling, het beschikbaar zijn van alle gegevens zoals het off-label use en ontbreken van informatie over langetermijneffecten maar ook de werkzaamheid ten opzichte van andere vormen van pijnstilling. In de te ontwikkelen *update* van de richtlijn zal aandacht worden besteed aan het indicatiengebied van remifentanil (en dus ook van vrije pijnstillingskeuze) en objectieve patiëntinformatie. De verwachting is dat de scholings- en veiligheidseisen die nu beschreven staan in de SOP met de komst van de nieuwe richtlijn niet zullen veranderen.

Het tweede is de praktijkvariatie in toedieningsdosering en het opvolgen van de adviezen bij bijwerkingen. De doseringsadviezen in de SOP zijn opgesteld omdat bij een te hoge concentratie van de medicatie en/of bij niet goed functionerende perfusorpompen de risico's voor de vrouw te groot zijn. Dit zijn aspecten die makkelijk aangepast kunnen worden in een lokaal protocol. Het is heel goed te verdedigen om praktijkvariatie te willen bestrijden op basis van beschikbare *evidence*. Het niet verlagen van de bolusdosering om te stoppen met de pomp bij desaturatie levert niet acceptabel risico voor de vrouw op. Ons inziens zouden er op de diverse verlosafdelingen noodkaarten aanwezig moeten zijn met daarin beschreven hoe te handelen bij cardiorespiratoire bijwerkingen. En de organisatie zal zo moeten worden ingericht dat hierop toegezien kan worden.

Als laatste de inzet van geschoold personeel. In het merendeel van de ziekenhuizen is er de voorgescreven een-op-een-bewaking. Echter, niet in alle gevallen door een arts wanneer dat wel geadviseerd wordt. De reden dat dit zo'n belangrijk punt is, is dat hypoventilatie of ademhalingsdepressie pas na enige tijd gevolgd wordt door desaturatie. De beste bewaking zou dus eigenlijk continue monitoring

van de ademhalingsdiepte en -frequentie zijn. Als de scholing van personeel daadwerkelijk in minder dan 50% voldoet aan de aanbevelingen is dit een zeer zorgelijk punt.

Naast respiratoire bijwerkingen die frequent voorkomen zijn er in de literatuur ook een vijftal ernstige complicaties van cardiorespiratoire arrest beschreven. Indien deze optreden bij gebruik in Nederland zouden deze centraal geregistreerd moeten worden, bijvoorbeeld door te melden als calamiteit bij de IGJ of via de Nethoss. Dit zou in een breder kader getrokken kunnen worden om ernstige complicaties van pijnstilling rondom de bevalling te registreren.

Een ander zeer belangrijk punt is het feit dat uit onderzoek blijkt dat protocolnaleving negatief werd beïnvloed door (een tekort aan) samenwerking met andere zorgprofessionals. Goede samenwerking tussen verloskundige professionals en anesthesiologen komt informatievoorziening richting de barenden ten goede en anesthesiologen kunnen een zeer belangrijke rol spelen in het bewust worden van risico's omtrent het toedienen van analgesie op de verloskamers, het scholen in bewaking en hoe te reageren op complicaties.

Logische vervolgstappen zijn nu het uitvoeren van implementatie-onderzoek om knelpunten te identificeren in naleving van de SOP om deze te verbeteren, zoals ook voorgesteld door de auteurs. Hierin lijkt een belangrijke rol weggelegd voor de beroepsverenigingen (NVOG en NVA) en de IGJ. De beroepsverenigingen informeerden hun achterban reeds in maart 2018 over de bevindingen van dit onderzoek met het dringende advies te kijken hoe de toediening van remifentanil lokaal geregeld is. Dit artikel is op zijn minst een oproep aan allen die remifentanil tijdens de bevalling aanbieden om zijn eigen scholing en naleving van SOP/lokaal protocol onder de loep te nemen.

Ectopisch mammaweefsel op de vulva

Mamma! Wat heb ik op mijn schaamlip?

drs. J.D. Nieuwstad *destijds anios gynaecologie, HagaZiekenhuis, Den Haag, thans Ikazia Ziekenhuis, Rotterdam*

drs. L.L. Tullenaar *destijds anios gynaecologie, HagaZiekenhuis, Den Haag, thans haio, Erasmus MC, Rotterdam*

drs. J.S. van der Laan *patholoog HagaZiekenhuis, Den Haag*

dr. W. Kolkman *gynaecoloog HagaZiekenhuis, Den Haag*

Ectopisch mammaweefsel van de vulva is een zeldzaam fenomeen dat slechts in casus beschreven wordt. Oorspronkelijk afkomstig uit de melklijsten, die niet in regressie zijn gegaan, kan aberrant mammaweefsel van oksel tot vulva voorkomen.¹ Het doorgaans benigne weefsel wordt veelal ontdekt in de pubertijd of bij zwangere en lacterende vrouwen.² Desalniettemin kan dit vulvaire mammaweefsel zich maligne ontaarden.² Wij bespreken een casus met benigne ectopisch mammaweefsel van de vulva.

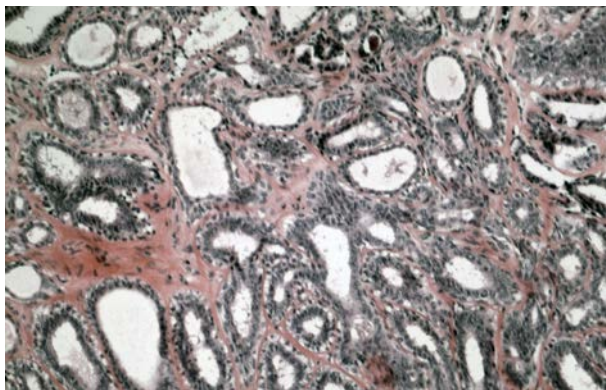
Casus

Een 50-jarige patiënte werd gezien op de polikliniek gynaecologie in verband met controle van een intra-uterien device bij bekende uterus myomatosis. Patiënte gaf aan al langere

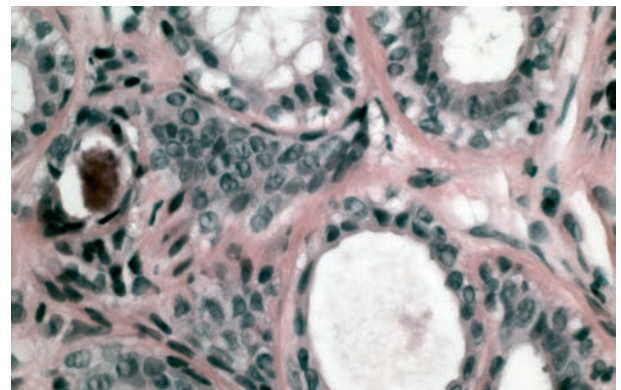
tijd een symptoomloze en pijnloze zwelling op de buitenzijde van het rechter labium majus bemerkt te hebben. Bij onderzoek werd een oppervlakkige subcutane zwelling gezien met benigne kenmerken zonder huidafwijkingen mogelijk passend bij een atheroomcyste. De laesie werd op de poliklinische operatiekamer verwijderd en () ingestuurd voor histopathologisch onderzoek. Uit pathologische analyse bleek de laesie ectopisch mammaweefsel te betreffen zonder tekenen van maligniteit (afbeeldingen 1 en 2; afbeelding 3 toont ter vergelijking een 'normaal' vulvafibrooom). Een biopsie van een zwelling in de linker mamma toonde een fibroadenoom, waarbij een mammacarcinoom werd uitgesloten.

Beschouwing

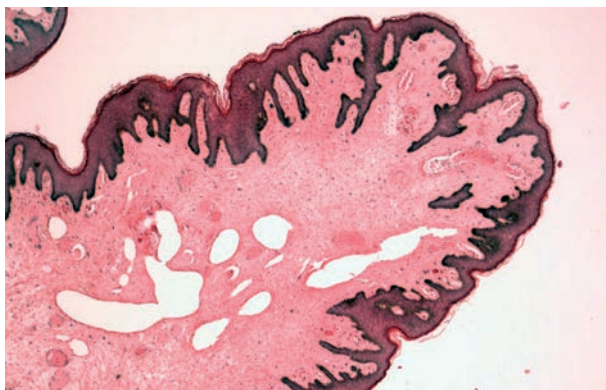
Ectopisch mammaweefsel is geen onbekend fenomeen. De



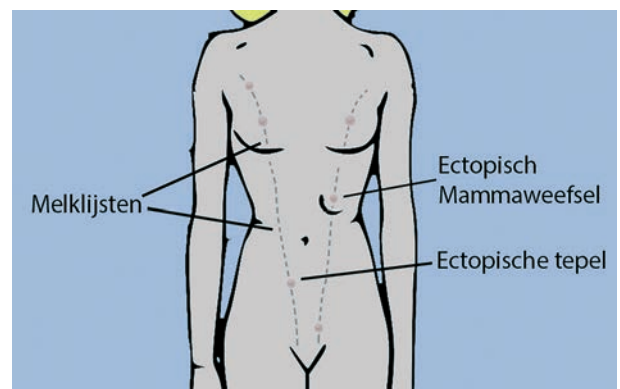
Afb. 1. Ectopisch mammaweefsel met calcificaties. (100x)



Afb. 2. Ectopisch mammaweefsel met calcificaties. (400x)



Afb. 3. Normaal vulvafibrooom: poliepeus weefselfragment met verbrede epidermis zonder huidadnex-structuren. (25x)



Afb. 4. Melklijsten waar ectopisch mammaweefsel kan voorkomen.

prevalentie ligt tussen de 2-6% bij de vrouwen en 1-3% bij mannen.⁴ Ectopisch mammaweefsel kan worden onderscheiden in additief borstweefsel (polymastie) of tepel (polythelie).

De oorsprong en de locatie van het accessoire mammaweefsel wordt verklaard uit de embryogenese. Al tijdens de vijfde week van de embryonale fase vormen zich twee verdikte ventrale banden, de zogenoemde melklijsen. Deze melklijsen lopen van axillair tot in de liesstreek (afb. 4). Deze lijnen bevatten primitief mammaweefsel. Dit verklaart de dubbele rij tepels met achtergelegen mammaweefsel bij zoogdier-soorten die grote meerlingen werpen en moeten voeden, zoals bijvoorbeeld honden, katten en varkens. Bij de mens gaat het weefsel van de melklijsen doorgaans in spontane regressie, behalve ter plaatse van de borst. Het uitblijven van regressie leidt, door onbekende oorzaak, tot accessoir mammaweefsel of tepelvorming.¹

Aberrant mammaweefsel kan voorkomen over het gehele traject van de originele melklijsen. De meest voorkomende locaties zijn op de thorax, vlak onder het normale mammaweefsel, en in de axilla.¹ Vulvair ectopisch mammaweefsel is zeldzamer. De eerst beschreven casus van vulvair mammaweefsel stamt uit 1875. In deze casus werd een lacterende vrouw met een tumor ter grootte van een kippenei beschreven. Deze ging uit van het linker labium majus en na verwijdering werd het geïdentificeerd als surnumerair mammaweefsel van de vulva.⁵ Hierna werden nog enkele casus beschreven over dit onderwerp, variërend van vulvaire tepels, lacterend vulvair weefsel en ectopisch fibroadenoom.⁶

Kajava ontwikkelde een classificatie voor ectopisch mammaweefsel, afhankelijk van de aanwezigheid van areola, tepel of mammaweefsel (tabel 1).² Onder invloed van hormonen wordt het mammaweefsel vaak pas herkend in de puberteit, tijdens de zwangerschap of lactatieperiode. Vulvair mammaweefsel kan dezelfde pathologische veranderingen ondergaan als normaal mammaweefsel. Tijdens de lactatieperiode kan het weefsel groeien of opzwellen en melkachtige uitvloed geven. In het weefsel kunnen veranderingen plaatsvinden zoals fibrotische veranderingen, maar ook bindweefsel tumoren, waarbij zowel benigne fibroadenomen, als maligne ontaarding worden beschreven.^{7,8}

Belangrijk is het herkennen van maligne ontaard ectopisch weefsel. Mammacarcinoom in accessoir weefsel is zeldzaam, 0,2 - 0,6% van alle gevallen van borstkanker.^{3,9} In een recente review werden 26 casus gerapporteerd waarin invasief ductaal carcinoom werd beschreven, uitgaande van accessoir borstweefsel.^{8,10-12} Symptomen begonnen, veelal in derde levensfase, met pijn, ulceratie en zwelling.

