

ntog

2020

sinds 1889

1 2 3 4
GYNAECOLOGIE, ONCOLOGIE, PERINATOLOGIE EN VOORTPLANTINGSGENEESKUNDE

5 6 7 8
Met in dit nummer

- De ontwikkeling van endometrioseexpertisecentra in Nederland
- Diagnostiek naar foetomaternal transfusie
- Ernstige vroege pre-eclampsie bij een patiënte met een triploïdiezwangerschap
- Abdominale cerclage bij eerdere niet succesvolle vaginale cerclage
- Een vulvaire zwelling met een zeldzame oorzaak

9 10 11 12
en verder o.a.

- Levensloopbenadering in de geneeskunde: betere zorg voor vrouwen 16
- Sierra Leone: Hoe angst en overheidsbeleid leiden tot schade voor vrouwen
- Bij afwijkende uitstrijkjes follow-up simpel via Oncoguide
- Dr. Catherine Hamlin (1924-2020): pionier in obstetrische fistelchirurgie

Colofon

REDACTIE

V. Mijatovic, hoofdredacteur (mijatovic@ntog.nl)
 W. Ganzevoort, voorzitter deelredactie perinatologie
 S.J. Tanahatoe, voorzitter deelredactie vpg
 J.W.M. Aarts, voorzitter deelredactie gynaecologie
 B.B. van Rijn, redacteur perinatologie
 F. Vernooij, rubrieksredacteur NOBT-BOBT
 R. van de Laar, rubrieksredacteur NOBT-BOBT
 F. Yarde, namens VAGO
 J. van 't Hooft, redacteur Crown Initiative
 A.A. de Ruijgh, rubrieksredacteur UNO
 A.W. Kastelein, rubrieksredacteur UNO
 M.J. Janssen, illustrator
 A.C.M. Louwes, communicatieadviseur NVOG

LEDEN DEELREDACTIES

E.A. Boss, rubrieksredacteur NOBT
 J.J. Duvekot, perinatoloog
 O.W.H. van der Heijden, perinatoloog
 K.D. Lichtenbelt, klinisch geneticus
 L.L. van Loendersloot, voortplantingsgeneeskundige
 A.L. Metz-Berends, voortplantingsgeneeskundige
 M.H. Mochtar, voortplantingsgeneeskundige
 S.M. Mourad, gynaecoloog
 A.C.J. Ravelli, epidemioloog
 J.G. Smit, gynaecoloog
 W.B. de Vries, kinderarts-neonataloge

UITGEVER & REDACTIESECRETARIAAT

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

ABONNEMENTEN (prijzen per jaar en incl. 9% btw)

Standaard € 201,-. Studenten € 88,00. Klinisch verpleegkundigen, lid van de NVOG € 88,00. Buitenland € 305,-. Studenten buitenland € 155,-.
 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

OPPLAGE, VERSCHIJNING & VOLGENDE EDITIE

1850 ex., 8 x per jaar.
 NTOG vol.133#6 verschijnt 26 september 2020.

AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeleevoudigd 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

Karyogram triploïdiezwangerschap 69, XXX

ADVERTEERDERS IN DIT NUMMER

Memidis Pharma | *Effectieve therapie*
 Gedeon Richter | *Cyclogest*

ISSN 0921-4011

Inhoud

Editorial

- 224 **Op weg naar een nieuwe werkelijkheid**
 prof. dr. Velja Mijatovic

NVOG-bestuur

- 225 **Interview met de nieuwe NVOG-directeur: Fianne Bremmer**
 Ank Louwes

Kort Nieuws

- 227 **Aios-tarief voor SIG's en NVOG-werkgroepen | Complicatiedagen, 16-17 nov | DMS-symposium 9 okt | FMS-kennisagenda COVID-19 | Zorg voor de Bekkenbodem 2020 | NIPT in regulier programma prenatale screening | Thema-ALV 'LOGO' op 30 sep | Vacature voor aios-lid in Commissie In/uitstroom | Vacature gynaecoloog met affiniteit voor PGD | NVOG-Activiteitenagenda | Owee**

Opinie

- 229 **Levensloopbenadering in de geneeskunde: betere zorg voor vrouwen**
 dr. S. Schoenmakers, prof. dr. B.C.J.M. Fauser, prof. dr. C.G.J.M. Hilders et al.

- 232 **Over het ontstaan van de werkgroep Kindergynaecologie**
 prof. dr. F.B. Lammes

- 233 **Concreto Nieuws uit de VAGO**
LOGO: opleiding simpeler en beter
 dr. E.M. Sandberg

Actueel COVID-19

- 234 **Sierra Leone: Hoe angst en overheidsbeleid leiden tot schade voor vrouwen**
 drs. G.C. den Hollander, drs. D.M. Bussink-Voorend, drs. E.W.M. Janszen
Met commentaar van prof. dr. J. Stekelenburg

Actueel

- 238 **Digitale spreekkamer: Bij afwijkende uitstrijkjes follow-up simpel via Oncoguide**
 dr. M. Timmermans, drs. A.M.L.D. van Haften-de Jong, prof. dr. R.L.M. Bekkers et al.

Boekbespreking

- 240 **Kleine Kwalen en alledaagse klachten bij zwangeren**
 dr. Wessel Ganzevoort

Gynae goes green

- 241 **Dump de disposables!**
 dr. Anneke Kwee *namens projectgroep Gynae Goes Green*

Oorspronkelijke artikelen

- 242 **De ontwikkeling van endometrioseexpertisecentra in Nederland**
 drs. L. de Kok, dr. N. van Hanegem, dr. P. van Kesteren et al.

- 246 **Diagnostiek naar foetomaternale transfusie**
 drs. D.P.A. van den Nouland, drs. R. Mooij, dr. R. van de Laar

- 250 **Ernstige vroege pre-eclampsie bij een patiënte met een triploïdiezwangerschap**
 drs. H.B. Zweers, drs. A. Hiemstra, drs. K. Bouman

- 254 **De waarde van abdominale cerclage bij eerdere niet succesvolle vaginale cerclage**
 dr. N.B. Burger, dr. J.M.J. Cornette, drs. C. Groenestein-Sondaal

- 259 **Een vulvaire zwelling met een zeldzame oorzaak**
 drs. V. Habraken, dr. A. Fransens & prof. dr. M.Y. Bongers et al.

Column

- 262 drs. Mieke Kerkhof

Hora Est

- 263 **Interprofessional collaboration during patient referrals in maternity care**
 dr. Anita Romijn

Zuiderland & Janssen

- 264 **Verstandelijke beperking is geen heiligverklaring**
 drs. Marcel Zuiderland & Marc-Jan Janssen (*tekening*)

Onderzoek van belang voor de gynaecoloog

- 266 **Bacteriën tegen vaginose | COVID en zwangerschap | Impact chirurgische benadering op overleving cervixcarcinoom | Obstetrische zorg gebaseerd op risico**
 dr. Floor Vernooij en dr. Rafli van de Laar *redactie*

In memoriam

- 268 **Dr. Catherine Hamlin (1924-2020): Pionier in obstetrische fistelchirurgie**
 E.J. van Braam BSc, prof. dr. J. Stekelenburg & dr. B.E. Kwast

WEBLOG NTOG

- 271 **Our man in Birmingham**
 dr. Steven Giesbers



Op weg naar een nieuwe werkelijkheid

prof. dr. Velja Mijatovic *hoofdredacteur*

De opmars van het SARS-CoV-2-virus over de wereld heeft ons leven in een periode van maanden ingrijpend veranderd. Na de *intelligent lockdown* in het voorjaar van 2020 is geleidelijk de anderhalvemetersamenleving een feit geworden. Niet alleen veranderde dit onze sociale interactie maar werd ook de collectieve werkplek vervuurd voor thuis werken.

Ten aanzien van dat laatste weten wij uit een recente rondgang van de NOS onder de 25 grootste Nederlandse werkgevers dat deze noodmaatregel vooralsnog wordt gecontinueerd waarbij de meeste organisaties rekening houden dat ze niet teruggaan naar de kantoor situatie van voor de coronacrisis.¹ Een meerderheid van de onderzochte werkgevers geeft aan dat de productiviteit van hun werknemers er niet onder heeft geleden en dat het thuiswerken als positief wordt ervaren. Daarentegen geeft men aan dat de isolatie, en hoe kan het anders, resulteert in het missen van sociaal contact en groepscohesie. Echter, er loeren ook gevaren: reistijd wordt vervangen door werktijd waarbij je van de ene videobelvergadering de andere in gaat. Derhalve bepleiten de vakbonden dat er goede afspraken moeten komen over thuiswerken met aandacht voor de werkplek van een werknemer thuis. Een ander opmerkelijk gevolg van de coronamaatregelen is de bevinding dat de seismische achtergrondruis, het onmerkbaar maar immer aanwezige trillen van de aarde, met ruim 50% verminderde door het stilvallen van talloze menselijke activiteiten, zoals verkeer en bouwwerkzaamheden. Ook zien we op andere gebieden dat de natuur profiteert van de coronacrisis: de vermindering van het wegverkeer en het vliegverkeer levert een duidelijk vermindering van de uitstoot van stikstofdioxide en broeikasgassen wat een positief effect heeft op onze luchtkwaliteit. Daarnaast is het buiten stiller.

Meetinstituut SensorNet analyseerde het geluidsniveau in Nederland op negentien locaties. Daaruit blijkt dat het gemiddelde geluidsniveau in juli 2020 zo'n drie decibel lager ligt dan in januari 2020. Dit klinkt als goed nieuws voor onze wilde dieren, maar schijn bedriegt: het leefgebied van wilde dieren in Nederland blijft onverminderd verdwijnen.

Op economisch vlak grijpt de coronacrisis fors in. In Europa wordt een economische krimp van ruim 10% gerapporteerd in vergelijking met het tweede kwartaal van 2019. Uitgaande van de schattingen van het CPB lijkt het erop dat we uiteindelijk op 6% krimp moeten rekenen aan het einde van 2020. Ondanks dit slechte nieuws zijn er ook economen die aangeven dat het economisch dieptepunt voorbij is en in de komende maanden er een opleving van de economie te zien zal zijn.

Daarmee zou de coronacrisis de diepste maar ook de kortste recessie ooit hebben veroorzaakt. Of dit ook geldt voor ziekenhuizen is maar de vraag. De financiële impact van de extra kosten voor COVID-19 en het tijdelijk stopzetten van de reguliere zorg zal waarschijnlijk groot zijn ondanks een eigen vermogen van zeven miljard euro. Gelukkig komt er een compensatieregeling vanuit de zorgverzekeraars om de financiële buffer van ziekenhuizen te versterken. Maar, door deze omstandigheden is het maar de vraag of wij in Nederland, net als in Frankrijk, kunnen rekenen op een structurele salarisverhoging voor onze zorgmedewerkers met een betere vergoeding voor overuren en nachtdiensten.

Op medisch vlak hebben we in de afgelopen maanden niet stilgezeten en zijn er inmiddels een aantal behandelingen voor COVID-19 voorhanden die wij aan het begin van de coronacrisis niet hadden. Eén van de belangrijkste bijdragen is de inzet van dexamethason en bloedverdunners. Dexametha-

son grijpt direct aan op de cytokines storm waarbij de sterfte op de IC significant kan worden verminderd.²

Een andere opmerkelijke bevinding is dat onder coronapatiënten met een pneumonie longembolie vaker voorkomt (met prevalenties tot 50%) in vergelijking tot andere vormen van longontsteking waarbij de prevalentie van longembolie doorgaans minder dan 5% is. Dat deze nieuwe behandelmethoden de ligduur van coronapatiënten in het ziekenhuis verkorten, betekent niet dat er geen vaccin meer nodig is. Immers, nog steeds sterft een derde van de coronapatiënten die op de IC belanden. Ondertussen zijn er aanwijzingen dat de immunrespons na COVID-infectie snel wegeeft en dat is slecht nieuws ten aanzien van immunotherapie maar vooral ook of een vaccin het immuunsysteem langdurig in staat van paraatheid kan houden.

Tenslotte, heerst de vrees dat we binnenkort een tweede *lockdown* tegemoet kunnen zien. Of het gebruik van de omstreden mondkapjes een bijdrage kan leveren in het voorkomen daarvan, is onzeker. Hoe dan ook, laten wij niet bang zijn te experimenteren met het gebruik hiervan in steden zoals Amsterdam en Rotterdam en onderzoeken of er een toegevoegde waarde hiervan kan zijn.

Referenties:

1. Rondgang NOS d.d. 14 juli 2020 onder 25 grootste werkgevers van Nederland.
2. The RECOVERY Collaborative Group. *Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19* – Preliminary Report. *New Engl J Med* 2020 Jul 17.



Interview met de nieuwe NVOG-directeur: Fianne Bremmer

'Gedreven in zoeken naar verbindingen'

Ank Louwes *communicatieadviseur NVOG*

Ik ben Fianne Bremmer en woon met mijn man en ons zoontje Spencer van twee in Utrecht. Ik ben hier tijdens mijn studie komen wonen en niet meer weggegaan. Ik heb sociale wetenschappen gestudeerd en ben na mijn studie begonnen als adviseur bij een organisatieadviesbureau. Daar kwam ik al snel in aanraking met de zorg. Binnen de zorg heb ik verschillende functies gehad, variërend van beleids- en bestuursadviseur tot afdelingsmanager. In mijn vrije tijd ga ik graag samen met man en zoon op reis, de natuur in, wandelen, en ik hou van lekker koken en eten en kan ook erg genieten van een goed glas wijn.

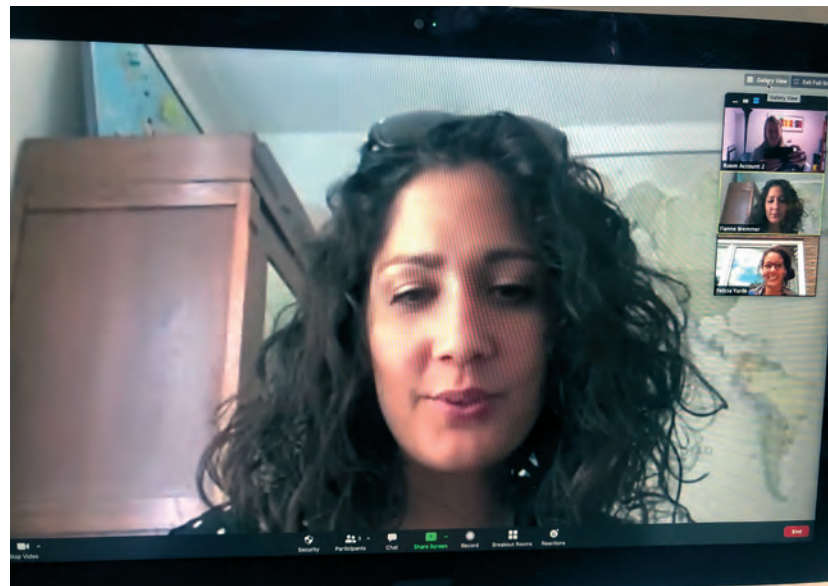
Hoe kwam je bij de NVOG terecht?

Na zeven jaar met veel plezier bij GGZ Nederland (branchevereniging) gewerkt te hebben en daar met het MT een organisatieverandering in gang te hebben gezet, vond ik het tijd voor iets anders. Ik ben toen voor een gehandicaptenzorgorganisatie gaan werken, dichtbij de cliënt, dat leek mij een mooie nieuwe ervaring. Eén van de belangrijkste dingen die ik daar heb geleerd, is dat ik toch eigenlijk gewoon een verenigingsmens ben. Ik miste al snel de landelijke dynamiek die bij een branche- of beroepsvereniging hoort en het samenspel zowel intern, met leden en bestuur, als daarbuiten met alle landelijke partijen, zoals VWS, NZa, IGJ en het Zorginstituut Nederland. Dat maakte dat de vacature bij de NVOG mij direct opviel. Daar komt bij dat de gynaecologie mij ook in het bijzonder trekt. Zonder de wetenschap en de gynaecologie (en een hele fijne en betrokken gynaecoloog!) hadden wij onze prachtige zoon niet gehad, daar ben ik ontzettend dankbaar voor. Dus kon ik het niet laten te reageren op de vacature en ben ik superblij dat de klik met de NVOG wederzijds was. De afgelopen acht weken voelde ik mij dan ook weer als een vis in het water.

COVID-19: een rare tijd om te starten?

Het is zeker een hele bijzondere tijd om te starten. Veel van de overleggen die plaatsvinden, zowel binnen onze vereniging als met stakeholders, vinden nu digitaal plaats. Een beetje informeel kennismaken en netwerken is er nu niet bij, je moet het echt plannen en organiseren. Om de gynaecologie toch te leren kennen, ben ik zo veel mogelijk - met gepaste afstand - op bezoek gegaan bij leden van het bestuur en de voorzitters van de koepels en pijlers. Dat is ontzettend leuk en leerzaam. En natuurlijk sluit ik bij de verschillende ZOOM vergaderingen aan. Via die weg heb ik ook al meer leden de 'virtuele hand' geschud.

naar hoe we actieve betrokkenheid van leden stimuleren en faciliteren. Hoe zorgen we ervoor dat de vereniging niet alleen draait op de vaste, actieve kern? Hoe blijven we binden en boeien? En hoe zorgen we ervoor dat het lidmaatschap niet alleen een vanzelfsprekendheid is, maar dat je gewoonweg bij 'de club' wilt horen? Deze vraag wordt nu ook versterkt door COVID-19. Het Gynaecongres wordt dit jaar voor het eerst volledig digitaal gehouden. Dat was een lastige keuze. Want naast het halen van kennis en accreditatiepunten is het sociale aspect minstens zo belangrijk. Elkaar zien en spreken, gezellig een borrel drinken... dat is er even niet bij.



'Een beetje informeel kennismaken en netwerken is er nu niet bij'

Wat is je eerste indruk?

Ik heb de NVOG tot nu toe leren kennen als een vooruitstrevende club met ambitieuze, enthousiaste leden en een informele, vriendelijke sfeer. Het bestuur is ontzettend actief. Er wordt hard gewerkt in de koepels en pijlers en de verschillende werkgroepen/commissies. Ondersteund door een klein bureau dat bergen werk verzet. Tegelijkertijd zie ik ook - net als bij elke vereniging - dat het zoeken blijft

Aan de andere kant: het biedt ook kansen! De koepels en pijlers ervaren nu ook de voordelen van digitaal vergaderen. Het is eenvoudiger te organiseren en ook als je in Maastricht of Groningen woont, sluit je gemakkelijker aan. Zo zien we nu al dat de digitale thema-ALV op 30 september a.s. een record aantal inschrijvingen heeft. Dus al met al maak ik mij over het Gynaecongres in november geen zorgen. Er is een scala aan mogelijk-

heden om een aantrekkelijk en interactief onlineprogramma neer te zetten, daar wordt nu op ingezet. Wie weet ontstaan er hele leuke regionale ontmoetingen tijdens het congres... De 'moderne gynaecoloog' vindt hierin wel zijn weg, toch?

Voor de langere termijn gaan wij onderzoeken hoe we leden – ook op afstand – kunnen blijven binden en onze communicatiemiddelen hier zo effectief mogelijk voor inzetten. Op dit moment bereiden we een project voor om dit goed in kaart te brengen en te kijken naar de behoeften van de leden.

Wat is jouw visie op de toekomst?

Dat is best een grote vraag na een relatief korte tijd. En toch ook weer niet. De NVOG heeft immers al een mooie visie ontwikkeld: *De gynaecoloog 2025: voor iedere vrouw in elke levensfase*. Petje af voor hoe de visie daarin is verwoord. Het is een visie die voor mij ook heel herkenbaar is. Het beschrijft de rol van de moderne gynaecoloog die zich als medisch specialist in verschillende zorgnetwerken beweegt. Die zich toetsbaar opstelt en zich continu wil verbeteren en vernieuwen en hiervoor in kwaliteitsnetwerken reflecteert op zijn of haar uitkomsten. En die zich bewust is van zijn of haar rol in preventie en gezond gedrag bij vrouwen in alle levensfasen. Wat dat betreft niet heel anders dan de thema's en doelen die ook in de GGZ spelen, waar ik vandaan kom. Ik denk dat het nu de uitdaging is om deze ambitie en de gestelde doelen ook zijn weg te laten vinden naar de praktijk van de gynaecoloog. Hoe herkenbaar is deze visie voor hen en leeft het ook? Wat vraagt het realiseren van deze visie in het dagelijkse werk? En hoe kunnen we hier als wetenschappelijke beroepsvereniging in ondersteunen? Ik heb nog niet overal de antwoorden op, maar ik ben wel erg gedreven in het zoeken naar verbindingen om gezamenlijk onze doelen te behalen. Dat is de bijdrage die ik graag wil leveren. Ik denk dat sommige onderwerpen nog wat verdieping en concretisering vragen.

Kun je daar een voorbeeld van geven?

Denk aan een thema als *Value Based*



Het NVOG-bureau: v.l.n.r.: Anne-Frank Morshuis, Wiesje van Boxtel, Liesbet Hekkers, Carolien Kanne, Ank Louwes, Esther van Wissen, Tula Bandsma, Yvonne Broer en Sander Claessens. Foto Annick Martens.

Health Care. Een veel besproken onderwerp binnen en buiten de vereniging. Met voor- en tegenstanders. Iedereen vanuit een eigen perspectief en met eigen beelden. Ik zou het heel mooi vinden als we een concept als dit – dat aansluit bij de *Visie gynaecoloog 2025* – met elkaar kunnen verdiepen en een keuze maken in h e we hier gezamenlijk op inzetten als vereniging. Een ander voorbeeld is een programma als *'Babyconnect'*. Het sluit aan bij de visie dat we actief willen inzetten op persoonlijke gezondheidsdossiers, registratie aan de bron en uitwisseling van gegevens. Betekent dit ook dat wij dit initiatief als wetenschappelijke beroepsvereniging actief stimuleren? Dit soort vragen wil ik graag met elkaar beantwoorden.

Wat staat er de komende periode op jouw agenda?

Natuurlijk ga ik verder met het kennismaken met de leden. Het is ontzettend belangrijk om te horen wat er speelt en wat de behoeften zijn. Verder zie ik dus een belangrijke opgave in de implementatie van de visie door concretisering van onze doelen. De rol van de vereniging en het bureau moeten daarbij duidelijk zijn. Ik zie het als mijn taak om die discussie aan te jagen en te verbinden. Ook vind ik het belangrijk om binnen de Federatie de samenwerking met andere wetenschappelijke verenigingen te verstevigen zodat we

niet allemaal met onze kleine bureaus zelf het wiel opnieuw uitvinden, maar elkaar juist versterken. Tot slot heeft de samenwerking met de KNOV mijn aandacht. Ook daar is een relatief nieuwe directeur en dat biedt kansen voor nieuwe energie in onze samenwerking. En dat is ook nodig. Na de zomer neemt VWS een besluit over de integrale bekostiging van de geboortezorg. Een belangrijke mijlpaal. Maar ik doe het natuurlijk niet alleen: in tegendeel! Op het bureau wordt door de beleidsadviseurs en ondersteuners keihard gewerkt om – samen met actieve leden – de dagelijkse werkzaamheden door te laten gaan. Bijvoorbeeld om ervoor te zorgen dat het belang van de gynaecoloog wordt behartigd in landelijk beleid; om de wel 30 (!) lopende SMKS-projecten te ondersteunen en te monitoren op voortgang en daarbij ook nog eens circa tien nieuwe projecten aan te vragen; om het vernieuwde opleidingsplan *'LOGO'* te kunnen lanceren en alle kwaliteits- en opleidingsvisities te organiseren; om richtlijnen en patiënteninformatie te laten ontwikkelen en updaten en om onderzoeksvorstellen in te dienen bij ZonMw; om pers te woord te staan en de leden te informeren over dit alles...

Dus al met al genoeg te doen. Ik heb enorm veel zin om samen met het bestuur, de leden en het bureau hieraan invulling te geven!

Aios-tarief voor SIG's en NVOG-werkgroepen

Bij onze VAGO-werkbezoeken kwam naar voren dat de contributie voor deelname aan een werkgroep of SIG een financiële drempel kan opleveren. Vooral bij interesse voor deelname aan meerdere werkgroepen. Derhalve heeft het NVOG-bestuur besloten om per 1 januari 2021 de contributie van alle werkgroepen en SIG's aan te passen naar een speciaal en vast aios-tarief van €10. Dit tarief komt te vervallen na afronding van de opleiding. Nota bene: De *Dutch Menopause Society* (DMS) was altijd al gratis voor aios en dat zal ook zo blijven!

Sommige contributies waren gelinkt aan het lidmaatschap van een wetenschappelijk tijdschrift of een ander privilege - het kan zijn dat de werkgroep hier nu een aparte contributie voor vraagt, waar de aios zelf de keuze kan maken of dit wel/niet gewenst is. Als tegenprestatie verwachten we nu wel dat de deelnamegraad van aios onder werkgroepen omhoog gaat! Dit kunnen we ook van harte aanbevelen, aangezien dit naast inhoudelijke verdieping ook een mogelijkheid biedt tot netwerken en ontwikkeling van bestuurlijke competenties. *Bron: NVOG*

Complicatiedagen, 16-17 november

De *Complicatiedagen gynaecologie/verloskunde 'Niet goed gegaan, ook fout gedaan?'*, georganiseerd door de Commissie Collegiale Ondersteuning vinden plaats op 16 en 17 november a.s. Waar gaan we het over hebben?

- Complicaties en gevolgen;
- Complicatieregistratie;
- De gang naar de tuchtrechter;
- Wat werk met ons doet;
- Media;
- Sfeer en uitkomst;
- Sociale veiligheid en patiëntveiligheid;
- Open disclosure.

Locatie:

Kasteel Oud Poelgeest te Oegstgeest.
Prijs: 575 euro voor anderhalve dag, inclusief diner in eersteklasrestaurant. Overnachting is mogelijk in het kasteel op eigen kosten.

Accreditatie: wordt aangevraagd.
Aanmelden voor de Complicatiedagen via: kwaliteit@nvog.nl. *Bron: NVOG*

DMS-symposium 9 okt

In het kader van het NVOG-jaartheme '*Menopauze/gezond ouder worden als vrouw*' organiseert de *Dutch Menopause Society* (DMS) op 9 oktober haar jaarlijkse symposium met het thema: '*Menopauze en het brein*'. Omdat alles 'coronaproof' is georganiseerd, is er in Hotel Van der Valk in Houten slechts ruimte voor 50 deelnemers, dus wees er op tijd bij. Voor het programma en inschrijven zie: <https://demenopauzespecialist.nl/nieuws/programma-dms-najaarssymposium>.

Graag tot ziens op 9 oktober a.s.!
Bron: DMS

FMS-kennisagenda COVID-19

De Federatie Medisch Specialisten (FMS) heeft een multidisciplinaire wetenschapscommissie COVID-19 opgericht. Deze zal o.a. een multidisciplinaire kennisagenda opstellen m.b.t. COVID-19-gerelateerd onderzoek. Het doel van deze kennisagenda is een overzicht geven van de belangrijkste kennisvragen met betrekking tot infectiepreventie, diagnostiek, behandeling (medicamenteus en niet-medicamenteus) en nazorg van COVID-19 op de volksgezondheid via uitgestelde, afge-

schaalde of vermeden reguliere zorg. De FMS heeft daarom de wetenschappelijke verenigingen gevraagd om kennisiaten te formuleren en in te dienen. De kennisvragen moeten voldoen aan de volgende voorwaarden: ze worden breed gedragen en omvatten medisch specialistische zorg.

Voor het indienen van kennisvragen kan gebruik worden gemaakt van dit invulformat FMS-COVID-19, vul het formulier zo compleet mogelijk in en mail het uiterlijk 16 september a.s. naar wetenschap@nvog.nl. Let op het invulformat staat op het besloten ledenportaal: je moet eerst inloggen.

Bron: NVOG

Zorg voor de Bekkenbodem 2020

Tijdens deze eerste lustrumeditie van de nascholing *Zorg voor de Bekkenbodem* bieden de regionale sprekers teams u een kennisupdate zodat u op de hoogte blijft van de meest actuele inzichten en behandelopties in de bekkenbodemp Zorg. Onder leiding van een moderator presenteren een regionale uroloog, gynaecoloog en chirurg u relevante casuïstiek waarbij interactie en discussie met u centraal staat.

Er is altijd een bijeenkomst bij u in de buurt. Meer informatie? Neem contact op met Inge Kleiss, projectmanager van organisatiebureau Mark Two Academy: ikleiss@markttwo.nl of 033-4345730
Accreditatie voor 3 uur is aangevraagd bij de NVU, NVOG, NAPA en VSR.

NIPT in regulier programma voor prenatale screening

Op 7 juli jl. is het *Advies nevenbevindingen NIPT* van de Gezondheidsraad aangeboden aan de Tweede Kamer en heeft de minister een brief over de NIPT naar de Tweede Kamer gestuurd. De minister geeft hierin aan dat hij het RIVM zal vragen voorbereidingen te treffen zodat de invoering van de NIPT per 1 april 2023 als screeningstest in het reguliere programma van prenatale screening mogelijk is.

Het RIVM/Centrum voor Bevolkingsonderzoek zal binnenkort starten met de voorbereidingen. Hierbij wordt samenwerking gezocht met bestaande werkgroepen, de Programmacommissie met daarin afgevaardigden van de betrokken *stakeholders*, en nog te vormen tijdelijke projectgroepen. Tenslotte heeft staatssecretaris Blok huis een brief naar de Tweede Kamer gestuurd over het eerste trimester SEO.

Thema-ALV 'LOGO' op 30 september

De opleiding staat als een huis. Gynaecologen staan nooit stil. We pakken de ontwikkeling van de opleiding bij de kop. Dit is voor alle gynaecologen (in opleiding) relevant. Schrijf je dus in voor onze eerste digitale thema-ALV op 30 september a.s. over 'Opleiden voor de toekomst LOGO 2020' en geef mee

aan de toekomst van vrouwgezondheid en ons fantastische vak!

Voor het programma en meer informatie zie het besloten ledengedeelte van de NVOG-website. Aanmelden via bestuurssecretariaat@nvog.nl. kan tot 23 september. *Bron: NVOG*

Vacature voor aios-lid in Commissie In-/uitstroom

De Commissie In- & Uitstroom van de NVOG valt onder de Koepel Opleiding en heeft als opdracht de Koepel Opleiding en in het verlengde daarvan het NVOG-bestuur te informeren en adviseren over de benodigde instroom van gynaecologen, zodanig dat er geen tekort of overschot aan gynaecologen in Nederland ontstaat.

De Commissie heeft plaats voor een enthousiast, gedreven aios-lid met aantoonbare belangstelling voor het analyseren van verzamelde data. Gemiddeld vergadert de commissie twee keer per jaar en communiceert daartussen per e-mail. Solliciteren kan door voor 15 september a.s. een motivatiebrief, vergezeld van een CV, te mailen naar carolienkane@nvog.nl. *Bron: NVOG*

Vacature gynaecoloog met affiniteit voor PGD

De Indicatiecommissie Pre-implantatie Genetische Diagnostiek (PGD) heeft een vacature voor een gynaecoloog. Zodra een van de centra in het land

een verzoek krijgt PGD te verrichten voor een erfelijke aandoening waarvoor dit niet eerder is gebeurd, wordt de casus, of meer precies de aandoe-ning in kwestie, voorgelegd aan de landelijke indicatiecommissie PGD. Deze commissie is in 2008 ingesteld op verzoek van staatssecretaris van VWS Bussemakers ingesteld en bestaat uit twee gynaecologen, drie klinisch gene- tici, twee ethici en een vertegenwoordiger van de patiëntenverenigingen. Voor een van de gynaecologen zoekt de commissie nu vervanging. De medisch specialisten in de commissie zijn voor- gedragen door hun beroepsvereniging. Zie ook: bestuurssecretariaat@nvog.nl. *Bron: NVOG*

NVOG- Activiteitenagenda

- Dinsdag 15 sept: digitale thema- avond *Moderne onderwijstoepassingen*.
- Donderdag 24 sept: *Senioren*dag, 's-Hertogenbosch. **AFGELAST**
- Vrijdag 25 sept: *Themamiddag Koepel Opleiding*.
- Woensdag 30 sept: *digitale thema- ALV over LOGO*.
- Vrijdag 30 okt: *Voortgangstoets*.
- Woensdag tot vrijdag 4-6 nov: *digitaal Gynaecologes*.
- Vrijdag 27 nov: *Themamiddag Koepel Opleiding*.
- Woensdag 2 dec: *BBC-Kwartal- bijeenkomst*

Owee

Co(mpliment)

Het begeleiden van coassistenten is nog veel leuker als men zich verdiept in de persoon in die witte jas. Soms leidt dat tot gezamenlijke interesses, getuige onderstaande brieftekst:

Beste Dr. van de Ven,

Vandaag was mijn laatste dag. Ik wil je bedanken voor de leuke en leerzame poli's die we samen hebben gehad. Ik heb veel geleerd over gynaecologie, maar het was ook leuk om met jou over auto's te praten. Het was fijn je te ontmoeten. Met vriendelijke groet, Bas, co-assistent

En zolang de medische inhoud het 'wint' van mijn voorliefde voor snelle auto's is dit toch echt een compliment!

