

NVOG 135 jaar!

ntog

2022

sinds 1889

GYNAECOLOGIE, ONCOLOGIE, PERINATOLOGIE EN VOORTPLANTINGSGENEESKUNDE

Met onder andere:

NVOG4Lifestyle // Een jonge patiënte met vulvaire lichen sclerosus // Waarom de studie Zin en Zwanger voortijdig werd stopgezet en wat het ons leerde // Cervicale varices, een zeldzame oorzaak van bloedverlies tijdens de zwangerschap



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
OBSTETRIE & GYNAECOLOGIE

PostNL - Port betaald

Retouradres Generaal Foulkesweg 72, 6703 BW Wageningen

Colofon

REDACTIE

J.W.M. Aarts, hoofdredacteur (j.w.m.aarts@amsterdamumc.nl)
 W. Ganzevoort, voorzitter deelredactie perinatologie
 S.M. Mourad, voorzitter deelredactie gynaecologie
 S.J. Tanahatou, voorzitter deelredactie vpg
 F. Vernooij, rubrieksredacteur Ob Gyn
 R. van de Laar, rubrieksredacteur Ob Gyn
 J. Nieuwstad, namens VAGO
 N.E. Simons, rubrieksredacteur UNO
 M.A. Lugthart, rubrieksredacteur UNO
 J. Lind, rubrieksredacteur Gynfeud
 M.J. Janssen, illustrator
 A.C.M. Louwes, communicatieadviseur NVOG

LEDEN DEELREDACTIES

N.O. Alers, aios perinatologie
 O.W.H. van der Heijden, perinatoloog
 F. Hinten, aios gynaecologische oncologie
 C.H.J.R. Jansen, aios gynaecologie
 R.L.M. Kurstjens, aios voortplantingsgeneeskundige
 L.L. van Loendersloot, voortplantingsgeneeskundige
 M.H. Mochtar, voortplantingsgeneeskundige
 A.M. van Oers-Zandvliet, aios voortplantingsgeneeskundige
 B.B. van Rijn, perinatoloog
 W.A. Spaans, (uro)gynaecoloog

UITGEVER & REDACTIESECRETARIAAT

GAW ontwerp+communicatie b.v.
 Generaal Foulkesweg 72, 6703 BW Wageningen
 Ans Brom (bureau redactie)
 Ria Dubbeldam (eindredactie)
 Marieke Eijt (vormgeving)
 0317 425880 | redactie@ntog.nl | www.ntog.nl

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

Standaard € 210,-. Studenten € 92,00. Klinisch verpleegkundigen, lid van de NVOG € 92,00. Buitenland € 315,-. Studenten buitenland € 156,-.
 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

1.850 ex., 8 x per jaar.
 NTOG vol.135#5 verschijnt 2 juli 2022.

AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd 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

University of Vienna Ceiling Paintings (Medicine), detail Hygieia, Gustav Klimt, 1900-1907

ADVERTEERDERS IN DIT NUMMER

Gedeon Richter | 10 jaar uw partner
 Norgine | *Angusta*
 Gedeon Richter | *Paasonelle*
 Gedeon Richter | *Cyclogest*
 Besins Healthcare | *Oestrogel*

ISSN 0921-4011

Inhoud

Editorial

- 196 **De gezondheidskloof**
 dr. Annemijn Aarts

Bestuur NVOG

- 197 **Meten is weten: capaciteit in de geboortezorg**
 prof. dr. Christianne de Groot, prof. dr. Arie Franx, drs. Hiske Ernst-Smelt *et al.*

Kort Nieuws

- 198 **Koninklijke onderscheiding voor Dick Schoot | Geboortezorg voor Oekraïense vluchtelingen | Taken en verantwoordelijkheden werkgroep Kwaliteitscirkel | Thema-ALV NVOG4Lifestyle op 1 juni | Rectificaties | Landelijke conferentie 'Kansrijke Start Dichtbij' | O wee | Gynfeud 13 | NTOG Kunstsalon | Campagne erfelijke borst-, eierstok- en prostaatkanker | Nominer je opleider voor de Opleidingsprijs 2022**

Ingezonden

- 201 **Gynae Goes Green: (weg)spoelflesje**
 E.M. Schlaghecke-Zuurman, dr. H. van de Nieuwenhof