Bij het verwijderen van een voor ectopisch mammaweefsel verdachte laesie is complete resectie van belang, vanwege de kleine kans op maligne ontaarding. Door de atypische locatie van het mammacarcinoom kan er vertraging ontstaan in het

Tabel 1: Classificatie voor ectopisch mammaweefsel

Klasse	Klinisch beeld
1	Gehele borst met tepel, areola en mammaweefsel
2	Tepel en mammaweefsel zonder areola
3	Areola en mammaweefsel
4	Alleen mammaweefsel
5	Areola en tepel, zonder mammaweefsel
6	Alleen tepel (polythelie)
7	Alleen areola (polythelia areolaris)
8	Alleen haar (polythelia pilosa)

stellen van de diagnose. De behandeling van primair mamma carcinoom op de vulva is overeenkomstig met die van het mammacarcinoom uitgaande van de borst, en afhankelijk van de tumor karakteristieken, resectie marges en de histologie.¹³

Conclusie

Een zwelling op het labium heeft een brede differentiaal diagnose. Een zeldzame oorzaak is primair ectopisch mammaweefsel. Bij verdenking op ectopisch mammaweefsel dient altijd gedacht te worden aan het lage risico op maligne ontaarding.

Referenties

1. Bland K.I., Copeland E.M., Klimberg S.V. *et al. The Breast; Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases*. Chapter 3: Breast physiology, normal and abnormal development and function ed.
2. Kalyani R., Srinivas M.V. & Veda P. *Vulval fibroadenoma - a report of two cases with review of literature*. Int J Biomed Sci 2014 Jun;10(2):143-145.
3. Bröker M.E., Brekken J.A., Reijnen M.P.J. *et al. Mammacarcinoom in een accessoire borst*. Ned Tijdschr Geneesk. 2011;155:A3638.
4. Giron G.L., Friedman I. & Feldman S. *Lobular carcinoma in ectopic axillary breast tissue*. Am Surg 2004 Apr;70(4):312-315.
5. Williams W.R. *A monograph on Diseases of the Breast*. 1895; John Bale and Sonds, London.
6. Mak C.T., Veras E. & Loveless M.B. *Supernumerary nipple presenting as a vulvar mass in an adolescent: case report and literature review*. J Pediatr Adolesc Gynecol 2009 Aug;22(4):e41-4.
7. Zhang Z., Wang G., Jiang J. *et al. Ectopic mammary tissue as a vulvar mass in a lactating woman*. Breast J 2014 Jan-Feb;20(1):91-92.
8. Mak C.T., Veras E. & Loveless M.B. *Supernumerary nipple presenting as a vulvar mass in an adolescent: case report and literature review*. J Pediatr Adolesc Gynecol 2009 Aug;22(4):e41-4.
9. Visconti G., Eltahir Y., Van Ginkel R.J. *et al. Approach and management of primary ectopic breast carcinoma in the axilla: where are we? A comprehensive historical literature review*. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2011 Jan;64(1):e1-11.
10. Kazakov D.V., Spagnolo D.V., Kacerovska D. *et al. Cutaneous type adnexal tumors outside the skin*. Am J Dermatopathol 2011 May;33(3):303-315.
11. Benito V., Arribas S., Martinez D. *et al. Metastatic adenocarcinoma of mammary-like glands of the vulva successfully treated with surgery and hormonal therapy*. J Obstet Gynaecol Res 2013 Jan;39(1):450-454.
12. Butler B. & Leath C.A. & Barnett J.C. *Primary invasive breast carcinoma arising in mammary-like glands of the vulva managed with excision and sentinel lymph node biopsy*. Gynecol Oncol Case Rep 2013 Sep 12;7:7-9.
13. Lopes A., St Louis J., Balancin M.L. *et al. A Rare Presentation of Primary Breast Carcinoma in the Vulva: A Case Report and Literature Review*. Clin Breast Cancer 2017 Jun 23.

Summary

The prevalence of ectopic breast tissue in women is between 2-6%. Originally derived from the mammary ridges, ectopic mammary tissue may occur from axilla to vulva. Aberrant vulvar breast tissue is rare and has only been described in case reports. Swelling of the labia is usually benign and is often discovered in puberty or in pregnant or lactating women. The change to malignant degeneration should always be considered. Pain, ulceration and swelling may indicate malignant degeneration. Given this small chance of developing a malignancy, complete resection of the lesion is of importance.

Keywords

Ectopic breast tissue, Vulva, Labium, Mammary ridges

Contact

J. Nieuwstad
anios gynaecologie Ikazia Ziekenhuis, Rotterdam
j.nieuwstad@ikazia.nl of joostnieuwstad@gmail.com
t 0618547668

Verklaring van belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van financiële belangenverstrengeling

Embolisatie bij een vulvahematoom postpartum

drs. D.P.A. van den Nouland *anios gynaecologie Zuyderland MC, thans VieCuri MC*

drs. L.C.M. Amkreutz *gynaecoloog Zuyderland Medisch Centrum, thans JGZ arts*

dr. K.J. Notten *anios gynaecologie Zuyderland MC, thans Radboud UMC*

dr. M.J.F. Haagmans *Radioloog Zuyderland MC*

dr. N.A.C. Smeets *gynaecoloog Zuyderland MC*

Een vulvahematoom postpartum is een zeldzame en mogelijk ernstige complicatie die kan leiden tot een vitale bloeding. Wij beschrijven een casus waarbij embolisatie van de arteria pudenda noodzakelijk is geweest ter stabilisatie van de patiënte. Daarnaast geven we een overzicht van de pathofysiologie, diagnostiek en verschillende behandelmethoden met een beschrijving van op welk moment welke behandeling overwogen kan worden.

Casuïstiek

Een 30-jarige primipara werd postpartum ingestuurd vanwege een hematoom van het linker labium majus. Zij was thuis bevallen van een zoon met een gewicht van 3340 gram. Placenta en vliezen werden compleet en spontaan geboren. Een tweedegraadsruptuur werd gehecht en het geschatte bloedverlies bedroeg 250cc. Ongeveer een uur postpartum

werd een kleine zwelling van het linker labium bemerkt met daarbij een zwelling ter hoogte van de ruptuur, die 2,5 uur postpartum de grootte had van een tennisbal. Patiënte werd ter evaluatie ingestuurd.

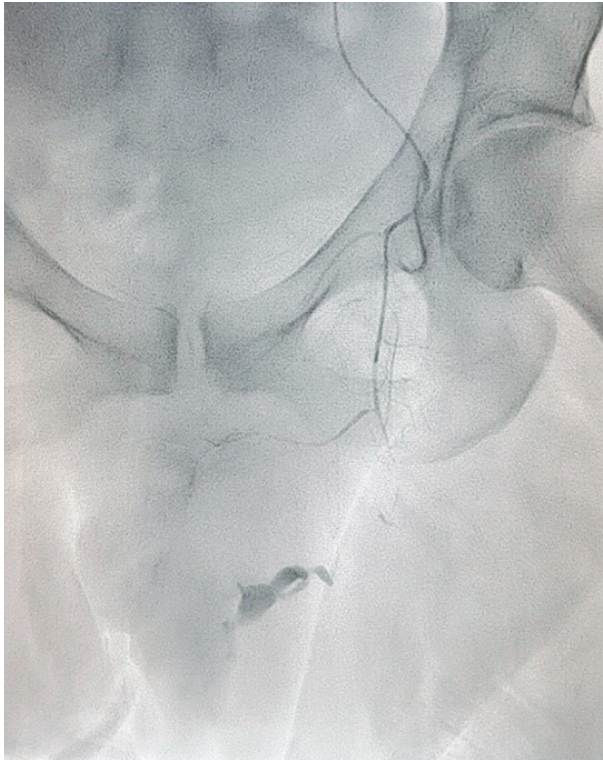
Wij zagen een patiënte met veel pijn, met een vulvahematoom links van de symfyse tot de bil (afb. 1). Het hemoglobinegehalte bedroeg 7,3 mmol/L. Gezien de hevige pijnklachten en groei van het hematoom, werd besloten het hematoom op de operatiekamer te exploreren. We openden de ruptuur, maar vonden geen actieve bloeding. Na overleg met de interventieradioloog werd de kans klein geacht middels een angiogram een actieve bloeding te vinden. De ruptuur werd opnieuw gehecht en we besloten de vagina te tamponeren en te observeren om, bij onvoldoende effect, een CT-scan te maken. Het postoperatief hemoglobinegehalte bedroeg 6,1 mmol/L.



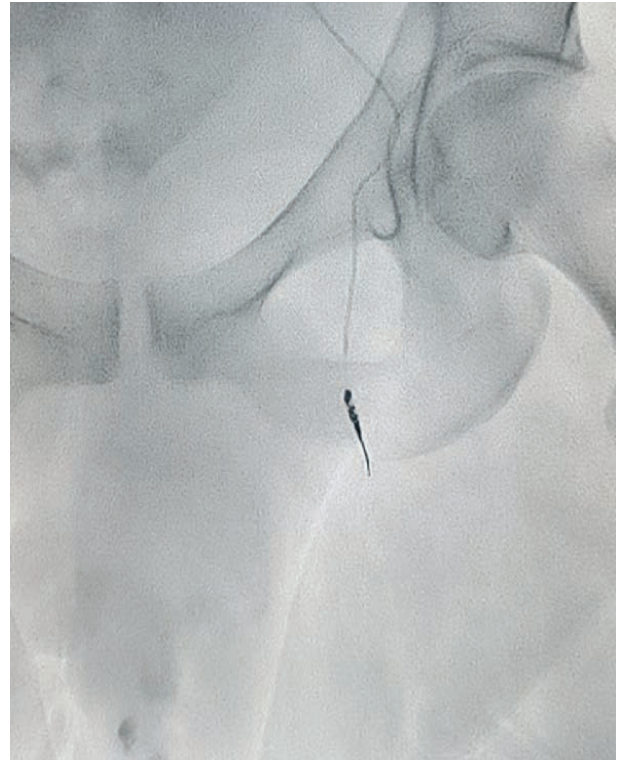
Afb. 1.



Afb. 2.



Afb. 3a.



Afb. 3b.