Dr. Joost van de Ven gynaecoloog Elkerliek ziekenhuis Helmond

Zelf iets opmerkelijks, grappigs, wetenswaardigs, ontroerends meegemaakt? Stuur uw tekst naar m.kerkhof@bz.nl onder vermelding van Owee. Beperk u tot 120 woorden. De redactie behoudt zich het recht voor om wijzigingen aan te brengen, die de leesbaarheid van het stukje optimaliseren.

Levensloopbenadering in de geneeskunde: betere zorg voor vrouwen

dr. S. Schoenmakers gynaecoloog-perinatoloog, Erasmus MC, Rotterdam

prof. dr. B.C.J.M. Fauser gynaecoloog, emeritus-hoogleraar Voortplanting en Gynaecologie

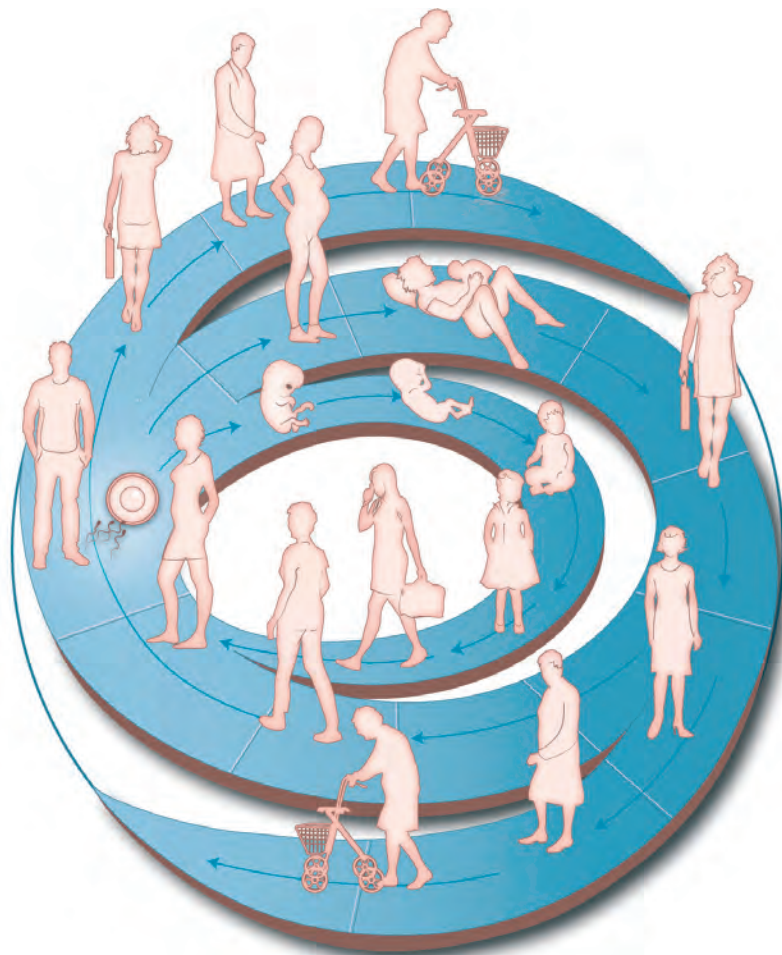
prof. dr. C.G.J.M. Hilders gynaecoloog, Reinier de Graaf Gasthuis, Delft

prof. dr. E.A.P. Steegers gynaecoloog, afdelingshoofd Verloskunde en gynaecologie, Erasmus MC, Rotterdam

Voorschrijdend inzicht in ziekteprocessen, gezondheid en welbevinden heeft geleid tot de toepassing van de levensloopbenadering binnen de geneeskunde.¹ De levensloopbenadering beziet iemands verleden en levenscyclus binnen de context van haar of zijn culturele én sociale omgeving.^{2,3} Een individuele levenscyclus bestaat uit een continuüm van opeenvolgende levensstadia, en beslaat de periode van 'wiegen tot graf'. Echter, biologisch gezien begint een individuele levensloop preconceptioneel met de vorming van de gameten van de (toekomstige) ouders, gevolgd door postconceptionele embryonale en foetale ontwikkeling en continueert deze tot het einde van het leven.

De wijze waarop elke levensfase wordt doorlopen, bepaalt gezondheid en welbevinden in de daaropvolgende levensfasen. De levensloopbenadering (figuur 1) heeft dan ook als uitgangspunt dat gebeurtenissen vroeg in het leven vaak pas veel later in het leven gezondheidsconsequenties kunnen hebben, ook wel bekend als de theorie van *Developmental Origins of Health and Disease* (DOHaD).⁴ De inbedding van de levensloopbenadering in de gezondheidszorg kan zorgen voor vroege identificatie van risicofactoren voor zowel vrouwen als mannen. Het vergroot de mogelijkheden van preventie en interventies gedurende het gehele leven van een persoon - met oog voor vrouw- en manspecifieke, biologische, gedrags- en sociale aspecten - en daarmee de effectiviteit van zorg.²

In de geneeskunde wordt momenteel wereldwijd nog onvoldoende aandacht besteed aan verschillen door geslacht. Als reactie hierop zijn verschillende initiatieven ontstaan die een bijdrage



Figuur 1. De levensloopbenadering²

Het figuur toont een reeks afzonderlijke, begrensde fasen in het leven van een individu. De levensloopbenadering van de gezondheid van vrouwen erkent de langetermijneffecten tijdens deze afzonderlijke fasen van biologische, gedragsmatige (incl. levensstijl) en sociale blootstellingen op gezondheid later in het leven en transgenerationeel. Gezondheid gedurende de levensloop begint preconceptioneel met de gametogenese van de ouders en de daaropvolgende foetale groei en ontwikkeling. De kindertijd en jeugd bepalen na de geboorte de verdere gezondheid, die in toenemende mate afhankelijk wordt van aangeleerde gewoontes en gedragingen. Tijdens de adolescentie bereikt het kind de puberteit en wordt het seksueel bewust. Dit wordt vertegenwoordigd door de binnenste cirkel. Volwassenen kunnen vervolgens een nieuwe levensloop initiëren door de conceptie en geboorte van hun eigen kinderen. Tijdens de zwangerschap verandert het lichaam van de vrouw afhankelijk van de behoefte van de groeiende foetus. Dit beïnvloedt zowel de reproductieve veroudering als de peri- en postmenopauzale gezondheid. Tegen het einde van het leven neemt de individuele functionele capaciteit en de gezondheid af. De mate van achteruitgang hangt af van zowel hedendaagse invloeden als het niveau van piekfunctie dat eerder in het leven werd bereikt. Dit wordt vertegenwoordigd door de buitenste cirkels.

leveren in het vormgeven van de zorg gericht op de vrouwelijke constitutie. In de Verenigde Staten zijn grote multidisciplinaire geïntegreerde *women's health centers of excellence* opgezet, zoals bij de universiteiten Stanford⁵ en Harvard⁶, in een poging om betere zorg voor vrouwen concreet op te zetten. In Canada is een nationale *women's health strategy*⁷ ontwikkeld. Dit heeft geleid tot een nieuwe, internationale en brede visie op *women's health* waarbij de levensloopbenadering en vrouwspecifieke geneeskunde centraal staan. Ook in de internationale literatuur krijgt het onderwerp vrouwspecifieke geneeskunde steeds meer aandacht. Zo werd in een recente editorial in *The Lancet* weer naar voren gebracht dat men binnen de geneeskunde nog steeds vaak de mannelijke constitutie als uitgangspunt neemt. Er is sprake van een langdurige marginalisatie van vrouwen waarbij de aandacht in de zorg zich vooral richt op de voortplanting. Zowel onderzoekers als subsidieverstrekkers en *editors* van wetenschappelijke tijdschriften beschouwen genderaspecten van gezondheid en ziekte nog steeds niet als prioriteit.⁸ De vrouwspecifieke benadering belicht de biologische, fysiologische en psychologische verschillen tussen mannen en vrouwen en de effecten hiervan op diagnostiek en behandelingen van ziektes. Wij pleiten vóór de introductie van de levensloopbenadering binnen de vrouwspecifieke geneeskunde. Dit noodzaakt tot een brede, multidisciplinaire benadering van preventie, welbevinden, gezondheid en ziekte van het vrouwelijk deel van de bevolking (*public health*), en een geïntegreerde psychosociale en medische hulpverlening (eerste-, tweede- en derdelijnszorg) waarin wensen en behoeftes van vrouwen, geheel binnen hun eigen context, centraal staan.⁹ Begin 2020 verscheen een geheel herziene versie van het *Nederlandse leerboek Obstetrie en Gynaecologie; de voortplanting van de mens*.² Bovenstaande visie op *women's health* wordt daarin voor het vakgebied verloskunde en gynaecologie uitgewerkt. In deze bijdrage belichten we het bredere perspectief van de lange weg naar zorg met een vrouwspecifieke benadering.

Tabel 1. De vrouwen versus de mannen¹¹ (aangepast)

Aandoening	Vrouwen	Mannen
Algemene aandoeningen/ klachten bij huisarts	60%	40%
Ervaren gezondheid als minder goed	22%	18%
Onvrijwillig urineverlies	10,3%	1,8%
Migraine / ernstige hoofdpijn	20,9%	9,5%
Essentiële hypertensie (huisartspraktijk)	70,8%	43,8%
Klachten bij X-gebonden recessieve aandoeningen	0%	100%
Seksuele pijn (enkele keer tot altijd)	> 50%	0,2%
Symptomatische chlamydia-infectie	10-30%	50%
Verhouding anorexia nervosa	95%	5%

Tabel 2. Reproductieve gezondheid en geassocieerde ziekte later in het leven² (aangepast)

Reproductieve determinanten	Geassocieerde aandoening
<i>Menarche</i>	
Vroege leeftijd	obesitas, cardiovasculaire ziekte
Latere leeftijd	lagere botdensiteit
SOA	infertiliteit, cervixcarcinoom
Infertiliteitsbehandeling	depressie, <i>borderline</i> ovariumcarcinoom
<i>Zwangerschap</i>	
Zwangerschapsdiabetes	diabetes mellitus type II, cardiovasculaire ziekte
Pre-eclampsie	cardiovasculaire ziekte
<i>Menopause</i>	
Vroege leeftijd	cardiovasculaire ziekte, hersenbloeding, Alzheimer, levensduur
Latere leeftijd	endometriumcarcinoom, borstkanker
Roken	cardiovasculaire ziekte

Vrouwspecifieke geneeskunde

Momenteel wordt binnen de gezondheidszorg te weinig rekening gehouden met *gender* en individuele kenmerken en verschillen. In een interview in de Volkskrant verwoordt Jelka van Houten¹⁰ het bestaande onbegrip rond de verschillen tussen vrouwen en mannen binnen de geneeskunde. Vrouwen en mannen verschillen in het ervaren en interpreteren van lichamelijke klachten waarbij vrouwen in het algemeen hun gezondheid minder goed ervaren als mannen (tabel 1). Daarnaast blijkt dat vrouwen vaker medische hulp zoeken, vaker worden opgenomen en meer geneesmiddelen voorgeschreven krijgen.¹¹ Ook de chronische, niet-overdraagbare ziektes gedragen zich anders bij vrouwen. Vrouwen presenteren zich met andere klachten bij een myocardinfarct en overlijden vaker aan cardiovasculaire ziekten (CVZ) dan mannen, hoewel mannen jonger dan zestig jaar

drie- tot viermaal zo vaak een myocardinfarct hebben. Vrouwen met diabetes mellitus overlijden vaker dan mannen aan coronaire hartziekten.¹¹ Recente cijfers van het CBS laten zien dat ziekteverzuim fors hoger is bij vrouwen dan bij mannen tussen veertig en zestig jaar, en dat overgangsklachten hierbij een belangrijke rol spelen. Voorts wordt beschreven dat aandacht op de werkvloer voor overgangsklachten gepaard gaat met een daling van het ziekteverzuim.¹² Deze cijfers wijzen op het belang, haalbaarheid en effectiviteit van praktische handvatten in het integreren van de context in het omgaan met gezondheid van vrouwen in het algemeen.

Reproductieve gezondheid in de levensloopbenadering

Een belangrijk onderdeel van de levensloopbenadering is de reproductieve gezondheid. De fase van reproductieve gezondheid loopt van de leef-

tijd van de menarche tot de menopauze en is bepalend voor zowel het verloop van een zwangerschap en de daaruit voortvloeiende gezondheid van haar kinderen als een risicofactor voor niet-overdraagbare ziekten in het latere leven van de vrouw zelf (tabel 2). Andere factoren die een rol spelen in deze levensfase zijn sociale factoren (individuele sociale problemen en woonomgeving) omdat zij risicofactoren zijn voor perinatale mortaliteit en morbiditeit en gezondheid in het latere leven.²

Internationaal perspectief

The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) in Engeland, heeft al in 2012 in haar toekomstvisie, *Tomorrows Specialist*, gewezen op het belang van het functioneren van de gynaecoloog in multidisciplinair verband en formuleerde een visie op een levensloopbenaderende uitgaande van een geïntegreerde zorg in levensfasen zoals puberteit, adolescentie, reproductieve levensfase, perimenopauze en ouderdom in plaats van in afgebakende superspecialisaties. Zoals eerder vermeld, werd in 2018 in een internationale publicatie aangekaart dat men de man nog steeds als uitgangspunt neemt binnen de geneeskunde.⁸

Stand van zaken in Nederland

Ook in Nederland wordt al langer – met wisselend resultaat – aandacht gevraagd voor de noodzaak van meer en andere aandacht voor vrouwen in de zorg.¹³⁻¹⁶ Het maatschappelijke probleem en het debat hierover worden momenteel aangekaart in de voorstelling *De Verleiders Female*.¹⁷ In het boek *Vrouwspecifieke geneeskunde* worden drie thema's uitvoerig belicht: vrouwspecifieke aspecten van zorg, sekseverschillen in ziekte en gezondheid en vrouwspecifieke thema's zoals anticonceptie, menopauze, cyclusgebonden klachten, endometriose en vleesbomen.⁴ Ook is er een Nederlandstalig boek verschenen over de vrouwspecifieke aspecten van de cardiologie. Voor de overlappende vakgebieden Gynaecologie en Cardiologie is een nieuwe term geïntroduceerd: gynaecardiologie.¹⁸

In het ZonMw-signalement, gepubliceerd in 2012 onder de naam 'vrouwen zijn anders'¹⁹ wordt voor het eerst aandacht gevraagd voor hiaten in kennis omtrent gezondheid en ziekte van vrouwen, maar ook het gebrek aan implementatie van reeds aanwezige kennis in Nederland. Dit discussiestuk resulteerde uiteindelijk in 2015 in een kennisagenda²⁰ en het daarmee samenhangende onderzoeksprogramma *Gender en gezondheid* (2016-2020). Ter verwezenlijking van dit programma werd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport destijds twaalf miljoen euro vrijgemaakt.²¹ De actieve betrokkenheid van de vrouwenorganisatie *Women Inc.* heeft een beslissende rol heeft gespeeld in het bijeenbrengen van de verschillende experts van uiteenlopende relevante vakgebieden.

Er wordt ook meer aandacht besteed aan gender en gezondheid bij de acht geneeskunde-opleidingen in Nederland.²² De Nederlandse Hartstichting heeft al jaren geleden onderkend dat er veel kennishiaten zijn op het gebied van vrouwen en hart- en vaatziekten, resulterend in gerichte onderzoeksprogramma's om deze leemtes op te vullen.²³

Uitdagingen nu

Om deze initiatieven in kennisontwikkeling meer te stroomlijnen hebben ZonMw en *Women Inc.* begin 2019 samen een start gemaakt met een programma voor vervolgonderzoek²¹, nu meer specifiek gericht op vrouwspecifieke en hormonale klachten en heeft de Hartstichting nieuwe subsidierondes voor vervolgonderzoek aangekondigd. Ook in de media is het onderwerp vrouwen en zorg blijvend in de belangstelling.^{10,17}

In het licht van steeds meer positieve aandacht voor zorg voor vrouwen is het opvallend dat in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* in een bijdrage over ongewenste medicalisering, onder het kopje 'Nieuwe ziektes' twee typische vrouwenklachten (premenstrueel syndroom en overgang) werden genoemd.²⁴ Aangezien er nog steeds een taboe rust op het onderwerp menopauze, wordt door vrouwen slechts zelden medische hulp ingeroe-

pen vanwege vaak langdurige overgangsklachten.

Het is belangrijk aan vrouwen zelf te vragen wat voor hun belangrijk is als het gaat om welzijn en gezondheid. Een voorbeeld dat dat veel beter moet, is dat uit onderzoek bleek dat 71% van de artsen meende dat behoud van de borst bij verdenking mammacarcinoom essentieel is, terwijl dit gold voor slechts 7% van de vrouwen.²⁵ Als arts dienen wij vrouwen eerst te vragen wat zij willen, voordat wij ze voorlichten over mogelijkheden, onmogelijkheden en risico's van een behandeling. Daarna kan in gezamenlijkheid het beleid wordt bepaald dat het beste past in de context en bij de wens van de betrokkene.

Conclusies

De integratie van de levensloopbenadering binnen de geneeskunde is gericht op gezond oud worden met primair aandacht voor leefstijl, gedrag en preventie, binnen de sociale context van het individu en rekening houdend met het geslacht. Er moet worden geïnvesteerd in prospectief onderzoek naar de meest optimale zorg voor zowel vrouwen als mannen gedurende hun hele leven, waarbij nieuwe meetmethodes van zorgevaluatie, zoals *International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)*, worden toegepast. Uiteindelijk draagt kennisontwikkeling ook bij aan de verbetering van welzijn en gezondheid van toekomstige generaties, en daarmee ook van hun partners en kinderen. Het genereren van nieuw inzicht in preventie en behandeling van vrouwspecifieke aandoeningen vergt ook een methodiek en analyse toegespitst op geslacht binnen het wetenschappelijk onderzoek en in de disseminatie van die kennis naar de maatschappij.²⁶

Referenties

1. Ben-Shlomo Y, Kuh D. *A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges, and interdisciplinary perspectives.* Int J Epidemiol 2002;31:285-93
2. Steegers, E.A.P., Fauser, B.C.J.M., Hilders, C.G., Jaddoe, V.W., Massuger, L.F., vd Post, J.A., Schoemaker, S. *Textbook of Obstetrics and Gynaecology; a life course approach.* 1e dr. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2019.

3. www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/tomorrows-specialist_fullreport.pdf
4. Barker D.J. *The origins of the developmental origins theory*. J. Internal Med. 2007; 261; 412-417.
5. www.med.stanford.edu/whsdm.html
6. www.brighamandwomens.org/womens-health-center-of-excellence
7. www.canada.ca/en/health-canada/corporate/about-health-canada/reports-publications/women-health-strategy.html
8. Heidari, S., Bachelet, V.C. *Sex and gender analysis for better science and health equity*. Lancet 2018; 392: 1500-02
9. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving: www.raadvsv.nl/documenten/publicaties/2017/06/19/zonder-context-geen-bewijs, geraadpleegd op 9 januari 2020.
10. Veraart, Karin *Interview met Jelka van Houten*, Volkskrant, 5 november 2019.
11. Fauser, B.C.J.M., Lagro-Janssen, A.L.M., Bos, A.M.E. *Handboek vrouwspecifieke geneeskunde*. 1e dr. Houten: Prelum uitgevers; 2013.
12. Skipr: www.skipr.nl/actueel/id38054-overgang-vormt-steads-groter-hr-probleem-in-de-zorg.html, geraadpl. 9 januari 2020.
13. Lagro-Janssen, T., Noordenbos, G. *Sekseverschillen in ziekte en gezondheid*. Nijmegen: Uitgeverij SUN; 1997.
14. Kolk, A.M., Bekker, M.H.J., van Vliet, K.P. *Advanced studies in women and health research; towards gender sensitive strategies*. Tilburg University Press. 1999.
15. Goverde, A.J., Fauser, B.C.J.M. *Vrouwen zijn echt anders. Genderspecifieke geneeskunde doet recht aan seksverschillen*. Medisch Contact 2006, 49, 1968-71.
16. Mens-Verhulst, J. van, Waaldijk, B. *Vrouwshulpverlening 1975-2000*. Houten, Bohn Stafleu van Loghum; 2008.
17. De Verleiders: www.de-verleiders.nl/female, geraadpleegd op 9 januari 2020.
18. Maas, A.H.E.M., Lagro-Janssen, A.L.M. *Handboek gynaecologie: vrouwspecifieke cardiologie in de Praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2011.
19. ZonMw-Signalement Seks-specifieke gezondheidszorg: www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/Signalement_Vrouwen_zijn_echt_anders.pdf, geraadpleegd op 9 januari 2020.
20. <https://publicaties.zonmw.nl/kennisagenda-gender-en-gezondheid/>
21. ZonMw: www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/diversiteit/programmas/programma-detail/gender-en-gezondheid/, geraadpleegd op 9 januari 2020.
22. Women Inc: www.womeninc.nl/nieuwsbericht/gender-gelijkheid-en-de-geneeskunde, geraadpleegd op 9 januari 2020.
23. Professionals Hartstichting: www.hartstichting.nl/wetenschappers/investeren-in-thema-s-onderzoeksagenda/investeren-onderzoek-hart-en-vaatziekten-vrouwen, geraadpleegd op 9 januari 2020.
24. De Wit, N.J., Engelfriet, P. *Ongewenste medicalisering: Over de aard en achtergronden van te veel geneeskunde*. Ned Tijdschr Geneeskunde 2018; 162: 1-5.
25. Lee, M.K., Noh, D.Y., Nam, S.J., Ahn, S.H., Park, B.W., et al. *Association of shared decision making with type of breast cancer surgery: a cross-sectional study*, BMC Health Serv Res. 2010; 23: 10:48
26. Steegers, E.A.P., Been, J.V., Loorbach, D.A. *Maatschappelijke valorisatie van kennis*. Ned Tijdschr Geneesk 2019; 163: D3109.



Ineke van Seumeren

Over het ontstaan van de werkgroep Kindergynaecologie

prof. dr. F.B. Lammes em. hgl. Gyn.

In het NTOG-themanummer Kindergynaecologie [vol. 133, p112] beschrijft Ineke van Seumeren het ontstaan van de werkgroep en plaatst daarbij enkele mooie veren op mijn hoed.

So far so good, maar de werkgroep was nooit van de grond gekomen als Ineke niet het voortouw had genomen. Met haar kennis, maar ook steeds toegankelijk voor overleg. En zeer praktisch, door te regelen dat de vergaderingen met het belangrijke overleg over patiënten in de vroege avond kon plaatsvinden in het Wilhelmina Kinderziekenhuis. Mocht over enkele decennia iemand zich nogmaals buigen over de geschiedenis van de werkgroep en zich afvragen: *'wie was eigenlijk Ineke van Seumeren?'*, dan moet hij het doen met een minuscule foto-vignetje.

Nu kwam Ineke ter voorbereiding van haar interview op bezoek. Zoals ieder die haar kent was dat een gezellige ontmoeting, die ik aan het einde van de lunch vastlegde met een snapshot. Die foto zal gauw in de vergetelheid raken maar zegt meer dan in woorden waarom haar enthousiasme bepalend is geweest voor de start van de Werkgroep. De foto is het daarom waard om in de archieven van het NTOG bewaard te blijven.

F.B. Lammes lamme254@kpnmail.nl

Samenvatting

De levensloopbenadering binnen de geneeskunde benadrukt een gezondheidszorg die zich primair en multidisciplinair moet gaan richten op het voorkomen van ziekten in plaats van op genezen alleen. Vrouwen en mannen verschillen zowel anatomisch, hormonaal als gedragsmatig van elkaar, maar de hedendaagse geneeskunde is nog onvoldoende vrouwspecifiek. Zowel nationaal als internationaal wordt deze nieuwe visie voor vrouwspecifieke geneeskunde bepleit waarbij de levensloopbenadering het vakgebied van de verloskunde en gynaecologie overstijgt. In deze bijdrage willen wij vooral het bredere perspectief belichten van de lange weg naar betere zorg voor alle vrouwen in alle levensfasen.

Summary

The life course approach within medicine emphasizes a health care system that should focus primarily and multidisciplinary on the prevention of diseases instead of on curing only. Women and men differ anatomically, hormonally and behaviorally from each other, but contemporary medicine is not yet woman-specific. Both nationally and internationally, this new vision is advocated for women-specific medicine, in which the life course approach transcends the field of obstetrics and gynaecology. In this contribution we want to highlight in particular the broader perspective of the long road to better care for all women in all stages of life.

Contact

dr. Sam Schoenmakers
s.schoenmakers

In deze nieuwe rubriek met nieuws vanuit de VAGO komen aios aan het woord om bepaalde aspecten van de opleiding vanuit persoonlijk perspectief toe te lichten. In deze editie, Evelien Sandberg, aios uit het LUMC.

LOGO: opleiding simpeler en beter

dr. E.M. Sandberg aios uit cluster Leiden, LUMC, lid van de Werkgroep LOGO

Najaar 2018, Domus Medica, Utrecht

Een groep gynaecologen en aios, waar onder ikzelf, komt bijeen met als doel ons opleidingsplan Obstetrie en Gynaecologie te reviseren. Met BOEG staat een stevige basis, maar na zes jaar is het tijd voor een kritische herziening. Het doel is om te bepalen welke aspecten van goed opleiden behouden moeten blijven en waar verbetering mogelijk is, zeker in het licht van een aantal relevante ontwikkelingen in de zorg. Er volgen veel brainstormsessies, literatuurstudies en vergaderingen. Geïnspireerd door de input van de bijeenkomsten, begint het nieuwe plan langzaam vorm te krijgen. LOGO, Landelijk Opleidingsplan Gynaecologie en Obstetrie, is geboren.

Najaar 2019, Zuid-Afrika, Tygerberg Ziekenhuis

De lijst met spoed-sectio's is vandaag al om 8 uur 's ochtends oneindig. Mijn Zuid-Afrikaanse collega is ingedeeld op OK en vraagt of ik - als Nederlandse aios die hier een paar maanden stage loopt - haar wil assisteren. De eerste patiënte is 32 weken zwanger. Zij heeft drie sectio's in de voorgeschiedenis en is nu in partu. Nadat wij met moeite de buik hebben geopend, wordt een dochtertje geboren. Wij beginnen met het sluiten van de baarmoeder en zien eigenlijk alleen maar bloed. De linkerhoek ziet er niet goed uit en de bloedspetters halen net het plafond niet. Het zweet loopt over mijn rug... Wij komen er niet uit en voorzichtig vraag ik of het niet tijd wordt om de gynaecoloog erbij te vragen. Ik heb al gemerkt dat de arts-assistenten hier dat met flinke tegenzin doen. Uiteindelijk wordt de supervisor gebeld. De gynaecoloog komt binnen en het wordt muisstil op de OK. Ik stap opzij zodat zij kan zien wat er aan de hand is en ondertussen vertelt zij over haar dienst van de afgelopen nacht. Zij is al

bijna 30 uur in het ziekenhuis en heeft nauwelijks geslapen. Het zet haar soms wat kortaffe reactie in perspectief. Het bloedverlies is nog steeds niet onder controle en opeens zegt de gynaecoloog: 'hysterectomie'! Ik schrik. Ik ben verbaasd over de snelheid van de beslissing maar besef dat er in deze setting niet veel mogelijkheden zijn. De klemmen gaan erin. Het bloedverlies is snel onder controle en niet veel later, kijk ik naar de verwijderde baarmoeder, die onschuldig tussen de instrumenten op het OK-tafeltje ligt. Patiënte verlaat in stabiele conditie de OK. Als ik aan mijn Zuid-Afrikaanse collega aios vraag om de casus na te bespreken met de gynaecoloog kijkt zij mij verbaasd aan. Voor reflecteren is helaas weinig tijd.

Mijn ervaring in Zuid-Afrika doet mij weer eens beseffen hoe goed de opleiding in Nederland geregeld is. In een heftige casus zitten zo veel leermomenten maar je moet ze wel erkennen, zowel de aios als de opleider. Opleiden is het creëren van een cultuur op de werkvloer, waarbij je je als aios veilig kwetsbaar kan opstellen en verbeterpunten kunt uitwisselen zodat je groeit. Met ons landelijke opleidingsplan in Nederland wordt getracht een gezamenlijke visie over goed opleiden te verwoorden die vervolgens voor een inspirerende opleiding moet zorgen in het hele land. In Zuid-Afrika realiseer ik mij ook hoe bijzonder het is dat wij als aios - bijna vanzelfsprekend - zitting hebben in werkgroepen zoals LOGO en dus echt een stem hebben over onze eigen opleiding.

Coronatijd 2020, thuis in Nederland

Zoom-vergadering met de LOGO-werkgroep. De eerste basis van het nieuwe opleidingsplan LOGO is gelegd. Ondanks ons motto 'simpeler en beter', was het een behoorlijk denkproces. 1. Van zeven CanMeds gaan wij terug

naar drie domeinen, te weten:

- Kennis en vaardigheden;
- Werkgerelateerde competenties;
- Persoonlijke en professionele ontwikkeling.

Dit lijkt ook een juiste stap als wij weten dat sommige CanMeds alleen met de nodige creativiteit aangevinkt worden. Hoeveel CanMeds over 'maatschappelijk handelen' zouden er de afgelopen jaren zijn ingevuld?

2. Het te bepalen niveau wordt niet ingedeeld in vijf stappen maar in drie:
 - Handelt met weinig supervisie;
 - Handelt zonder supervisie;
 - Superviseert.

3. In plaats van 15 uiteenlopende EPA's in BOEG, gaan wij naar 12 EPA's die duidelijk over specifieke onderdelen van het vakgebied gaan. Hiernaast zijn er ook vier thema's ingevoerd:

- Bevlogen zijn, bevlogen blijven;
- Zinnvolle zorg;
- Organisatie gebonden zorg;
- Kennis en innovatie.

De thema's zijn nieuw; een toevoeging. Ze beslaan diverse onderdelen die van belang zijn voor een optimale persoonlijke en professionele ontwikkeling. Zoals uit een recente enquête onder aios naar voren kwam, is er behoefte om hier meer aandacht aan te besteden.¹ Met LOGO zal persoonlijke ontwikkeling niet meer weg te denken zijn uit de opleiding.

Op 30 september vindt een thema ALV over LOGO plaats, en tijdens het Gynaecongres wordt het onderwerp besproken. Terugdenkends aan mijn collega's in Zuid-Afrika: we mogen de kans niet laten liggen om ons opleidingsplan verder te perfectioneren. Simpler en beter. Ik reken op je input!

1. Sandberg E.M., van Meurs H.S. (2019). *Aandacht in opleiding voor persoonlijke ontwikkeling*. NTOG, 132, oktober, 268-269

Observaties tijdens COVID-19-pandemie in een ruraal ziekenhuis in Sierra Leone

Hoe angst en overheidsbeleid leiden tot indirecte schade voor vrouwen

drs. G.C. den Hollander *arts internationale gezondheidszorg en tropengeneeskunde, Lion Heart MC, Yele, Sierra Leone*

drs. D.M. Bussink-Voorend *arts internationale gezondheidszorg en tropengeneeskunde, Lion Heart MC, Yele, Sierra Leone*

drs. E.W.M. Janszen *gynaecoloog en arts internationale gezondheidszorg en tropengeneeskunde, OLVG, Amsterdam*

Overal ter wereld zijn de effecten van de pandemie van SARS-CoV-2 merkbaar. Omdat de directe risico's van COVID-19 voor zwangere vrouwen beperkt lijken, zijn er door de NVOG-richtlijnen geschreven om te zorgen dat zwangere vrouwen niet onnodig door indirecte gevolgen van het coronavirus geraakt worden. Ook in Sierra Leone werden vele voorbereidingen getroffen. Toch blijken de indirecte gevolgen van de pandemie voor zwangeren in dit land nu al enorm.

Toen half februari de eerste COVID-19-casus op het Afrikaanse continent werd bevestigd, begonnen de speculaties over de mogelijke effecten van verdere verspreiding over dit werelddeel. Honderdduizenden zouden sterven door SARS-CoV-2 in Afrika, waar de al overbelaste gezondheidszorg niet deze infectieziekte ook nog het hoofd zou kunnen bieden.¹ Anderen beargumenteerden dat juist de ervaring met epidemieën zou helpen om adequaat te reageren.² Ook hoge temperaturen en de jongere populatie zouden de ergste rampscenario's misschien kunnen voorkomen. Een recente studie in *The Lancet* voorspelt een ernstige toename van indirecte sterfte bij moeders en kinderen.³ Dit laatste scenario lijkt na ruim een maand van aanwezigheid van SARS-CoV-2 in Sierra Leone realiteit te worden.

Sierra Leone heeft een zwak zorgstelsel en heeft na Zuid-Soedan en Tsjad de hoogste maternale sterfte ter wereld.⁴ Daarentegen heeft Sierra Leone de nodige ervaring met infectieziekten: naast de Ebola-uitbraak van 2014 tot 2016, zijn er ook regelmatig lokale uitbraken van Lassa en mazelen. Bij dit nieuwe virus kon er gekeken worden naar

het handelen van Europa voordat het zich in Sierra Leone zou gaan verspreiden. Met een handvol beademingsapparaten en zonder ook maar een enkele intensivist in Sierra Leone, worden de internationale nieuwsberichten over COVID-19 met spanning gevolgd. Een interessante selectie van de ontwikkelingen druppelt binnen via de radio, de burens en, voor wie een smartphone heeft, via whatsapp. Nog voordat er een enkel geval van COVID-19 bekend is, zijn alle grenzen en het luchtruim gesloten. Lang leeft de hoop en overtuiging dat Sierra Leone het virus buiten de landsgrenzen kan houden.