Actueel

- 202 **Toevoeging paracetamol geeft geen reductie in gebruik remifentanyl**
 M.A.A. Lansbergen-Mensink, dr. H.A. Bremer, P.N.J. Langendijk *et al.*

Actueel

- 205 **Absoluut kankerrisico na pilgebruik bij BRCA1/2-mutatiedraagsters**
 drs. L.H. Schrijver, drs. T.M. Mooij, dr. A. Pijpe *et al.*

Concreto

- 208 **Landelijk cursorisch onderwijs ten tijde van LOGO**
 dr. F.A. Eggink, drs. C.A.T. Kanne, dr. I.A. Brussé *et al.*

Koepel Kwaliteit

- 209 **U registreert het al... nuttig gebruik van eigen data**
 drs. L. Broeders, dr. S.V. Koenen, dr. A.N. Rosman

Richtlijn uitgelicht

- 212 **Recente update van de richtlijn Minimaal Invasieve Chirurgie**
 drs. A.A. de Ruigh, dr. A.W. Kastelein

Gynae Goes Green

- 214 **Onze pensioenmiljarden worden vervuילend geïnvesteerd: het laaghangende klimaatfruit lonkt**
 dr. Nienke Weiss, dr. Serge Zweers

Themanummer NVOG4Lifestyle

- 216 **Leefstijlgeneskunde, de gynaecoloog aan zet!**
 217 **Leefstijlgeneskunde: out of your comfort zone? Het roer moet om!**
 221 **Waarom het veranderen van gedrag niet zo eenvoudig is**
 225 **Leefstijl: hoe doen we het binnen en buiten de spreekkamer?**
 228 **In balans blijven met lifelong learning**
 230 **Hoe cool is het Cool-traject?**

Oorspronkelijke artikelen

- 234 **Een jonge patiënte met vulvaire lichen sclerosus**
 drs. J. Diep, drs. J. de Waard, dr. J.L. Simons *et al.*
- 237 **Geen verschil in veiligheid en effectiviteit tussen de reguliere foley- en de latexvrije katheter bij inleiding van de baring**
 drs. F.A.M. van de Ven, drs. B.H.M. Croonen, dr. A.L.M. Oei *et al.*
- 243 **Cervicale varices, een zeldzame oorzaak van bloedverlies tijdens de zwangerschap**
 H.R. Rowling, drs. F.M.M. Prein, dr. J.J. Beltman *et al.*
- 248 **Waarom de studie Zin en Zwanger voortijdig werd stopgezet en wat het ons leerde**
 drs. F. Dreischor, dr. E.A.F. Dancet, prof. dr. E.T.M. Laan *et al.*

Hora Est

- 252 **The influence of the thyroid on pregnancy outcomes**
 Myrthe van Dijk

Boekbespreking

- 254 **De Handgreep van Bracht**
 dr. Robin van der Weiden

- 255 **Reactie op Vijftig jaar stuitgeboorte en De handgreep van Bracht**
 prof. em. Jos van Roosmalen

- 257 **Is het B1?**

OB GYN

- 258 **Kan cervix-screening nog beter? | Continuëren antidepressiva tijdens zwangerschap een goed idee! | Placenta Accreta Spectrum: Engelse stijl of Franse slag?**
 dr. Floor Vernooij & dr. Rafli van de Laar *redacteurs*

- 259 **Antwoorden Gynfeud 13**



De gezondheidskloof

dr. Annemijn Aarts *hoofdredacteur*

In 2018 werkte ik een tijdje in Auckland in Nieuw-Zeeland. Wist u dat dit land de derde dikste bevolking van de wereld heeft? Ik wist dat toen in elk geval niet. Ik kende de folderplaatjes van fitte, slanke backpackers die lachend vanuit hun omgebouwde camper van de camera toelachen. Dit beeld veranderde snel toen ik voet in het ziekenhuis zette. De gemiddelde patiënt die wij daar opereerden had een BMI van boven de 40, één op de drie mensen had diabetes en een groot deel rookte. Mijn - dubieus te noemen - record is een 32-jarige patiënte met een endometriumcarcinoom, met een gewicht van 277 kilo en een BMI van 88. Een deel van de oorzaken ligt in een gebrek aan kennis over gezondheid, armoede onder de bevolking alsook het culturele aspect (voor de Maori-bevolking en Pacific Islanders betekent een gezonde leefstijl iets anders dan voor 'ons witten').