De eerste uren bleef het klinisch beeld stabiel en was de pijn onder controle. Vier uur later had patiënte, ondanks pijnstilling middels paracetamol, NSAID's en morfinepreparaten, extreme pijn vulvair en werd bij inspectie een evidente toename van het vulvahematoom gezien waarbij nu ook het rechter labium majus fors gezwollen was (afb. 2). Vanwege de pijn werd besloten tot epidurale analgesie. Het hemoglobinegehalte was op dat moment gedaald naar 5,5 mmol/L. Er werd een CT-angiogram gemaakt die een actieve arteriële bloeding liet zien, met onduidelijke origine.

In overleg met de interventieradioloog besloten we tot katheterisatie. Er werd een *cross-over* benadering gedaan vanuit de rechter lies, waarna een superselectieve katheterisatie van een aftakking van de arteria iliaca interna volgde. Een duidelijke bloeding was zichtbaar in een aftakking van de arteria pudenda die met een microkatheter zo selectief en distaal mogelijk werd geoculeerd met twee *microcoils*. Op de controlefoto's werd een volledige occlusie gezien (afbeeldingen 3a en 3b).

Patiënte kreeg twee eenheden erytrocytenconcentraat en er werd gestart met augmentin 1200 mg i.v. Gedurende het gehele traject bleef patiënte hemodynamisch stabiel.

Twee dagen later (>48 uur) werd patiënte opnieuw naar de operatiekamer gebracht voor het uitruimen en ontlasten van het hematoom vanwege aanhoudende hevige pijnklachten a. We maakten een incisie op de plek waar (echografisch) de huid het dunst leek. Tijdens deze ingreep werd ongeveer 400cc aan stolsels verwijderd. Ter hemostase en antibiotische behandeling lieten we garacolgazen (gazen met gentamycine) achter.

Een dag na het uitruimen van het hematoom werd de epidurale analgesie gestaakt; hierna konden de verblijfskatheter en vaginale tampon verwijderd worden. Patiënte liet daarna een goed postoperatief herstel zien en kon na een opname van zes dagen uit het ziekenhuis worden ontslagen. De pijnklachten waren onder controle met paracetamol en diclofenac. De zwelling was evident minder. Augmentin oraal werd in totaal 14 dagen gecontinueerd. Bij poliklinische nacontrole liet patiënte een volledig herstel zien.

Beschouwing

Pathofysiologie

Postpartum hematomen hebben een incidentie tussen 1:300 en 1:1500 partus.¹ Ze kunnen op verschillende locaties voorkomen: o.a. vulvair, vaginaal, abdominaal of retroperitoneaal. Bekende risicofactoren zijn een episiotomie (85-93% van de gevallen), nullipariteit en geboortegewicht >4000 gram.² Het vulvahematoom wordt meestal veroorzaakt door schade aan een aftakking van de arteria pudenda.

Diagnostiek

Symptomen ontwikkelen zich doorgaans in de eerste 24 uur postpartum en variëren, afhankelijk van de locatie en grootte van het hematoom. Vulvahematomen geven meestal een hevige pijn die in korte tijd ontstaat, vanwege een gespannen massa onder de huid. Daarbij is vaak een paarse verkleuring te zien.

Beeldvorming in de vorm van echografie, CT of angiogram is niet altijd noodzakelijk. Soms kan het behulpzaam zijn in het bepalen van de grootte en precieze locatie en om vast te stellen of het hematoom zich (retroperitoneaal) uitbreidt.

Behandeling

Wat betreft de behandeling van een postpartum hematoom zijn er drie verschillende benaderingen: (1) conservatief met goede observatie en pijnstilling, (2) chirurgische interventie en (3) selectieve arteriële embolisatie.¹ Bij kleinere hematomen (<3 cm) die geen of weinig groei vertonen kan een expectatief beleid worden gevoerd. Over het algemeen zullen deze spontaan resorberen. Expectatief beleid bij grotere hematomen kan leiden tot lokale infectie, sepsis en necrose, waardoor chirurgische interventie of arteriële embolisatie overwogen moet worden.¹ Bij een hemodynamisch instabiele patiënt of een hematoom dat niet te stabiliseren is, zal ingegrepen moeten worden. Bij de keuze voor chirurgische interventie wordt een incisie gemaakt in het hematoom waarna de stolsels worden verwijderd. Indien een actieve bloeding wordt gezien, wordt deze uiteraard gestelpt en overhecht. Meestal zal echter geen solitair bloedend vat worden gevonden, maar enkel difuus veneuze lekkage. Na het sluiten van de wond kan overwogen worden om druk op het wondbed uit te oefenen gedurende 12 uur d.m.v. een infuuszak en/of vaginale tamponnade. Dit kan een recidief hematoom voorkomen. Arteriële embolisatie kan overwogen worden indien geen lokale hemostase kan worden verkregen of er sprake is van hemodynamische instabiliteit, waarbij een actieve bloeding op de CT-angiografie zichtbaar is.³ Embolisatie heeft een succespercentage van 88% en kan ook gebruikt worden in combinatie met chirurgische interventie.⁴ Daarnaast dient patiënte hemodynamisch bewaakt te worden, inclusief de stollingsstatus, omdat er ongemerkt meer bloedverlies naar het retroperitoneum kan optreden.

Een hematoom kan leiden tot infectie of abscesvorming, daarom wordt geadviseerd patiënten met een vulvahematoom een breedspectrum antibiotica toe te dienen.¹ Over de duur van deze antibiotica bestaat echter nog geen consensus.

Conclusie

In bovenstaand *case-report* beschrijven wij een casus van een 30-jarige primipara met een vulvahematoom postpartum. Zij onderging een succesvolle *coiling* van de arteria pudenda, waarna het hematoom werd uitgeruimd. Patiënte kende een goed postoperatief herstel.

Literatuur

1. You, Whitney B MD, e.a., *Postpartum Hemorrhage: Abnormally adherent placenta, uterine inversion, and puerperal hematomas*, *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2006 Mar;49:184-197
2. Guerriero, Ajossa, e.a. *Puerperal Vulvovaginal Hematoma: Sonographic findings with MRI correlation*. *J Clin Ultrasound*, 2004 Oct;32:415-8
3. Gentric, Koch e.a., *Diagnosis and Management of puerperal Hematomas: two cases*, *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2013 Aug;36:1174-6
4. Deux, Bazot, e.a., *Is selective embolization of uterine arteries a safe alternative to hysterectomy in patients with postpartum hemorrhage?*, *AJR AM J Roentgenol*, 2001 Jul;177:145-9

Samenvatting

Een 30-jarige primipara was thuis spontaan bevallen. Postpartum werd zij ingestuurd in verband met een vulvahematoom. Er werd een dieper gelegen bloeding achter de intacte vaginawand gezien waarna getamponneerd werd in een poging om tot haemostase te komen. Na ogenschijnlijke stabilisatie, trad er toch uitbreiding van het hematoom op gevolgd door een Hb-daling. Een CT angiogram liet een actieve bloeding van de arteria pudenda zien. Er vond een katheterisatie plaats, waarbij met succes twee coils werden geplaatst. Het hematoom werd 48 uur later op OK geïncideerd waarbij ongeveer 400cc aan stolsels werd uitgeruimd. Patiënte kende daarna een goed herstel. In de beschouwing bieden we een overzicht van de pathofysiologie, diagnostiek en verschillende behandelmethoden met een beschrijving van op welk moment welke behandeling overwogen kan worden.

Trefwoorden

Vulvahematoom, postpartum, embolisatie

Summary

After her first delivery, a thirty-year-old patient was referred because of a vulvar hematoma. In the operating theater, the closed second-degree rupture was opened and

it was evident that there was a bleeding behind the intact vaginal wall. The vagina was tamponaded in an attempt to achieve haemostasis. After apparent stabilization, there was an expansion of the hematoma followed by a decrease in the patients' hemoglobin levels. A CT-angiogram showed an active bleeding of the pudendal artery and two coils were placed successfully. 48 Hours later, the hematoma was incised to evacuate approximately 400cc of blood clots. The patient recovered well. In the review we offer an overview of the pathophysiology, diagnostic tools and different treatment methods with a description of what treatment can be considered at what moment.

Keywords

Puerperal vulvar hematoma, embolization

Contact

drs. D.P.A. van den Nouland,
destijds ANIOS gynaecologie Zuyderland Medisch Centrum,
thans ANIOS gynaecologie VieCuri Medisch Centrum.
dvdnouland@viecuri.nl

Verklaring van belangenverstrengeling

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



Mieke Kerkhof

'Het knopje van welbehagen'

Annie de Rooij aka Paul de Leeuw

Als kind zat ik graag op een stofzuiger of centrifuge. Het werd mij verboden, maar steeds sprong ik er weer op. Als ik informeerde waarom het niet mocht, werd er gezegd dat het 'zinnelijk' was. Ik had geen idee wat het betekende, maar vermoedde wel dat het iets met onfatsoen te maken had. Des duivels. Op de middelbare school vertelde een loslippig vriendinnetje dat ze altijd 'klaarkwam' als ze op de brommer van Vriezenveen naar Almelo rammelde.

Toen ik gynaecoloog werd, vertrouwde tante Louise mij toe dat ze in bed tekort geschoten was.

'Jouw oom Harry heeft weinig aan me gehad,' zei ze. Toen ze oma was, las ze tijdens het oppassen op haar kleinkinderen het Vrouwenlijfboek. Ze had het bij haar dochter in de kast gevonden. Ze vernam over het orgasme van de vrouw. Nooit had ze het aan haar eigen lijve ondervonden.

Hoe goed is het dat Uitgeverij Nieuw Amsterdam 'Het Clitorisboek' heeft uitgebracht. Alexandra Hubin (psycholoog en sexuoloog) en Caroline Michel (journalist) schreven het. De oorspronkelijke titel luidt *Entre mes lèvres, mon clitoris*. Marieke van Laake tekende voor de vertaling. Ik heb Marieke nooit in levende lijve gezien, maar had, als medisch-technisch adviseur van het boek, een wilde emailwisseling over de diverse aspecten van het vrouwelijk genotsorgaan.

De uitgever probeerde het boek onder de aandacht te brengen van de boekhandelaren. Aanvankelijk was er weinig belangstelling, want 'men had het penisboek al in de verkoop.' De spijker op zijn kop! Hoe bizar is het, dat men zijn wenkbrauwen optrekt bij het horen van de titel. Talkshows willen het boek niet promoten, het zou 'te prikkelend' zijn. Alleen *Het Parool* heeft het aangedurfd om er aandacht aan te besteden. En nu dus het NTOG. 14 september j.l. was ik bij Ruud de Wild, live op Radio 2. Ik ben namelijk ambassadeur van het boek. Ruud wist van tevoren dat ik serieuze vragen wilde en geen onderbroekenlol. Toch stelde hij vast dat iedere vrouw 'haar doucheputje' gespoeld wilde hebben, in plaats van gefriemel aan de kittelaar.

De clitoris is een ondergewaardeerd orgaan. Bovendien wordt de vrouwelijke seksualiteit gediscrimineerd. Als mannen een clitoris hadden gehad, zouden ze erom strijden wie de grootste had en 'm eindeloos hebben nagetekend op de deuren van het middelbareschooltoilet.