Lokale voorbereidingen

In het Lion Heart Medical Center (LHMC), een afgelegen ziekenhuis met zeventig bedden centraal in Sierra Leone, begonnen de voorbereidingen lang voor de eerste casus. Naast het vormen van een *outbreak team* en het maken van een stapsgewijs responsplan voor het ziekenhuis, werd er gewerkt aan educatie van de werknemers en de gemeenschap. Als één van de weinige ziekenhuizen dat open bleef ten tijde van Ebola was er niet alleen ervaring met infectieziekten maar ook een ruime hoeveelheid beschermend materiaal. Terugblikkend op de Ebola-epidemie, waar de maternale mortaliteit sterk opliep en de totale indirecte sterfte de sterfte door Ebola overtrof, is het voornaamste doel het ziekenhuis draaiende te houden, vooral voor de moeder- en kindzorg.^{5,6} Onderwijs werd gegeven over de symptomen, het beloop en de behandeling van COVID-19. Er werd geoeft met een aangepast triagesysteem, met isolatie van COVID-19-patiënten en de juiste beschermende kleding.



Screening bij binnenkomst: temperatuurmeting en een aantal korte vragen. Na screening volgt de meer uitvoerige triage waarbij mogelijke COVID-19-patiënten apart gezien worden.



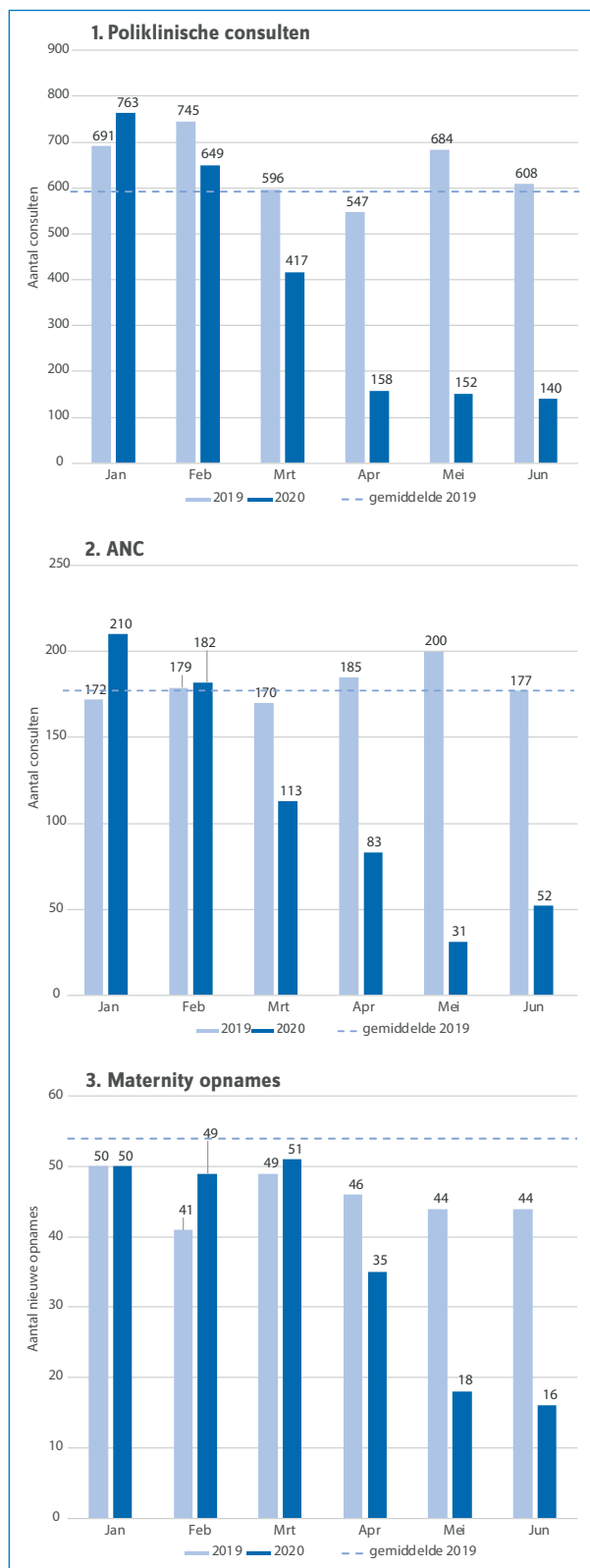
De triagetent voor niet-COVID-19-verdachte patiënten. Patiënten en hun familielid zitten naast elkaar, maar ruim een meter van andere patiënten af.

Flyers, een filmpje op sociale media, tweewekelijkse radio-uitzendingen en een rondrijdende muziekinstallatie met informatiejingles verspreidden de informatie. Na overleg met dorpsoudsten werden trainingen voor thuiszittende leraren opgezet om de dorpen in te gaan voor voorlichting. Alles om juiste informatie te verspreiden en angst te reduceren. De voorlichting kan echter de woekerende angst die zich van het land meester maakt niet meer ongedaan maken. Nadat de president in een van zijn eerste toespraken over corona herhaaldelijk het coronavirus vergelijkt met Ebola, wordt het nog sterk aanwezige trauma van die epidemie weer opgehaald. Men is bang – net als toen – geïsoleerd en afgevoerd te worden naar een behandelcentrum aan de andere kant van het land om vervolgens niet meer terug te keren. Dit trauma in combinatie met de verdraaide berichtgeving zorgt ervoor dat mensen niet meer naar klinieken durven te gaan. De overheid schiet in de Ebola-modus; na het eerste COVID-19-geval worden alle contacten achterhaald en in quarantaine gezet. Het leger heeft in de uitgeroepen noodtoestand de verantwoordelijkheid gekregen voor het handhaven van de quarantaine, waardoor 'opsluiten' een toepasselijkere term zou zijn. Helaas blijkt het tweede COVID-19-geval geen enkele link te hebben met de eerste patiënt: een arts uit een groot ziekenhuis in de hoofdstad die niet gereisd had. Dat er dus al sprake is van *community transmission* wordt ontkend. Ondertussen groeit de angst onder de bevolking door het agressief handelen van het leger ten opzichte van de positief-geteste patiënten en burgers die de strikte lockdown-maatregelen niet (kunnen) naleven. Klinieken en ziekenhuizen worden steeds rustiger, de spoedgevallen des te ernstiger.

De gevolgen voor de maternale zorg

De statistieken van het LHMC laten duidelijk de effecten zien van de angst en het agressieve overheidshandelen. Het bezoek aan het ziekenhuis vermindert drastisch. De poliklinische consulten zijn in de eerste maanden van de pandemie afgenomen met 76% van het maandelijkse gemiddelde van 2019 (figuur 1, diagram 1). In eerste instantie kwamen de zwangere vrouwen nog wel voor de *antenatal clinic* (ANC), maar na een paar weken zijn ook die bezoeken afgenomen tot minder dan 30% ten opzichte van 2019 (figuur 1, diagram 2). Het aantal opnames op de maternity-afdeling blijft eerst ook nog redelijk constant, maar in mei is ook dat aantal minder dan 30% van het maandelijkse gemiddelde van 2019 (figuur 1, diagram 3). Daarnaast is de indruk dat de ernst van de casuïstiek bij opname sterk toeneemt, waarschijnlijk doordat de ANC-bezoeken minder plaatsvinden. Door het wegblijven van zwangeren bij de ANC kunnen hoogrisico-zwangerschappen niet meer vroeg opgemerkt worden en lijkt het alsof er lang(er) gewacht wordt om bij problemen naar een ziekenhuis te gaan. Deze combinatie van verminderd zorggebruik en meer ernstige spoedgevallen werd ook gezien ten tijde van Ebola.

Tijdens de Ebola-epidemie werd bij een 18% afname van ANC-bezoeken, een corresponderende 34% toename gezien van maternale sterfte en 24% toename van intra-uteriene vruchtdood.⁷ De huidige situatie in LHMC suggereert een herhaling van deze statistieken. Het totaal aantal partus in het



Figuur 1. Cijfers van LHMC; dit jaar vergeleken met vorig jaar.
 1. Poliklinische consulten.
 2. Bezoeken tijdens de antenatal clinic.
 3. Nieuwe opnames op de Maternity afdeling.



LHMC verpleegkundige Mariatu geeft voorlichting bij de lokale radio.

LHMC is echter te klein om op dit moment statistisch onderbouwde uitspraken te doen over de maternale en foetale morbiditeit en mortaliteit. Zodra het weer mogelijk is om regionale data te verzamelen, is het zinvol dit verder te onderzoeken. Op dit moment zijn die data helaas niet toegankelijk door de verstoring van het normale functioneren van de regionale gezondheidszorginstaties vanwege de prioritering van het bestrijden van COVID-19.

Ernstige spoedgevallen: een voorbeeldcasus

Een voorbeeld van de ernstige spoedgevallen die tegenwoordig vaker gezien lijken te worden is patiënte K. Deze grande multipara (G5P4) heeft tijdens haar zwangerschap de ANC niet bezocht. Daardoor is haar niet nadrukkelijk verteld dat zij door de vele zwangerschappen een verhoogd risico op complicaties heeft en dus in een ziekenhuis moet bevallen. Na ruim 24 uur in partu te zijn geweest bij een *traditional birth attendant*, wordt ze naar het ziekenhuis gebracht. Wat opvalt bij binnenkomst is, naast een ernstige kaakluxatie, de ring van Bandl en het ontbreken van weeën. Haar vulva is dusdanig gezwollen dat bij vaginaal toucher de labia rijken tot halverwege de onderarm van de verloskundige. Na plaatsing van een katheter komt er bloed terug. Een echo laat vrij vocht zien en een foetale bradycardie.

Bij de spoedsectio blijkt de blaas dusdanig oedemateus dat deze tot voorbij de navel reikt en voorzichtig los geprepareerd moet worden om het onderste uterussegment in beeld te brengen. Het volledige onderste uterussegment is week en necrotisch. De uterus is van de cervix tot hoog in de tubahoek gescheurd. De uterus kon hersteld worden en een uterusextirpatie vermeden worden. Het kind werd langdurig geresusciteerd maar zonder succes. De kaakluxatie, veroorzaakt door geforceerd toedienen van traditionele kruiden om de baring te bevorderen, kon makkelijk verholpen worden.

Verdere overheidsmaatregelen

Vlak na bovenstaande casus werd in LHMC de eerste COVID-19-patiënt geïsoleerd, ver van de andere bevestigde casus in de grote steden. De lokale gezondheidsautoriteiten plaatsen als reactie ruim een kwart van de ziekenhuisstaf in quarantaine, los van het feit dat de juiste beschermingsmiddelen

werden gedragen. Door gebrek aan personeel moest het ziekenhuis vervolgens twee weken nieuwe patiënten weigeren, die daardoor nog ruim anderhalf uur verder moesten reizen. Een week later werd nog een ziekenhuis in de regio gesloten, alle opgenomen patiënten en medewerkers moesten samen in quarantaine. Alle maatregelen van de overheid zijn gericht op het indammen van het coronavirus. Dat hierdoor de al hoge maternale morbiditeit en mortaliteit fors zal stijgen krijgt geen aandacht.

Conclusie

In Sierra Leone lijkt het drama van de indirecte gezondheidsschade tijdens de Ebola-epidemie zich te herhalen door COVID-19: angstige patiënten zoeken geen of te laat medische hulp en de reguliere gezondheidszorg is door overheidsmaatregelen ernstig verstoord. De voorlopig onzichtbare moeder- en kindsterfte staat in schril contrast met de officiële coronateller die dagelijks bijgehouden wordt. De angst om te falen in het wereldwijde gevecht tegen het nieuwe coronavirus heeft een verlamdend effect op het gezondheidssysteem van Sierra Leone. Net zoals ten tijde van de Ebola-epidemie, betalen vooral moeders en kinderen hiervoor een hoge prijs.

Referenties

1. World Health Organisation. *New WHO estimates: Up to 190 000 people could die of COVID-19 in Africa if not controlled*. www.afro.who.int/news/new-who-estimates-190-000-people-could-die-covid-19-africa-if-not-controlled. Gepubl. 2020. Geciteerd 14 Mei 2020.
2. The World Bank. *In the Face of Coronavirus, African Countries Apply Lessons from Ebola Response*. www.worldbank.org/en/news/feature/2020/04/03/in-the-face-of-coronavirus-african-countries-apply-lessons-from-ebola-response. Gepubl. 2020. Gecit. 14-5-20.
3. Robertson T, Carter E.D., Chou V.B. *et al. Early Estimates of the Indirect Effects of the Coronavirus Pandemic on Maternal and Child Mortality in Low- and Middle-Income Countries*. *Lancet Glob Heal*. 2020;1-8.
4. UNFPA, World Health Organization, UNICEF, World Bank Group & the UNPD. *Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Geneva: World Health Organisation, 2019.
5. Elston J.W.T., Cartwright C., Ndumbi P., Wright J. *The health impact of the 2014-15 Ebola outbreak*. *Public Health* 2017; 143: 60-70.
6. Huizenga E., Ende J. van der, Zwinkels N. *et al. A Modified Case Definition to Facilitate Essential Hospital Care During Ebola Outbreaks*. *Clinical Infectious Disease* 2019; 68: 1763-8.
7. Jones S.A., Gopalakrishnan S., Ameh C.A. *et al. Women and babies are dying but not of Ebola: the effect of the Ebola virus epidemic on the availability, uptake and outcomes of maternal and newborn health services in Sierra Leone*. *Glob Heal* 2016; 1: 65.

Contact

drs. G.C. den Hollander g.c.denhollander@gmail.com



Commentaar bij 'COVID-19-pandemie in Sierra Leone'

Groot respect voor onze collegae

prof. dr. J. Stekelenburg *gynaecoloog MC Leeuwarden; opleider AIGT, hoogleraar Internationale aspecten van reproductieve gezondheid, i.h.b. veilig moederschap UMC Groningen*

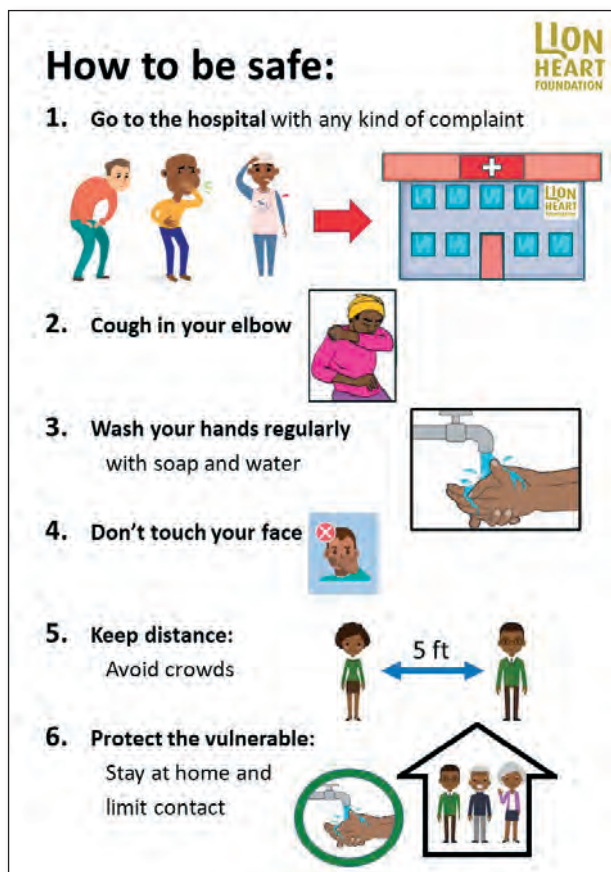
De auteurs vragen terecht aandacht voor de gevolgen van de COVID-19 pandemie in 'hun' ziekenhuis en de regio er omheen. Afrika leek aanvankelijk minder hard getroffen te worden door het virus dan andere werelddelen, maar op het moment van schrijven van dit commentaar is er in Afrika nog steeds geen sprake van een afvlakkende curve en dus is het moeilijk voorspellingen te doen.

Het aantal besmettingen en doden groeit in de meeste Afrikaanse landen snel: Zuid Afrika heeft verreweg de grootste getallen, maar ook Nigeria, Algerije, Ghana en Kameroen melden steeds meer casus. Het is natuurlijk zeer de vraag hoe betrouwbaar de gegevens zijn in landen met weinig test-faciliteiten en zwakke gezondheidszorgsystemen. In sommige politieke systemen lijkt er bovendien een belang te zijn voor machthebbers om het probleem dat wordt veroorzaakt door COVID-19 te ontkennen of bagatelliseren.

In veel Afrikaanse landen werd al snel een totale *lockdown* ingesteld, soms al voordat er ziektegevallen waren gemeld, zoals ook door de auteurs van dit artikel gemeld. In veel landen worden de maatregelen nu versoepeld, terwijl de aantallen nog toenemen. Dat baart zorgen en is tegelijkertijd begrijpelijk omdat de maatschappij zo onevenredig hard wordt getroffen en het bewijs van effectiviteit van sommige maatregelen flinterdun is.

De WHO heeft in de Afrikaanse regio een sterke coördinerende rol en adviseert overheden door te gaan met testen, isoleren, contacten opsporen, quarantaine en zorg voor getroffen. De traditioneel in Afrika al sterk georganiseerde IEC-activiteiten (Information, Education and Counseling) op het gebied van bijvoorbeeld preventie van malaria en diarree worden uitgebreid, zodat er ook aandacht is voor specifieke maatregelen ter preventie van de overdracht van COVID-19, zoals afstandhouden, hoestetiquette en hygiënemaatregelen. De auteurs vragen terecht aandacht voor de indirecte gevolgen van de COVID-19-pandemie voor zwangeren in Sierra Leone. Hiermee bedoelen ze dat de uitkomsten van zwangerschap en geboorte voor moeder en kind slechter zijn. Zwangeren mijden zorg omdat ze bang zijn voor het virus, dat in de media vaak wordt vergeleken met Ebola. Ook hebben zwangeren, door de vergaande maatregelen van de overheid, vaak geen toegang meer tot zorg. Altijd al waren de uitkomsten in lageinkomens- en middeninkomenslanden slechter dan we zouden willen door beperkingen in de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg. Dit is nu erger dan anders. Als we niet oppassen zijn we binnen een half jaar weer zo'n beetje terug bij af en lijkt alle winst die we de afgelopen decennia hebben geboekt in het verhogen van percentages vrouwen die prenatale zorg genieten en van wie de bevalling wordt begeleid door een getrainde gezondheidswerker verdampt. De sterftcijfers van moeders en baby's zullen dan ook weer navenant toenemen.

Groot respect voel ik voor onze collegae die nu onder nog moeilijkere omstandigheden, in vaak afgelegen ziekenhuizen op het platteland van Afrika, hun werk blijven doen. Wat zij daar nu meemaken, de kennis en vaardigheden die ze daarbij opdoen, is van grote waarde voor de Nederlandse gezondheidszorg als ze terug komen. Dat is een positief punt van de coronacrisis in Nederland: de specifieke waarde en de kennis en expertise van Artsen Internationale Gezondheidszorg en Tropengeneeskunde (voorheen tropenartsen genoemd) worden nu veel beter herkend.



Één van de flyers die LHMC verspreidt via sociale media.

De digitale spreekkamer

Bij afwijkende uitstrijkjes follow-up simpel via Oncoguide

dr. M. Timmermans *aios gynaecologie Groene Hart Ziekenhuis, Gouda*

drs. A.M.L.D. van Haften-de Jong *gynaecoloog HagaZiekenhuis, Den Haag*

prof. dr. R.L.M. Bekkers *gynaecoloog-oncoloog Catharina Ziekenhuis, Eindhoven*

dr. M.A. van der Aa *senior onderzoeker Integraal Kankercentrum Nederland, Utrecht*

dr. D. Boll *gynaecoloog-oncoloog Catharina Ziekenhuis, Eindhoven*

Oncologische richtlijnen zijn een belangrijk hulpmiddel om het behandeltraject te bepalen voor individuele patiënten. De huidige vorm van het gebruik van de richtlijn heeft echter een aantal nadelen, namelijk snelle veroudering, lastig te raadplegen en door alle nuances lastig te interpreteren. Om de meest voorkomende beslissingen in het follow-up traject na een afwijkend uitstrijkje te versimpelen zijn de richtlijnen 'Cervixcytologie' en 'CIN, AIS en VAIN' omgezet in digitale interactieve beslisbomen. Deze hebben als doel om de richtlijn makkelijker toegankelijk te maken en tevens de knelpunten in een richtlijn bloot te leggen en deze te reviseren. In dit artikel een overzicht van deze beslisbomen, hoe ze tot stand gekomen zijn en hoe u deze in de dagelijkse praktijk kunt toepassen.

Introductie

Richtlijnen zijn een belangrijk hulpmiddel bij klinische besluitvorming in de dagelijkse praktijk, zij geven een overzicht van de wetenschappelijke literatuur waaruit een advies voor diagnostiek en behandeling volgt. Wetenschappelijke publicaties verschijnen in een hoog tempo en behandelingsopties voor steeds kleinere patiëntgroepen nemen toe. De revisie van richtlijnen is echter een langlopend en kostbaar proces, waarin onder andere literatuuronderzoek, redactie, consultatie en autorisatie door de betrokken wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen een rol speelt. Daardoor zijn richtlijnen relatief snel verouderd. Bovendien kost het raadplegen van richtlijnen veel tijd omdat deze een uitgebreide beschrijving van literatuur

weergeven. De NVOG en IKNL hebben veranderingen doorgevoerd waarmee de ontwikkeling en revisie van richtlijnen versneld kan worden, en adviezen tevens sneller te raadplegen zijn. Momenteel zijn er in Nederland vijftien gynaecologische oncologische richtlijnen in gebruik, waarmee de zorg voor patiënten met een maligniteit wordt onderbouwd. Twee van deze richtlijnen zijn in 2015 en 2017 gereviseerd, namelijk 'CIN, AIS en VAIN' en 'Cervixcytologie'. Samen met het verschijnen van deze richtlijnen zijn een aantal *flowcharts* ontwikkeld om de adviezen makkelijker toepasbaar te maken voor de praktijk. Echter bleek na evaluatie door de Werkgroep Cervix Uteri dat er behoefte was aan verduidelijking van deze *flowcharts*. In de casus hieronder geven wij een alledaags voorbeeld voor de follow-up na een CIN-laesie.

Casus

In uw spreekuuragenda staat 'mevrouw B, 37 jaar, einde dag terugbellen'. Zij wordt op de polikliniek gynaecologie gecontroleerd in verband met de follow-up na een afwijkend uitstrijkje. Zij is twee jaar geleden verwezen via het bevolkingsonderzoek met een PAP3a2 en een positieve hrHPV-test. Zij onderging op dat moment een colposcopie waarbij er een lisexcisie is verricht. Uit deze lisexcisie kwam een CIN-3, en zes maanden later kreeg zij opnieuw een uitstrijkje. Hieruit volgde een PAP2 met een negatieve hrHPV-test. U heeft vervolgens na achttien maanden opnieuw een uitstrijkje afgenomen en hieruit komt een PAP3a1 met een positieve hrHPV-test. U moet de patiënte terugbellen voor een advies, hoe zat het nu ook alweer? (figuur 1)

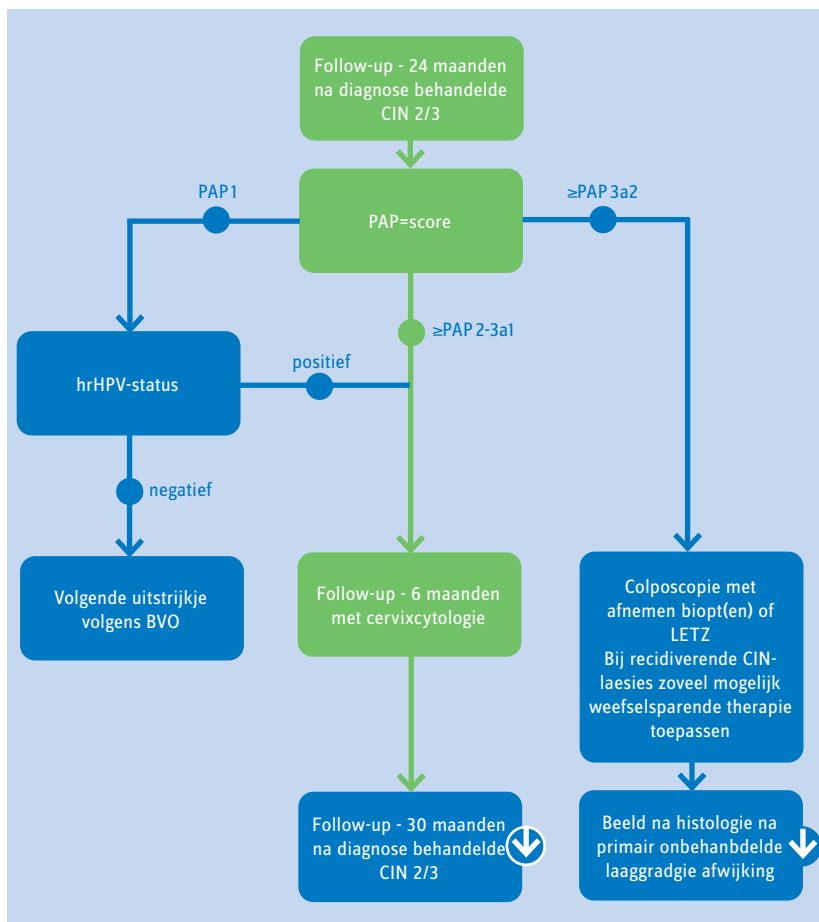
Oncoguide

IKNL heeft met enkele experts een moderne, intuïtievare methode ontwikkeld om richtlijnen snel te kunnen raadplegen. Hierbij wordt gebruikgemaakt van zogeheten beslisbomen die te raadplegen zijn via www.oncoguide.nl. Beslisbomen zijn visuele presentaties van bestaande richtlijnen, waarmee specialisten snel inzicht krijgen in het toenemend aantal keuzemogelijkheden bij individuele patiënten. Zo kan een beslisboom in zijn geheel doorlopen worden, maar kan er ook gestart worden halverwege de beslisboom. In het geval van de bovengenoemde casus kunt u de beslisboom starten bij 24 maanden na de initiële lisexcisie. Per beslisbomen kunnen er overwegingen zijn om onderbouwd af te wijken van de richtlijn, bijvoorbeeld op basis van de context en/of voorkeuren van de patiënt.

Met behulp van Oncoguide zijn inmiddels de richtlijnen 'CIN, AIS en VAIN' en 'Cervixcytologie' omgezet in beslisbomen, en zijn deze beschikbaar voor gebruik. Tevens is er een procedure ingebouwd, waarmee onderdelen van de beslisboom sneller herzien kunnen worden. Deze nieuwe procedure wordt verderop in dit artikel toegelicht. Daardoor blijven de beslisbomen altijd actueel en ontstaan er *state-of-the-art* richtlijnen die op elk gewenst moment ingezet kunnen worden tijdens een MDO en in de spreekkamer.

Verdere innovatie

Oncoguide kan ondersteunen bij de gedeelde besluitvorming omdat het de beslisbomen overzichtelijk weergeeft. De beslisbomen bevatten dezelfde taal als de richtlijnen op basis waarvan ze zijn opgebouwd. Omdat de



Figuur 1: In bovenstaande beslisboom van oncoguide.nl is af te lezen dat er twee jaar na de behandelde CIN-3-laesie een PAP3a1 in de uitstrijk zou moeten leiden tot follow-up met cervixcytologie zes maanden later.

kenmerken van de patiënt en de bevindingen van de specialist centraal staan in de beslisbomen en bepalend zijn voor de aanbevelingen die volgen, wordt er gewerkt aan een versie waarin de kennis uit oncoguide geïntegreerd wordt in het EPD. De specialist wordt hierdoor via het EPD direct ondersteund tijdens het consult. Geen dubbele administratie en werken vanuit één systeem: zowel voor de input om tot een besluit te komen als registratie voor het uiteindelijk gevolgde beleid. Deze geïntegreerde versie wordt ontwikkeld door Alii, een digitaal platform voor handelingsgerichte medische kennis, in samenwerking met Catharina ziekenhuis en ondersteund door CZ en IKNL. De geïntegreerde versie blijft te allen tijde *in sync* (synchroon) met de versie van Oncoguide. Dit betekent dat wijzigingen in Oncoguide geautomatiseerd als voorgestelde wijzigingen in de geïntegreerde versie

getoond worden. Zodra de noodzakelijke aanpassingen in het EPD zijn afgerond, wordt deze versie als pilot getoetst door gynaecologen van het Catharina ziekenhuis. Op dit moment loopt het ontwikkeltraject nog. De bedoeling is dat de 'beslisboom' automatisch meeloopt in het EPD bij openen van het consult. De gegevens zoals intoxicatie, eerdere vaccinatie, kinderwens en pathologie uitslagen worden ingelezen in de beslisboom. Vandaaruit volgt een advies, volledig gebaseerd op de richtlijn. Het uiteindelijk gekozen beleid kan op dezelfde plek worden vastgelegd waardoor registratie en verslaglegging geautomatiseerd kunnen worden. Op deze wijze wordt de specialist geholpen met naleven van de richtlijn, wordt verslaglegging vereenvoudigd en zijn er geen extra handelingen nodig voor registratie. Vervolgens kunnen de data makkelijk en met regelmaat worden geanalyseerd, bijvoorbeeld op het percentage

patiënten dat niet volgens de richtlijn wordt behandeling en wordt variatie eerder zichtbaar. De vervolgstap in de ontwikkeling is dat bij de adviezen predictie modellen worden toegevoegd waarbij aan de patiënte kan worden getoond wat de kans van bepaalde keuzes zijn. Bijvoorbeeld tussen het afwachten versus behandelen van een CIN-laesie in het geval van kinderwens of bij de keuze tussen chirurgische of medicamenteuze (imiquimod) behandeling.

De pilot bestaat uit twee delen. Het eerste deel is het technische deel waarbij de koppeling gemaakt wordt tussen het EPD en de beslisbomen zodat gegevens uitgewisseld kunnen worden. Het tweede deel zal bestaan uit een toets naar gebruiksvriendelijkheid, tevredenheid van gebruikers en patiënten. Als de pilot succesvol verloopt zal dit via NVOG gecommuniceerd worden met het doel dit verder uit te rollen naar andere ziekenhuizen. Oncoguide is beschikbaar als app voor tablets en on-line (www.oncoguide.nl). De app is te vinden in de *Apple App Store* en *Google Play store*. IKNL draagt zorg voor technisch beheer, onderhoud en de doorontwikkeling van Oncoguide. De tumorteams van IKNL ondersteunen expertgroepen van zorgprofessionals bij het ontwikkelen van de beslisbomen.

Conclusie

Oncologische richtlijnen zijn een belangrijk hulpmiddel in het bepalen van een behandeltraject voor patiënten met afwijkende uitstrijkjes. Om de adviezen in de richtlijnen beter toegankelijk te maken zijn de richtlijnen cervixcytologie en CIN, AIS en VAIN omgezet in digitale interactieve beslisbomen, met als doel het beter naleven van de richtlijn. Tevens bieden de beslisbomen aanknopingspunten om delen van de richtlijnen sneller te reviseren. Er wordt gewerkt aan een innovatie om de beslisboom te integreren in het EPD, zodat deze automatisch bij openen consult zelf gegevens inleest en de beslisboom helpt te doorlopen. Dit zal leiden tot makkelijker gebruik, betere naleving richtlijn, afname registratie last en snellere terugkoppeling over naleving van richtlijn.

Samenvatting

Oncologische richtlijnen zijn een belangrijk hulpmiddel in het bepalen van een behandeltraject voor patiënten met afwijkende uitstrijkjes. Om de toegankelijk te verbeteren zijn de Richtlijnen Cervixcytologie en CIN, AIS en VAIN omgezet in digitale interactieve beslisbomen, met als doel het beter naleven ervan. Tevens bieden de beslisbomen aanknopingspunten om delen van de richtlijnen sneller te reviseren. Ook wordt er gewerkt aan een innovatie om de beslisboom te integreren in het EPD. Hierbij opent de beslisboom automatisch bij een consult, leest de gegevens in en helpt de beslisboom te doorlopen. Dit zal leiden tot makkelijker gebruik, betere naleving van de richtlijn, afname van de registratielast en snellere terugkoppeling over naleving van richtlijnen in de dagelijkse praktijk.

Trefwoorden

richtlijnen, cervixcytologie, follow-up, behandeling

Summary

Oncological guidelines are essential in treating patients with aberrant cervical cytology. In order to increase accessibility and adherence the guidelines for cervical cytology, CIN, AIS and VAIN were converted to digitally interactive guidelines. Moreover, these interactive digital guidelines must guide us to revise specific parts of oncological guidelines. Also, we are working on a new innovation to incorporate these interactive guidelines into the electronic patient files. In a consult it will automatically start up and incorporate the medical information. Resulting in easier use of guidelines, improved adherence, decrease of registration tasks and feedback to the guideline adherence in clinical daily practice.