Het Clitorisboek staat bomvol interessante onthullingen en maakt een einde aan veel geaccepteerde ideeën over seksualiteit: dat ontspanning de enige sleutel tot plezier zou zijn en een goed orgasme afhankelijk is van de knowhow van de bedpartner. Al deze overtuigingen suggereren dat er zoiets als een handleiding is en werken voor veel vrouwen afremmend.

Het Clitorisboek is fris en grappig geschreven, bevat geen recept voor een goed seksleven, maar biedt wel nieuwe inzichten en aanknopingspunten, waarmee vrouwen hun eigen seksualiteit opnieuw kunnen uitvinden. Jammer dat tante Louise en Oom Harry onder de groene zoden liggen, nu dit limpide boek verschenen is. Ik beveel het boek van harte aan en wens u veel leesgenot.

Het Clitorisboek

Alexandra Hubin en Caroline Michel

Uitgeverij Nieuw Amsterdam

ISBN 978 90 468 2413 9

Abortus geaccepteerd in Ierland en hoe dat al eerder het geval was in Nederland

dr. C.N.M. Renckens *vrouwenarts n.p.*

Het heeft even geduurd, maar na de overweldigende referendumuitslag van 25 mei in Ierland ten gunste van het recht van de vrouw op een abortus, is de tijd aangebroken dat ook dat katholieke land een fatsoenlijke abortuswetgeving zal krijgen. Het debat was nog fel, met *pro-life* aanhangers, die hun tegenstanders aanmerkten als moordenaars en voor wie gebeden moest worden, terwijl de *pro-choice* aanhangers de tegenstanders als vrouwenhaters betitelden. Er zal nu wetgeving worden voorbereid, die naar verwachting eind 2018 afgerond zal zijn en dan in werking kan treden.¹ Bij het kennismaken van de Ierse ontwikkelingen gingen mijn gedachten terug naar de Nederlandse situatie en hoe dat debat zich hier in de jaren 60 en 70 afspeelde, allereerst in de samenleving, maar evenzeer in de gynaecologische beroepsgroep. Ik zal daarvan hieronder een schets geven en vervolgens als *caput selectum* het heftige debat binnen de afdeling gynaecologie van het AZVU (thans opgegaan in het Amsterdam UMC) beschrijven. Dat was een achterhoedegevecht van ongekende felheid.

Het debat in de samenleving en de beroepsgroep

Tot eind jaren 60 werden de meeste zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd door illegaal opererende en ongeschoolde, veelal vrouwelijke aborteurs, die daarbij gebruik maakten van eivliessteken, vaak met de breinaald, of van de zeepsopspuit, waarmee een chemische abortus werd opgewekt. Infecties kwamen veel voor en op de afdeling gynaecologie van een ziekenhuis als het Wilhelmina Gasthuis lagen in die periode altijd wel vrouwen met pelveoperitonitis als gevolg van de praktijken van de aborteurs. De meeste onge-

plande zwangerschappen leidden destijds tot een gedwongen huwelijk. De medische beroepsgroep beschouwde zwangerschapsafbreking als immoreel en de praktijken van de aborteurs werden 'abortus criminalis' genoemd. Als een arts de ingreep uitvoerde dan heette dat 'abortus arte provocatus' (ook wel abortus provocatus lege artis, APLA) en dat geschiedde officieel alleen als het leven van de vrouw in gevaar was. Gynaecologen die uit mededogen wel eens een zwangerschap afbraken liepen kans op hoge straffen en konden daarnaast rekenen op strenge afkeuring door hun collega's. De afwijzing van abortus door medici en meer speciaal door gynaecologen was gebaseerd op medisch-ethische overwegingen, die niet per se van godsdienstige aard waren. De eed van Hippocrates bevatte een streng verbod op abortus en euthanasie. Eind jaren 60 kwam er in ons land een maatschappelijk debat opgang en een van de hoofddoelstellingen van de tweede feministische golf uit die jaren was het recht op abortus, onder het motto 'baas in eigen buik'. Door het conservatisme van de gynaecologische beroepsgroep werden de eerste openlijk door artsen uitgevoerde abortussen verricht in de toen opgerichte abortusklinieken. Stimezo (Stichting Medisch verantwoorde Zwangerschapsafbreking) werd opgericht in 1969 en opende in 1971 te Arnhem het Mildredhuis, de eerste abortuskliniek in Nederland. De benodigde gelden werden bijeen gebracht met donaties en een inzameling door een VARA tv-programma. In 1975 functioneerden er negen Stimezoklinieken verspreid over het land. De klinieken konden de vraag naar veilige zwangerschapsafbreking echter nauwelijks aan, en abortussen in de kliniek waren ondanks de fondsen-

werving door de stichting nog steeds erg duur. Militante feministen verstoorde in 1975 een gynaecologenvergadering, die toen werd geleid door NVOG-voorzitter Haspels. Schoorvoetend begonnen ook gynaecologen abortussen uit te voeren, waarbij de indicatie moest worden getoetst in zogenaamde abortuscommissies. Deze praktijk was in feite illegaal, maar werd gedoogd door justitie. In 1976 ontstond er in de boezem van het kabinet-Den Uyl (PvdA, D66, PPR, KVP en AR) een conflict over de toelaatbaarheid van de late (12-24 wk) zwangerschapsafbrekingen die in de Heemstedse Bloemenhovekliniek werden uitgevoerd. Minister van Justitie Van Agt wilde deze kliniek laten sluiten, maar toen dit voornemen uitlekte werd de kliniek bezet door zo'n driehonderd vrouwen en zag Van Agt af van zijn voornemen. Abortus tot 13 weken zou niet meer vervolgd worden en een wetswijziging werd voorbereid. Uiteindelijk passeerde het wetsontwerp van de ministers Job de Ruiter (CDA) en Leendert Ginjaar (VVD) met de allerkleinste meerderheden zowel Tweede (18 december 1980) als Eerste Kamer (april 1981). De stemverhoudingen waren resp. 76-74 en 38-37. De Wet op de zwangerschapsafbreking zoals de abortuswet officieel heet, trad in 1984 in werking. Abortus is toegestaan tot en met de 23ste week, er is een vergunningstelsel, er is een verplichte bedenktijd van 5 dagen en jaarlijks moet er een verslag aan de Inspectie worden aangeboden. Tot een amenorroeduur van 6 2/7 week geldt er geen bedenktijd. De IGZ-rapportage over 2016 liet zien dat er in dat jaar in ons land ruim 30.000 zwangerschappen werden afgebroken, waarvan nog 3600 bij buitenlandse vrouwen.² Slechts 8% vindt plaats in een ziekenhuis, de grote meerderheid nog altijd in categorale

abortusklinieken. Ruim 24.000 abortus betreffen een amenorroe tot 13 wk. en 5500 betreffen late abortussen 13-24 wk, waarvan iets minder dan de helft congenitale afwijkingen van de foetus betreft. In de politiek is de zwangerschapsafbreking geen groot issue meer, hoewel de Christen Unie (CU) als deelnemend aan de regeringscoalitie de wetgeving gaarne wenst aan te scherpen, wat D66 zeker zal tegenhouden. Die partij moest reeds afzien van verruiming van de Embryo-wet onder druk van dezelfde CU.³ Wat de gynaecologische beroepsgroep betreft lijkt het vermoeden gewettigd dat de overgrote meerderheid geen bezwaren heeft tegen het uitvoeren van een zwangerschapsafbreking. De overgang van 'anti-abortus' naar het thans vigerende liberale standpunt is echter voor zeer veel gynaecologen uit die generatie een worsteling geweest met het beroepsethos, waarin zij door hun gerespecteerde leermeesters waren opgevoed. Het eigenhandig verrichten van de eerste afbrekingen ging voor velen gepaard met hevige emoties en ambivalentie.⁴

Het conflict in het AZVU of: de zaak Arts

VU-hoogleraar gynaecologie Janssens besprak de abortusproblematiek in 1960 in een studiebundel en daarin nam hij nog het klassieke 'nee, tenzij' standpunt in: alleen abortus als het leven van de vrouw in gevaar is. En hoewel de vrouw zich daarvan niet altijd bewust zal zijn, aldus Janssens, abortus is niets anders dan 'moord met voorbedachten rade'. Janssens' standpunt werd volmondig gedeeld door de hoogleraar en VU-mastodont Lindeboom. Deze laatste zou zijn orthodoxe en aartsconservatieve mening levenslang trouw blijven, hetgeen niet van Janssens kan worden gezegd. Met weinig minder retorische kracht dan Lindeboom in stelling bracht en waarvan wij later nog staaltjes zullen zien, was het Janssens, die in 1973 niet zonder pathos zijn 19 'Stellingen betreffende abortus arte provocatus' aan het AZVU-bestuur aanbod. Daarin viel duidelijk te lezen dat zijn standpunt aanzienlijk liberaler was geworden en dat abortus in het AZVU zou mogen worden uitgevoerd indien er sprake zou zijn van een hoge en concrete nood. Hij kwam dicht

in de buurt van de reeds in 1970 door de VU-theoloog Kuitert uitgesproken mening dat de termen als 'moorden' of 'doden' niet van toepassing waren op de abortus. Kuitert onderschreef de Dolle-Minaslogan 'baas in eigen buik'. Met Lindeboom had Janssens het altijd goed kunnen vinden, maar toen deze vasthield aan zijn afwijzende standpunten inzake abortus (en ook over euthanasie en homoseksualiteit) scheidden hun wegen zich enigszins. Lindeboom kwam steeds meer alleen te staan en nam zijn toevlucht tot fraai gekozen retoriek, onder anderen in zijn *Abortus aan de Vrije Universiteit* uit 1979. Zo vond hij de naam Bloemenhove veel te vriendelijk: er zou in de naamgeving op zijn minst sprake van grafbloemen moeten zijn. Nog verder ging hij toen hij eens stelde dat het ongeboren kind in Nederland thans minder dan vogelvrij is. '*Want het uithalen van nesten van allerlei vogels is niet alleen wettelijk strafbaar (zoals de abortus), maar wordt ook vervolgd*'. (...) '*Buiten de Wet om voltrekken medici de doodstraf voor het jonge ongeboren kind, alleen wegens hun ongewenstheid*'.⁵ Niet gehinderd door persoonlijke ervaring met ongewenst zwangere vrouwen stelde Lindeboom ook dat vrouwen, die voor de derde of vierde maal zwanger waren te horen zouden krijgen: 'Waarom laat je het niet weghalen? Het mag nu toch!'. In de afdeling gynaecologie werden in die periode abortusverzoeken besproken door de arts-assistent, de hoogleraar, een psychiater en de huisarts van de vrouw. Vaak verrichte Janssens zelf de ingreep. In zijn staf was er een viertal dat het 'nee, tenzij' rekkelijk interpreteerde en eveneens een viertal dat principieel abortus bleef afwijzen. Er was ook nog een bijzondere figuur aan de vakgroep verbonden als bijzonder hoogleraar met in zijn leeropdracht alleen wetenschappelijk onderzoek. Deze L.A.M. Stolte was eerder hoogleraar te Nijmegen geweest en was orthodox-katholiek. Hij was in 1966 om redenen die hier nu niet van belang zijn van de Nijmeegse academie verwijderd en verbleef enige tijd in de Verenigde Staten. In 1970 kreeg hij op aandringen van Janssens deze positie, eerst als lector, later als bijzonder hoogleraar. Stolte was een fel tegenstander van abortus (in Nijmegen werden geen