Key words

guidelines, cervix cytology, follow-up, treatment

Contact

Maite Timmermans -
maite.timmermans@ghz.nl

Kleine Kwalen en alledaagse klachten bij zwangeren

dr. Wessel Ganzevoort

Het boek *Kleine Kwalen en alledaagse klachten bij zwangeren* is eind vorig jaar verschenen in de boekenreeks *Kleine Kwalen*. Het is primair geschreven door en voor huisartsen, met een verloskundige en een gynaecoloog als externe referent. Vele 'zwangerschapsklachten' en zwangerschapsspecifieke aandoeningen passeren de revue en worden op prettige wijze, gestructureerd besproken. Het boek is zeker ook interessant voor de doelgroep gynaecologen, al is het maar omdat bepaalde algemene kennis wordt opgefrist of omdat het extramurale perspectief van een aandoening duidelijk wordt gemaakt. De inhoud zou nog verbeterd kunnen worden door verloskundigen en gynaecologen per hoofdstuk niet alleen als referent, maar als mede-auteurs er bij te betrekken. Sommige hoofdstukken missen soms namelijk net een belangrijke *clue* of de laatste kennis. Zo mist het hoofdstuk over de miskraam een expliciete waarschuwing in de allereerste paragraaf dat een intra-uteriene graviditeit vastgesteld moet zijn om de adviezen veilig te kunnen volgen; en dat curettage geassocieerd is met vroeggeboorte in de volgende zwangerschappen. Of in het hoofdstuk over fluor de opmerking dat een plotselinge toename van fluor soms ook een specifiek teken van vroeggeboorte kan zijn, dus dat naar andere verschijnselen daarvan gevraagd moet worden. Dat gezegd hebbende kan ik dit boek van harte aanbevelen voor de leeskamer van elke vakgroep!



Kleine Kwalen en alledaagse klachten bij zwangeren

Bohn Stafleu van Loghum
Boek. J. Eekhof 19-11-2019
Isbn 9789036824064
€ 54,95

Dump de *disposables*!

dr. Anneke Kwee namens de projectgroep Gynae Goes Green

Ze zien er fris en fancy uit, zijn lekker licht van gewicht en na gebruik hoeft je er niet meer naar om te kijken. Geen wonder dat de zogenaamde *disposables* ook in de gynaecologie ongekend populair zijn! Gelukkig ligt de afvalberg die deze wegwerpcultuur teweegbrengt niet in onze achtertuin, en hebben we voorlopig geen last van het opraken van de grondstoffen voor het maken van medische *disposables*. Wat maakt *disposables* verder zo aantrekkelijk? Een veelgehoord argument tegen de *reusables* is dat het sterilisatieproces veel energie, chemicaliën en water kost en dat ze vaak kwijtraken. *Disposables* zouden voor het ziekenhuis goedkoper zijn en sommige van deze producten lijken patiëntvriendelijker dan de hergebruikvarianten. Maar hoe duurzaam zijn ze nou eigenlijk?

Om niet een variant van de discussie over het plastic koffiebekertje te starten en emoties achterwege te laten, is er maar een oplossing: er is een van wieg-tot-graf-analyse (de zogenaamde levenscyclusanalyse) nodig om een antwoord te krijgen op de vraag welke variant van een product de laagste impact heeft op het milieu en klimaat.

Neem het plastic speculum. Op een gemiddelde poli-dag verdwijnen er gemakkelijk 10-20 specula per dokter in de prullenbak. Een gemiddeld ziekenhuis verbruikt er misschien wel 5000-10.000 per jaar. Hoe duurzaam is dit disposable speculum? Recent verscheen in de AJOG het antwoord op deze vraag.¹ In deze studie werd de CO₂-voetafdruk van het disposable acryl speculum vergeleken met twee typen *reusable* roestvrijstalen specula. Een levenscyclus laat zich verdelen in

1. de winning van de grondstoffen,
2. het productieproces,
3. het transport (voor elke stap),
4. het gebruik en eventueel proces voor hergebruik,
5. *end of life proces* (afvalverwerking).

In het *base-case* scenario van dit onderzoek werd voor de drie typen specula de CO₂-uitstoot voor twintig gynaecologische onderzoeken berekend. Daarna zijn in een sensitiviteitsanalyse verschillende andere scenario's getoetst, zoals het aantal onderzoeken (een roestvrijstalen speculum gaat misschien wel 500 onderzoeken mee), de verschillende manieren van sterilisatie of desinfectie (o.a. hoeveel items gaan er in de autoclaaf), typen vervoer, waar komt het vandaan en welke brandstof wordt daarvoor gebruikt. De resultaten bleken robuust te zijn, waarbij de uitkomst is dat het disposable speculum een vier keer zo grote CO₂ voetafdruk heeft, vergeleken met het stalen speculum. Het grootste aandeel van de CO₂ uitstoot van het *disposable* speculum zit in de productie, terwijl het grootse aandeel van het stalen speculum zit in het opnieuw gebruiksklaar maken; het desinfecteren of steriliseren dus.

Is dit onderzoek generaliseerbaar voor de Nederlandse situatie? Nee, niet helemaal. Het meest gebruikte *disposable* speculum in Nederland is vier keer lichter van gewicht en wordt niet steriel en per tien verpakt. Daarnaast wordt in Nederland in tegenstelling tot de VS gelukkig ook de verbrandingsenergie die opgeslagen ligt in ons ziekenhuisafval (plastic van *disposables*) benut. Om een definitief antwoord te geven op de vraag welk speculum in Nederland het meest duurzaam in gebruik is, wordt er in samenwerking met de fabrikant, Bridea Medical gewerkt aan een levenscyclusanalyse voor de verschillende specula. Hierbij wordt ook het bio-speculum, gemaakt van het oneetbare deel van suikerriet, meegenomen. Dit komt spoedig op de markt. Moeten we nu voor alles dat we gebruiken een levenscyclusanalyse doen of kan gezond verstand ons ook het antwoord geven? In de Green Deal² voor de zorg zijn vier belangrijke doelen voor zorginstellingen beschreven:

1. CO₂-neutraal
2. Met gesloten grondstofkringlopen
3. Geen medicijnen in het afvalwater

4. Een gezondheids- en herstelbevorderende omgeving.

Ten aanzien van nummer 2 wordt het volgende genoemd: Een zorginstelling die de grondstofkringlopen gesloten heeft, produceert geen afval meer. Alle grondstoffen en materialen worden na gebruik op een hoogwaardige manier hergebruikt. Dit is een voorwaarde voor de aanschaf van producten: gemakkelijk te repareren, opnieuw te gebruiken of te *recyclen*, te delen of te laten betalen voor gebruik. Afval wordt aan de bron of later gescheiden ingezameld. In alle handelingen en processen wordt onnodig gebruik van wegwerpmateriaal zoveel mogelijk voorkomen: dit is een besparing op milieu en kosten.

Daarom lijkt het antwoord op de vraag dan ook: *Reduce, reuse en recycle!* In deze volgorde. Alleen aantoonbare medische voordelen, zoals bijvoorbeeld minder infecties of bloedingen, lijken argumenten voor het gebruik van *disposables*. Voor de projectgroep duurzaamheid is het vraagstuk rondom de *disposables* een belangrijk thema. We zullen er dan ook aan werken om voor een aantal veelgebruikte *disposables* in ons vakgebied, samen met experts op duurzaamheidsgebied de juiste informatie te geven, zodat daarna de groenste keuze kan worden gemaakt. Word vervolgd!

Referentie

1. Donahue LM, Hilton S, Bell SG, Williams BC, Keoleian GA, *A Comparative Carbon Footprint Analysis of Disposable and Reusable Vaginal Specula*, American Journal of Obstetrics and Gynecology (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.007>.
2. Green deal: Nederland op weg naar duurzame zorg, oktober 2018

OPROEP

De projectgroep *Gynae Goes Green* is op zoek naar initiatieven, projecten, ideeën op het gebied van duurzaamheid binnen uw afdeling of ziekenhuis. Heeft u iets dat u wilt delen, zodat we niet allemaal het wiel hoeven uit te vinden, laat het ons weten. Mail carolienkanne@nvog.nl.



De ontwikkeling van endometriose-expertisecentra in Nederland

drs. L. de Kok arts-onderzoeker Rijnstate Arnhem/ AIOS obstetrie en gynaecologie, VieCuri MC

dr. N. van Hanegem gynaecoloog, Maastricht UMC

dr. P. van Kesteren gynaecoloog, OLVG Amsterdam

dr. E. Klinkert gynaecoloog, UMC Groningen

dr. J. Maas gynaecoloog, Maxima Medisch Centrum Veldhoven

prof. dr. V. Mijatovic gynaecoloog, Amsterdam UMC

dr. J. Rhemrev gynaecoloog, Haaglanden MC

dr. H. Verhoeve gynaecoloog, OLVG Amsterdam

dr. A. Nap gynaecoloog, Rijnstate ziekenhuis Arnhem

Endometriose is een veelvoorkomende en complexe ziekte die ongeveer tien procent van de vrouwen in hun vruchtbare levensfase treft, en tot vijftig procent van de vrouwen met subfertiliteit.¹ Endometriose kan veel verschillende klinische symptomen veroorzaken. Het diagnosticeren van endometriose alleen op basis van symptomen kan daarom moeilijk zijn. Endometriose kan worden gediagnosticeerd door lichamelijk onderzoek, echografie of MRI, maar als deze onderzoeken negatief zijn dan is de gouden standaard voor de diagnose nog steeds een diagnostische laparoscopie. De noodzaak van een invasieve procedure voor het diagnosticeren van endometriose leidt tot vertraging in diagnose en daardoor tot suboptimale zorg voor vrouwen die lijden aan pijn en subfertiliteit.¹ De behandeling en de ondersteuning van vrouwen met endometriose is complex en multifactorieel. Een multidisciplinaire aanpak van zowel diagnosestelling als behandeling van endometriose is noodzakelijk om de zorg voor vrouwen met (vermoedelijk) endometriose te optimaliseren. Centralisatie van de zorg voor endometriose in expertisecentra kan daaraan bijdragen.

Centralisatie van chirurgie is – in andere disciplines – succesvol gebleken in termen van verbetering van de klinische uitkomst. Voorbeelden zijn de centralisatie van chirurgie van slokdarmkanker², chirurgische ingrepen aan endeldarmkanker³ en bariatrische chirurgie⁴. Bij deze behandelingen werd een significant lager sterftecijfer gerealiseerd na implementatie van expertisecentra in specialistische zorg.

In Frankrijk werd in 2015 een retrospectieve multicenterstudie uitgevoerd om de impact van zowel het aantal procedures per ziekenhuis als per chirurg als determinanten van morbiditeit te onderzoeken in het geval van diep infiltrerende endometriose van het rectum en sigmoïd. Volgens deze studie lijkt centralisatie van specialistische zorg bij endometriose nuttig te zijn, omdat zowel de activiteit van het ziekenhuis als van de chirurg bij chirurgische behandeling van colorectale endometriose significant gecorrigeerd is met de incidentie van postoperatieve complicaties.⁵ In andere Europese landen zoals Frankrijk, Duitsland en Denemarken

zijn expertisecentra voor het centraliseren van de zorg voor endometriose geïmplementeerd.^{6,7,8} Het doel van dit artikel is het beschrijven van het proces van het ontwikkelen van criteria voor endometriose-expertisecentra in Nederland om de zorg voor vrouwen met endometriose te verbeteren en een overzicht te geven van de criteria.

Achtergrond

De ontwikkeling van criteria voor endometriose-expertisecentra was een zorgvuldig en langdurig proces. In 2009 is een werkgroep opgericht van gynaecologen betrokken bij de zorg voor vrouwen met endometriose. Deze werkgroep was ingebed in de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en ambieerde reorganisatie van endometriose zorg. In 2006 bespraken D'Hooghe en Hummelshoj in een opiniestuk hoe de behandeling van een onderzoek naar endometriose verbeterd kunnen worden dankzij de implementatie van multidisciplinaire centra en netwerken van expertise.⁹ Op basis van dit opiniestuk en op basis van de Deense en Duitse ervaringen met de oprichting van expertisecentra de afgelopen jaren, ontstond in 2014 de wens om expertisecentra voor endometriose in Nederland te ontwikkelen.

In 2016 werd een landelijke cross-sectionele vragenlijststudie uitgevoerd onder alle Nederlandse ziekenhuizen (n=85) om de huidige Nederlandse situatie te beoordelen en om de mening van de Nederlandse gynaecologen over centralisatie van endometriosezorg te evalueren. Een *expertpanel* ontwikkelde een vragenlijst, bestaande uit 56 vragen met betrekking tot variabelen gerelateerd aan de organisatie van zorg, vertraging in diagnosestelling, huidige endometriosezorg, samenwerking tussen medische professionals en hun mening over de centralisatie van endometriosezorg. Van elk ziekenhuis werd één gynaecoloog, verantwoordelijk voor endometriosezorg, gevraagd te reageren. In totaal reageerden 67 gynaecologen (responspercentage 79%); 93% van de respondenten gaf aan te overleggen over moeilijke casus met medisch specialisten in andere ziekenhuizen om de behandeling te optimaliseren en 82% verwees patiënten met endometriose naar een ander ziekenhuis voor advies over diagnostiek en behandeling, voor multidisciplinaire behandeling

of vanwege endometriosegerelateerde subfertiliteit. In totaal vond 85% van de respondenten dat de zorg voor endometriose gecentraliseerd zou moeten worden, terwijl 24% van hen vond dat alleen complexe gevallen in een expertisecentrum behandeld moeten worden.¹⁰ Deze cijfers tonen de steun door Nederlandse gynaecologen voor endometriose expertisecentra.

Al in 2011 formuleerde *The World Endometriosis Society* (WES) in consensus twee verklaringen met betrekking tot expertisenetwerken:

1. Vrouwen met endometriose hebben individuele zorg nodig gedurende een lange periode, waarbij prioriteiten kunnen veranderen als gevolg van het type en de ernst van de symptomen, de impact van deze symptomen, de huidige of toekomstige kinderwens en leefstijlfactoren. En

2. Individuele zorg profiteert van een multidisciplinair netwerk van experts die voldoende bekwaam zijn in het geven van advies over en behandeling van endometriose en de bijbehorende symptomen, op basis van de best beschikbare kennis, hun uitgebreide ervaring en hun transparante overzicht van succespercentages.¹¹

De WES heeft in 2017 een consensusworkshop geïnitieerd over centralisatie van zorg waarin de volgende adviezen werden geformuleerd: centralisatie van zorg voor endometriose is noodzakelijk, met specifieke aandacht voor chirurgie, vruchtbaarheid, pijn en psychosociale begeleiding, zoekende naar adequate ondersteuning en de juiste modus in elke lokale context. Ongeveer één centrum per 2-3 miljoen mensen wordt noodzakelijk geacht (WES, persoonlijke communicatie).

In 2016 schreef het bestuur van de NVOG werkgroep Endometriose een voorstel voor criteria voor endometriose-expertisecentra, gebaseerd op de beschikbare literatuur, voorbeelden uit andere landen en de resultaten van de in 2016 uitgevoerde vragenlijst. Dit document, een 'kwaliteitsnorm' genoemd, werd beoordeeld door alle 75 leden van de werkgroep Endometriose en de leden van de patiëntenvereniging, de Endometriose Stichting (ES). Vervolgens werden in 2017 de leden van de NVOG-pijlers Benigne gynaecologie en Voortplantingsgeneeskunde gevraagd om commentaar te geven op het voorstel voor de kwaliteitsnorm met criteria voor endometriose-expertisecentra. Nadat alle verschillende belanghebbenden de gelegenheid hadden gekregen om de kwaliteitsnorm te beoordelen, werd het document conform de afspraken binnen de NVOG-kwaliteitscyclus in 2018 naar de Commissie Kwaliteitsdocumenten en Beroepsbelangencommissie van de NVOG gestuurd. Na hun beoordeling is de kwaliteitsnorm besproken en begin 2020 definitief goedgekeurd door het NVOG-bestuur. Vervolgens is de kwaliteitsnorm voor definitieve instemming naar alle leden van de NVOG gestuurd. Opmerkingen van individuele leden leidden niet tot belangrijke aanpassingen in de definitieve tekst. Tenslotte werd het document geautoriseerd door de NVOG-leden, ondersteund door de vereniging voor Heelkunde, de Endometriose Stichting, de vereniging voor Fysiotherapie en andere belanghebbenden buiten de gynaecologie. Daarmee is de kwaliteitsnorm gereed voor implementatie in de dagelijkse praktijk.

Organisatiestructuur van expertisecentra

De zorg voor vrouwen met endometriose moet in regio's georganiseerd worden. Om de zorg te optimaliseren en regionale samenwerking te bereiken, zijn er verschillende niveaus van expertisecentra nodig. Daarom worden in de kwaliteitsnorm twee niveaus van expertisecentra beschreven: niveau-1- en niveau-2-centra. In een niveau-1-centrum vindt basale endometriosezorg plaats. In een niveau-2-centrum worden multidisciplinaire zorg en complexe chirurgie aangeboden en behoren opleiding en wetenschappelijk onderzoek tot het takenpakket (zie tabel). Een niveau-2-centrum wordt omringd door minimaal twee niveau-1-centra, om de betrokkenheid van *professionals* te vergroten en om alle centra toegankelijk te maken voor alle endometriose patiënten. Gebaseerd op ervaringen uit andere landen kan een expertisecentrum een populatie van ongeveer twee tot drie miljoen mensen bedienen om de noodzakelijke *caseload* te hebben voor behoud van expertise. In Nederland, met een bevolking van iets meer dan 17 miljoen mensen, zijn ongeveer zes tot acht centra nodig. Deze centra moeten geografisch verspreid zijn om de hele Nederlandse bevolking te kunnen bereiken.

Beoordeling

Een ziekenhuis dat zich wil laten registreren als een expertisecentrum kan zich aanmelden bij de NVOG. De kwaliteitsvisitecommissie van de NVOG toetst of het centrum voldoet aan de criteria. Alle niveau-1- en niveau-2-centra worden vermeld op de website van de NVOG om transparantie te garanderen. Om deze informatie aan patiënten te verstrekken zullen de gegevens ook gedeeld worden met de Endometriose Stichting.

Beschouwing

In dit artikel hebben we het proces beschreven van de ontwikkeling van criteria voor de centralisatie van zorg voor vrouwen met endometriose in Nederland. Het doel van centralisatie van zorg is om de behandeling van vrouwen met endometriose te verbeteren door de vertraging in diagnosestelling te verkleinen en de morbiditeit te verminderen, wat leidt tot een verhoging van de kwaliteit van leven. Dit doel is in overeenstemming met het advies van de ESHRE¹, WES¹¹, en NICE¹². Bovendien zijn in recente publicaties over centralisatie van chirurgische zorg voor vrouwen met endometriose positieve effecten van centralisatie gemeld.⁵

Als gevolg van het opiniestuk van D'Hooghe en Hummelshoj en vanwege positieve berichten over de Duitse en Deense situatie, voelden de Nederlandse gynaecologen van de werkgroep Endometriose de noodzaak om criteria voor expertisecentra te ontwikkelen. Er werd tijd genomen om de kwaliteitsnorm met criteria voor endometriose-expertisecentra zorgvuldig te ontwikkelen. Er is veel aandacht besteed aan het creëren van draagvlak onder de leden van de NVOG en de leden van de patiëntenvereniging. In het regionale samenwerkingssysteem met verschillende niveaus van expertisecentra is niet alleen aandacht besteed aan de organisatie van chirurgische zorg, maar ook aan de organisatie van de behandeling van pijn, fertiliteitsbehandelingen, wetenschap-

Tabel 1. Criteria voor endometriose-expertisecentrum van niveau 1

Klinisch	Laparoscopische behandeling peritoneale en ovariële endometriose: - Adhaesiolyse - Diathermische, plasma- of laserablatie en/of excisie van peritoneale en oppervlakkige endometriose - Cystectomie met zo min mogelijk schade aan ovariële schors
	Laparotomische excisie van kleine buikwandnoduli (<3cm, niet of beperkt infiltrerend in de onderliggende fascia)
	Chirurgische ingrepen door gynaecologen die affiniteit hebben met (minimaal invasieve) endometriosechirurgie, blijkend uit scholing en ervaring
	Chirurgie in een niveau-1-centrum wanneer een grote mate van zekerheid is verkregen dat er geen diepe endometriose aanwezig is
	Fertiliteitsbehandeling: ten minste wordt intra-uteriene inseminatie (IUI) aangeboden, voor invitro-fertilisatie (IVF) mag verwezen worden naar een ander ziekenhuis
Zorgprofessional	Ten minste één van de gynaecologen die zich bezighoudt met endometriose is lid van de NVOG-werkgroep Endometriose
	Ten minste één van de gynaecologen die zich bezighoudt met endometriose volgt aantoonbaar nascholing op endometriose gebied
Organisatie	Ten minste twee keer per jaar deelname aan regionaal overleg met niveau-2-expertisecentra

Tabel 2. Aanvullende criteria voor endometriose expertisecentrum van niveau 2

Klinisch	Multidisciplinaire benadering met team dat bestaat uit tenminste een gastro-intestinaalchirurg, een uroloog en een radio- loog. Bij voorkeur zijn ook aanwezig in het team een maag-darm-lever-arts, een pijnspecialist, een bekkenfysiotherapeut, een psycholoog en een verpleegkundige
	Laparoscopische multidisciplinaire chirurgische behandeling van diepe endometriose
	Fertiliteitsbehandeling: alle fertiliteitsbehandelingen worden aangeboden waarbij IVF in satelliet- of transportsetting plaats mag vinden.
Zorgprofessional	Een minimum van ten minste vijftig nieuwe patiënten per vakgroep per jaar
	Ten minste vijftig ingrepen voor endometriose per vakgroep per jaar, waarvan tenminste twintig ingrepen voor diepe endometriose
	De gynaecoloog die de chirurgie uitvoert, heeft een leercurve doorlopen van ten minste vijftig ingrepen voor diepe endometriose
Organisatie	Registratie van het aantal nieuwe patiënten, het aantal ingrepen en het aantal en soort van complicaties in een standaard-format, opgesteld door de werkgroep ten behoeve van het jaarverslag
	Bijhouden van patiënttevredenheid
	De samenwerking tussen niveau-1-centra en het niveau-2-centrum wordt georganiseerd in regio's
Opleiding	Een differentiatiestage voor aios voortplantingsgeneeskunde/benigne gynaecologie, waarin zorg voor endometriosepatiënten is ingebed
Wetenschappelijk onderzoek	Deelname aan wetenschappelijk onderzoek (zelf geïnitieerd of in samenwerking met een ander centrum)

peilijk onderzoek en opleiding. Dit komt overeen met bijvoorbeeld de Duitse situatie. Omdat Nederland een relatief klein maar dichtbevolkt land is, is samenwerking in regionale netwerken in plaats van een concurrerende aanpak cruciaal om de zorg te verbeteren en te optimaliseren.

In Frankrijk, Duitsland en Denemarken zijn expertisecentra reeds geïmplementeerd. In Frankrijk is het systeem van expertisecentra georganiseerd als een piramide, met bovenaan een referentiecentrum dat een netwerk van expertisecentra leidt. Het doel van dit systeem van expertisecentra is het verbeteren van de diagnosestelling en behandeling van endometriose door zorgprofessionals op te leiden, fundamenteel en klinisch onderzoek te ontwikkelen, zorgprofessionals te coördineren, het publiek te informeren, de toegang voor patiënten te faciliteren en een behandelstrategie op lange termijn te bepalen. Het proces van het ontwikkelen van expertisecentra begon met de Franse patiëntenvereniging voor endometriose, die al meer dan tien jaar lobbyt om dit te bereiken. Het eerste voorstel voor een expertisecentrum in de regio Normandië werd ingediend bij het ministe-

rie van Volksgezondheid, waarna de *Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne* (SCGP) en het *Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français* (CNGOF) hun belangstelling uitten. Enkele jaren later werd het voorgestelde expertisecentrum in Normandië goedgekeurd als *pilot* om deze benadering te evalueren. Een jaar later vormde het CNGOF, in overleg met de SCGP, een commissie van deskundigen die de vereisten uiteenzette waaraan een systeem van expertisecentra zou moeten voldoen: verantwoordelijkheid voor het organiseren van geografische dekking, voor het volledige zorgtraject en tertiaire zorg, voor communicatie en onderwijs en voor onderzoek en evaluatie.⁶ In Denemarken werd de behandeling van vergevorderde endometriose meer dan vijftien jaar geleden gecentraliseerd, geïnitieerd door samenwerking van gynaecologen met de Deense endometriose patiëntenvereniging. De patiëntvertegenwoordiger, samen met een gynaecoloog die gespecialiseerd is in endometriose, nodigden de minister van Volksgezondheid uit voor een bijeenkomst waar het idee van twee nationale expertisecentra naar voren werd gebracht en erkend werd. Er volgden

formele richtlijnen van de Deense gezondheids- en geneesmiddelenautoriteit over gecentraliseerde behandeling van vergevorderde ziekten en vervolgens werden door de regering twee expertisecentra aangewezen. De behandeling van vergevorderde endometriose buiten het kader van deze twee gespecialiseerde centra is verdwenen in Denemarken.⁸ In Duitsland waren de *Stiftung Endometriose-Forschung* (SEF) en de *Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Endoskopie* (AGE) van de *Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* (DGGG) de drijvende krachten achter de ontwikkeling van expertisecentra. Er zijn drie niveaus van endometriose centra in Duitsland: in niveau-1-centra krijgen vrouwen basale endometriose zorg zoals diagnostiek en medicamenteuze endometriosebehandeling. Niveau-2-centra moeten bovendien een chirurgische behandeling van endometriose bieden. Van niveau-3-centra wordt verwacht dat ze maximale endometriosezorg bieden, waaronder zeer gespecialiseerde endometriosechirurgie voor diep infiltrerende endometriose, het opleiden van specialisten in opleiding in de pathofysiologie en endocrinologie van endometriose, het aanbieden van speciale trainingen voor de medicamenteuze en chirurgische behandeling van endometriose en het deelnemen aan of uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek. De aanvraag voor certificering als endometriosecentrum wordt beoordeeld door twee bestuursleden van de SEF. Als het oordeel positief is, wordt de afdeling geauditeerd door een team: bestaande uit een vertegenwoordiger van de SEF, een van de *European Endometriosis League* (EEL), een van de patiëntenvereniging (*Endometriose-Vereinigung Deutschland*) en een aanvullende expert. Certificering wordt verleend voor drie jaar.⁷ In Duitsland blijkt de organisatie van zorg in drie niveaus van expertisecentra te functioneren. Vanwege het kleinere aantal inwoners van Nederland en de kleinere afstanden tussen ziekenhuizen, is de verwachting dat twee niveaus van expertisecentra voldoende is om de zorg in Nederland effectief te organiseren.

Het is een langdurig maar weloverwogen proces geweest om de kwaliteitsnorm met criteria voor expertisecentra voor endometriose in Nederland te ontwikkelen. Na autorisatie van de kwaliteitsnorm door de leden van de NVOG en ondersteuning door andere belanghebbenden is het noodzakelijk dat deze op korte termijn geïmplementeerd wordt. De NVOG werkgroep Endometriose zal zich inspannen voor het stimuleren van samenwerking tussen ziekenhuizen waar zorg voor vrouwen met endometriose wordt aangeboden. Nadat de kwaliteitsnorm in Nederland geïmplementeerd is, zal de kwaliteit van leven van vrouwen die in deze centra zijn behandeld, worden geëvalueerd aan de hand van het effect van de behandeling, patiënttevredenheid, morbiditeit en het percentage en aard van complicaties na chirurgie.

Referenties

1. Dunselman, Vermeulen, Becker *et al.* European Society of Human Reproduction and Embryology. *ESHRE guideline: management of women with endometriosis*. Human Reproduction, maart 2014.
2. Wouters, Karim-Kos, le Cessie *et al.* *Centralization of esophageal cancer surgery: does it improve clinical outcome?* Annals of Surgical Oncology, Juli 2009.
3. Pucciarelli, Zorzi, Gennaro *et al.*, *Relationship between hospital volume and short-term outcomes: a nationwide population-based*

study including 75,280 rectal cancer surgical procedures. Oncotarget, Maart 2018.

4. Caiazzo, Baud, Clément *et al.* *Impact of Centralized Management of Bariatric Surgery Complications on 90-day Mortality*. Annals of Surgery, November 2018.
5. Bendifallah, Roman, Rubod *et al.* *Impact of hospital and surgeon case volume on morbidity in colorectal endometriosis management: a plea to define criteria for expert centers*. Surgical endoscopy, April 2018.
6. Golfier, Chanavaz-Lacheray, Descamps *et al.* *The definition of Endometriosis Expert Centres*. Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction, Mei 2018.
7. Ebert, Ulrich, Keckstein *et al.* *Endometriosis Research Foundation, and the European Endometriosis League. Implementation of certified endometriosis centers: 5-year experience in German-speaking Europe*. Gynecologic and Obstetric Investigation, Februari 2013.
8. D'Hooghe & Forman. *European accreditation of endometriosis centers of expertise?* Gynecologic and Obstetric Investigation, Augustus 2013.
9. D'Hooghe & Hummelshoj. *Multi-disciplinary centres/networks of excellence for endometriosis management and research: a proposal*. Human Reproduction, November 2006.
10. Van der Zanden, Arens, Braat, Nelen, Nap. *Gynaecologists' view on diagnostic delay and care performance in endometriosis in the Netherlands*. Reproductive biomedicine online, December 2018.
11. Johnson & Hummelshoj *World Endometriosis Society Montpellier Consortium. Consensus on current management of endometriosis*. Human Reproduction, Juni 2013.
12. NICE guideline. *Endometriosis: diagnosis and management* September 2017.

Samenvatting

Endometriose is een veelvoorkomende maar complexe ziekte. Centralisatie van zorg voor endometriose patiënten in Nederland kan bijdragen aan het optimaliseren van zowel diagnosestelling als (multidisciplinaire) behandeling. Daarom zijn er criteria voor expertisecentra ontwikkeld en vastgelegd in een NVOG kwaliteitsnorm. Dit is een langdurig maar weloverwogen proces geweest.

Trefwoorden

Endometriose expertise centra, centralisatie

Summary

Endometriosis is a common but complex disease. Centralisation of care for patients with endometriosis in the Netherlands could contribute to optimise both diagnosis and (multidisciplinary) treatment. Therefore criteria for expert centres have been developed and captured in a quality standard. This has been a long lasting but carefully considered process.

Keywords

Endometriosis expertise centres, centralisation

Contact

Annemiek Nap, anap@rijnstate.nl

Belangenverstrengeling

Van Hanegem, van Kesteren, Klinkert, Maas, Mijatovic, Rhemrev, Verhoeve en Nap zijn lid van het bestuur van de NVOG-werkgroep Endometriose.

Een pilotstudie

Diagnostiek naar foetomaternale transfusie

drs. D.P.A. van den Nouland *aios Gynaecologie, thans Maastricht UMC+, destijds VieCuri MC Venlo*

drs. R. Mooij *gynaecoloog Beatrixziekenhuis, Gorinchem*

dr. R. van de Laar *gynaecoloog VieCuri MC, Venlo*

dr. K.C.J. Broen *klinisch-chemicus VieCuri MC, Venlo*

Volgens de NVOG-richtlijn Erythrocytenimmunisatie en zwangerschap zou bij een hoogrisicopartus bij rhesus-D-incompatibiliteit de mate van foetomaternale transfusie (FMT) geobjectiveerd moeten worden. Dit om in de aanwezigheid van een grote FMT de juiste toe te dienen dosering anti-D te kunnen berekenen. In de praktijk gebeurt dit vaak niet. Onze pilotstudie laat zien dat FMT zowel bij hoog- als laagrisicopartus weinig voorkomt. Om deze reden is het standaard geven van extra anti-D bij een hoog risico op het optreden van FMT, zonder kwantificatie hiervan, niet aan te bevelen. In onze kleine studie toonden we eveneens aan dat de Kleihauer-Betke-test en flowcytometrie een vergelijkbare betrouwbaarheid laten zien voor het vaststellen van FMT. Opvallend zijn de vele verschillende formules die beschikbaar zijn voor het omrekenen van het percentage FMT naar het volume FMT.

Introductie

Gedurende de zwangerschap, met name tijdens de geboorte, is er een kans op foetomaternale transfusie (FMT): passage van foetale erythrocyten naar de moeder. Bij rhesus-D-negatieve moeders die zwanger zijn van een rhesus-D-positief kind, kan na FMT rhesus-D-immunisatie (RhD) ontstaan. Dit kan leiden tot hemolyse bij de foetus of neonaat in de

De KBT is een test waarbij de mate van aankleuring van de erythrocyt afhankelijk is van het percentage foetaal hemoglobine (HbF).⁵ De foetale erythrocyt bevat een hoog percentage (70-80%) HbF in vergelijking met de meeste volwassen erythrocyten (<1% HbF) waardoor foetale cellen een donkerroze kleur krijgen, in tegenstelling tot de vrijwel kleurloze volwassen cellen. Het aantal foetale cellen wordt microscopisch geteld en vervolgens wordt dit percentage geëxtrapoleerd.

Bij de FCC wordt gebruik gemaakt van een combinatie van twee antistoffen gericht tegen HbF en tegen carbonic anhydrase (CA). CA komt alleen voor in volwassen erythrocyten. Dit maakt het mogelijk om onderscheid te maken tussen HbF bevattende foetale cellen en HbF bevattende volwassen erythrocyten in de maternale circulatie en zo het percentage FMT vast te stellen.

huidige of volgende zwangerschap wat leidt tot perinatale morbiditeit en mortaliteit.¹ Om deze reden wordt bij RhD-incompatibiliteit anti-D-immunoglobulineprofylaxe gegeven bij een amenorroeduur van 30 weken, vlak na de partus en bij risicosituaties voor FMT. Ondanks deze maatregelen komt anti-D-immunisatie in Nederland jaarlijks bij ongeveer 0,1-0,3% van de zwangerschappen voor.² Risicofactoren voor het ontwikkelen van RhD-immunisatie zijn kunstverlossingen (vacuümextractie of sectio caesarea), een manuele placentaverwijdering, serotiniteit (amenorroeduur >42 weken), zwangerschapsgerelateerde bloedtransfusie en maternale leeftijd. Echter, FMT kan ook spontaan optreden.³

De NVOG adviseert om bij voorgenoemde risicofactoren (hoogrisicopartus) de mate van FMT te objectiveren. Vervolgens wordt geadviseerd bij het optreden van een grote FMT (>20 ml) de dosis anti-D te berekenen. Hiervoor worden de Kleihauer-Betketest (KBT) of flowcytometrische foetaleceltelling (*fetal cell count* - FCC) gebruikt. Beide tests maken een onderscheid tussen de foetale en maternale erythrocyten op basis van de aanwezigheid van foetaal hemoglobine (HbF).³ In de praktijk gebeurt het berekenen van de benodigde hoeveelheid anti-D bij een hoogrisicopartus vaak niet en wordt geregeld de standaarddosis van 1000 EH gegeven.² Ook zijn er ziekenhuizen die pragmatisch een dubbele dosering anti-D (2000 EH) geven na een hoogrisicopartus, zonder het meten van de FMT. In ons ziekenhuis was er twijfel bij de analisten over de betrouwbaarheid van de KBT. Het doel van deze studie was om bij laagrisico- én hoogrisico partus het voorkomen van FMT te onderzoeken en tevens de verschillende beschikbare tests om FMT vast te stellen te vergelijken.

Materiaal en methode

Patiënten

Tussen maart 2018 en juni 2018 voerden we een prospectieve studie uit bij patiënten na een laagrisico- en een hoogrisicopartus (sectio caesarea, manuele placentaverwijdering, vacuümextractie) in ons ziekenhuis.

Routinematig werd een hemoglobinebepaling verricht bij onder andere patiënten met meer dan 500 ml bloedverlies, een pre-existente anemie of bij pre-eclampsie. Restmateriaal van deze hemoglobinebepaling werd gebruikt voor verdere analyse. Patiënten met een fluxus van >1500 ml bloedverlies werden geïnccludeerd. Met de bloedgroep van patiënte werd

geen rekening gehouden.

De analyse van de monsters en data vonden geanonimiseerd plaats en de patiëntkarakteristieken zijn geanonimiseerd vastgelegd. Derhalve werd voor deze studie een niet-WMO-plichtige verklaring afgegeven door de regionale METC.

Kleihauer Betke test

Al het materiaal kwam binnen op het klinisch-chemisch laboratorium van het VieCuri te Venlo (KCL-VC). Daar werden direct uitstrijkjes gemaakt en gefixeerd. De KBT werd in twee laboratoria uitgevoerd, het VieCuri in Venlo en het Laurentius ziekenhuis in Roermond (KCL-LR). Beide laboratoria gebruikten de Kleihauer Test Kit van Immucor-Gamma. Het aflezen van alle resultaten vond door dezelfde persoon plaats.

Flow cytometrische fetal cell count test (FCC)

De FCC werd in alle gevallen binnen 48 uur uitgevoerd op het KCL-LR. Dit was alleen mogelijk tijdens kantooruren. Hierbij werd gebruik gemaakt van de *Fetal Cell Count kit* van IQ Products (Groningen). Meting vond plaats op de *BD FACS-Canto* (BD Biosciences, New Jersey, VS).

Berekening volume FMT

De uitkomsten van de KBT- en de FCC-test werden omgerekend naar milliliter foetaal bloed met behulp van verschillende formules. Onderstaande formules werden daarvoor gebruikt in respectievelijk het VieCuri (a), Laurentius Ziekenhuis (b) en de Stichting Kwaliteitsbewaking Medische Laboratoriumdiagnostiek (c).

- (Foetale cellen (%)) / 1000 Maternale cellen) x 5000 = ml foetaal bloed.
5000ml is het geschat maternaal bloedvolume (bijsluiter Immunocor-Gamma)
- (Foetale cellen (%)) / 1000 Maternale cellen) x 3500 = ml foetaal bloed.
3500 ml is het geschatte maternale rodebloedcelvolume (proefschrift Denise Pelikan 'On fetomaternal hemorrhage', 2006)
- (% positieve events) X (1800 ml) gedeeld door 100 X (122/100)
1800ml is het geschatte gemiddelde maternale rode bloedcel volume op basis van een maternale hematocriet van 36% en 122/100 is een aanpassing waarbij rekening wordt gehouden dat de foetale rode bloedcellen meestal ongeveer 20% groter zijn dan volwassen rode bloedcellen.⁶

Resultaten

76 monsters werden verzameld, waarvan er 46 (61%) volledig geanalyseerd konden worden. Complete analyse (FCC en KBT) was alleen mogelijk als er binnen 48 uur een analist aanwezig was voor het uitvoeren van de FCC-test. Het betrof 39 monsters van patiënten na een laagrisicopartus, waarvan 23 compleet geanalyseerd. Daarnaast waren er 37 monsters van patiënten na een hoogrisicopartus, waarvan eveneens 23 compleet geanalyseerd.

Er waren geen verschillen in karakteristieken tussen de twee groepen (tabel 1).

Tabel 1. Patiëntkarakteristieken (gemiddelden)

	Hoogrisicopartus (n=23)	Laagrisicopartus (n=23)
Leeftijd	31,4 jaar	31,4 jaar
Pariteit	1,4	1,4
Graviditeit	1,7	1,8
Geboortegewicht kind	3554 gr	3558 gr
Hb pre-/postpartum	0,7 mmol/L	0,7 mmol/L

Tabel 2. Aantal positieve tests en spreiding FMT (%)

	KBT-Laurentius	KBT-VieCuri	FCC
Laag risico (n=23)	1/23 (0,1)	1/23 (0,1)	1/23 (0,1)
Hoog risico (n=23)	4/23 (0,05-0,8)	3/23 (0,1-0,35)	3/23 (0,1-0,2)

Tabel 3. Uitslagen KBT/FCC bij positieve uitslagen met spreiding van de verschillende formules

Patiënten met positieve FMT uitslag	KBT Roermond	KBT Venlo	FCC
1	0,05% (1,1-2,5 ml)	0,1% (2,2-5 ml)	0,1% (2,2-5 ml)
2	0,1% (2,2-5 ml)	0,1% (2,2-5 ml)	0,1% (2,2-5 ml)
3	0,2% (4,4-10 ml)	0,1% (2,2-5 ml)	0,2% (4,4-10 ml)
4	0,1% (2,2-5 ml)	Test negatief	Test negatief
5	0,8%* (17,6-40 ml)	0,2% (4,4 - 10 ml)	0,35% (7,7-17,5 ml)

* Mogelijk grote FMT, afhankelijk van de gebruikte formule

FMT kwam weinig voor. In vier van de 46 geanalyseerde samples werd FMT aangetoond met alle drie de tests. De uitkomsten voor de KBT- en de FCC-test zijn vermeld in tabel 2. Als de FMT wordt berekend met behulp van de verschillende formules zijn er zowel in de hoogrisico- als in de laagrisicogroep verschillen voor het gemiddelde volume FMT maar niet voor de mediaan (% KBT en volume FMT (ml)).

In tabel 3 wordt voor de verschillende positieve uitslagen de testuitslag gegeven en de spreiding van het bijbehorende bloedvolume na gebruik van de verschillende formules. Afhankelijk van de test en de gebruikte formule om de uitslag om te rekenen naar FMT-volume werd er slechts één keer een FMT-volume van >20 ml geobserveerd.

Discussie en conclusie

Ons onderzoek laat zien dat in de onderzochte populatie FMT weinig voorkomt en dat een grote FMT (>20ml) zeldzaam is. In de groep patiënten werd geen evident verschil gezien tussen laag- en hoogrisicopartus. De kleine studiepopulatie beperkt echter de betrouwbaarheid van de resultaten, desalniettemin waren er geen grote verschillen te zien in de uitkomsten van de KBT vergeleken met de FCC bij de vier patiënten met FMT. De grootste verschillen tussen de gebruikte tests werd gevonden in het aantal ml FMT, wat een gevolg was van de gebruikte omrekenformules. Er werden geen patiënten met FMT gemist bij gebruik van de KBT als patiënten een positieve FCC hadden. Omgekeerd was er één patiënte die een positieve KBT had en een negatieve FCC, bij deze patiënte waren geen aanwijzingen voor sikkelcelanemie of een thalassemie wat het eventuele verschil zou kunnen hebben verklaard.

Eerdere studies laten verschillende resultaten zien ten aanzien van de vergelijkbaarheid van de KBT en de FCC.

Enkele studies geven aan dat de FCC meer betrouwbaar is.⁷ Andere studies laten een vergelijkbare betrouwbaarheid zien van de KBT en de FCC.^{8,9} De KBT lijkt meer sensitief te zijn dan FCC bij lage volumes FMT (<1ml); bij hogere concentraties zou de KBT sneller een overschatting geven.^{8,9} Dit is in de praktijk niet relevant, omdat er bij deze kleine volumes altijd voldoende anti-D wordt gegeven. Dit geldt ook voor redenen waarbij de KBT fout-positief kan zijn: namelijk bij patiënten met een verhoogde HbF-concentratie, zoals bij sikkelcelanemie of thalassemieën.^{3,5}

De KBT is op veel plekken beschikbaar maar is arbeidsintensief en heeft een lage reproduceerbaarheid.⁵ Flowcytometrie is geautomatiseerd en heeft daardoor een betere reproduceerbaarheid. De techniek kost echter meer tijd, het apparaat en de reagentia zijn duur en zijn zeker niet in elk ziekenhuis (24/7) beschikbaar.¹⁰

Voor beide tests geldt dat de beschikbaarheid afhankelijk is van de aanwezigheid van analisten met specifieke kennis dus buiten kantooruren vaak beperkt beschikbaar. Vanwege deze logistieke beperking kon 39% van de samples in onze studie helaas niet binnen 48 uur, de bewaartermijn van het bloed en de tijd waarbinnen anti-D wordt toegediend, geanalyseerd worden.

In Nederland is ongeveer 15% van de zwangere vrouwen rhesus-D-negatief, hiervan is 60% zwanger van een rhesus-D-positief kind. Dit komt neer op ruim 16.000 RhD-incompatibele zwangere vrouwen per jaar.¹¹ Ongeveer 25% van deze vrouwen bevalt met een hoog risico op FMT. Een FMT van meer dan 20 ml komt bij een minderheid van de hoogrisicopartus voor, bij maximaal 6%.⁴

In onze studiesetting waren de geschatte kosten van de FCC bijna 2,5 maal hoger dan de KBT (€66 vs. €27). De kosten van de FCC worden wel lager bij grotere hoeveelheden samples, terwijl de kosten bij de KBT gelijk blijven. Uitgaand van 6% kans op FMT kunnen 18 tests naar FMT 17 extra giften van 1 ampul 1000 EH anti-D voorkomen in een ziekenhuis waar standaard 2000 EH anti-D wordt gegeven. Dit betekent dat beide tests kosteneffectief zijn in onze setting: €1296 besparing van anti-D (www.medicijnkosten.nl) tegenover $18 \times 66 = €1188$ kosten voor testen met behulp van de FCC en $18 \times 27 = €486$ voor testen met behulp van de KBT. Aangezien de kosten buiten kantoor tijden hoger zullen uitvallen, is de FCC mogelijk niet kosteneffectief voor bevallingen van vrijdagavond tot en met zaterdagochtend.

Pragmatisch 1000 EH extra anti-D geven na een hoogrisicopartus zonder vooraf de FMT te kwantificeren is dus niet kosteneffectief en meestal (in 94% van de gevallen) overbodig. Dit laatste is een belangrijk punt om in overweging te nemen, aangezien het geven van anti-D potentiële nadelen heeft. Het is een bloedproduct met een (kleine) kans op pathogene transmissie. Anti-D wordt verkregen uit humane donoren met een hoog niveau circulerende antilichamen. Om hoge antilichaamtiteren te behouden ontvangen zij zo nodig een extra antigenbooster, met risico's voor de donor. Het (overmatig) toedienen van anti-D zou tot een toekomstig

tekort kunnen leiden.⁸ Bovendien is een dubbele dosis anti-D van 2000 EH ontoereikend bij een FMT van meer dan 40 ml. Een massale FMT komt voor in ongeveer 0,5% van de bevallingen (zo'n 80 maal per jaar).¹² Om bovengenoemde redenen is het pragmatisch geven van een dubbele dosering anti-D niet te adviseren. Gezien de kosteneffectiviteit en mogelijke logistieke beperkingen van met name de FCC, valt dit eventueel wel te overwegen voor bevallingen van vrijdagavond tot en met maandagochtend.

Onze studie kent enkele beperkingen. Een belangrijk nadeel van deze studie is de grootte van de studiepopulatie. Door de beschikbaarheid van de FCC-test (alleen binnen kantoor tijden) en hoeveelheid restmateriaal was het niet mogelijk om van alle monsters alle bepalingen uit te laten voeren. Ons doel was echter voornamelijk om een inventarisatie te maken van hoe vaak FMT in ons ziekenhuis voorkomt en hoe de verschillende tests daarbij te vergelijken zijn. Opvallend was dat er alleen al in de twee onderzoekscentra drie verschillende formules beschikbaar waren voor het omrekenen van het percentage foetale cellen naar het volume in ml. Uit een inventarisatie in verschillende Nederlandse laboratoria blijken er minimaal zes verschillende omrekenformules gebruikt te worden. De formules verschillen het meest bij de bepaling van het maternale bloedvolume en het individuele hematocriet, dat onder andere afhankelijk is van amenoroeu en het gewicht van de neonaat.⁸ De verschillende formules zorgen voor grote verschillen in uitkomst in het berekende volume FMT, groter zelfs dan de verschillen die ontstaan wanneer er twee verschillende analyses (KBT vs. FCC) worden uitgevoerd.

Aan de hand van dit onderzoek concluderen we dat in ons ziekenhuis FMT weinig lijkt voor te komen en dat de KBT een goed alternatief is voor de meer betrouwbare FCC. De KBT geeft een risico op fout-positieve resultaten, maar niet op fout-negatieve resultaten. De betrouwbaarheid van de FCC is beter, maar het effect van de verschillende omrekenformules op de nauwkeurigheid is groter dan de intrinsieke testeigenschappen. Er zou landelijk een eenduidige formule moeten zijn voor de omrekening van percentage FMT naar volume. Gezien de mogelijk ernstige complicaties die kunnen optreden na een (grote) FMT, adviseren wij om een van de meer conservatieve formules te gebruiken om zo min mogelijk patiënten met een grote FMT te missen.

In ziekenhuizen waarin de FCC beschikbaar is en logistieke of kostentechnische voordelen geeft, zou deze gebruikt moeten worden voor de berekening van FMT. Voor andere situaties, lijkt de KBT goedkoper en voldoende betrouwbaar te zijn. Pragmatisch een dubbele dosering anti-D na een hoogrisicopartus is niet kosteneffectief en heeft enkele risico's en nadelen.

Referenties

1. CA Crowther, P. Middleton, *Anti-D administration after childbirth for preventing Rhesus alloimmunisation (Review)*, Cochrane Library 1997;2:1-26
2. J.M., Koelewijn, M de Haas, e.a., *Risk factors for RhD immunisation despite antenatal and postnatal anti-D prophylaxis*, BJOG 2009;116(10):1307-14

3. J. Groen, *Dubbelpopulatie in de bloedgroepbepaling van twee zwangeren*, *Laboratoriumgeneeskunde* 2018;1(1):7-11
4. R. Salim, I. Ben-Shlomo, The incidence of Large Fetomaternal hemorrhage and the Kleihauer-Betke test, *American College of Obstetricians and Gynecologists* 2005;105(5):1039-1044
5. L.M.J. Frielink, L. Prinzen, e.a. *KBT verre van ideaal*, *NTOG* 2014;127:234-237
6. MH Dziegiel, LK Nielsen, *Detecting fetomaternal hemorrhage by flow cytometry*, *Curr Opin Hematol.* 2006;13(6):490
7. B.H. Davis, S. Olsen, *Detection of fetal red cells in fetomaternal hemorrhage using a fetal hemoglobin monoclonal antibody by flow cytometry*, *Immunohematology* 1996;38:749-756
8. D. Pelikan, S.A. Scherjon e.a., *Quantification of fetomaternal hemorrhage: A comparative study of the manual and automated microscopic Kleihauer-Betke tests and flow cytometry in clinical samples*, *Am Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004;191:551-7
9. S. Savithrisowmya, M. Singh, *Assessment of Fetomaternal Hemorrhage by Flow Cytometry and Kleihauer-Betke Test in Rh-Negative Pregnancies*, *Gynecol Obstet Invest* 2008;65:84-88
10. B.J. Wylie, M.E. D'Alton, *Fetomaternal Hemorrhage*, *Obstetrics & Gynecology*, 2010;115:1039-1051
11. Richtlijn RIVM: Beleid bij bloedgroep Rhesus (D)-negatief, 16-12-2011, wijzigingsdatum 01-03-2019
12. C. Rubod, P. Deruelle e.a., *Long-term prognosis for infants after massive fetomaternal hemorrhage*, *Obstet Gynecol* 2007;110(2):256-60

Samenvatting

Volgens de NVOG-richtlijn Erytrocytenimmunisatie en zwangerschap zou bij een hoogrisicopartus bij rhesus-D-incompatibiliteit de mate van foetomaternal transfusie (FMT) geobjectiveerd moeten worden. Dit om in geval van een grote FMT de juiste toe te dienen dosering anti-D te kunnen berekenen. In de praktijk gebeurt dit vaak niet. Onze pilotstudie laat zien dat FMT zowel bij hoogrisico- als bij laagrisicopartus weinig voorkomt. Om deze redenen is het standaard geven van extra anti-D bij een hoog risico op het optreden van FMT, zonder kwantificatie hiervan, niet aan te bevelen. In onze kleine studie toonden we eveneens aan dat de Kleihauer Betketest en flowcytometrie een vergelijkbare betrouwbaarheid laten zien voor het vaststellen van FMT. Opvallend zijn de vele verschillende formules die beschikbaar zijn voor het omrekenen van het percentage FMT naar het volume FMT.

Trefwoorden

Foetomaternal transfusie, anti-D, Kleihauer Betke, flowcytometrie

Summary

According to the NVOG guideline Erythrocytenimmunisation and pregnancy, in case of a high risk delivery in rhesus D

incompatible patients, the amount of fetomaternal transfusion (FMT) should be objectified in order to calculate the adequate dosage of RhD immunoglobulin in case of a large FMT. In common practice this is not often done, but a standard dosage of 1000 IU or 2000 IU is given. Our prospective pilot study shows FMT is not common in both high and low-risk deliveries and that a large FMT is rare. The Kleihauer-Betke test and flow cytometry are equally reliable for determining the amount of FMT and cost-effective in comparison with extra anti-D without testing. However, the amount of different formulas available for converting the percentage of FMT into the FMT volume is striking: large differences in results can arise.

Keywords

Fetomaternal transfusion, RhD immunoglobulin, Kleihauer Betke, fetal cell count

Contactgegevens

Drs. D.P.A. van den Nouland, dvdnouland@hotmail.com

Belangenverstrengeling

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



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

Ernstige vroege pre-eclampsie bij een patiënte met een triploïdiezwangerschap

drs. H.B. Zweers *anios gynaecologie destijds Isala Ziekenhuis, Zwolle; thans Zuyderland Ziekenhuis, Heerlen*
 en drs. A. Hiemstra *aios gynaecologie, destijds Isala Ziekenhuis, Zwolle; thans UMC Groningen*
 drs. K. Bouman *klinisch geneticus, UMC Groningen en Isala Ziekenhuis, Zwolle*
 dr. H.M. Knol *gynaecoloog-perinatoloog, fellow perinatologie, Isala Ziekenhuis, Zwolle*

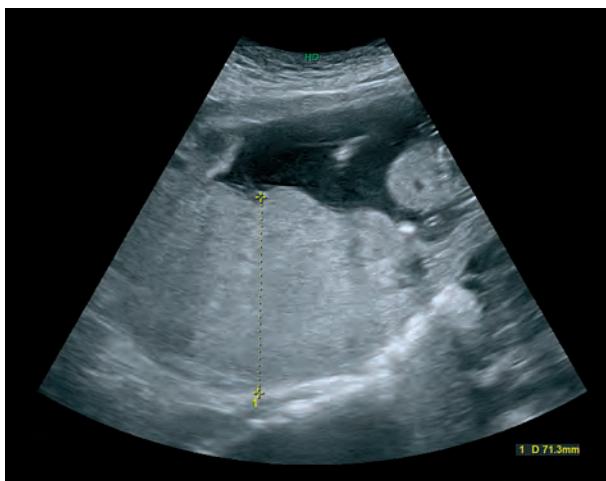
De ontwikkeling van hypertensie en proteïnurie in de zwangerschap voor AD 20 weken is zeldzaam. Hieronder beschrijven wij een casus van een patiënte met een triploïdie zwangerschap die een atypische pre-eclampsie ontwikkelt bij AD 16 weken. Tevens werd een klinisch beeld gezien, passend bij een ovarieel hyperstimulatiesyndroom (OHSS) met beiderzijds vergrote ovaria en ascites. De relatie tussen een sterk verhoogd bèta-hCG en de ontwikkeling van dit klinisch beeld wordt besproken.

Casus

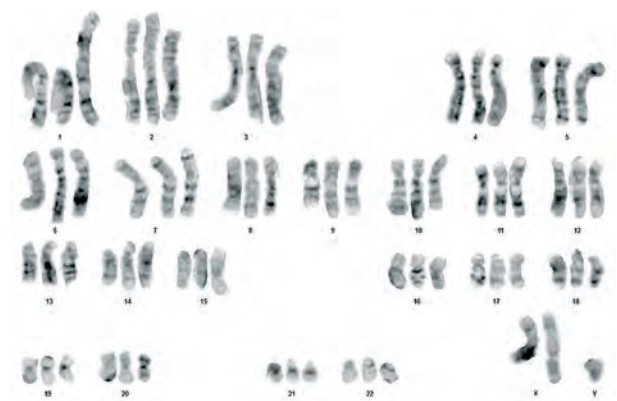
Een 29-jarige gezonde vrouw, gravida 1 para 0, werd bij een amenorroeduur van 16+0 weken naar ons verwezen. De zwangerschap van patiënte was ontstaan na intra-uteriene inseminatie (IUI) in natuurlijke cyclus. Vanaf AD 10 weken had patiënte irregulair vaginaal bloedverlies. Vanwege een 0-negatieve bloedgroep werd eenmalig anti-D gegeven. Bij AD 16 weken had patiënte klachten van buikpijn, misselijkheid en oedeem. Zij was in één week drie kilogram aangekomen in gewicht. Bij controle werd hypertensie vastgesteld (RR 160/90 mmHg, pols 78/min). Echografisch werden beiderzijds vergrote ovaria en ascites gezien. Tevens werd bij echoscopie een verdikte placenta gezien. In verband met de verschillende klachten, hypertensie en vergrote ovaria werd patiënte verwezen voor een *second opinion* naar de derde

lijn. Differentiaaldiagnostisch werd gedacht aan een ovarieel hyperstimulatie syndroom (OHSS) na de IUI, vroege pre-eclampsie (PE)/HELLP-syndroom, mogelijk in combinatie met foetale/placentaire afwijkingen waarbij gedacht werd aan een triploïdie/partiële molazwangerschap.

Bij opname zagen wij een vrouw met buikpijn, die niet dyspnoeïsch was, met mild perifeer oedeem. Zij had forse hypertensie van 180/110 mmHg. Patiënte werd eerst gestabiliseerd. Er werd gestart met magnesiumsulfaat intraveneus en een oraal antihypertensivum (labetalol). Aanvullend laboratoriumonderzoek toonde een Hb van 7,3 mmol/L, Ht 0,34 L/L, trombocyten $102 \times 10^9/L$, leukocyten $13,8 \times 10^9/L$, kreatinine 64 $\mu\text{mol/L}$, eGFR (MDRD) $>60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$, ASAT 85 U/L, ALAT 53 U/L, LDH 260 U/L en een bèta-HCG van 137.000 U/L. Urineonderzoek liet een eiwit/kreatinine-ratio zien van 2,13 g/10mmol. Vanwege de zeer vroege PE/HELLP werd besloten om een geavanceerd echoscopisch onderzoek (GUO) te verrichten. Hierbij werd een klein caput gezien (*head circumference* (HC) p 2) met een geschat foetaal gewicht van 132 gram conform p 22 en een abdomen met echogene darmen. Verder was de placenta evident verdikt, circa 7 cm (figuur 1). Vanwege een HC onder de p 2,3 werd diagnostiek naar cytomegalie virus (CMV) ingezet. De uitslag was negatief.



Figuur 1. Verdikte placenta van 7,3 cm bij AD 16 weken



Figuur 2. Karyogram triploïdiezwangerschap 69,XXY

Maternaal werd een beeld gezien met klinische en biochemische verschijnselen zoals bij een PE/HELLP. Foetaal werd sterk gedacht aan een triploïdie/partiële molazwangerschap gezien het beeld van een verdikte placenta in combinatie met het klinisch beeld bij patiënte. Na *counseling* over invasieve diagnostiek werd besloten tot een amnionpunctie. Laboratoriumonderzoek toonde na één dag een verslechterende met een Hb 7,0 mmol/L, Ht 0,33 L/L, trombocyten $73 \times 10^9/L$, ASAT 84 U/L, ALAT 62 U/L, GGT 57 U/L, LDH 314 U/L. In verband met de verslechterende maternale conditie werd de kans op maternale morbiditeit hoog ingeschat. Hierdoor werd de foetale prognose bij AD 16 weken infaust geacht. De kans dat de foetus een levensvatbare termijn en gewicht zou bereiken bij de ernstige maternale situatie werd ingeschat op nihil. Daarnaast werd sterk gedacht aan een triploïdie (als oorzaak van de maternale problematiek) waarbij de foetale prognose tevens infaust is. Na uitvoerig teamoverleg werd in overleg met patiënte en partner besloten tot een zwangerschapsafbreking op maternale indicatie. Wegende de verslechterende maternale conditie stond dit besluit los van de uitslag van de amniocentese, die op dat moment nog niet bekend was.

Bij AD 16+1 beviel patiënte na inductie met mifegyne/misoprostol van een levenloos kindje. Het nageboortetijdperk werd gecompliceerd door een fluxus van 1200 cc op basis van een placentarest waarvoor curettage.

Postpartum kon de intraveneuze behandeling met antihypertensivum (nicardipine) worden omgezet naar enalapril en werd magnesiumsulfaat gestopt. Eén dag postpartum was de uitslag van de amnionpunctie bekend. De QF-PCR bevestigde het vermoeden van de triploïdie, uitslag van de karyotypering was 69,XXY (figuur 2). X-thorax werd in het kader van diagnostiek bij molazwangerschap verricht en toonde geen afwijkingen. Patiënte hield enkele dagen wisselend pijnklachten in de buik. Urinesediment en -kweek toonden een urineweginfectie waarvoor antibiotische behandeling. Echografisch werden postpartum nog vergrote ovaria gezien. Het klinische beeld paste echter onvoldoende bij een torsio ovarii. Na pijnstilling en expectatief beleid, knapte patiënte langzaam op. Eén week postpartum werd de bèta-HCG-waarde gecontroleerd: deze was gedaald naar 26.500 U/L. Patiënte kon de negende dag postpartum in goede conditie onze kliniek verlaten. Pathologisch onderzoek toonde een zware placenta, met afwijkend parenchym passend bij een partiële mola zoals vaker gezien wordt bij triploïdie. Zes weken postpartum vond de poliklinische nacontrole plaats. Patiënte was lichamenlijk hersteld. Echografisch werd een normale uterus gezien met beiderzijds normale kleine ovaria en geen vrij vocht gezien. Poliklinisch werden bèta-HCG-waarden wekelijks vervolgd. Twee weken postpartum was de bèta-HCG waarde al gedaald naar 4.006 U/L en zes weken postpartum naar 25 U/L. De bèta-HCG-waarde werd vervolgd tot nul.

Beschouwing

In deze casus werd een ernstige vroege pre-eclampsie gezien bij AD 16 weken met daarbij een klinisch beeld lijkend op OHSS bij een patiënte met een triploïdie zwangerschap.

Achtergrond

Triploïdie komt voor bij ongeveer 1-3% van alle herkende concepties.¹ Men schat dat 99,99% van alle zwangerschappen van een foetus met triploïdie resulteren in een miskraam in het eerste trimester of een intra-uteriene vruchtdood in het tweede trimester.² Van alle zwangerschappen die eindigen in een spontane miskraam in het eerste trimester wordt geschat dat bij 60% sprake is van een chromosoomafwijking, waarbij het in 15% van de gevallen een triploïdie betreft.

Triploïdie zwangerschappen worden onderscheiden in twee verschillende typen: paternale triploïdie (type I, diandrie, of partiële molazwangerschap) en maternale triploïdie (type II of digynie).³

Een paternale triploïdie kan op twee manieren ontstaan. Aan paternale kant kan, net als bij een maternale triploïdie, door een fout in de meiotische deling een spermatozoa ontstaan met een dubbele hoeveelheid ($n = 46$) chromosomaal materiaal. Bij versmelting met een oöcyt ontstaat vervolgens een zygote met 69 chromosomen. Een tweede manier waarop een paternale triploïdie kan ontstaan is wanneer een 'normale' oöcyt ($n = 23$) bevrucht wordt door twee zaadcellen ($2 \times n = 23$). Ook in dat geval ontstaat een zygote met 69 chromosomen. Circa 90% van de casus met triploïdie is een geval van paternale triploïdie.

Bij een maternale triploïdie (type II of digynie) is het extra chromosomaal materiaal afkomstig van maternale zijde. Door een verstoring in de meiose aan maternale kant ontstaat een oöcyt die in plaats van één nu twee exemplaren van elk chromosoom heeft, in totaal dus 46 chromosomen. Wanneer deze oöcyt met een dubbele hoeveelheid chromosomaal materiaal samensmelt met een spermatozoa van de partner, ontstaat een zygote met teveel ($n = 46 + 23 = 69$) chromosomen. Bij een digynie wordt geen mola-placenta gezien.

Diagnostiek

Vaak ontstaat het vermoeden van triploïdie tijdens echografisch onderzoek vroeg in de zwangerschap of bij het structureel echografisch onderzoek (SEO) bij 20 weken zwangerschapsduur. Naast een groeirestrictie waarbij de foetus een disproportioneel groot hoofd kan hebben ten opzichte van het lichaam, gaat triploïdie vaak gepaard met congenitale afwijkingen. Aangeboren afwijkingen die kunnen voorkomen zijn onder andere: afwijkende schedel, micrognathie, oogafwijkingen, hypertelorisme, laagstand en malformatie van de oren, afwijkend genitaal, holoprosencephalie, cheilo-/gnatho-/palatoschisis, gastroschisis, encephalocèle, myelomeningocele, syndactylie (meestal van de derde en vierde vinger), klompvoeten, hartafwijkingen (atrium- en ventrikelseptumdefect) en renale agenesie. Specifiek bij de paternale triploïdie (partiële mola) kan echografisch het beeld gezien worden van een hydatidiforme placenta (verdikt, oedema-

teus, soms met cystes).

Naast echografisch onderzoek kan laboratoriumonderzoek van ondersteunende waarde zijn. Bèta-hCG en alfafoetoproteïne (AFP) zijn vaak verhoogd en PAPP-A (*pregnancy-associated plasma protein A*) verlaagd.

Om de diagnose triploidie te kunnen stellen, is karyotypering nodig. Hiervoor zal in de meeste gevallen amniocentese plaatsvinden. Karyotypering toont dan 69,XXX, 69,XXY of 69,XYY.

Triploidie wordt niet vastgesteld met een NIPT, omdat dat onderzoek gestoeld is op een relatieve toename van een (deel van een) chromosoom en er bij een triploidie sprake is van een evenredig toename van alle chromosomen. Ook worden de geslachtschromosomen niet onderzocht met de NIPT.

Prognose en risico's

Triploidie zwangerschappen zullen zelden ontwikkelen tot in het tweede of derde trimester. Vrouwen met een triploidie zwangerschap hebben meer kans op het ontwikkelen van complicaties, o.a. pre-eclampsie ten gevolge van de mola-zwangerschap. In een case serie van 17 triploidie zwangerschappen ontwikkelden zes vrouwen pre-eclampsie in het tweede trimester (35%). Bovendien werd een verhoogd serum bèta-hCG waarde en placentamegalie geassocieerd met een hoger risico op pre-eclampsie.⁴ Het onderliggend pathofysiologisch mechanisme zou de invloed van bèta-hCG op de angiogenese zijn, waardoor abnormale placentatie ontstaat.⁵

Klassieke pre-eclampsie wordt gedefinieerd als hypertensie (systolische bloeddruk ≥ 140 mmHg, diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg) in combinatie met proteïnurie (0.3 gram eiwit / 24 uur) bij een zwangerschap > 20 weken.