abortus uitgevoerd) en sprak eens uit dat hij abortus een 'daad van geweld' vond en dat hij '*die het zwaard hanteert ook door het zwaard zal omkomen*'.⁶ De AZVU-historiograaf Leo van Bergen oordeelde overigens dat dat orthodoxe geloof van Stolte voor Lindeboom geen extra reden tot benoeming zou zijn geweest.⁷ Begin 1977 verliet Janssens om privéredenen de VU vrij plotseling en aanvaardde een benoeming in Groningen. Begin 1978 werden twee nieuwe hoogleraren benoemd: de 52-jarige katholiek N.F.Th. Arts uit Doetinchem en de 62-jarige J.G. Stolk, tot dan toe werkzaam in het Radboud te Nijmegen. Stolk was Nederlands hervormd, maar werd – gezien zijn vorige werkkring – wel beschouwd als katholiek. In de sollicitatieronde hadden beide kandidaten zich tegenstander van 'vrije abortus' getoond waarbij werd aangetekend dat vooral Arts 'bijzonder afwijzend stond tegenover abortus provocatus'. Stolk deed tijdens zijn aanstelling te Nijmegen geen abortus, maar had dit eerder in zijn eigen praktijk incidenteel wel gedaan. Stolte had deel uitgemaakt van de benoemingscommissie. In de periode tussen het vertrek van Janssens en de intrede van beide nieuwe hoogleraren werden abortusverzoeken op de polikliniek steeds ruimhartiger behandeld en de omslachtige toetsingsprocedure werd verlaten. Met de komst van Arts, aan wie als hoofd van de onderafdeling Verloskunde merkwaaardigerwijs de de abortusportefeuille was toebedeeld, werd de abortus in de VU verboden, zelfs bij aangeboren afwijkingen, hetgeen ertoe leidde dat er ok geen vruchtwaterpuncties meer plaatsvonden. Arts was van mening dat de zeggenschap over dit medisch-ethisch probleem hem als hoofd van de onderafdeling Verloskunde toekwam en alle specialisten kregen van Stolk, hoofd van de Afdeling Verloskunde en Gynaecologie, een brief met die strekking. De eerder genoemde vier specialisten, die in het hoogleraarloze tijdperk de praktijk zoals die onder Janssens was gegroeid, voortgezet hadden, deden hun beklag bij het AZVU-bestuur, dat hen in het gelijk stelde. De verantwoordelijkheid voor het abortusbeleid werd neergelegd bij de woordvoerder van het viertal (Kleinhou) en Arts kreeg zelfs de opdracht er bij

zijn benoemingsbeleid voor te zorgen dat er altijd minimaal vier stafleden zouden moeten zijn die bereid waren abortussen te verrichten. De affaire kreeg veel aandacht in de media, bij de studenten en de vrouwenbeweging. Arts spande vervolgens een kort geding aan tegen het AZVU-bestuur. Op 31 mei 1979 gaf de rechter Arts ongelijk. Abortus bleef toegestaan in het AZVU en zou niet tegen de wil van God zijn. Arts zou ook niet duidelijk hebben kunnen maken, dat hij zich kon laten voorstaan op afspraken gemaakt tijdens de benoemingsprocedure. Arts overwoog nog hoger beroep, maar zag daar uiteindelijk van af omdat de ziekenhuisdirectie elke keer dat er een bed nodig zou zijn voor een abortus, dit zo lang aan zijn verantwoordelijkheid zou onttrekken, waarmee hij voldoende gewetensrust zou hebben.⁸ De *Haagse Post* jubelde dat met deze overwinning van het AZVU-bestuur de 'gereformeerde tolerantie' het gewonnen had van een 'katholieke kongsi'. Volgens Van Bergen was die conclusie al te dрист: er bevonden zich immers aan beide zijden van het debat gereformeerden.

Huidige situatie

De leden van de NVOG werken heden ten dage volgens de '*Richtlijn begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen*', zoals die werd opgesteld door het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA), welke richtlijn tot stand kwam in samenwerking met o.a. de NVOG, de FIOG en het Nederlands Instituut van Psychologen. Het debat over zwangerschapsafbrekingen is daarmee in ons land vrijwel verstomd. Alle ziekenhuizen beschikken over een vergunning, maar de abortushulpverlening speelt zich grotendeels af in de twaalf categorale abortusklinieken, die beheerd worden door stichtingen. Een actuele politieke vraag is momenteel of huisartsen toestemming zullen krijgen de abortuspijl voor te schrijven. In het VUmc werden in 2016 en 2017 resp. één en twee zwangerschapsafbrekingen op sociale indicatie uitgevoerd en de basis-attitude is nog altijd 'nee, tenzij'. Het zeer geringe aantal afbrekingen hangt wellicht ook samen met de beschikbaarheid van een abortuskliniek in de nabijheid. In het RadboudUMC worden om principiële redenen geen zwangerschapsafbrekingen op sociale indicatie uitgevoerd. De

vraag wie er in geval van medisch-ethische dilemma's het laatste woord heeft, het afdelingshoofd, het ziekenhuisbestuur of de individuele arts kan met de beperkte jurisprudentie van de zaak-Arts niet worden beantwoord. De kans overigens dat zo'n debat terzake van abortus provocatus in ons land of in Ierland weer opflakkert is gelukkig gering.

Referenties

1. www.bbc.co.uk/bbcthree/article/d925edfd-b11a-49f1-9f23-4fc86d1a5e86
2. IGJ. *Jaarrapportage 2016 van de Wet afbreking zwangerschap* | januari 2018
3. nos.nl/artikel/2174610-d66-en-christenunie-een-wereld-van-verschillen.html
4. Kloosterman vertelde in een tv-programma over abortus dat zijn hand trilde toen hij zijn eerste abortus deed.
5. Lindeboom, passim. Geciteerd in: Van Lieburg. G.A. Lindeboom (1905-1986), p. 100.
6. Deutekom Peter van. 'Een roomse kongsi tegen gereformeerde tolerantie. Het abortusconflict aan de VU'. *Haagse Post*, 9 juni 1979, p. 8-11.
7. Leo van Bergen. Van genezen in geloof tot geloof in genezen. De medische faculteit van de Vrije Universiteit 1880-2000. Uitg. Veen. 2005. Aan dit boek, geschreven in opdracht van de Pieter van Foreest Stichting, heb ik veel ontleend.
8. Persoonlijke mededeling van prof. Arts, juni 2018.

Samenvatting

Na de overweldigende referendumuitslag van 25 mei in Ierland ten gunste van het recht van de vrouw op een abortus, is de tijd aangebroken dat ook dat katholieke land een fatsoenlijke abortuswetgeving zal krijgen. Er wordt nu wetgeving voorbereid, die naar verwachting eind 2018 in werking kan treden. Het debat in Ierland was nog fel, met 'pro-life' aanhangers, die hun tegenstanders aanmerkten als moordenaars voor wie gebeden moest worden, terwijl de 'pro-choice' aanhangers de tegenstanders als vrouwenhaters betitelden. Dit artikel geeft een terugblik op de Nederlandse decriminalisering van de abortus in de jaren 60 en 70. Wij schetsen het verloop van die ontwikkeling in samenleving en gynaecologische beroepsgroep. Als caput selectum en illustratie van de heftigheid van het debat in ons land geeft het artikel een beschrijving van het conflict destijds binnen de afdeling gynaecologie van het AZVU (thans opgegaan in het Amsterdam UMC). Dat was een achterhoedegevecht van ongekende felheid.

Trefwoorden

Abortus provocatus; Arts; Lindeboom; Janssens; Van Agt; Kuitert

Summary

After the overwhelming referendum result of 25 May in Ireland in favor of women's right to an abortion, the time has come that the Catholic country will also get decent abortion legislation. Legislation is now being prepared, which is expected to enter into force at the end of 2018. The debate in Ireland was still fierce, with 'pro-life' supporters, who labeled their opponents as murderers to be prayed for, while the 'pro-choice' supporters labeled the opponents as misogynists. This article provides a review of the Dutch decriminalization of the abortion in the 1960s and 1970s. We outline the course of this development in society and gynecological professional group. As a caput selectum and illustration of the vehemence of the debate in our country, the article gives a description of the conflict at the time in the department of gynecology of the AZVU (now merged into the Amsterdam UMC). That was a rearguard action of unprecedented ferocity.

Keywords

Abortion; Arts; Lindeboom; Janssens; Van Agt; Kuitert

Contact

dr. Cees Renckens renckens@xs4all.nl



dr. Floor
Vernooij &
dr. Rafli van
de Laar

Eerste trimester medicamenteuze zwangerschapsafbreking mifepriston en misoprostol?

Mifepriston is een steroïd met antiprogestagene werking. Het bindt zich zowel aan de progesteron- als aan de glucorticosteroidreceptor en bereidt het myometrium en de cervix voor op de activiteit van prostaglandinen. Misoprostol is een synthetisch analoon van prostaglandine E1. In de herziene NVOG-richtlijn 'Zwangerschapsafbreking tot 24 weken' uit 2015 staat:

"tijdens het eerste trimester bestaat de medicamenteuze zwangerschapsafbreking uit 200 mg mifepriston per os, 24-48 uur later gevolgd door 800 mcg misoprostol vaginaal, sublinguaal of buccaal. In combinatie zijn beide middelen aantoonbaar effectiever dan monotherapie met misoprostol".

Ondanks deze aanbeveling in de richtlijn wordt in Nederlandse ziekenhuizen in het eerste trimester bij de medicamenteuze zwangerschapsafbreking vaak alleen misoprostol gebruikt. Mogelijk dat een recent gepubliceerde gerandomiseerde studie van Schreiber *et al.* (NEJM, juni 2018)¹ hier verandering in brengt. Vrouwen met een niet-vitale graviditeit tussen 5-12 weken werden gerandomiseerd tussen gebruik van 200 mg mifepriston per os, 24 uur later gevolgd door 800 mcg misoprostol vaginaal (N=149) dan wel alleen 800 mcg misoprostol vaginaal (N=151). Primaire uitkomstmaat was expulsie van het zwangerschapsprodukt na 1 gift 800 mcg misoprostol binnen 30 dagen na behandeling bevestigd door echoscopie uitgevoerd door een geblindeerde onderzoeker. Complete expulsie vond plaats bij 83,3% (95% CI 76,8-89,3) van de vrouwen in de mifepriston groep vs. 67,1% (95% CI 59-74,6) in de groep die alleen misoprostol gebruikte.

Het *number needed to treat* was zes. Morbiditeit in de vorm van bloedtransfusie en infectie was vergelijkbaar in beide groepen. Vrouwen in de mifepristongroep waren wel vaker misselijk, 27% vs 15%. Mogelijk nadeel van de trial was het ontbreken van een

placebo in de groep die alleen met misoprostol werd behandeld, maar de auteurs verklaren dat dit de primaire uitkomstmaat in principe niet kan hebben beïnvloed.

Triple-M-studie

Recent is in Nederland de Triple-M-studie gestart. Deze studie onderzoekt eveneens de toegevoegde waarde van mifepriston bij de eerstetrimester medicamenteuze zwangerschapsafbreking. De onderzoekers zullen hieronder uiteenzetten wat volgens hun de toegevoegde waarde van deze Nederlandse studie zal zijn.

Evenals de bovengenoemde PreFair trial van Schreiber *et al.* onderzoekt de Triple-M-Studie (Mifepriston en misoprostol bij een miskraam) de effectiviteit van voorbehandeling met mifepriston, gevolgd door medicamenteuze behandeling middels misoprostol, bij een niet-vitale graviditeit in het eerste trimester.

In Nederland is het gebruikelijk bij geconstateerde miskraam eerst een week expectatief beleid te voeren, omdat gedurende deze week in ongeveer de helft van de gevallen reeds een spontane, complete miskraam optreedt.^{2,1} Patiënten waarbij ook zonder behandeling een complete expulsie zou zijn opgetreden, zijn ook geïncludeerd in de PreFair trial, wat wellicht mede tot het succespercentage van 83% heeft geleid. Hoewel minimaal één week afwachten gebruikelijk is in Nederland en het Verenigd Koninkrijk⁴ geldt dit niet wereldwijd, en richtlijnen specifiek voor behandeling van miskramen ontbreken vaak. Ook de optimale dosering van mifepriston blijft een vraagstuk: is dit de door Schreiber *et al.* gebruikte 200 mg? Of juist 600 mg zoals in een fase-2-trial aangetoond?⁵ Voor de behandeling van een niet-vitale graviditeit, of *missed abortion*, is dit nooit onderzocht. Wel blijkt tussen deze twee doseringen een significant verschil in mate van pijn te

bestaan, waarbij juist de lagere dosering van 200 mg mifepriston zorgt voor gemiddeld hogere pijnscores onder vrouwen die een medicamenteuze abortus ondergaan.⁶

Daarnaast is de toedieningsroute van misoprostol een blijvend discussiepunt. Wij vragen ons af wat de argumenten voor vaginale toediening zijn, gezien studies die de orale en vaginale route vergelijken bij de gebruikelijke dosering van 800 microgram eenzelfde effectiviteit vinden, maar hogere patienttevredenheid bij orale toediening.⁷ Tot slot: in de PreFair trial is besloten de opzet te veranderen van dubbel geblindeerd placebo-gecontroleerd (genoemd in het oorspronkelijke studieprotocol) naar een 'meer pragmatische' trial. De eenvoud van de interventie en het doel van de studie (de al dan niet grotere effectiviteit na voorbehandeling aantonen) vragen ons inziens juist niet om een dergelijke 'pragmatische' opzet.^{8,9} Hoewel aangegeven wordt dat de primaire uitkomstmaat hier in principe niet door is beïnvloed, laat deze studie opzet natuurlijk altijd ruimte voor bijvoorbeeld observatie- en *performance-bias*.

De Triple M Trial is een dubbel geblindeerde, placebo-gecontroleerde gerandomiseerde trial, zomer 2018 gestart in diverse grote opleidingsklinieken in Nederland. Hierin wordt geblindeerde voorbehandeling met 600 mg mifepriston vergeleken met placebo, gevolgd door misoprostol via de orale route. Vooral dient minstens een week expectatief beleid te zijn gevoerd. Hiermee zullen we aantonen of verwerpen dat voorbehandeling met mifepriston het succespercentage van standaard medicamenteuze behandeling met misoprostol bij een niet-vitale graviditeit in het eerste trimester verhoogt. Specifiek in de mogelijk 'hardnekkiger' groep waarbij na een week expectatief beleid, zoals ons inziens terecht gebruikelijk in Nederland, de miskraam niet spontaan op gang is gekomen. RVDL

Meer informatie

Drs. C.C. Hamel, dr. M.P.L.M. Snijders en prof. dr. F.P.H.A. Vandenbussche: www.radboudumc.nl/trials/triple-m-studie of triple.m.studie@gmail.com

Standaard inleiden bij 39 weken?

Het inleiden van de baring bij laag-risico nulliparae bij AD 39 leidt tot minder sectio's. Dit concluderen Grobman *et al.* in de NEJM op basis van hun ARRIVE (*A Randomized Trial of Induction Versus Expectant Management*) trial. Zij includeerden 6106 nulliparae die werden gerandomiseerd naar inleiding tussen AD 39+0 en 39+4 of afwachtend beleid. De mediane zwangerschapsduur in de inleid-groep was daarmee 4 dagen korter dan die van de controlegroep (39+3 vs 40+0 weken). Na inleiding was er bij 4,3% van de neonaten sprake van complicaties, bij afwachten was dit 5,4 % van de neonaten ($P=0,049$). Daarbij waren er significant minder sectio's na inleiding dan na afwachten: 18,6% versus 22,2% ($p < 0,001$). Verder ontwikkelden vrouwen bij afwachtend beleid vaker hypertensie (14,1% vs. 9,1% in de inleid-groep). Hoewel de resultaten dus gunstiger zijn voor de inleid-groep, is het nog te vroeg om te concluderen dat alle nulliparae maar moeten worden ingeleid bij AD 39. Zo is het niet duidelijk of de resultaten te extrapoleren zijn naar de rest van Amerika, laat staan naar Nederland. In een commentaar in Medisch Contact merkt perinatoloog Jeroen van Dillen (Radboudumc) op dat het percentage sectio's bij Nederlandse laagrisico nulliparae onder verloskundige zorg slechts 7-9% is. Het is dus maar zeede vraag of het percentage sectio's in deze populatie in Nederland nog lager zou kunnen worden door inleiden. Wel kan worden geconcludeerd dat het risico op een sectio bij inleiding in een laag risico populatie in Amerika na AD 39 in ieder geval niet verhoogd lijkt. Dit komt overeen met de eerdere Nederlandse Consortium studies Hypitit, Digitat en Index, waar ook geen verschil werd gevonden in sectiopercentages tussen inleiden en afwachten. Volgens Van Dillen kan dit betekenen dat we na 39 weken liberaler kunnen omgaan met een verzoek tot inleiden bij patiënten onder controle bij de gynaecoloog. FV

Met dank aan Jeroen van Dillen.

CIN-2-laesie: wel of niet behandelen?

In de richtlijn cervicale intra-epitheliale neoplasie (CIN) (www.oncoline.nl) staat dat bij vrouwen in de fertile levensfase met een CIN-2-laesie een individuele afweging gemaakt moet worden tussen de kans op progressie van een onbehandelde laesie enerzijds en de kans op complicaties (vroegeboorte) van behandeling door middel van lixexcisie anderzijds. Tainio en collega's concluderen in een recent gepubliceerde *systematic review* en meta-analyse dat vooral in de groep jonge vrouwen (<30 jaar) de kans op spontane regressie van een CIN-2-laesie groot is en dus een conservatief beleid met cytologische *follow-up* wijs lijkt. De auteurs onderzochten de kans op regressie, progressie en persisteren van histologisch bevestigde CIN-2-laesies in patiënten waarbij een conservatief beleid werd gevoerd. 36 studies met gegevens van 3160 vrouwen werden geïnccludeerd. Progressie werd in 81% van de studies gedefinieerd als histologische diagnose van CIN-3 of meer en regressie in 69% van de studies als normale histologie of cytologie. Mediane *follow-up*-duur was 16 maanden. Na 24 maanden conservatief beleid waren de gepoolde percentages voor regressie 50% (11 studies, 819 vrouwen, 95% CI 43%-57%; $I^2=77\%$), voor progressie 18% (9 studies, 282 vrouwen, 95% CI 11%-27%; $I^2=90\%$) en 32% (8 studies, 334 vrouwen, 95% CI 23%-42%; $I^2=82\%$) voor persisteren. In een subgroepanalyse onder 1069 vrouwen <30 jaar waren deze percentages resp. 60% (4 studies, 638 vrouwen, 95% CI 57%-63%; $I^2=0\%$), 11% (3 studies, 163 vrouwen, 95% CI 5%-19%; $I^2=67\%$) en 23% (2 studies, 226 vrouwen, 95% CI 20%-26%; $I^2=97\%$). Er waren 13 (0,4%) vrouwen met FIGO-IA1-cervixcarcinoom en 2 vrouwen (0,06%) met een meer gevorderd cervixcarcinoom, de meeste vrouwen waren >30 jaar. De aanbeveling om een individuele afweging te maken bij vrouwen in de fertile levensfase om een CIN-2-laesie wel of niet te behandelen lijkt op basis van deze studie te kunnen blijven staan. RVDL

Referenties bij 'Eerste trimester...'

- Schreiber, Courtney A., Mitchell D. Creinin, Jessica Atrio, *et al.* Mifepristone Pretreatment for the Medical Management of Early Pregnancy Loss N Engl J Med 2018; 378:2161-2170. .
- Graziosi GC, Mol BW, Reuver PJ, Drogtop A, Bruinse HW. Misoprostol versus curettage in women with early pregnancy failure after initial expectant management: a randomized trial. Hum Reprod 2004;19:1894-9.
- Luise C, Jermy K, May C, *et al.* Outcome of expectant management of spontaneous first trimester miscarriage: observational study. BMJ 2002;324:873-5.
- National Institute for Health and Care Excellence (2012) Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management (NICE Guideline 154). Available at: www.nice.org.uk/guidance/cg154/resources/ectopic-pregnancy-and-miscarriage-diagnosis-and-initial-management-pdf-35109631301317
- Maria B, Chaneac M, Stampf F, Ulmann A. Early pregnancy interruption using an antiprogesterone steroid: Mifepristone (RU 486). J Gynecol Obstet Biol Reprod 1988;17:1089-94.
- Saurel-Cubizolles M, Opatowski M, David P, *et al.* Pain during medical abortion: a multicenter study in France. European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology 2017;194:212-17.
- Alfirevic Z, Weeks A. Oral misoprostol for induction of labor. Cochrane Database Syst Rev 2006;CD001338.
- Patsopoulos NA. A pragmatic view on pragmatic trials. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2011;13(2):217-224.
- Ford, Ian and John Norrie, M.Sc. Pragmatic Trials. N Engl J Med 2016; 375:454-463 DOI: 10.1056/NEJMr1510059

Referentie bij 'Standaard inleiden...'

- Grobman W.A., Rice M.M., Reddy U.M. *et al.* Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. N Engl J Med. 2018 Aug 9;379(6):513-523.

Referentie bij 'CIN-2-laesie...'

- K. Tainio, A. Ahanasiou, K. A O Tikkinen, R. Aaltonen, *et al.* Clinical course of untreated cervical intraepithelial neoplasia grade 2 under active surveillance: systematic review and meta-analysis. BMJ 2018;360:k499



dr. Floor
Vernooij &
dr. Rafli van
de Laar

Opnieuw testen na SOA-behandeling?

Het opnieuw testen na behandeling van chlamydia trachomatis (CT) of neisseria gonorrhoe (NG) wordt niet standaard aangeraden in de Nederlandse richtlijnen maar wel internationaal. Moeten we deze richtlijnen hier nu ook aanhouden of doen we het goed zo? Wijers *et al.* onderzocht in de regio Maastricht hoe vaak en bij wie er in de eerste lijn opnieuw werd getest na behandeling.¹ Alle 622 CT- of NG-positief geteste patiënten in het regionale microbiologie-laboratorium tussen 2013 en 2016 werden geanalyseerd. Onderscheid werd gemaakt tussen *test of cure* (binnen 3 mnd. na behandeling) en testen op een nieuwe infectie (tussen 3 en 12 mnd. na behandeling).