Hypertensie en/of proteïnurie < AD 20 weken wordt vaak geassocieerd met onderliggende nierpathologie. Echter, data suggereren dat pre-eclampsie wel kan voorkomen vóór 20 weken, na 48 uur postpartum of in afwezigheid van typische symptomen, hypertensie of proteïnurie. Deze casus worden beschreven als atypische pre-eclampsie.⁶ Atypische pre-eclampsie <20 weken wordt met name beschreven bij een triploidie zwangerschap.⁷⁻⁹ Ook casus van patiënten met het HELLP-syndroom <20 weken zijn bekend.¹⁰ In onze beschreven casus werd op basis van het klinische beeld en het aanvullende onderzoek, derhalve toch besloten tot de diagnose pre-eclampsie bij een AD van slechts 16 weken. Door de hoge concentratie van bèta-HCG wordt een toename van pro-angiogenetische factoren gezien. Dit leidt tot de endotheelreactie die ten grondslag ligt aan dezelfde symptomen die bij pre-eclampsie worden gezien.

Een ander risico van een triploidie zwangerschap is de ontwikkeling van *gestational trophoblastic neoplasia* (GTN, o.a. choriocarcinoom). GTN komt voor bij minder dan 5% van de patiënten na een partiële molazwangerschap.^{11,12}

Foetale overleving tot aan de atermperiode is zeer zeldzaam. In de literatuur zijn enkele casus beschreven van een neonaat met een triploidie.¹³ Neonaten met triploidie overlijden meestal enkele uren/dagen postpartum ten gevolge van respiratoire distress.¹⁴ Kinderen die langer dan twee

maanden in leven blijven zijn hoogst uitzonderlijk. Deze kinderen hebben een groeiachterstand (afbuigende en onder de -2SD) en een zeer slechte neuro-motorische ontwikkeling.^{15,16}

Bij onze patiënte werd beiderzijds vergrote ovaria en ascites gezien. Dit is eerder beschreven in een vergelijkbare casus.¹⁷ Dit beeld is vergelijkbaar met het klinische beeld wat gezien kan worden bij het ovarieel hyperstimulatie syndroom (OHSS). OHSS is een complicatie ten gevolge van ovariële stimulatie in het kader van een fertiliteitstraject. Er wordt gedacht dat de uitlokkende factor voor het optreden van OHSS niet de initiële ovariële stimulatie is, maar het toedienen van bèta-hCG wat de laatste stimulerende factor is in het rijpingsproces van de oöcyt. Bij een vroege OHSS is deze toediening van HCG de *trigger*, bij een late OHSS is dit de productie van bèta-hCG door de innestelende trofoblast.¹⁸ HCG is biochemisch verwant aan het luteïniserend hormoon (LH). Hoge waarden van LH leiden tot toename van de productie van angiogenetische factoren bij de ovaria. Normaal gesproken wordt lokale productie van angiogenetische factoren gestimuleerd tijdens de midcyclische LH-piek. Dit betreft met name de *vascular endothelial growth factor A* (VEGFA) en angiopoëties. De toename van de angiogenese heeft als doel een goed gevasculariseerd vaatbed te creëren voor het corpus luteum. Gedacht wordt dat een overproductie van angiogenetische factoren de lokale en systemische vasculatuur aanpast, een verhoogde vasculaire permeabiliteit veroorzaakt en hiermee bijdraagt aan de symptomen zoals zwelling van de ovaria, ascites en hypovolemie.¹⁹ Naast de eerder beschreven invloed van bèta-hCG op de angiogenese, zorgt de pro-inflammatoire status bij pre-eclampsie eveneens voor een verhoogde vasculaire permeabiliteit. Hierdoor kunnen de symptomen zoals gezien bij OHSS nog verder toenemen.²⁰

Conclusie

Bovenstaande casus laat zien dat bij een vroege hypertensieve aandoening in de zwangerschap een triploidie bij de foetus hoog in de differentiaaldiagnose staat, ook als er bij echoscopisch onderzoek alleen een groeirestrictie gezien wordt. Dit geldt des te meer als patiënte zich daarnaast presenteert met andere klachten die kunnen wijzen op een verhoogde aanmaak van bèta-HCG. Uit het vruchtwater kan de diagnose vaak binnen een dag gesteld worden. Een normale NIPT sluit een triploidie niet uit. Het ziektebeeld gaat gepaard met een infauste prognose voor de foetus en een verhoogd risico op maternale complicaties. Daarom is *counseling* van de zwangere en haar partner over de mogelijkheid van het beëindigen van de zwangerschap om verdere maternale complicaties te voorkomen van belang.

Referenties

1. Guanciali-Franchi P, Iezzi I, Materelli B, Morizio E, Calabrese G, Palka G. *Effectiveness of cross-trimester test in selecting high risk pregnant women to undergo invasive prenatal diagnosis*. Prenat Diagn. 2010;30:735-36
2. R.J. Gardner, *Chromosome Abnormalities and Genetic Counseling, 4th edition*, Oxford University Press, ISBN 978-0-19-537533-6
3. MacFadden E, Kwong LC, Yam IY, Langlois S: *Prenatal origin of triploidy in human fetuses: evidence for genomic imprinting*. Hum Genet 1993, 92:465-469.
4. Rijhsinghani A, Yankowitz J, Strauss RA, Kuller JA, Patil S, Williamson RA. *Risk of preeclampsia in second-trimester triploid pregnancies*. Obstet Gynecol. 1997;90:884-88.
5. Barjaktarovic BM, Korevaar TIM, Jaddoe VVW, de Rijke YB, Peeters RP, Steegers EAP. *Human chorionic gonadotropin and the risk of pre-eclampsia: a prospective population-based cohort study*. Ultrasound Obstet Gynecol. 2019; Mar 5. doi: 10.1002/uog.20256.
6. Sibai BM, Stella CL. *Diagnosis and management of atypical preeclampsia-eclampsia*. Am J Obstet Gynecol. 2009;200(481):e1-e7.
7. Brittain PC, Bayliss P. *Partial hydatidiform molar pregnancy presenting with severe preeclampsia prior to twenty weeks gestation: a case report and review of the literature*. Mil Med. 1995;160:42-44.
8. Rahimpanah F, Smoleniec J. *Partial mole, triploidy and proteinuric hypertension: two case reports*. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2000;40:215-218. doi: 10.1111/j.1479-828X.2000.tb01152.x.
9. Tanaka et al. *Preeclampsia before 20 weeks of gestation: a case report and review of the literature*. 2015 May; 4(1): 55-60.
10. Stefos T, Plachouras N, Mari G, Cosmi E, Lolis D. *A case of partial mole and atypical type1 triploidy associated with severe HELLP syndrome at 18 weeks' gestation*. Ultrasound Obstet Gynecol 2002;20:403-4.
11. erkowitz RS, Goldstein DP. *Current management of gestational trophoblastic diseases*. Gynecologic oncology. 2009;112(3):654-62
12. Lurain JR, Brewer JI. *Invasive mole*. Semin Oncol. 1982;9(2):174-80
13. R.A. van Lingen, P. Zwart, J. van Hemel en J.C. den Hollander. *Triploidie bij de pasgeborene; klinisch beloop en cytogenetische aspecten*. Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133, nr 22.
14. Ben Hamouda H. et al. *Postnatal diagnosis and prognosis of 2 cases of triploidy*. 2010 Jul;17(7):1078-82. doi: 10.1016/j.arcped.2010.03.009
15. Sherard J, Bean C, Bove B, et al. *Long survival in a 69,XXY triploid male*. Am J Med Genet 1986; 25: 307-12.
16. Arvidsson CG, Hamberg H, Johnsson H, Myrdal U, Annerén G, Brun A. *A boy with complete triploidy and unusually long survival*. Acta Paediatr Scand 1986; 75: 507-10
17. Ludwig M, Gembruch U, Bauer O, Diedrich K. *Ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS) in a spontaneous pregnancy with fetal and placental triploidy: information about the general pathophysiology of OHSS*. Hum Reprod. 1998 Aug;13(8):2082-7.
18. Banker M, Garcia-Velasco JA. *Revisiting ovarian hyper stimulation syndrome: Towards OHSS free clinic*. J Hum Reprod Sci. 2015; 8(1): 13-17.
19. Bishop CV, Lee DM, Slayden OD, Li X. *Intravenous neutralization of vascular endothelial growth factor reduces vascular function/permeability of the ovary and prevents development of OHSS-like symptoms in rhesus monkeys*. J Ovarian Res. 2017; 10: 41.
20. Barjaktarovic BM, Korevaar TIM, Jaddoe VVW, de Rijke YB, Peeters RP, Steegers EAP. *Human chorionic gonadotropin and the risk of pre-eclampsia: a prospective population-based cohort study*. Ultrasound Obstet Gynecol. 2019; Mar 5. doi: 10.1002/uog.20256.

Samenvatting

De casus beschrijft een 29-jarige primigravida met een spontane zwangerschap die bij AD 16 weken een atypische pre-eclampsie ontwikkelde met daarbij het klinische beeld van OHSS op basis van een triploïdie zwangerschap. Op maternale indicatie werd besloten tot een zwangerschapsafbreking. De diagnose triploïdie werd bevestigd bij de foetus. Er is een verhoogd risico op het ontwikkelen van pre-eclampsie bij een triploïdie zwangerschap. Hierbij lijken de verhoogde bèta-hCG-waardes een rol te spelen bij de abnormale placentatie ten gevolge van de triploïdie die ten grondslag ligt aan pre-eclampsie. De vergrote ovaria en ascites konden tevens verklaard worden door de hoge bèta-hCG-waardes, waarbij een verhoogde vasculaire permeabiliteit wordt gezien ten gevolge van toegenomen angiogenese. Zowel naar het ontstaan van pre-eclampsie bij een triploïdie zwangerschap, als naar symptomen zoals bekend bij OHSS bij een triploïdie zwangerschap, is nog weinig onderzoek gedaan.

Trefwoorden

Pre-eclampsie, triploïdie, partiële mola

Summary

This case report describes a 29-year old primigravida with a spontaneous pregnancy diagnosed with an atypical early pre-eclampsia and clinical sign of OHSS at 16 weeks gestation. The pregnancy was terminated for maternal indication. Diagnosis of triploid pregnancy was confirmed in the fetus. A higher risk for pre-eclampsia is recognized in patients with a triploid pregnancy. Elevated levels of serum beta-hCG are associated with abnormal placentation due to triploidy, which causes pre-eclampsia. Enlarged ovaries and ascites, as seen in patients with OHSS, can be explained by the high levels of serum beta-hCG as well. HCG causes a higher vascular permeability as a result of increased angiogenesis. Both atypical early pre-eclampsia and symptoms of enlarged ovaries and ascites (as seen in OHSS) as a result of triploid pregnancy are rare.

Keywords

Preeclampsia, triploid, partial mola

Contact

Hester Zweers, arts-assistent
h.zweers@zuyderland.nl
06-15443083

Belangenverstrengeling

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

Een overzicht van de huidige Nederlandse en Vlaamse situatie

De waarde van abdominale cerclage bij eerdere niet succesvolle vaginale cerclage

dr. N.B. Burger *gynaecoloog-perinatoloog Erasmus MC*

dr. J.M.J. Cornette *gynaecoloog-perinatoloog Erasmus MC*

drs. C. Groenestein-Sondaal *gynaecoloog Erasmus MC*

dr. J. van Drongelen *gynaecoloog-perinatoloog Radboudumc*

prof. dr. Y. Jacquemyn *gynaecoloog Universitair Ziekenhuis Antwerpen*

dr. M.A. de Boer *gynaecoloog-perinatoloog Amsterdam UMC*

dr. M.A. Oudijk *gynaecoloog-perinatoloog Amsterdam UMC*

prof. dr. J.A.F. Huirne *gynaecoloog Amsterdam UMC*

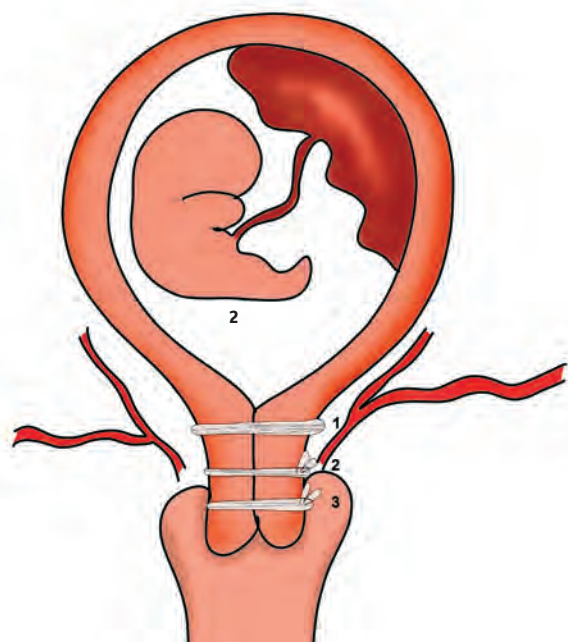
namens de werkgroep Abdominale Cerclage

Recent is de eerste RCT gepubliceerd waarin de abdominale cerclage werd vergeleken met de vaginale cerclage bij patiënten met een eerdere, niet succesvolle vaginale cerclage. De abdominale cerclage was superieur in het reduceren van vroeggeboorte < 32 weken en in het verminderen van foetale sterfte in het tweede trimester. In Nederland kan de abdominale cerclage laparoscopisch of via laparotomie worden geplaatst in enkele centra. Hier geven wij een overzicht van de voor- en nadelen van beide chirurgische technieken en van onze chirurgische en obstetrische uitkomsten van de abdominale cerclage in Nederland en Vlaanderen.

Introductie

Bij vrouwen die een extreme vroeggeboorte, < 28 weken, doormaken speelt (een component) cervixinsufficiëntie een belangrijke rol in de oorzaak van de vroeggeboorte. Een deel van de vrouwen presenteert zich zonder evidente contracties met een uitpuilende vochtblaas of partus bij een immature termijn < 24 weken, conform de klassieke definitie van cervixinsufficiëntie. Echter, veel vrouwen met een spontane vroeggeboorte < 28 weken zullen zich, na een episode van asymptomatische cervixlengteverkorting, alsnog klinisch presenteren met contracties of PPROM en speelt een component cervixinsufficiëntie waarschijnlijk ook een grote rol in de oorzaak van de vroeggeboorte. Cervixinsufficiëntie heeft een hoog herhalingsrisico van ongeveer 30%.¹ De meeste internationale protocollen adviseren om na een eerdere vroeggeboorte de cervixlengte te vervolgen en bij een cervixlengte < 25 mm een cerclage aan te leggen. Traditionele behandeling is een laag vaginale cerclage (McDonaldtechniek²) of een hoog vaginale cerclage (Shirodkartechniek³ of 4-steps-methode⁴), waarbij de blaas wordt afgeschoven. Ongeveer 15% van de patiënten maakt echter opnieuw een extreme vroeggeboorte door ondanks een vaginale cerclage.¹ Tot voor kort kwamen, op grond van empirische ervaring, deze patiënten in aanmerking voor een abdominale cerclage (zie figuur 1), al werd de optie van opnieuw een vaginale cerclage ook overwogen. Recent is de eerste RCT verschenen, 'MAVRIC: A Multicentre Randomised Controlled Trial of Tran-

sabdominal Versus Transvaginal Cervical Cerclage'.⁵ In deze RCT is een abdominale cerclage vergeleken met een vaginale cerclage bij patiënten met een eerdere, niet succesvolle, vaginale cerclage. Patiënten met een recidief vroeggeboorte tussen 14 - 28 weken ondanks een lage vaginale cerclage, van 2008 tot 2014 in het Verenigd Koninkrijk, werden geïnccludeerd. Patiënten met een eerdere vaginale noodcerclage werden geëxcludeerd. Patiënten werden gerandomiseerd tussen transabdominale cerclage (TAC) (laparotomisch), hoogvaginale cerclage (HVC) en laagvaginale cerclage (LVC). De LVC werd electief tussen 10 - 16 weken zwangerschap geplaatst in alle participerende centra. De HVC en TAC werden electief preconceptioneel of tussen respectievelijk 10-16 weken en 10-14 weken zwangerschap in een gespecialiseerd centrum geplaatst. De eerste zwangerschap met een



Figuur 1. anatomische positie van vaginale en abdominale cerclage. (1. abdominale cerclage, 2. hoge vaginale cerclage, 3. lage vaginale cerclage). Met dank aan dr. R.A. de Leeuw.

primaire cerclage geplaatst na randomisatie werd geanalyseerd. Primaire uitkomstmaat was bevalling < 32 weken. Secundaire uitkomstmaten waren neonatale sterfte, ernstige operatieve complicaties en cerclage-gerelateerde complicaties. Er werden 39 patiënten geïncludeerd in de TAC-groep, 39 patiënten in de HVC-groep en 33 patiënten in de LVC-groep. Patiënten hadden in 97% (TAC-groep), 95% (HVC-groep) en 91% (LVC-groep) tenminste twee foetale sterftes in het tweede trimester doorgemaakt. *Intention-to-treat*-analyse toonde dat de abdominale cerclage superieur was in het reduceren van vroeggeboorte < 32 weken: 8% in de TAC-groep versus 33% in de LVC-groep (RR 0,23 95% CI 0,07-0,76 $p = 0,0078$) en 38% in de HVC-groep (RR 0,2 95% CI 0,063-0,64 $p = 0,0024$). *Number needed to treat* (NNT) om één vroeggeboorte te voorkomen met een abdominale cerclage was 3,9 (95% CI 2,2-13,3) en 3,2 (95% CI 2,0-7,4) in vergelijking met respectievelijk LVC en HVC. De abdominale cerclage was ook superieur in het verminderen van foetale sterfte in het tweede trimester: 3% in de TAC-groep versus 21% in de LVC-groep (RR 0,12 95% CI 0,016-0,93 $p = 0,02$) en 18% in de HVC-groep. NNT om één foetale sterfte te voorkomen was 5,3 (95% CI 2,9-26). De foetale overleving was respectievelijk 92%, 79% en 79% in de TAC-groep, HVC-groep en LVC-groep. Er waren geen verschillen in uitkomsten tussen de LVC-groep en HVC-groep.

Deze RCT toont dat de TAC een verbetering in obstetrische uitkomsten geeft bij patiënten met een eerdere, niet succesvolle, vaginale cerclage ten opzichte van HVC en LVC.

Abdominale cerclage middels laparotomie of laparoscopie?

Alle abdominale cerclages in de MAVRIC-trial zijn laparotomisch geplaatst. De abdominale cerclage kan echter ook laparoscopisch worden geplaatst. Dit werd voor het eerst beschreven in 1998.⁶ Laparoscopie heeft enige voordelen ten opzichte van laparotomie, zoals minder postoperatieve pijn, kortere opnameduur, minder adhesievorming, sneller herstel en minder bloedverlies.^{7,8} De laparoscopische abdominale cerclage toont, evenals de laparotomische benadering, gunstige chirurgische en obstetrische uitkomsten met hoge foetale overleving van 88-98,5% bij patiënten met een zeer belaste obstetrische voorgeschiedenis.^{9,10} Er bestaat geen RCT die de laparoscopische benadering vergelijkt met de laparotomische. Een recente systematische review¹¹ vergeleek chirurgische en obstetrische uitkomsten van abdominale cerclages middels laparotomie en laparoscopie in respectievelijk 1116 en 728 patiënten. Er werd geen verschil gezien in de totale neonatale overleving bij beide technieken (89,9% bij de laparoscopische benadering versus 90,8% bij de laparotomische techniek $p = 0,80$). Laparoscopische benadering toonde echter een hoger aantal bevallingen > 34 weken (82,9% versus 76%; $p < 0,01$) en een afname in bevallingen tussen 23+0 - 33+6 weken (6,8% versus 14,8%; $p < 0,01$). Indien eerste trimester miskramen werden geëxcludeerd was er een hogere neonatale overleving (96,5% versus 90,1%; $p < 0,01$). Chirurgische complicaties verschilden niet bij beide technieken. Enige voorzichtigheid is geboden met interpretatie van deze uitkomsten gezien de reële kans op selectiebias.

In Nederland kan de abdominale cerclage preconceptioneel via laparoscopie of postconceptioneel via laparoscopie of laparotomie worden geplaatst. Bij voorkeur wordt de laparoscopische abdominale cerclage preconceptioneel geplaatst, omdat de ingreep technisch eenvoudiger is door het gebruik van een uteriene manipulator in een kleinere, stevigere en minder gevasculariseerde uterus dan tijdens de zwangerschap. Hierdoor wordt de kans op conversie minder en worden risico's gerelateerd aan de zwangerschap voorkomen, zoals bloedverlies of een miskraam. Het nadeel echter van preconceptionele plaatsing is de kans dat patiënte niet zwanger wil of kan worden na de ingreep. Literatuur toont een zwangerschapskans van 74-100% na een preconceptionele ingreep^{7,10}, waarbij een deel van de patiënten (nog) geen zwangerschap heeft nagestreefd. Een abdominale cerclage lijkt geen negatief effect op fertiliteit te hebben.¹² Een postconceptionele abdominale cerclage (laparoscopisch en laparotomisch) heeft het voordeel dat deze geplaatst wordt als de kans op een doorgaande zwangerschap groot is. Dit door een kleine kans op alsnog een miskraam en doordat, indien van toepassing, eerste trimester screening en eventuele zwangerschapsbeëindiging reeds heeft plaatsgevonden. Een postconceptionele laparoscopische abdominale cerclage kan tot ongeveer 14 weken zwangerschap veilig worden geplaatst. Na 14 weken is het technisch moeilijker om de ingreep laparoscopisch te verrichten, gezien de grootte van de uterus en het risico van conversie. Een postconceptionele laparotomische abdominale cerclage wordt idealiter rond 13-14 weken zwangerschap geplaatst, maar kan bij hoge uitzondering tot 24 weken als secundaire (*echo-indicated*) of tertiaire (*dilatation-indicated* of nood)cerclage geplaatst worden.

Indicaties voor abdominale cerclage

Er zijn meerdere indicaties voor het plaatsen van een abdominale cerclage. De MAVRIC-trial⁵ suggereert dat een eerdere niet-succesvolle primaire of secundaire vaginale cerclage een indicatie is voor een abdominale cerclage. Er zijn tot op heden geen RCT's die andere indicaties voor een abdominale cerclage hebben onderzocht. Op basis van de gunstige uitkomsten van de MAVRIC-trial zouden wellicht ook patiënten met een eerdere niet succesvolle tertiaire of noodcerclage voordeel kunnen hebben bij een primaire abdominale cerclage, maar dit is onderwerp van verder onderzoek. Daarnaast komen patiënten na een trachelectomie, waarbij de initieel geplaatste cerclage verwijderd is (na bijvoorbeeld fisteling), of niet succesvol was door onjuiste lokalisatie van de cerclage, in aanmerking voor een abdominale cerclage. Tevens dient een abdominale cerclage overwogen te worden bij patiënten met een verhoogd risico op cervixinsufficiëntie waarbij het technisch niet mogelijk is om een vaginale cerclage te plaatsen door een extreem korte of afwezige cervix. Dit zijn patiënten na eerdere conisatie, (meerdere) liscisatie(s), trauma van de cervix door een voorgaande gescheurde cerclage, baring, kunstverlossing of keizersnede, of patiënten die in utero zijn blootgesteld aan diëthylstilbestrol, ongeacht falen van een eerdere cerclage. Bij deze patiënten moet na goede counseling een individuele afweging

Tabel 1. Uitkomsten abdominale cerclage

	Amsterdam UMC*			Erasmus MC**	UZ Antwerpen*	Erasmus/Radboud*	Radboud-umc*
	L-scopie			L-scopie	L-scopie	L-tomie	L-tomie
Aantal patiënten	83			12	21	101	65
Indicatie abdominale cerclage							
Eerdere niet succesvolle vaginale cerclage	41%			42%	81%	58%	33%
Eerdere cervicale chirurgie	74%			58%	19%	19%	24%
Plaatsing cerclage in relatie tot zwangerschap		Pre n = 76	Post n = 7	Pre	Pre	Post tot AD 22	Post tot AD 21
Chirurgische uitkomsten							
Ernstige chirurgische complicaties***	0%	0%	0%	8% (n = 1)	0%	0%	0%
Bloedverlies > 500ml	1% (n=1)^	0%	14% (n = 1)	0%	0%	5% (n = 5)	20% (n = 13)
Conversie naar laparotomie	1% (n=1)^	0%	14% (n = 1)	0%	0%	-	-
Aantal nachten opname na ingreep (mediaan)	0	0	0	0	0	NB	2
Obstetrische uitkomsten							
% zwanger na preconceptionele cerclage****	-	73% (n = 44)	-	58% (n = 7)	67% (n = 14)	-	-
Complete zwangerschappen	50	43	7	10	14	108	62
Tweede trimester foetale sterfte (≥ 14 weken)	4% (n = 2)	5% (n = 2)	0%	10% (n = 1)	21% (n = 3)	6% (n = 6)	8% (n = 5)
Keizersnede > 32 weken	86% (n = 43)	84% (n = 36)	100% (n = 7)	70% (n = 7)	71% (n = 10)	93% (n = 94)	90% (n = 56)
Neonatale overleving (exclusie 1e trimester miskraam)	96%	95%	100%	90%	77%	94%	92%

Legenda:

*) resultaten eerste zwangerschap met abdominale cerclage; eventuele opeenvolgende zwangerschappen zijn niet weergegeven

**) resultaten alle zwangerschappen met abdominale cerclage; per patiënte zijn opeenvolgende zwangerschappen indien van toepassing weergegeven

***) complicatie die verdere behandeling behoeft, muv conversie

****) minimale follow-up 1 jaar na de plaatsing van de abdominale cerclage, waarbij een deel van de patiënten nog geen zwangerschap heeft nagestreefd

^*) dit betreft één en dezelfde patiënte

NB niet beschikbaar

gemaakt worden of het wenselijk is om een abdominale cerclage te plaatsen. Het is van belang om ook bij deze subgroepen de resultaten te blijven evalueren.

De Nederlandse en Vlaamse situatie

In Nederland en Vlaanderen zijn er momenteel enkele centra waar abdominale cerclages worden uitgevoerd en voor zover ons bekend structureel worden geëvalueerd: het Amsterdam UMC, Erasmus MC, Radboudumc en Universitair Ziekenhuis Antwerpen. De resultaten zijn samengevat in tabel 1. Sinds 1997 wordt de laparoscopisch abdominale cerclage uitgevoerd in het Amsterdam UMC. Tot op heden zijn er 83 patiënten geopereerd. In deze groep waren vijf patiënten met een voorgaande, niet succesvolle en niet goed gelokaliseerde cerclage na trachelectomie. Bij één patiënte (1%) werd een complicatie gerapporteerd, namelijk bloedverlies van 600ml en een conversie naar laparotomie. Dit betrof een plaatsing in de zwangerschap (11+4 weken) bij een patiënte met een voorgaande abdominale trachelectomie met fisteling van de eerdere cerclage en diepe endometriose. Na een laparoscopische procedure zijn alle patiënten de dag van de ingreep of de volgende dag met ontslag gegaan. Twee patiënten (4%) hadden opnieuw uitpuilende vliezen in het tweede trimester op basis van cervixinsufficiëntie leidend tot foetale sterfte. In retrospect waren beide cerclages niet optimaal geplaatst.

Mogelijk speelde de leercurve in de chirurgische techniek hierbij een rol, zoals ook voor andere laparoscopische ingrepen voor benigne indicaties is beschreven.¹³ Bij beide patiënten werd een nieuwe laparoscopische, abdominale cerclage geplaatst, waarna beiden middels keizersnede à terme bevielen. In 86% werd een keizersnede > 32 weken verricht. Als eerstetrimestermiskramen werden geëxcludeerd was de neonatale overleving 96%.

Het Erasmus MC en Radboudumc kennen een lange historie van abdominale cerclages per laparotomie sinds 1983.^{14,15} Dit heeft tot een publicatie van een grote reeks van 101 patiënten geresulteerd¹⁵: 95 cerclages werden geplaatst tussen 12-16 weken zwangerschap en zes noodcerclages werden geplaatst tussen 17-22 weken zwangerschap. Er waren zeven peri-operatieve complicaties (7%): twee patiënten met PPRM en vijf patiënten met ≥ 500ml bloedverlies. In 93% werd een keizersnede > 32 weken verricht en de neonatale overleving was 94%.

Het Erasmus MC is sinds enkele jaren overgegaan tot de preconceptionele laparoscopische benadering, waarbij er 12 abdominale cerclages zijn geplaatst. Patiënten gingen de dag van de ingreep of de volgende dag met ontslag. Bij één patiënte (8%) trad fisteling van de cerclage op. Deze cerclage werd vaginaal verwijderd en vanwege veranderde persoonlijke omstandigheden is er geen nieuwe cerclage geplaatst.

Zeven patiënten zijn zwanger geworden na de ingreep. Zes patiënten hebben zeven doorgaande zwangerschappen gehad en zijn aterm bevallen middels keizersnede. Drie patiënten hadden een niet-vitale zwangerschap bij respectievelijk 8, 13 en 14 weken. Bij deze laatste twee patiënten waren geen tekenen van cervixinsufficiëntie. Er werd negatieve hartactie vastgesteld, waarbij één patiënte sinds zes weken zwangerschap bloedverlies had. Bij deze patiënten is een curettage verricht met de abdominale cerclage in situ. Neonatale overleving met exclusie van eerste trimester miskramen was 90%.

Sinds 2002 worden in het Radboudumc laparotomische cerclages in de zwangerschap geplaatst. Inmiddels zijn sinds die tijd 65 laparotomische abdominale cerclages geplaatst, waarvan 61 geplande cerclages tussen de 12-16 weken, drie noodcerclages bij 14-21 weken en een cerclage gecombineerd met trachelectomie en lymfeklierdissectie bij 18 weken zwangerschap. Er waren 14 peri-operatieve complicaties (22%): één patiënte met PPRM en 13 patiënten met \geq 500ml bloedverlies. Patiënten gingen twee dagen na de ingreep met ontslag. Van drie patiënten (verwezen vanuit het buitenland) vond geen terugkoppeling van het verloop van de zwangerschap plaats. Bij vijf patiënten (8%) werd de zwangerschap gecompliceerd door foetale/neonatale sterfte: een intra-uteriene sterfte bij 15 weken, twee keer gebroken vliezen direct aansluitend aan de ingreep bij status na trachelectomie en tertiaire cerclage, een keer keizersnede bij 28 weken in verband met weeënactiviteit (cerclage goed in situ), en een keer partus bij 23 weken in verband met weeënactiviteit (cerclage goed in situ). In 90% werd een keizersnede > 32 weken verricht en de neonatale overleving was 92%.

Het Universitair Ziekenhuis Antwerpen heeft 21 preconceptionele laparoscopische abdominale cerclages verricht en 14 patiënten zijn zwanger geworden. Patiënten gingen de dag van de ingreep of de volgende dag met ontslag. Bij 10 patiënten werd een keizersnede > 32 weken verricht. Bij twee patiënten braken de vliezen in het tweede trimester, leidend tot foetale sterfte. Bij één patiënte ontstond een bloeding bij 16 weken waarna foetale sterfte optrad. Deze cerclage werd laparoscopisch verwijderd, waarna patiënte vaginaal is bevallen. Eén patiënte had een niet vitale graviditeit in het eerste trimester. Neonatale overleving bij doorgaande zwangerschappen (exclusie van eerste trimester miskraam) was 77%.

Discussie

Nu de MAVRIC-trial bewijs levert dat een abdominale cerclage leidt tot betere obstetrische uitkomsten vergeleken met opnieuw een (lage of hoge) vaginale cerclage bij patiënten met een eerdere, niet succesvolle, vaginale cerclage, moeten patiënten voor deze indicatie gecounseld worden in een centrum met expertise op het gebied van de abdominale cerclage. De resultaten van de MAVRIC-trial hebben tevens geleid tot aanpassing van het regioprotocol 'Preventie spontane vroeggeboorte' in Noordwest Nederland.¹⁶

Als u een patiënte begeleidt met een eerdere, niet succesvolle, vaginale cerclage, gedefinieerd als een vroeggeboorte < 28 weken, dan kunt u uw patiënte voor *counseling* over de

laparoscopische benadering verwijzen naar het Amsterdam UMC, het Erasmus MC of het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en voor de laparotomische techniek naar het Radboudumc. Patiënte zal hierbij uniform gecounseld worden met speciale aandacht voor de herhalingskans van vroeggeboorte, implicaties en risico's van de ingreep.

Gezien de zeer geselecteerde groep patiënten en kleine aantallen is nationale en internationale samenwerking van groot belang. Vanuit dit oogpunt zijn wij de werkgroep Abdominale Cerclage gestart om onze kennis te delen in patiëntenzorg en wetenschap. Mede gezien de technische leercurve pleiten wij voor centralisatie van deze ingreep in bovengenoemde centra met registratie van alle opeenvolgende patiënten.