Tussen de 20 en 30% van de patiënten werden opnieuw getest. Dit bleek met name bij patiënten uit een lagere sociaal-economische klasse, onder de 25 jaar en bij dubbelinfectie met CT en NG. De *test of cure* was bij de CT-patiënten in 18% van de gevallen positief, bij NG in 1,5%. Een *test of cure* mag bij CT pas na drie weken plaats vinden: bij eerder testen wordt via de PCR het DNA gemeten van dode CT. Dit zou dus leiden tot fout-positieve uitkomsten: er is wel CT-DNA maar geen infectie meer. Ongeveer de helft werd echter binnen drie weken getest en was daarom mogelijk fout-positief.

Bij testen op een nieuwe infectie na 3-12 maanden bleek 13% opnieuw een CT-infectie te hebben en 5% (n=1) een nieuwe NG-infectie. Bij CT waren de opbrengsten van op- nieuw testen, zowel als controle van behandeling als op nieuwe infectie, dus aanzienlijk. De NHG-richtlijn raadt aan het effect van behandeling te testen bij zwangeren, persisterende symptomen, re-expositie aan een onbehandelde bron en bij behandeling met een tweedekusantibioticum. Deze factoren konden in deze studie helaas niet worden onderzocht. De auteurs vermoeden dat er, als de huidige Nederlandse richtlijnen worden gevolgd, re-infecties worden gemist. Zij adviseren daarom de internationale richtlijnen te volgen en iedereen met een positieve CT- of NG-test na 3 tot 12 maanden opnieuw te testen. FV

Referentie

1. Wijers, J.N.A.P., van Liere G.A.F.S., Hoebe C.J.P.A. *et al.* *Test of cure, retesting and extragenital testing practices for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae among general practitioners in different socioeconomic status areas: A retrospective cohort study, 2011-2016.* PLoS One. 2018 Mar 14;13(3)

Meer geïnformeerd minder gelukkig

Een *survivorship care plan*, of zorgplan, is bedoeld om kankerpatiënten te informeren over wat zij kunnen verwachten van en na hun behandeling. Het idee is dat het geven van realistische en duidelijke informatie een positieve bijdrage levert aan de gezondheid van patiënten. Het Amerikaanse *Institute of Medicine* raadt daarom aan iedere kankerpatiënt een geïndividualiseerd zorgplan te geven. Echter, uit een gerandomiseerde studie van het Integraal Kankercentrum Nederland in Zuid-Nederland blijkt dat deze realistische informatie uiteindelijk juist leidt tot meer angst en een verminderde kwaliteit van leven.¹

Endometrium- en ovariumcarcinoompatiënten die een zorgplan kregen, ervoeren hun ziekte meer als levensbedreigend dan patiënten die de gebruikelijke zorg (zonder zorgplan) kregen. Hierdoor hadden endometrium-carcinoompatiënten meer klachten van pijn, moeheid en angst. Ovarium-carcinoompatiënten hadden minder vertrouwen dat zij zouden genezen en hadden een lager emotioneel functioneren na zes maanden.

De realistische informatie in het zorgplan is blijkbaar negatiever dan de informatie die patiënten meekrijgen van hun zorgverleners. Bovendien zijn patiënten door het zorgplan mogelijk meer met hun ziekte bezig waardoor de negatieve ervaring van een kanker-diagnose zou kunnen worden versterkt. Informeren is goed, maar meer informatie is dus niet altijd beter. FV

Referentie

1. Rooij, B.H. de, Ezendam N.P.M., Nicolaije K.A.H. *et al.* *Survivorship care plans have a negative impact on long-term quality of life and anxiety through more threatening illness perceptions in gynecological cancer patients: the ROGY care trial.* Qual Life Res. 2018 Jun;27(6):1533-1544.

20 november KNOV Geboortezorgcongres Kwaliteit voor de zwangere

Verloskundigen geven samen met gynaecologen en andere geboortezorgprofessionals al 120 jaar goede zorg aan moeder en kind. Om dat te vieren, organiseert de KNOV op dinsdag 20 november haar eerste *Geboortezorgcongres* en nodigt u van harte uit deel te nemen. In het programma staat de (zwangere) vrouw centraal: de wijze waarop vrouwen worden begeleid en beïnvloedt zodat zij met vertrouwen de bevalling en kraamtijd ingaan. Genuanceerde informatie, afgestemd op de individuele vrouw, kan haar versterken. Welke vaardigheden kunt u inzetten om iedere vrouw in iedere situatie op maat te begeleiden?

Kom naar het KNOV Geboortezorgcongres en ga met collega's aan de slag, krijg handvatten en ga met nieuwe energie naar huis.

In Theater 't Spant in Bussum laten we ons inspireren door onder andere Elselijn Kingma en Neel Shah, hoogleraar obstetrie, gynaecologie en reproductieve biologie in de VS.

Praktische informatie

Plaats: Theater 't Spant, Bussum

Datum: 20 november

Tijd: 09.30 - 18 uur

Kosten: € 175

Aanmelden via:

www.knov.nl > winkel

Accreditatie is aangevraagd

Kyleena, het nieuwe hormoonspiraaltje voor pare én nullipare vrouwen

Ondanks de beschikbaarheid van goede anticonceptie is – ook in Nederland – het aantal ongeplande zwangerschappen nog steeds hoog.^{1,2} Ook het abortuscijfer vertoont, na een aanvankelijke daling in 2008, sinds 2015 weer een geleidelijke stijging van 1,5% (met name in de leeftijdscategorie onder 30 jaar). Volgens de meest recent beschikbare cijfers vonden er in 2015 bij vrouwen woonachtig in Nederland 26.916 abortus plaats.³ Dat betekent dat er elke drie minuten in werktijd een abortus in Nederland wordt uitgevoerd.



Kortwerkend versus langwerkend

Onder vrouwen die orale anticonceptie gebruiken is de therapietrouw laag. In een groot wereldwijd uitgevoerd onderzoek gaf meer dan de helft van de ondervraagde vrouwen aan dat ze de pil meer dan éénmaal in het afgelopen kwartaal waren vergeten.⁴ Ook resorptiestoornissen (braken, diarree) of het gebruik van comed-icatie dragen ertoe bij dat de betrouwbaarheid in de praktijk (typical use) bij kortwerkende vormen van anticonceptie doorgaans veel minder groot is dan de theoretische betrouwbaarheid (perfect use).

invloed geweest bij de ontwikkeling van het hormoonspiraaltje Mirena.

Medische noodzaak

Er was echter een duidelijke "medical need" voor een nieuw, lager gedoseerd en kleiner hormoonspiraaltje. Een nog geringere dosis hormoon sluit aan bij de wens van zowel de vrouw anno nu, als van de registratie-autoriteiten en de WHO, om met een zo laag mogelijke hoeveelheid werkzame stof het gewenste effect te bereiken.⁸

Mirena 52 mg) en het verticale stammetje is slechts 3,8 mm smal (bij Mirena 4,4 mm).¹⁰⁻¹¹

De registratie van Kyleena® is onder meer gebaseerd op gegevens van grootschalig gerandomiseerd fase III- onderzoek, waaraan zowel nullipare als pare vrouwen deelnamen in Noord- Amerika, Latijns-Amerika en verschillende Europese landen, waaronder ook in Nederland. Dit onderzoek heeft aangetoond dat het hormoonspiraaltje zeer betrouwbaar is (PI 0,29 na 5 jaar) en goed verdragen wordt, ongeacht leeftijd en pariteit.^{8,10,12}

Artsen en verloskundigen beoordeelden in negen van de tien gevallen de insertie van het kleinere en lager gedoseerde hormoonspiraaltje Kyleena als "gemakkelijk". Van de vrouwen vond 65% de insertie "niet" of slechts "licht" pijnlijk, 99% was 'zeer tevreden' of 'enigszins tevreden' en vier van de vijf vrouwen wilden na de studie het gebruik van Kyleena continueren.^{7,8}

Wat is nu voor wie geschikt?

Uit de resultaten blijkt dat Kyleena geschikt is voor zowel nullipare als pare vrouwen die een zeer betrouwbare vorm van anticonceptie wensen waaraan ze niet dagelijks hoeven denken.^{8,12}

Mirena is geïndiceerd voor vrouwen met versterkt vaginaal bloedverlies (HMB = menorrhagie), als progestageenadjuvans bij HRT (voor 3 jaar) en als anticonceptivum.¹¹



Daarentegen is er bij langwerkende anticonceptiemethoden zoals intra-uteriene anticonceptie niet of nauwelijks verschil in effectiviteit voor typical use versus perfect use.⁵⁻⁶

Thema's als 'niet steeds aan anticonceptie hoeven denken' of 'minder systemische hormonen, maar nog wel de toegevoegde waarde van plaatselijk hormoon' (zoals een hoge betrouwbaarheid, minder bloedverlies en minder dysmenorroe)^{8,11} zijn in de jaren 90 van de vorige eeuw van grote

Door het hormoonreservoirtje te verkleinen kan bovendien een smallere applicator worden gebruikt, waardoor de plaatsing gemakkelijker voor de arts, en minder oncomfortabel voor de vrouw verloopt.⁷⁻⁹

Om hieraan tegemoet te komen werd Kyleena® ontwikkeld: een nieuw hormoonspiraaltje dat gedurende vijf jaar dagelijks een kleine hoeveelheid progestageen hormoon afgeeft, met de kleinste T-vorm die momenteel beschikbaar is. Kyleena bevat 19,5 mg levonorgestrel (bij

Een navelstrenghematoom bij verminderde kindsbewegingen

drs. N.M.A. van der Hoeven anios, Groene Hart Ziekenhuis, Gouda

drs. I. Nedelcu gynaecoloog, Groene Hart Ziekenhuis, Gouda

Casus

Op de afdeling verloskunde zagen wij een 34-jarige patiënte (para 2, abortus provocatus 1) vanwege het nauwelijks voelen van kindsbewegingen sinds een halve dag. Patiënte had op dat moment een amenorroe van 39 weken en 0 dagen. De zwangerschap werd gecontroleerd in de eerste lijn en was tot dan toe ongecompliceerd verlopen. Patiënte had bij presentatie geen klachten, koorts of contracties; er was geen sprake van een recent trauma. De uitzetting was conform de zwangerschapstermijn, met een normaal geschat foetaal gewicht.

Bij presentatie was er sprake van een suboptimaal cardiotocogram (CTG), met een verminderde variabiliteit en variabele deceleraties (fig. 1). Patiënte had op dat moment 2 centimeter ontsluiting. Wegens het CTG werd besloten de baring in te leiden middels een amniotomie (helder vruchtwater); tevens werd gestart met syntocinon. In eerste instantie werd het CTG

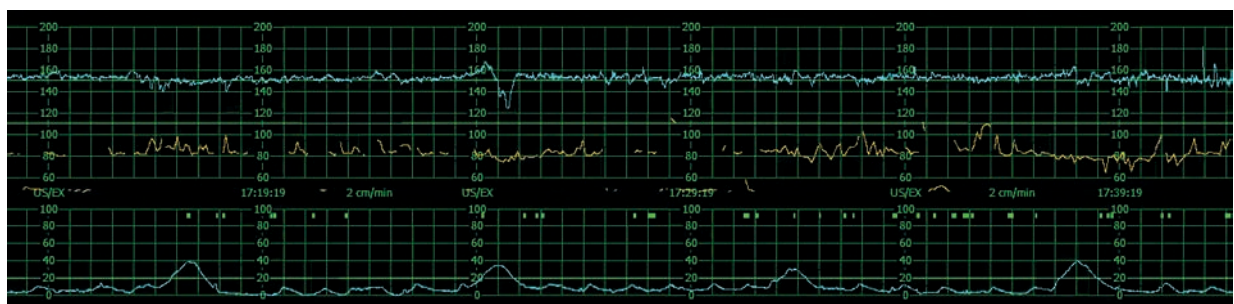
durante partu meer variabel en acceleratief. Echter: enkele uren later steeg de basishartfrequentie (BHF) plotseling naar 180, met hierbij tevens een verminderde variabiliteit, geen acceleraties en variabele deceleraties (fig. 2). Patiënte was op dat moment nog niet in partu en had geen koorts. Besloten werd tot een secundaire sectio, waarbij een zoon van 3524 gram werd geboren met een goede start; de apgarscore was 8 en 9 na respectievelijk 1 en 5 minuten. De arteriële navelstreng pH en het base-excess waren met 7,31 en -2,0 niet passend bij hypoxie.

Tijdens de sectio viel direct op dat een gedeelte van de navelstreng een afwijkend aspect had (fig. 3). Pathologisch onderzoek van de placenta en de navelstreng toonde een navelstrenghematoom over een traject van 8 centimeter, zonder trombusvorming. Er bestonden geen andere (structurele) afwijkingen van de placenta en de navelstreng.

Beschouwing

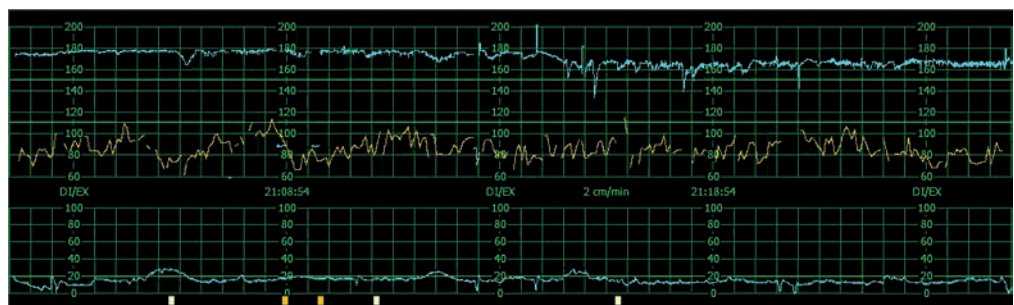
Een navelstrenghematoom is een zeldzame bevinding, met een geschatte incidentie van ongeveer 1 op 5500 zwangerschappen.¹ Het gerelateerde risico op foetale sterfte is hoog: tot wel 50%.¹ Ten aanzien van de foetale sterfte bestaan een tweetal hypothesen. Enerzijds wordt gesuggereerd dat een (fors) hematoom in de navelstreng leidt tot compressie van de umbilicale vaten en derhalve tot foetale asphyxie.^{2,3} Anderzijds wordt gesteld dat foetaal bloedverlies kan leiden tot een ernstige foetale anemie en hypoxie.^{2,3} De foetus uit onze casus had een goede start en een goede pH, niet passend bij hypoxie. Tevens was de foetus niet anemisch: de hemoglobinewaarde postpartum was 11,5 mmol/liter (referentiewaarden 10,0 – 14,0 mmol/liter).

De pathogenese van het navelstrenghematoom is onbekend. In de literatuur worden (aspecifieke) associaties beschreven tussen een navelstrenghematoom en intra-uteriene infecties,



Figuur 1 (boven):
CTG bij presentatie.

Figuur 2: (onder)
CTG durante partu,
aanleiding voor
secundaire sectio.





Figuur 3: Afwijkend aspect navelstreng bij sectio.

afwijkende inserties en malformaties van de navelstreng.^{1,4-6} Tevens kan een navelstrenghematoom een iatrogene origine hebben, zoals na een intra-uteriene transfusie of diagnostische punctie.⁷⁻⁹

Een navelstrenghematoom kan zowel pre- als durante partu ontstaan.^{1,4-6,10} Geassocieerde CTG-afwijkingen zijn een verlies van variabiliteit, een gebrek aan acceleraties en gecompliceerde deceleraties.^{1-3,6} Ook in de hierboven beschreven casus werden dergelijke CTG-afwijkingen gezien (fig. 1 en 2). Echter, in onze casus is het onduidelijk of het hematoom de oorzaak was van het verminderd leven en dus preparatum is ontstaan, of dat het hematoom durante partu is ontstaan en heeft geleid tot een verslechtering van het CTG.

Referenties

1. Gualandri G., Rivasi F., Santunione A.L., et al. Spontaneous umbilical cord hematoma: an unusual cause of fetal mortality: a report of 3 cases and review of the literature. *Am J Forensic Med Pathol.* 2008;29(2):185-90.
2. Towers C.V., Juratsch C.E., Garite T.J. The fetal heart monitor tracing in pregnancies complicated by a spontaneous umbilical cord hematoma. *J Perinatol.* 2009;29(7):517-20.
3. Barbati A., Cacace M.G., Fratini D., et al. Umbilical cord haematoma with altered fetal heart rate. *J Obstet Gynaecol.* 2009;29(2):150-1.
4. Abraham A., Rathore S., Gupta M. et al. Umbilical Cord Haematoma Causing Still Birth- A Case Report. *J Clin Diagn Res.* 2015;9(12):QD01-2.
5. Sepulveda W., Wong A.E., Gonzalez R. et al. Fetal death due to umbilical cord hematoma: a rare complication of umbilical cord cyst. *J Matern Fetal Med.* 2005;18(6):387-90.
6. Seoud M., Aboul-Hosn L., Nassar A. et al. Spontaneous Umbilical Cord Hematoma: A Rare Cause of Acute Fetal Distress. *Am J Perinatol.* 2001;18(2):99-102.
7. Morin L.R.M., Bonan J., Vendrolini G. Sonography Of Umbilical Cord Hematoma Following Genetic Amniocentesis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1987;66:669-70.
8. Chenard E.C., Bastide A., Fraser W.D. Umbilical Cord Hematoma Following Diagnostic Funipuncture. *Obstet Gynecol.* 1990;76(5):994-6.
9. Moise K.J., Carpenter R.J., Huhta J.C. et al. Umbilical Cord Hematoma Secondary to in Utero Intravascular Transfusion for Rh Isoimmunization. *Fetal Ther.* 1987;2:65-70.
10. Feng D. & He W. Spontaneous umbilical artery haematoma diagnosed in the third trimester: a case report. *J Obstet Gynaecol.* 2018:1-2.

Summary

A hematoma of the umbilical cord is a rare, but severe condition in pregnancy, often leading to fetal death. We present a case in which a patient presented with diminished fetal movements, eventually leading to a cesarean section due to abnormal fetal tracings. At birth, the fetus had a good start and showed no signs of hypoxia. However, the umbilical cord had an abnormal

appearance. Pathologic examination of the placenta and umbilical cord showed an umbilical cord hematoma.

Keywords

Umbilical cord hematoma, diminished fetal life, abnormal fetal tracings

Contact

dr. N.M.A. van der Hoeven anios
Groene Hart Ziekenhuis
Bleulandweg 10, 2803 HH Gouda
t.a.v. secretariaat gynaecologie en
verloskunde, Postnummer Z1.070.B
0182-505443

Verklaring belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van belangenverstrengeling.

'De alles-arts'

prof. dr. F. Scheele gynaecoloog, OLVG, Amsterdam

Het recent verschenen boek 'De alles-arts' is een aanrader. In de Nederlandse praktijk wordt de arts op meerdere terreinen voor complexe situaties geplaatst waarbij inzicht in communicatiestrategie enorm helpt. Het boek maakt het op een heel goed geordende en toegankelijke manier in korte hoofdstukjes mogelijk om meer begrip te krijgen voor situaties en communicatie strategieën. Het boek is uit vier delen opgebouwd: Het eerste deel is 'de wereld van het ziekenhuis' waar heel beeldend beschreven is hoe we in een cultuur terecht gekomen zijn via een ontwikkeling en hoe die ontwikkeling nog altijd doorgaat. De rol van het competentie-denken wordt helder uitgelegd. In het tweede deel wordt ingegaan op theorie en tools. Op een uitstekende manier zijn de meest belangrijke ideeën gekozen om de lezer direct toepasbare handvaten te bieden over conflicten, onderhandeling, streepanalyses maken, werken met interventies, met de roos van Leary en met de concepten emotie en agressie. Het laatste stukje over herkenning en management van complexe casuïstiek is met vlaggen en alarmsignalen zeer leerzaam. Er zijn vele andere theorieën en tools te beschrijven, maar in de eenvoud tekent zich de meester. Dit zijn leraren die goede keuzes voor de lezer maken en vervolgens die kraakhelder uitleggen. Het derde deel gaat over complexe situaties op het niveau van de patiënt, de collega en de arts zelf. Bij ieder stukje een zucht van herkenning. Hier gaat het over in de kliniek, dit houdt mij bij tijden wakker. Wat goed dat dit deze gestructureerde (casus-diagnose-recept) aandacht krijgt! Ik pak een paar voorbeelden. Wie worstelt er niet met het goed omgaan met onbegrepen klachten? In enkele pagina's wordt er meer diepgang in uw werk aangeboden. Wie heeft niet wakker gelegen van een incident in de zorg en zich afge-

vraagd of het vervolg optimaal is geweest? Wie zou er niet meer van culturen willen begrijpen? De vraag hoe zo goed mogelijk met de multiculturele samenleving om te gaan wordt in onze context soms wel erg levend. Ik heb me hulpeloos gevoeld bij grensoverschrijdend gedrag. U krijgt er prima tips over! Vragen rond levenseinde, rond ziektebeleving, allemaal direct invoelbaar vanuit het dagelijkse werk. Dan (ik kies er een paar uit het stukje over de collega) het werken met managers, met eerste en tweede lijn. Het lijkt zo simpel en blijkt zo lastig. Maar dit boek geeft lucht. Het concept van collectieve competentie is een *must*. Samen moeten we sterker kunnen zijn. Er volgt een deel over de arts waarin zaken aan bod komen die dichterbij liggen als (weer even een paar voorbeelden) *burn-out*, benoemingen op de afdeling, emoties, talentontwikkeling en opleiden. Allemaal met in een paar pagina's de kern van de materie. Zeer leesbaar, goede casuïstiekvoorbeelden en goede analyses. In de epiloog persoonlijke en motiverende verhalen van de drie redacteurs.

Eigenlijk zou je willen dat studenten dit al tot zich nemen, maar het zal ze bij gebrek aan ervaring niet altijd goed aanspreken. Voor aios is het echt een belangrijk werk waarin veel nogal essentiële tips voor het professionele bestaan bijeenkomen. Maar ook voor de zittende specialist zijn uit dit boek allerlei eye-openers te halen. Ik zie het boek vanuit mijn context misschien het meest geschikt om als praktiserend gynaecoloog effectiever en meer gestructureerd te reflecteren op lastige situaties en daar al bladerend herkenning en tips bij te zoeken. Kortom: een echte aanwinst op een bijzonder terrein!



De alles-arts

ISBN: 9789085621539

Bindwijze: *hardcover* met leeslint

Uitgever: Prelum

€ 79,50