Recent zijn wij gestart met een prospectieve database waarin wij alle patiënten die worden gecounseld omtrent een abdominale cerclage in Nederland en Antwerpen zullen registreren en prospectief vervolgen. Dit zal in de toekomst antwoord kunnen geven op de verdere indicatiestelling van de abdominale cerclage en inzicht geven in de optimale uitvoering van de ingreep in relatie tot zwangerschap.

Referenties

1. Sneider K, Christiansen OB, Sundtoft IB, Langhoff-Roos J. *Recurrence of second trimester miscarriage and extreme preterm delivery at 16-27 weeks of gestation with a focus on cervical insufficiency and prophylactic cerclage*. Acta Obstet Gynecol Scand 2016;95:1383-90.
2. McDonald IA. *Suture of the cervix for inevitable miscarriage*. J Obstet Gynaecol Br Emp 1957;64:346-50.
3. Shirodkar A. *A new method of operative treatment for habitual abortions in the second trimester of pregnancy*. Antiseptic 1955;52:299-300.
4. Lotgering FK. *Clinical aspects of cervical insufficiency*. BMC Pregnancy Childbirth 2007;7 Suppl 1:S17.
5. Shennan A, Chandiramani M, Bennett P, David AL, Girling J *et al*. MAVRIC: A Multicentre Randomised Controlled Trial of Transabdominal Versus Transvaginal Cervical Cerclage. Am J Obstet Gynecol. 2020 Mar;222(3):261.e1-261.e9
6. Scibetta JJ, Sanko SR, Phipps WR. *Laparoscopic transabdominal cervicoisthmic cerclage*. Fertil Steril 1998;69:161-3.
7. Tulandi T, Alghanaim N, Hakeem G, Tan X. *Pre and post-conceptual abdominal cerclage by laparoscopy or laparotomy*. J Minim Invasive Gynecol 2014;21:987-93.
8. Burger NB, Brolmann HA, Einarsson JI, Langebrekke A, Huirne JA. *Effectiveness of abdominal cerclage placed via laparotomy or laparoscopy: systematic review*. J Minim Invasive Gynecol 2011;18:696-704.
9. Ades A, Parghi S, Aref-Adib M. *Laparoscopic transabdominal cerclage: Outcomes of 121 pregnancies*. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2018;58:606-11.
10. Burger NB, Einarsson JI, Brolmann HA, Vree FE, McElrath TF *et al*. *Preconceptional laparoscopic abdominal cerclage: a multicenter cohort study*. Am J Obstet Gynecol 2012;207:273 e1-12.
11. Moawad GN, Tyan P, Bracke T, Abi Khalil ED, Vargas V *et al*. *Systematic Review of Transabdominal Cerclage Placed via Laparoscopy for the Prevention of Preterm Birth*. J Minim Invasive Gynecol 2018;25:277-86.
12. Vousden NJ, Carter J, Seed PT, Shennan AH. *What is the impact of preconception abdominal cerclage on fertility: evidence from a randomized controlled trial*. Acta Obstet Gynecol Scand 2017;96:543-6.
13. Naveiro-Fuentes M, Rodriguez-Oliver A, Fernandez-Parra J, Gonzalez-Paredes A, Aguilar-Romero T *et al*. *Effect of surgeon's experience on complications from laparoscopic hysterectomy*. J Gynecol Obstet Hum Reprod 2018;47:63-7.
14. Wallenburg HC, Lotgering FK. *Transabdominal cerclage for closure of the incompetent cervix*. European journal of obstetrics, gynecology

logy, and reproductive biology 1987;25:121-9.
15. Lotgering FK, Gaugler-Senden IP, Lotgering SF, Wallenburg HC.
Outcome after transabdominal cervicoisthmic cerclage. Obstet
Gynecol 2006;107:779-84.

16. *Regioprotocol Preventie Spontane Vroeggeboorte.* [https://werkgroepen.kennisnetgeboortezorg.nl/?file=33735&m=1580381020&action=file.download.](https://werkgroepen.kennisnetgeboortezorg.nl/?file=33735&m=1580381020&action=file.download))

Samenvatting

Recent is de eerste RCT gepubliceerd waarin de abdominale cerclage werd vergeleken met de vaginale cerclage bij patiënten met een eerdere, niet succesvolle, vaginale cerclage. De abdominale cerclage was superieur in het reduceren van vroeggeboorte < 32 weken en in het verminderen van foetale sterfte in het tweede trimester. In Nederland kan de abdominale cerclage laparoscopisch of via laparotomie worden geplaatst in enkele centra. In dit artikel een overzicht van de voor- en nadelen van beide chirurgische technieken en van onze chirurgische en obstetrische uitkomsten van de abdominale cerclage in Nederland en Vlaanderen. Gezien de kleine, zeer specifieke groep patiënten is samenwerking en centralisatie van zorg zeer belangrijk. Daarom zijn wij de werkgroep Abdominale Cerclage gestart. Indien u een patiënte begeleidt met een eerdere, niet succesvolle, vaginale cerclage, gedefinieerd als een vroeggeboorte < 28 weken, dan kunt u uw patiënte voor *counseling* naar een van onze centra verwijzen.

Trefwoorden

Abdominale cerclage, cervixinsufficiëntie, (extreme) vroeggeboorte, late miskraam, vaginale cerclage, tweede trimester foetale sterfte

Summary

Recently, the first RCT comparing abdominal cerclage with vaginal cerclage in patients with a prior failed vaginal cer-

clage has been published. Abdominal cerclage was superior to vaginal cerclage in the prevention of early preterm birth (< 32 weeks of gestation) and second trimester fetal loss. The abdominal cerclage can be placed via laparoscopy or laparotomy in specialized centres in the Netherlands. In this article an overview of the advantages and disadvantages of both surgical techniques and our surgical and obstetric outcomes of the abdominal cerclage in the Netherlands and Flanders. Given the small, highly specific group of patients it is important to collaborate and centralize this specialized care. We therefore have initiated the working group Abdominal Cerclage. If your patient has a history of a failed vaginal cerclage, defined as preterm birth < 28 weeks of gestation, you can refer her for counseling to one of our specialized centres.

Keywords

Abdominal cerclage, cervical incompetence, (extreme) preterm birth, late miscarriage, vaginal cerclage, second trimester fetal loss

Contact

Nicole Burger | n.burger@amsterdamumc.nl | 06-29620519

Verklaring belangenverstrengeling

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

steun ons!

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



gezond geboren

Een vulvaire zwelling met een zeldzame oorzaak

drs. V. Habraken *anios gynaecologie*

dr. A. Fransen *gynaecoloog in opleiding*

prof. dr. M.Y. Bongers *gynaecoloog*

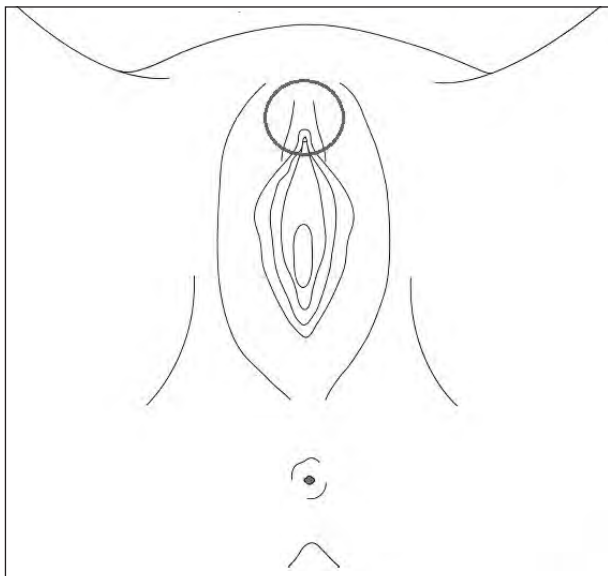
dr. S.A.L. van Leijsen *gynaecoloog*

Allen Maxima Medisch Centrum, Eindhoven/Veldhoven

Patiënten met een vulvaire zwelling kunnen zich op uiteenlopende manieren presenteren en differentiaal-diagnostisch kan aan tal van oorzaken gedacht worden. Dit case report beschrijft de casus van een patiënte met een pijnloze, harde zwelling in het vulvaire gebied. Door middel van beeldvorming met MRI is de diagnose subpubische cartilagineaire cyste gesteld. Een subpubische cartilagineaire cyste is een zeldzame vorm van een ganglioncyste uitgaande van de symphysis pubis. Het is een benigne zwelling waarbij expectatieve behandeling met follow-up in principe volstaat bij asymptomatische patiënten.

Casus

Een 76-jarige vrouw meldt zich op de Poli Gynaecologie in verband met een harde zwelling in het vulvaire gebied. Zij is bekend met hypertensie en hypercholesterolemie waarvoor zij medicatie gebruikt. In haar voorgeschiedenis heeft zij een appendectomie ondergaan en twee jaar geleden een excisie van een melanoom aan de linkerkant van de knie met sentinel-node-procedure zonder aanwijzingen voor metastasen. Patiënte is para 2 (vaginale partus) en heeft sinds jaren een



Figuur 1. Schematische tekening localisatie vulvaire zwelling bij lichamelijk onderzoek.

pessarium in verband met prolapsklachten. Er zijn geen allergieën.

Nu is er sinds zes maanden sprake van een niet-pijnlijke, harde zwelling in het vulvaire gebied. Er is geen sprake van jeuk. De mictiestraal lijkt af te wijken door de zwelling. Daarnaast is patiënte in de afgelopen maanden 10 kilogram afgevallen rondom een verhuizing.

Bij lichamelijk onderzoek wordt er bij inspectie van de vulva in eerste instantie geen afwijking gezien. Bij het spreiden van de labia majora wordt een solitaire zwelling zichtbaar die hoog in de vulva gelokaliseerd is ter hoogte van de clitoris (figuur 1). Bij palpatie gaat het om een niet-pijnlijke, harde, gladwandige zwelling die gefixeerd is aan de onderlaag. In de liezen worden geen afwijkingen gevoeld en bij echografie wordt een ronde zwelling van 1,5 cm doorsnede gezien. Verder gynaecologisch onderzoek toont geen afwijkingen.

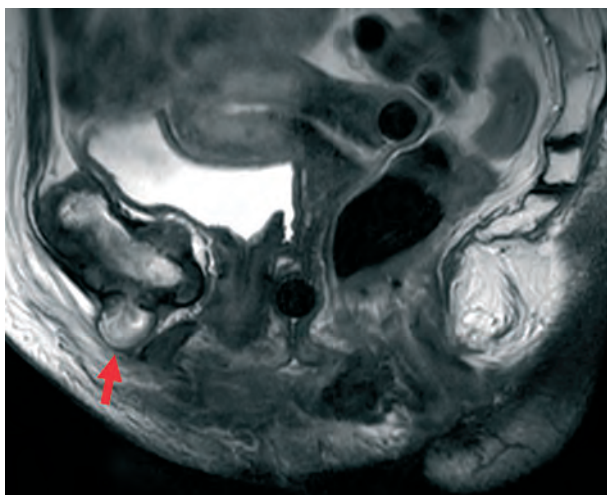
Differentiaaldiagnostisch wordt er gedacht aan een ossale bekkenafwijking, benigne cyste en gemetastaseerd melanoom. Er wordt een MRI-scan gemaakt voor verdere diagnostiek.

Op de MRI-scan wordt in de subcutis van de mons pubis ventrocaudaal van de symfyse een gladbegrensde nodus met een vochtrijke inhoud (mogelijk deels mucineus) van 18 mm gezien. Er zijn geen andere afwijkingen (figuren 2 en 3). Een primaire tumor of metastase van het eerder verwijderde melanoom is onwaarschijnlijk, gezien de signaalkarakteristieken en het uitblijven van aankleuring na toediening van contrast. Het beeld past het meest bij een subpubische cartilagineaire cyste.

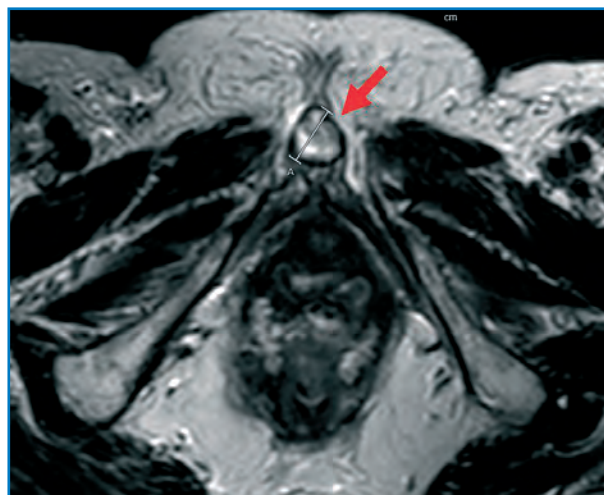
Subpubische cartilagineaire cyste

Epidemiologie en pathogenese

Een subpubische cartilagineaire cyste is een zeldzame vorm van een ganglioncyste uitgaande van de symphysis pubis. De cyste ontstaat volgend op degeneratieve veranderingen en is benigne van aard. In de literatuur zijn 21 casus beschreven bij patiënten tussen de 54 en 75 jaar oud. De meerderheid van de casus betrof vrouwen (n=18), deze waren allen multipara. De grootte van de cyste varieerde van 15 tot 50mm.¹ De meest voorkomende symptomen zijn vulvaire pijnklachten ter plaatse van de zwelling na lang zitten, strakke kleding of juist bij lopen. Daarnaast worden mictieklachten beschre-



Figuur 2: MRI-onderbuik sagittaal. Rode pijl: Subpubische cartilagineuze cyste.



Figuur 3: MRI-onderbuik transversaal. Rode pijl: Subpubische cartilagineuze cyste.

ven. Bij twee casus was er sprake van een urineretentie. Minder vaak werd buikpijn en dyspareunie gemeld. Bij een aantal patiënten was sprake van een pijnloze vulvaire zwelling (n=6).¹⁻³

Diagnostiek

Bij lichamelijk onderzoek kan een niet-pijnlijke, harde massa gevoeld worden die gefixeerd is aan de onderlaag. Aanvullende diagnostiek kan verricht worden met MRI om de eigenschappen van de zwelling en relatie met omliggende weefsels af te beelden. In enkele *case reports* wordt een X-bekken gesuggereerd om degeneratieve kenmerken van het bekken in beeld te brengen.¹

Overwogen kan worden om een biopsie van het weefsel te doen om maligniteit uit te sluiten. Aanwijzingen voor maligniteit, zoals aankleuring en relatie met omliggend weefsel, kunnen eventueel gezien worden bij aanvullend beeldvormend onderzoek door middel van een MRI scan. Bij twee casus werd op basis daarvan biopsie verricht. Bij histologisch onderzoek van de subpubische cartilagineuze cyste werd vervolgens een collageen kapsel met degenererend gelatineus fibrocartilagineus weefsel, slijm en debris gezien.¹

Behandeling

In de *case reports* is overwegend voor chirurgische verwijdering van de cyste gekozen (n=13). In deze casus was sprake van mictie- of pijnklachten. Na chirurgische excisie door een orthopedisch chirurg werd geen recidief gezien. Bij één van de patiënten werd de operatie gecompliceerd door een dehiscentie van de symphysis pubis.

Bij zes asymptomatische patiënten werd een expectatief beleid afgesproken. Bij één patiënt was er sprake van spontane regressie van de cyste. Bij twee patiënten bleef de cyste onveranderd na twee jaar follow-up. Bij twee patiënten was er een afname van de grootte. Van één patiënt zijn er geen gegevens van follow-up beschreven.

Vervolg casus

Wij hebben de uitslagen van de MRI-scan en een samenvatting van bovenstaande literatuur met onze patiënte besproken. Op basis van de typische kenmerken op MRI hebben wij de diagnose subpubische cartilagineuze cyste gesteld en besloten geen biopsie te verrichten gezien de benigne eigenschappen van de cyste. De afwijkende mictiestraal kan mogelijk veroorzaakt worden door druk van de zwelling op de urethra. Vanwege de afwezigheid van symptomen, het risico op dehiscentie van de symphysis pubis na chirurgie en algemene operatierisico's, is een expectatief beleid afgesproken. Na drie maanden werd de MRI-scan herhaald; deze liet een ongewijzigd beeld van de cyste zien. Er werd een nieuwe controle afspraak over een jaar afgesproken.

Referenties

1. Taniguchi Y, Kamada H, Sugaya H, et al. *Subacute Urinary Retention due to a Subpubic Cartilaginous Cyst Treated with Surgical Resection and Internal Fixation: A Case Report and Review of the Literature.* Case Rep Orthop. 2018;2018:5736341.
2. Lima CMAO, Coutinho AC, Câmara RAA. *Subpubic cartilaginous cyst: a rare cause of vulvar lesion.* Radiol Bras. 2019;52(2):137-138.
3. Hoogendoorn R, Kayser H, Weening J, van Geloven A. *Subpubic cartilaginous cystic lesion presenting as a vulvar mass: a case report.* J Med Case Rep. 2009;3:7294.

Samenvatting

Een subpubische cartilagineuze cyste is een zeldzame vorm van een ganglioncyste uitgaande van de symphysis pubis. De cyste ontstaat secundair aan degeneratieve veranderingen, is benigne van aard en komt het meeste voor bij multipara, postmenopauzale vrouwen. De cyste kan een asymptomatische zwelling geven, of vulvaire pijn en mictieklachten veroorzaken. Aanvullende diagnostiek kan middels een MRI-scan, X-bekken en biopsie. Expectatieve behandeling met *follow-up* middels een MRI-scan verdient de voorkeur bij asymptomatische patiënten gezien het risico op dehiscentie van de symphysis pubis bij operatieve behandeling.

Trefwoorden

Case report, subpubische cartilagineuze cyste, vulvaire zwelling

Summary

A subpubic cartilaginous cyst is a rare presentation of a

ganglion cyst of the pubic symphysis. This benign cyst occurs most often in multiparous, postmenopausal woman and develops secondary to degenerative changes. The cyst can be present as a painless mass or cause vulvar pain and difficulties with micturation. Additional examinations can be performed through MRI, X-ray of the pelvis and biopsy. In patients presenting with a painless mass observation is preferred over surgical resection since resection gives a risk of dehiscence of the pubic symphysis.

Keywords

Subpubic cartilaginous cyst, vulvar mass

Contact

Vera Habraken verahabraken@hotmail.com

Verklaring belangenverstrengeling

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

GIRO
555

**SAMEN IN
ACTIE VOOR
BEIROET**

 **GIRO555.NL**

NL08 INGB 0000 0005 55



Mieke Kerkhof

De tijd zal 't leren

NRC's Achterpagina heeft een zomerschrijfwedstrijd uitgeschreven. De opdracht luidt: 'schrijf een bloedstollend verhaal van 600 woorden.' De hoofdprijs is publicatie ervan in diezelfde krant. Het woord Corona mag er niet in voorkomen. Dat vind ik, ook voor deze column, een leuke uitdaging.

Wát een spelbreker is dit smetstofje. Het ergst vind ik dat ik geen hand meer mag geven. Overigens is me dat al afgeleerd toen ik in de jaren 90 mijn opleiding genoot in Dijkzigt, het voormalige Erasmus MC. Handschudden bij binnenkomst in de spreekkamer vertraagt, volgens mijn toenmalige chef de clinique. Aan een zwangere patiënte vragen hoe het met haar gaat, idem dito. Nooit doen, het geeft alleen maar uitloop van het spreekuur. De hand heeft slechts één functie: het Trumpiaans binnentrekken van een patiënte en haar dan ook meteen richting onderzoeksstoel smijten. Probeer het eens, het is heel doelmatig.

In het boek van Amy Groskamp-ten Have, getiteld *Hoe hoort het eigenlijk?* staat duidelijk vermeld dat er veel teveel handen worden geschud. 'Het gebaar kan als opdringerig worden vertolkt' volgens Amy (ik ga ervanuit dat ik Amy mag zeggen, schrijvers onder mekaar, immers). Ik citeer: 'wanneer het onderhoud op een zeer vriendschappelijken toon is gevoerd en langer dan tien minuten heeft geduurd, dan geeft men een hand.' De vraag is nu of de spreekkamersetting hieraan voldoet. Ik mis die hand. Nu we haar niet meer mogen geven, weet ik niet hoe ik een consult moet afronden. De hierboven reeds genoemde chef brieste ooit tijdens een nabespreking van de poli: 'Kerkhof, hoe kan het nou dat je altijd uitloopt, na zeven minuten geef je die vrouw toch gewoon een hand?'

Toen ik zelf geveld was door dat stukje erfelijk materiaal in een eiwitomhulsel, heb ik met mijn vrouw, die door dezelfde kwaal was aangedaan, gebingewacht. We keken alle seizoenen van *The Crown* op Netflix. De serie over het Engelse koningshuis is een absolute aanrader. Ik ben die Queen Elizabeth II sindsdien heel anders gaan bezien. Met haar onafscheidelijke tasje. Best een stoer wijf. Als zij op Buckingham Palace allereerste klootjesvolk ontvangt en de dialoog met hen beu is, dan drukt ze op een belletje. Het kleinnood bevindt zich in het centrum van één van haar tafeltjes, te midden van porseleinen etagères en spuuglelijke theekopjes. Echt, middenin een gesprek dat nog op geen enkele manier verbaal wordt afgerond, gaat de vinger naar de knop. De lakei doet een niet kinderachtig kamerdeurtje open en de *Prime Minister* loopt, met het gezicht naar *her majesty* gericht, achterwaarts de kamer uit. Dat wil ik voortaan ook op de poli. Bij slap gelul een ferme druk op de knop en dan wegwezen. Als vervanging van die etikettehand.



En zo heeft het DNA/RNA-pakketje allerlei nieuwe consequenties, die niet onverdeeld slecht zijn. Ik hoor van jonge ouders dat het intiem was in de kraamtijd, nu alle voetbalteam- en studiegenoten niet meteen langs mochten komen. De indrukwekkende, zwijgende erehaag in Enter tijdens de begrafenis van mijn vader zal me nog lang heugen. En die halfnaakte gespierde man, tijdens het facetimegesprek over het bevalplan, was, zelfs voor een lesbienne van mijn kaliber, een lust voor het oog.

Waar het heen gaat? Met alle codes geel, oranje en rood, de terrassenzeeën rond de Sint Jan, overstekende Bossche obers en verplichte winkelmandjes? Ik wacht het af; het antwoord heb ik van de week gevonden toen ik over de sluis in het Maximakanaal bij Rosmalen naar mijn werk fietste.

Trouwens, de uitslag van de schrijfwedstrijd volgt eind augustus. Uiteraard ga ik niet in de prijzen vallen. Ik heb nog nooit kunnen winnen van de NRC-lezende intelligentsia. Gelukkig verdien ik voldoende roem bij de NTOG-lezers. Dat houdt me op de been.

Why teamtraining? Interprofessional collaboration during patient referrals in maternity care

Promovenda **dr. Anita Romijn** | promotores **prof. dr. M.C. de Bruijne**, **prof. dr. P.W. Teunissen** | copromotores **prof.dr. C. Wagner**, **prof.dr. C.J.M. de Groot** | dinsdag 12 mei 2020, Vrije Universiteit Amsterdam

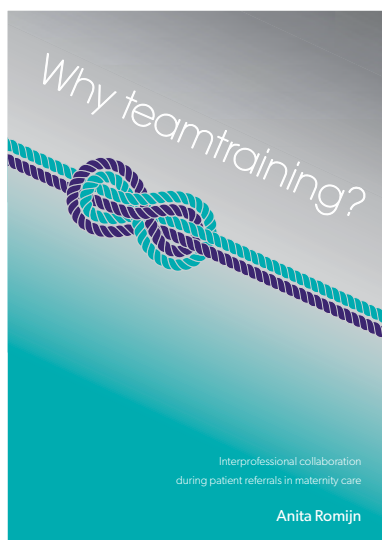
Waar gaat je proefschrift over?

Ik heb onderzoek gedaan naar samenwerking tijdens overdrachtsmomenten in de verloskunde en het effect van teamtraining. De trainingen waren gebaseerd op de principes van *Crew Resource Management (CRM)*, met aandacht voor veiligheid, het functioneren en dynamiek van een team. Teamtraining is het meest effectief als het gecombineerd wordt met andere concrete methoden om teamwork te verbeteren, zoals het gebruik van een checklist of gestructureerde communicatie. In aanvulling op de CRM-teamtrainingen, stond daarom ook de implementatie van SBARR (*situation, background, assessment, recommendation, read-back*) centraal in mijn onderzoek. Eerder onderzoek naar het effect van CRM-teamtraining had al positieve resultaten laten zien, maar er was nog weinig bekend over de impact op patiëntniveau. Ik heb een multicenter studie uitgevoerd waaraan 465 zorgverleners hebben deelgenomen, waaronder gynaecologen, arts-assistenten, verpleegkundigen, eerstelijns- en klinisch verloskundigen. Hoewel de trainingen werden gewaardeerd, hebben we moeten concluderen dat de trainingen geen invloed hebben gehad op vermindering van ongewenste uitkomsten voor de patiënt.

Welke vraag van de opponent gaf een interessante discussie en wat was je antwoord daarop (of had je achteraf willen antwoorden)?

De vraag waar ik als eerst aan moet denken ging over de samenhang tussen CRM-training en Safety II, een relatief nieuwe benadering van patiëntveiligheid. Bij Safety II ligt de focus op wat wél goed gaat in plaats van niet goed gaat (of ging). Tijdens mijn onderzoek is hier niet expliciet aandacht aan gegeven, maar ik denk dat deze benadering heel goed past binnen de kaders

van CRM-training. Het biedt een veilige omgeving om multidisciplinair processen en werkwijzen te bespreken, waarbij eventuele verbeterinitiatieven vanuit het team worden aangedragen. Daarbij gaat het niet alleen om bewezen *good practices*, maar juist om leren van de dagelijkse praktijk.



Wat is de belangrijkste les uit je proefschrift voor de dagelijkse klinische praktijk van de Nederlandse gynaecoloog?

Mijn onderzoek laat zien dat samenwerking tussen zorgverleners in het algemeen goed gaat, maar dat een aantal aspecten ook voor verbetering vatbaar is. Bijvoorbeeld, verwachtingen van samenwerking en richtlijnen van verschillende beroepsgroepen zijn nog niet altijd goed of elkaar afgestemd. Eenduidige adviezen van verschillende zorgverleners beïnvloeden niet alleen de ervaringen van patiënten gunstig, maar zijn ook bevorderlijk voor besluitvorming tijdens overdrachtsmomenten.

Wat is de meerwaarde van je proefschrift voor de individuele patiënt?

Hoewel ik in mijn onderzoek geen effect heb gevonden van de interventie

op patiëntuitkomsten, ben ik van mening dat teamtraining zeker meerwaarde heeft voor de individuele patiënt. Vaak krijgen zwangere vrouwen te maken met verschillende zorgverleners. Dit vergt aandacht voor samenwerking en communicatie, want goed teamwork is geen vanzelfsprekendheid en ook mijn onderzoek laat zien dat er ruimte is voor verbetering. CRM-teamtraining is een manier om te blijven werken aan deze samenwerkingsaspecten, ten behoeve van veilige zorg voor moeder en kind.

Wat is je voorstel voor vervolgonderzoek?

Situatiebewustzijn is het centrale concept van CRM-teamtraining en verwijst naar, kort gezegd, het creëren van een zo volledig mogelijk beeld van de situatie van een patiënt. Teamleden hebben vaak aanvullende informatie beschikbaar en tijdens trainingen staat onder andere centraal op welke manier de relevante aspecten gedeeld kunnen worden om op basis van een zo volledig mogelijk beeld besluiten te kunnen nemen. Deze principes worden al jarenlang toegepast, maar tegenwoordig vindt steeds meer communicatie plaats op afstand, bijvoorbeeld bij overdrachtsmomenten, en speelt technologie ook een rol bij teamwork. Ik zou graag vervolgonderzoek doen naar de manier waarop het concept situatiebewustzijn in deze complexere organisatie van teams in praktijk wordt toegepast om dit ook in CRM-teamtraining te kunnen integreren.

Het proefschrift is als pdf te downloaden van <https://tinyurl.com/y4nlbckl>

Jouw recent verdedigde proefschrift ook in deze rubriek? Mail naar de rubrieksredacteuren Annemijn Aarts en Rafli van de Laar via ntog@gaw.nl



Verstandelijke beperking is geen heiligverklaring

drs. Marcel Zuijderland

'Een hoofddoek zet geen kwaad bloed bij hem. Die zal hij leuk vinden omdat je eraan kan trekken. Kroeshaar kriebelt tegen zijn hand en glad haar wil hij aaien. Job raakt mensen graag aan. Racisme is hem vreemd, vooroordelen kent hij niet.'

Enkele citaten uit een column van Annemarie Haverkamp voor De Gelderlander. Haverkamp is journalist en columnist, en Job (16) is haar zoon, geboren met een zeldzame chromosoomafwijking. De column is uit 2016, maar werd onlangs royaal gedeeld op de sociale media. Het idee was dat het onbevooroordeelde karakter van Job ons collectieve geweten een pijnlijke spiegel voor zou houden. Hopelijk bracht het mensen tot inkeer in deze giftige tijden van polarisatie rondom *Black Lives Matter* en Zwarte Piet.

'Job snapt niet wat een homo is, laat staan wat hetero betekent. Hij maakt evenmin onderscheid tussen dik, dun, rijk, arm, Tokkie of elite. Kijkt hij voetbal op televisie, dan juicht hij bij ieder doelpunt, ongeacht de clubkleuren. Hij is onbekend met de begrippen jaloezie, misgunnen en kwaadspreken. Job geeft geen anderen de schuld en wenst niemand dood op sociale media... En dan noemen we hem verstandelijk beperkt.'

De column van Haverkamp raakte me. Niet omdat ik me onmiddellijk in die pijnlijke spiegel herkende. Dat ik geraakt werd hield verband met mijn opvatting dat aanbod van prenatale screening goed is. Ik vind dat vrouwen het recht hebben om te weten of hun kind met beperkingen geboren zal worden, en mogen stoppen met de zwangerschap als dat blijkt. Hoewel het voor iedere vrouw een hoogstpersoonlijke en vrije keuze blijft, vind ik dat de beslissing om na een positieve

uitslag te stoppen een goed te verdedigen keuze is. Echter, afgezet tegen het positieve beeld van Job, leek het in een keer twijfelachtig waarom ze dan zo'n verdedigbare keuze zouden maken.

Aan de andere kant be kroop me bij het lezen van de column ook een zeker ongemak. Dat gebeurt me wel vaker als ik ouders of organisaties, zoals *Downpride*, hoog hoor opgeven over het bijzondere en onbedorven karakter van hun kind met een verstandelijke beperking. Ongemak omdat het neigt naar valse romantiek en misplaatste idealisering, maar tegelijkertijd ook een oprechte uitdrukking is van de onvoorwaardelijke liefde voor hun kind. Het is nogal tendentius om dan met een opgeheven filosofische vinger deze ouders erop te wijzen dat het veronderstelde ideale karakter van hun kinderen geen deugd is, maar het gevolg van hun beperkte cognitieve vermogen.

En toch is er ook goede reden om het er wel over te hebben. Geïdealiseerde beschrijvingen doen kinderen met een verstandelijke beperking namelijk geen recht. Ze worden beschreven alsof het heiligen zijn. Dat zijn het niet. Job zal nooit hebben geworsteld met de innerlijke tweestrijd tussen leugen en eerlijkheid, ijdelheid en kwetsbaarheid, zelfzucht en liefde. Vanwege zijn beperking ontbeert hij de psychologische complexiteit voor die worsteling. Dat neemt echter niet weg dat hij wel degelijk een eigen en unieke diepgang heeft. En juist die diepgang verdwijnt uit beeld wanneer kinderen met een verstandelijke beperking als '*flat characters*' worden beschreven. Door die stereotype idealisering wordt het vrijwel onmogelijk nog te zien 'wie' ze zijn. Terwijl het moeilijk genoeg is om door de beperking heen te zien 'wie' ze zijn.

De filosoof Jet Isarin, zelf moeder van een kind met beperkingen, beschrijft in haar boek *De eigen ander* (2001)¹ hoe complex de relatie met een 'gehandicapt' kind is: 'Het is een relatie waarin wederkerigheid en gelijkheid niet vanzelf spreken, waarin eigenheid en vreemdheid, liefde en kennis, nabijheid en afstand, naast elkaar bestaan zonder elkaar op te heffen.' In deze complexe relatie ontwikkelt het kind echter wel zijn 'eigenheid', volgens Isarin. En dat is een eigenheid die het eenzijdig betrouwen of idealiseren van de beperking ver overstijgt.

Naast dat geïdealiseerde beschrijvingen geen recht doen aan kinderen met een beperking, is er nog een andere reden er kritisch op te zijn. Zulke beschrijvingen doen namelijk ook geen recht aan de verscheurdheid die vrouwen na een positieve screeningsuitslag ervaren. Ze worden verscheurd door de twijfel of ze hun kind moeten behouden of behouden voor zijn toekomst. Al vanaf het moment dat ze in verwachting waren, was er hechting met het kind. Afscheid van een betrekkelijk late, gewenste zwangerschap zal hen daarom bijzonder moeilijk en zwaar vallen. Het besluit om uiteindelijk toch te stoppen met de zwangerschap grijpt vaak diep in op het geweten en de identiteit van de vrouw.

Geïdealiseerde beschrijvingen van kinderen met beperkingen, suggereren echter dat hun twijfel en wroeging op een misverstand zijn gebaseerd. Volgens die beschrijvingen is een kind met beperkingen eigenlijk het mooiste wat je kan overkomen. Maar zo mooi hoeft het allemaal niet te zijn. Integendeel. De vrouwen die besloten te stoppen, vreesden oprecht én terecht voor de toekomst van hun kind, twijfelden met reden of ze de zorg wel aan zouden kunnen, en of hun andere



kinderen niet aan zorg en aandacht tekort zouden komen. Dat waren legitieme overwegingen. Deze vrouwen zijn er niet mee geholpen als ze door zulke geïdealiseerde beschrijvingen worden opgezadeld met de vermeende schuld dat ze met hun abortus feitelijk een 'menselijke engeltje' hebben verstoten.

Haverkamp heeft wel een punt als ze met haar column de term 'verstandelijk beperkt' wil hekelen. Daar gaat inderdaad een stigmatiserende werking vanuit. In de huidige context van screening en abortus, gaat er bovendien de suggestie vanuit dat mensen met een chromosoomafwijkingen vanwege hun 'verstandelijke beperking' beter niet geboren kunnen worden. Dat is grievend voor deze groep. Nu is het predicaat 'verstandelijk beperkt' al heel wat beter vergeleken met de badinerende termen waar de groep vroeger mee werd aangeduid. Toch benadrukt de term 'verstandelijk beperkt' nog steeds de inferioriteit ten opzichte van andere mensen wiens verstand volgens de heersende norm functioneert.

Er wordt wel eens gesproken van

'mensen met mogelijkheden', maar dat lijkt eerder de aandacht op het tegendeel te vestigen omdat het predicaat zo'n flagrante ontkenning van de werkelijkheid is. Van mensen met autisme of ADHD wordt tegenwoordig wel gezegd dat ze 'neuro-atypisch' zijn. Er wordt in dat verband ook gesproken van 'neurodiversiteit'. Door iemand met autisme of ADHD binnen een spectrum van 'neuro-typisch tot neuro-atypisch' te plaatsen, wordt een impliciet waardeoordeel van 'ziekte' of 'inferioriteit' in principe vermeden. Eventueel kunnen we in dat verband voor mensen met een trisomie of andere chromosoomafwijkingen voortaan van 'chromo-atypisch' en 'chromo-diversiteit' spreken.

Toegegeven, dat is enigszins geforceerd, en wellicht ook vruchteloos - op den duur raken zulke neutrale termen vaak weer verbonden met de negatieve vooroordelen die ze wilden vermijden, de term 'allochtoon' kende dat lot - maar het is wel een gerechtvaardigde poging om het unieke karakter van personen met een verstandelijke beperking te articuleren. Dat doet hen

in ieder geval meer recht dan ze op te hemelen met romantische clichés over hun onbedorven karakter.

Referentie

1. Isarin, H.H.P. *De eigen ander*. 2001, Budel, Nederland: Damon.

De auteur

Marcel Zuiderland (zuijd.nl) is wetenschappelijk docent bij Amsterdam UMC, locatie VUMC, afdeling Ethiek, Recht & Humaniora. Hij schrijft geregeld voor NRC en Trouw. Voor het NTOG levert hij bijdragen op het vlak van bio- en medische ethiek.

De cartoonist

Marc-Jan Janssen (marcjanjanssen.com) is gynaecoloog-oncoloog en verbonden aan Medisch Spectrum Twente. Marc-Jan heeft altijd een potlood en een schetsboek bij zich. Heeft zichzelf tekenen geleerd. Zijn cartoons zijn te zien op de site van BNN/VARA www.joop.nl en in verschillende tijdschriften, waaronder het NTOG.



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

Bacteriën tegen vaginose

Vaginose is een verstoring van de vaginale flora door bijvoorbeeld *Gardnerella vaginalis*. Het komt bij 15-50% van de vrouwen voor en levert hinderlijke klachten op. Daarnaast is het geassocieerd met SOA's en vroeggeboorte. Ondanks behandeling met metronidazol recidiveert het vaak.

Cohen *et al.* onderzochten of dit kon worden verbeterd door de vaginale flora te herstellen met *Lactobacillus crispatus*.¹ Dit is een natuurlijk voorkomende *Lactobacillus*-soort die dominant is in een gezond vaginaal microbiom. Bijna 230 vrouwen bij wie vaginose was gediagnosticeerd, werden eerst behandeld met metronidazol en daarna gerandomiseerd naar tweemaal per week *Lactobacillus crispatus* vaginaal of placebo gedurende tien weken. Na afronden van de kuur had 30% van de *Lactobacillus*-groep een recidief vaginose gehad, versus 45% van de placebo-groep. Ook na 24 weken was de kans op recidief nog significant lager na behandeling (risk ratio 0,73, 95% BI 0,54-0,92). Er waren geen verschillen in bijwerkingen. Behandeling met *Lactobacillus crispatus* lijkt dus een veilige en effectieve manier om recidief vaginose te voorkomen. *FV*

Referentie

1. Cohen CR, Wierzbicki MR, French AL *et al.* *Randomized Trial of Lactin-V to Prevent Recurrence of Bacterial Vaginosis*. *N Engl J Med*. 2020 May 14;382(20):1906-1915.

COVID en zwangerschap

Sinds de COVID-pandemie zijn significant meer IUVDs geconstateerd dan in de 4 maanden daarvoor in het Londense St George's Hospital.² Van februari tot half juni 2020 werden daar ruim 1700 kinderen geboren en was de incidentie van IUVD 7,0 per 1000 geboortes, terwijl dat 1,3 was in de periode ervoor. Echter, geen van de vrouwen bij wie de IUVD optrad, had COVID-symptomen, evenmin werden hiervoor aanwijzingen gevonden bij postmortem onderzoek. De auteurs sluiten een verband met COVID weliswaar niet helemaal uit omdat de vrouwen niet getest waren op Sars-Cov2, maar mogelijk speelt de reductie in antena-

tale controles en/ of te laat naar het ziekenhuis komen een belangrijker rol in deze toename in IUVDs.

Het directe effect van COVID op de zwangerschap lijkt ook beperkt in de studie van Knight *et al.*³ Zij onderzochten alle 427 Britse zwangeren die met COVID waren opgenomen. Het topje van de ijsberg, omdat dit alleen de ziekste zwangeren met COVID betreft. Van deze zwangeren was 80% in het derde trimester of postpartum, bijna 70% had overgewicht en 34% comorbiditeit. Opvallend was verder dat meer dan de helft van de zwangeren uit een ethnische minderheidsgroep afkomstig was.

Van de opgenomen zwangeren moest één op de tien naar de IC en één op de honderd overleed. Dit is vergelijkbaar met de percentages niet-zwangere, vrouwelijke COVID-patiënten in dezelfde leeftijdscategorie.

Er overleden vijf kinderen: drie in utero en twee postpartum. Drie overlijdens waren niet gerelateerd aan SARS-Cov2, maar bij twee IUVDs was dit niet uitgesloten.

Bij de levendgeboren neonaten testten er twaalf (4,5%) positief op SARS-Cov2. Hiervan waren er drie geboren door middel van primaire sectio. Het is niet duidelijk of deze kinderen in utero of daarna besmet zijn geraakt omdat niet was vastgelegd of moeder en kind gescheiden werden postpartum. De auteurs concluderen dat de meeste zwangeren dus niet ernstig ziek werden door SARS-Cov2 en dat transmissie naar het kind mogelijk is maar niet vaak voorkomt. Wel merken ze op dat vrouwen in het derde trimester ernstiger symptomen lijken te ontwikkelen en dat *social distancing* voor deze zwangeren dus belangrijk is. *FV*

Referenties

2. Khalil A, von Dadelszen P, Draycott Tet *et al.* *Change in the Incidence of Stillbirth and Preterm Delivery During the COVID-19 Pandemic*. *JAMA*. 2020 Jul 10.
3. Knight M, Bunch K, Vousden N, *et al.* *UK Obstetric Surveillance System SARS-CoV-2 Infection in Pregnancy Collaborative Group. Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study*. *BMJ*. 2020 Jun 8;369:m2107.

Impact chirurgische benadering op overleving bij vroegstadium-cervixcarcinoom

Vroegstadiumcervixcarcinoom wordt bij voorkeur behandeld met een radicale hysterectomie. De laparoscopische benadering heeft de afgelopen decennia haar plek verworven naast de traditionele laparotomische aanpak. Gerandomiseerde studies waarin beide chirurgische benaderingen op oncologische uitkomsten met elkaar werden vergeleken, ontbraken tot voor kort. De internationaal opgezette LACC trial⁴ bracht hier verandering in, hoewel deze studie werd afgebroken voordat het beoogde aantal te includeren patiënten was bereikt. De reden voor het vroegtijdig beëindigen was een significant lagere ziektevrije overleving bij vrouwen die laparoscopisch werden geopereerd. Deze inferieure uitkomst was de directe aanleiding voor een retrospectief cohortonderzoek met vergelijkbare vraagstelling in de Nederlandse populatie.⁵ Voor dit onderzoek werden data van vrouwen die tussen 2010 en 2017 met FIGO-(2009)-stadium-IA2 met vaso-invasie, -IB1 of -IIA1-cervixcarcinoom waren gediagnosticeerd, verkregen uit de Nederlandse Kankerregistratie. De primaire uitkomstmaten voor het vergelijken van de abdominale en laparoscopische radicale hysterectomie, waren vijfjaars ziektevrije en algehele overleving. Ook is een analyse uitgevoerd waarin tumoren met een maximale klinische diameter van <2 cm zijn vergeleken met tumoren ≥2 cm. Daarnaast is er literatuuronderzoek verricht waarbij observationele studies werden geïncludeerd die onderzoek hadden verricht naar chirurgische benadering in relatie tot overleving.

Het merendeel van de 1109 vrouwen (n=740; 67%) werd met een abdominale radicale hysterectomie behandeld. Van de laparoscopisch behandelde patiënten (n=369; 33%), onderging 73% een robotgeassisteerde procedure. Vrouwen in de groep abdominaal hadden vaker tumoren met prognostisch ongunstige factoren en, overeenkomstig, een hoger recidief- (13% versus 7%) en overlijdenspercentage (9%

versus 5%). Echter, na een multivariate overlevingsanalyse met correctie voor patiënt- en tumorkarakteristieken, waren er geen significante verschillen meer in zowel ziektevrije overleving (89,4% versus 90,2%) als algehele overleving (95,2% versus 95,5%). Ook in tumoren <2 cm en ≥2 cm werden geen significante verschillen in overleving gevonden tussen beide chirurgische benaderingen.

In het literatuuronderzoek werden negen observationele studies geïncludeerd. Er werd daarin geen voordeel in overleving waargenomen voor de abdominale ten opzichte van de laparoscopische radicale hysterectomie. Ook in tumoren <2 cm was een verschil niet aantoonbaar. Voor tumoren ≥2 cm neigden de resultaten naar een voordeel voor de abdominale variant. Concluderend: Onze studie toont gelijkwaardige overlevingscijfers bij de abdominale en laparoscopische radicale hysterectomie – met name in tumoren <2 cm, dit sluit aan bij bevindingen van het literatuuronderzoek. De exacte rol van de laparoscopische benadering zal in prospectieve gerandomiseerde onderzoeken moeten worden vastgesteld.

Wenzel H.H.B., Smolders R.G.V., Beltman J.J., Lambrechts S., Trum H.W., Yigit R., Zusterzeel P.L.M., Zweemer R.P., Mom C.H., Bekkers R.L.M., Lemmens V., Nijman H.W., Van der Aa M.A

Referenties

- Ramirez P.T., Frumovitz M., Pareja R. *et al.* Minimally invasive versus abdominal radical hysterectomy for cervical cancer. *N Engl J Med.* 2018 DOI: 10.1056/NEJMoa1806395.
- Wenzel H.H.B., Smolders R.G.V., Beltman J.J. *et al.* Survival of patients with early-stage cervical cancer after abdominal or laparoscopic radical hysterectomy: A nationwide cohort study and literature review. *Eur J Cancer.* 2020;133:14-21 DOI: 10.1016/j.ejca.2020.04.006.

Obstetrische zorg gebaseerd op risico

In de verloskunde speelt risicoselectie een prominente rol. In Nederland wordt daarbij onder andere de verloskundige indicatielijst (VIL) gehanteerd. Het nadeel van dergelijke lijsten is dat zij doorgaans slechts een *checklist* van losse risicofactoren zijn. Hiermee kan het absolute risico niet worden bepaald en is het evenmin onmogelijk om een combinatie van meerdere factoren gelijktijdig te wegen in de beoordeling. In de afgelopen jaren zijn diverse predictiemodellen ontwikkeld die het risico op complicaties zoals pre-eclampsie (PE) of diabetes gravidarum (DGM) voorspellen. Predictiemodellen zijn in staat om meerdere risicofactoren simultaan te wegen als ook eventuele onderlinge verbanden. De meeste predictiemodellen zijn echter niet gevalideerd en ook klinische implementatiestudies zijn zeldzaam.⁶ Met *Expect Studie I* zijn gepubliceerde, non-invasieve, predictiemodellen die de kans op complicaties zoals PE of GDM voorspellen, extern gevalideerd.⁷ Tegelijkertijd heeft het Limburgs Obstetrisch Consortium (LOQS) zich gericht op het standaardiseren van de obstetrische zorg met de ontwikkeling van risicogeleide zorgpaden.⁸

Door de resultaten van de externe validatie studie te combineren met risicogeleide zorgpaden ontstaat risicogebaseerde zorg. Bij risicogebaseerde zorg is het mogelijk om vrouwen te counsellieren omtrent aanvullende adviezen gebaseerd op hun individuele risicoprofiel (bijv. aspirine profylaxe of een OGTT bij een verhoogd risico op respectievelijk PE of DGM). *Expect Studie II* richtte zich op de implementatie en evaluatie van deze risicogebaseerde zorg. Om het effect van de risicogebaseerde zorg te analyseren is gebruik gemaakt van een vóór en na vergelijking. Daarvoor is Expectcohort I (reguliere zorg, 2013-2015.) vergeleken met Expectcohort II (risico-gebaseerde zorg, 2017-2018). De primaire uitkomstmaat was daarbij de neonatale gezondheid, een samengestelde uitkomstmaat bestaande uit perinatale sterfte, NICU-opname, vroeggeboorte (<AD 32), laag geboortegewicht en asfyxie. Tevens zijn

de gezondheidszorgkosten en de maternale kwaliteit van leven meegenomen in de analyses.⁹

In totaal zijn 3.425 vrouwen geïncludeerd. Onder nulliparae werd een significante verbetering gezien van de neonatale uitkomstmaat, óók na correctie voor eventuele baseline verschillen (aOR 0,59; 95%BI 0,33-0,97). Onder multiparae was dit effect afwezig (aOR 1,26; 95%BI 0,64-1,97). Mogelijk hebben de verschillen tussen de reguliere en risicogebaseerde zorg met name effect op nulliparae. Bij multiparae wordt de risicoselectie sterk beïnvloed door het beloop van de voorafgaande graviditeit, ongeacht de gehanteerde methode van risicoselectie. Voor nulliparae is de risicoselectie wellicht minder eenduidig waardoor juist daar complexere algoritmen een meerwaarde kunnen bieden. De gezondheidszorgkosten pakten significant lager uit op vrijwel alle facetten met in totaal een gemiddelde kostenreductie van €2.766 per zwangerschap. Met betrekking tot maternale kwaliteit van leven - hoog in beide cohorten - werd geen verschil gezien. De resultaten van dit onderzoek wijzen erop dat landelijke implementatie van risicogebaseerde zorg, zoals in Limburg geïmplementeerd, zeer waarschijnlijk een positieve impact zal hebben op de Nederlandse obstetrische zorg. P. van Montfort, L. Smits, M. Spaanderman, H. Scheepers namens de LOQS en *Expect-studiegroep*

Referenties

- Kleinrouweler CE, Cheong-See FM, Collins GS *et al.* Prognostic models in obstetrics: available, but far from applicable. *American journal of obstetrics and gynecology* 2016;214(1): 79-90.e36.
- Meertens LJE, Scheepers HCJ, van Kuijk SMJ *et al.* External Validation and Clinical Usefulness of First Trimester Prediction Models for the Risk of Preeclampsia: A Prospective Cohort Study. *Fetal Diagnosis and Therapy* 2018.
- Lemmens SM: *Agreement Conform Current Operational Rules and Directives (ACCORD): A Novel Tool to Reach Multidisciplinary Consensus.* *J Womens Health Gyn* 2019;5: 1-11.
- van Montfort P, Scheepers HCJ, Dirksen CD *et al.* Impact on perinatal health and cost-effectiveness of risk-based care in obstetrics: a before-after study. *Am. journal of obstetrics and gynecology* 2020.

Dr. Catherine Hamlin (1924-2020)

Pionier in de obstetrische fistelchirurgie die de waardigheid terug gaf aan tienduizenden vrouwen in Ethiopië

E.J. van Braam BSc *masterstudent geneeskunde, UMC Groningen*

prof. dr. J. Stekelenburg *gynaecoloog, MCL Leeuwarden; hoogleraar RUG/UMCG; voorzitter Working Party ISM&RH en Network NVOG*

dr. B.E. Kwast *International Consultant Maternal Health and Safe Motherhood; FRCOG, PhD, MPH, MTD*

Op 18 maart 2020 overleed Catherine Hamlin, een vooraanstaand Australisch gynaecoloog die haar leven wijdde aan het uitroeien van obstetrische fistels bij vrouwen in Ethiopië. Ze staat bekend als een pionier in de ontwikkeling van de obstetrische fistelchirurgie. Haar humanitaire daden in Ethiopië werden internationaal erkend en ze werd zelfs twee maal genomineerd voor de Nobelprijs van de Vrede. Barbara Kwast stond jarenlang aan haar zijde in de strijd tegen fistels en bouwde een hechte vriendschap met haar op. Na het overlijden van Catherine vertelt Barbara haar persoonlijke verhaal over het inspirerende leven en de loopbaan van Catherine Hamlin.

Pionier in de obstetrische fistelzorg

Catherine Hamlin, met officiële geboortenaam Elinor Catherine Nicholson, werd in 1924 geboren te Sydney in Australië. Na het afronden van haar geneeskundeopleiding aan de Medical School of Sydney, volgde ze de opleiding tot gynaecoloog en trouwde met gynaecoloog Reginald Hamlin. Naar aanleiding van een advertentie in *The Lancet* waarin werd gezocht naar gynaecologen voor een ziekenhuis in Addis Ababa, vertrokken Catherine en Reginald naar Ethiopië in 1959 om te werken. In het Prinses Tsehay ziekenhuis kwamen zij voor het eerst in aanraking met vrouwen met een obstetrische fistel.

Obstetrische fistels en de catastrofale gevolgen

De World Health Organization (WHO) schat de incidentie van obstetrische fistels op 50.000-100.000 per jaar wereldwijd, met name in Sub-Sahara Afrika en Azië. Het voorkomen is makkelijk: het tijdig uitvoeren van een sectio caesarea indien de bevalling is vastgelopen en andere interventies al zijn toegepast of niet mogelijk zijn. Het kennen van de socioculturele context van de landen waar veel obstetrische fistels ontstaan is van cruciaal belang. De getroffen groep betreft in de meeste gevallen jonge meisjes, woonachtig in rurale gebieden van laag- en middeninkomen landen. Door de jonge leeftijd en de vaak slechte voedingsto-

stand in de jonge jeugd is het bekken onvoldoende ontwikkeld en te nauw voor de passage van een voldragen baby. Door slechte toegang tot spoedeisende obstetrische zorg ontstaat een langdurige, geobstrueerde partus die kan worden gecompliceerd door een uterusruptuur, een vesicovaginale en/of rectovaginale fistel met incontinentie van urine en/of feces. Het kind overleeft dit vrijwel nooit.

Met deze fysieke verminkingen is het leed nog niet geleden. In veel gemeenschappen is er geen begrip voor het feit dat de vrouwen fysiek niet in staat waren om het kind te baren. Uit culturele overtuiging kan dit worden toegeschreven aan 'een boze geest'. Ze worden uitgestoten door het dorp en



Dr. Catherine Hamlin met twee fistel patiënten bij de ingang van het Addis Ababa Fistula Hospital

zullen verder moeten leven met de ernstige fysieke en psychologische gevolgen.

Het Hamlin-zorgmodel

In 1971 leerde Barbara Kwast Catherine Hamlin kennen in het Prinses Tsehay ziekenhuis in Addis Ababa. 'Catherine en Reginald waren ontzettend gemotiveerd om het toekomstperspectief van de vrouwen met een obstetrisch fistel te verbeteren', vertelt Barbara. De Hamlins perfectioneerden de chirurgische technieken van fistelchirurgie, in samenwerking met andere specialisten op dit gebied wereldwijd. 'Met een enorme bijdrage van o.a. de Nederlandse fistelchirurg in Nigeria, dr. Kees Waaldijk', aldus Barbara.

De Hamlins maakten zich hard voor het behandelen van de fistelpatiënten in aparte, gespecialiseerde fistelziekenhuizen. Hun volharding werd beloond toen het eerste fistelziekenhuis *Addis Ababa Fistula Hospital* werd geopend in 1974. Tot op heden fungeert het ziekenhuis als internationaal opleidingsinstituut voor fistelchirurgie en urogynaecologie.

Catherine bleef vastbesloten om het belang van de aandoening op de mondiale agenda van obstetrische zorg te zetten. Binnen het *Safe Motherhood Initiative* van de WHO werd de eerste bijeenkomst voor fistelchirurgen in

2000 in Genève georganiseerd, een *International Obstetric Fistula Working Group (IOFWG)*. Twee jaar later initieerde het Verenigde Naties Bevolkingsfonds (UNFPA) het mondiale initiatief *Campaign to End Fistula* met Catherine Hamlin als voorvechter van deze vrouwen.

Om optimale zorg aan haar patiënten te bieden zetten Catherine en haar medewerkers het *Hamlin-zorgmodel* op, met als speerpunt holistische zorg voor de fistelpatiënten. De belangrijke pijlers van het model zijn preventie, behandeling, revalidatie en re-integratie.

Strategisch verdeeld over Ethiopië zette Catherine, als medeoprichter van het programma Hamlin Fistula Ethiopia, vijf satelliet-fistelziekenhuizen op tussen 2003-2008. Tot op de dag van vandaag wordt gratis zorg aan duizenden vrouwen geboden, internationaal gefinancierd door verschillende stichtingen zoals *Catherine Hamlin Foundation Australia*, *Hamlin Foundation USA*, *Hamlin Fistula UK* en *Hamlin Fistula Nederland (HFN)*.

Toekomst voor ex-fistulapatiënten

Catherine besefte dat er meer voor nodig was om de toekomst van de vrouwen te verbeteren dan het herstellen van het fysieke aspect van een

obstetrische fistel. Mede door aanhoudende stigmatisering in eigen gemeenschap en de langdurige zorgbehoefte na de operatie, blijkt revalidatie en re-integratie in de eigen gemeenschap een lastige opgave.

Hierop ontwikkelde Catherine met haar Ethiopische staf een prachtig initiatief voor een lange termijn aanpak. Ze opende in 2002, *Desta Mender* oftewel 'Dorp van vreugde', nabij Addis Ababa. Dit is een revalidatiecentrum dat aan ongeveer dertig ex-fistelpatiënten met een stoma, postoperatieve nazorg en een programma ter bevordering van re-integratie biedt. Enkelen van hen krijgen een opleiding om als verzorgende te werken in een van de fistelziekenhuizen. Zij weten immers als geen ander welke zorg deze vrouwen behoeven.

Een indrukwekkend voorbeeld van opleiding betreft ex-fistelpatiënte Mamitu Gashe. Mamitu kreeg de mogelijkheid om te werken in een fistelziekenhuis, waar zij begon in de schoonmaak. Uiteindelijk groeide ze, onder begeleiding van de Hamlins, uit tot een zeer gewaardeerd fistelchirurg en opleider in de fistelchirurgie.

Hamlin College of Midwives

Om het Hamlin zorgmodel te optimaliseren moest nog aan één onderdeel gewerkt worden: de preventie door verbetering van kwaliteit van de maternale en perinatale zorg. Catherine richtte met dit doel voor ogen de *Hamlin College of Midwives* op in 2007, gelokaliseerd naast *Desta Mender*. Barbara weet zich deze gebeurtenis nog goed voor de geest te halen: 'Het voelde voor Catherine als de kroon op haar werk'. De *Hamlin College of Midwives* is zeer succesvol gebleken, met op dit moment 145 afgestudeerde verloskundigen die in 66 gezondheidscentra van de regering in Ethiopië werkzaam zijn.

Certificate of Excellence en nominaties Nobelprijs van de Vrede

In 2009 organiseerde de *Stichting HFN* in Leusden een viering voor het 50-jarig jubileum van de loopbaan van Catherine. Zij ontving het *Certificate of Excellence* van prof. dr. Jos van Roos-



Catherine Hamlin en Barbara in het Addis Ababa Fistula Hospital



Catherine Hamlin helpt een verzorgende bij het meten van bloeddruk in Yirgalem Fistula Hospital

malen uit naam van de *Working Party International Safe Motherhood & Reproductive Health*, een werkgroep van NVOG en NVTG.

Naast vele *awards*, onder andere twee keer een nominatie voor de Nobelprijs van de Vrede, ontving zij in 2009 de *Right Livelihood Award* van Zweden die ook wel de 'Alternative Nobel Prize' wordt genoemd.

Emaye (moeder) van velen

'*Compassionate care for every woman*, haar uitstraling, haar liefde en haar kunde maakten Catherine bijzonder in haar strijd tegen obstetrische fistels', aldus Barbara. Juist het lot van deze kwetsbare vrouwen, verbannen naar de periferie van de samenleving, trok zij zich aan. Haar laatste operatie voerde ze uit op 89-jarige leeftijd. 'Iedereen rondom Catherine noemde haar Emaye ('moeder)'" vertelt Barbara lachend. Haar bijnaam vormt een prachtige weerspiegeling van de manier waarop de omgeving van Catherine naar haar keek, vol met warmte en respect.

De organisatie van de Hamlins opereerde meer dan 60.000 vrouwen in Ethiopië. Inmiddels worden de fistelziekenhuizen, *Desta Mender* en de *Hamlin College of Midwives* volledig gerund

door Ethiopiërs.

Catherine Hamlin overleed afgelopen maart op 96-jarige leeftijd.

Ze liet voor ons één droom achter voor de toekomst: '*To eradicate obstetric fistula, forever. I won't do this in my lifetime, but you can in yours.*'

'Voor mij was zij 50 jaar een voorbeeld, dat ik altijd zal koesteren'. Hiermee eindigt Barbara haar bijzondere verhaal over Catherine Hamlin.

Referenties

- World Health Organization, factsheet Obstetric fistula. www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/10-facts-on-obstetric-fistula
- Stichting Hamlin Fistula Nederland. www.hamlinfistula.nl
- The Catherine Hamlin Foundation. www.hamlin.org.au
- Kwast BE., Liff J. *Factors Associated With Maternal Mortality in Addis Ababa, Ethiopia*. *Int J Epidemiol*, 1988; 17(1): 115-21.
- Kelly J., Kwast BE. *Epidemiologic study of vesicovaginal fistulas in Ethiopia*. *Int Urogyn Journal* 1993; 4, 278-281.
- Kelly J., Kwast BE. *Obstetric Vesicovaginal Fistulas: Evaluation of Failed repairs*. *Int Urogynecol J*, 1993; 4: 271-273

De auteurs

Dr. Barbara E. Kwast

Barbara E. Kwast (1938) werd opgeleid als verpleegkundige en verloskundige met een specialisatie in Tropische Geneeskunde en Hygiëne. Na het behalen van haar *Midwifery Tutor Diploma* in Engeland, zette ze de eerste *registered* verloskundigenopleiding op in Malawi in 1971. Ze behaalde haar *MSc Public Health* aan de Liverpool School of Tropical Medicine in Engeland.

Ze promoveerde, als eerste verloskundige, in de Epidemiologie aan de University of Wales Medical School in Cardiff. Ze verdedigde haar proefschrift, *Unsafe Motherhood, a monumental challenge; a study of maternal mortality in Addis Ababa*' in 1985.

Onderdeel van haar proefschrift is het eerste, en tot op de dag van vandaag enige, bevolkingsonderzoek over moedersterfte in Ethiopië.

Ze werkte intensief samen met de Hamlins en bouwde een hechte vriendschap op met Catherine. De laatste tien dagen voor het overlijden van Catherine was Barbara bij haar in Addis Ababa.

Foto's

Dr. Barbara E. Kwast

Contact

Eva Julia van Braam
e.j.van.braam@student.rug.nl
 Jelle Stekelenburg
j.stekelenburg@umcg.nl

Verklaring belangenverstrengeling

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



Our man in Birmingham

Steven Giesbers (34) vertrok met zijn gezin op 14 juli, midden in de Brexit en de coronacrisis, voor een jaar naar Birmingham, Verenigd Koninkrijk. Het laatste jaar van zijn opleiding differentieert hij perinatologie in het *Birmingham Women's Hospital*. Dit is een academisch centrum waar jaarlijks bijna 10.000 bevallingen plaatsvinden en een van de drukste verloskundeafdelingen van het Verenigd Koninkrijk. Voor www.ntog.nl doet Steven verslag van de avonturen van de familie Giesbers. *Hieronder Stevens eerste blog.*

Verslaafd aan de BBC

drs. Steven Giesbers 17 juni 2020

De afgelopen twee jaar ben ik verslaafd geraakt aan de BBC. En dan niet aan de Beroeps Belangen Commissie, maar aan BBC News. Er is door de Brexit en corona bijna elke dag nieuws dat consequenties kan hebben voor onze plannen. We proberen ons er maar zo weinig mogelijk door te laten leiden en storten ons, hopelijk niet te naïef, volledig in het avontuur. Maar Birmingham, of all places... Ik had exotischer plekken kunnen bedenken om vrouw en drie jonge kinderen mee naartoe te slepen. Ik wist tot twee jaar geleden niets van Birmingham. Niet dat het de tweede grootste stad van Engeland is, met meer dan een miljoen inwoners. Ook niet dat de bevolking tot de ongezondste van Engeland behoort. Niet dat het bekend staat als 'shopstad' en je er de beste curry hebt van het land, maar ook niet dat het verder een grauwe industriestad is. Als de BBC over Birmingham bericht is dat meestal negatief. Bende-geweld, interviews met Brexit-aanhangers of voorbeelden van misstanden in de zorg. De BBC maakte ook de serie "Peaky Blinders", die zich afspeelt in het Birmingham tussen de Eerste en de Tweede Wereldoorlog.

Eind februari dit jaar bezochten we Birmingham om mijn diploma's te

laten checken en huizen te bekijken. De weken voor ons vertrek bericht de BBC dat er cruiseschepen in quarantaine moeten, maar dat is aan de andere kant van de wereld. Op de dag van vertrek komt het nieuws van de eerste besmetting in Nederland. Nu komt dat virus toch wel snel dichterbij. Tijdens ons verblijf is er niets aan de hand, maar na het weekend, op de terugweg boeken we onze hut voor de zekerheid om naar een hut met zeezicht. Voor het geval ook onze boot in quarantaine moet...

De weken daarna gaat het op de BBC alleen nog maar over corona. Helaas reageren de Engelsen wat laat, maar uiteindelijk gaat alles helemaal op slot. De 'National Health Service' komt dagelijks prominent in beeld. De slogan van de regering is: 'Stay Home, Protect the NHS, Save Lives'. Elke donderdagavond wordt er om 20:00 uur geklapt voor de zorgverleners. Er vallen in Engeland significant meer doden dan in Nederland en onder de 49 NHS-doden zijn er vier uit het ziekenhuis waar ik ga werken. Een kinderarts, een verloskundige, een verpleegkundige en een manager stierven de afgelopen maanden. De impact hiervan op de afdeling is maar nauwelijks voor te stellen.

De coronacrisis zet het hele leven dus

volledig op zijn kop en onze plannen gaan wekenlang in de ijskast. Terwijl zoveel al is geregeld, we hebben zelfs al een huis. 1 juni is onze 'point of no return'. Vóór die datum kunnen we het huurcontract nog annuleren dankzij een speciaal opgestelde coronaclausule. In goed overleg met mijn opleiders en de mensen die mij in Birmingham zullen begeleiden, besluiten we geen gebruik te maken van de clausule. De verhuisdatum wordt 14 juli. Helaas heeft de BBC toch weer lastig nieuws voor ons door een quarantaine van twee weken aan te kondigen voor alle inkomende bezoekers in het VK. Dat betekent dat we de verhuizing zonder vrienden of familie moeten regelen en dat we ons avontuur met twee weken thuis beginnen. Het geeft ons in ieder geval genoeg tijd om het huis in te richten, te schilderen, de IKEA-meubelen in elkaar te zetten en dingen te regelen voor de school van onze kinderen.

En genoeg tijd om tv te kijken, want ondertussen blijf ik natuurlijk verslaafd aan BBC news. Wat wordt de impact van een tweede coronagolf in Engeland en wat voor gevolgen zal Brexit hebben? Ik hou jullie maandelijks op de hoogte via dit blog van onze belevenissen, in Birmingham, hartje Engeland.