Terug in Nederland lijken dit soort getallen een ver-van-ons-bed-show. Maar ook hier zien we een toename van een ongezonde leefstijl: de bevolking wordt dikker, ongezonder en roken is nog steeds de wereld niet uit. Preventie is een kernwoord voor de zorg van de toekomst en wordt gezien als mogelijke sleutel voor het oplossen van de oplopende zorgkosten.

Een tijd terug was bij de VPRO de zedelijke serie *Sander en de Kloof* te zien, waarbij Sander Schimmelpenninck, journalist en columnist, de vermogens- en kansengelijkheid in Nederland vanuit verschillende perspectieven voor het voetlicht brengt. In aflevering vijf gaat het over de gezondheidskloof. Een broer en zus besteden per maand 1500 euro aan voedingssupplementen, diëtisten en speciaal gekweekte groenten om op die manier zo gezond mogelijk oud te worden; 'ter preventie' van het krijgen van ziekten. Een beeld later vertelt een wat oudere vrouw in een beschimmelde sociale huurwoning in Schiedam dat ze maar 30 euro per maand te besteden heeft aan eten en kleding. Preventie? Ze is al blij als ze elke maand rondkomt. Uiteraard laat het programma bewust een zo maximaal mogelijk contrast zien. Maar de kern van de boodschap is helder: voor veel mensen is een 'gezonde leefstijl' te duur. Het NRC wees half mei in een artikel erop dat met de toenemende inflatie dit probleem misschien alleen maar erger wordt.¹

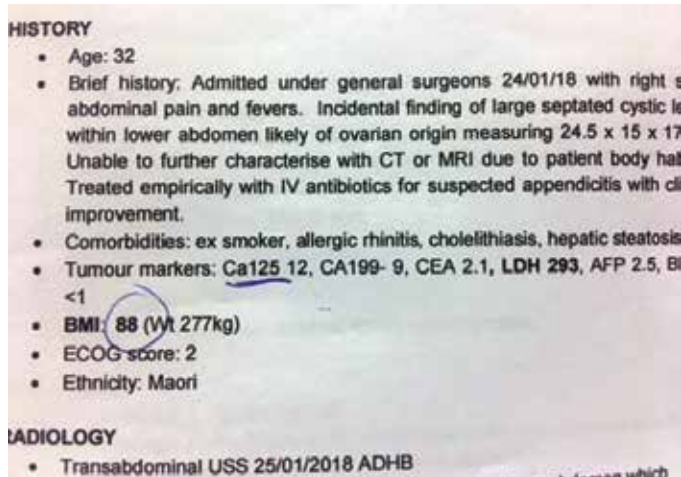
Ik vraag me weleens af hoe goed we dit soort problemen in de spreekkamer voor ogen hebben. Natuurlijk hebben mensen een eigen verantwoordelijkheid, maar zouden wij ons als medisch specialist niet ook een klein beetje verantwoordelijk moeten voelen? In een interview met de Federatie Medisch

Specialisten stelt cardioloog Maurice van der Veen dat we als artsen niet alleen maar moeten richten op de behandeling, maar ook wel degelijk enige verantwoordelijkheid hebben in het voorkomen van ziekten. Hij benoemt hierbij het aspect van de sociaaleconomische status en huisvesting zoals in *Sander en de Kloof* wordt geschetst. Hij pleit dan ook voor een bredere benadering van leefstijlinterventies.² In het themakatern van deze editie van het NTOG heeft de projectgroep NVOG4Lifestyle een mooie reeks artikelen samengesteld waarin dit aspect precies wordt belicht. Waar ligt een taak voor ons als medisch specialisten en hoe kunnen we toch enige regie leggen bij de patiënt?

Ergens halverwege in aflevering vijf van *Sander en de Kloof* komt verpleegkundige Meike aan het woord. Zij werkt in de thuiszorg en vertelt wat zij zoal tegenkomt bij de mensen thuis. Even later zegt zij nog iets anders belangrijk: dat het ook essentieel is dat wij als zorgverleners goed voor onszelf zorgen. De projectgroep NVOG4Lifestyle besteed daarom in hun themakatern hier eveneens aandacht aan en op 30 mei organiseert zij een bijeenkomst voor gynaecologen (i.o.) om stil te staan bij de eigen leefstijl om zo gezond en duurzaam ons werk te kunnen blijven doen. Eén van de gynaecologen in Auckland zei altijd grappend dat zij na een ingreep meer pijnstilling nodig had dan de vrouw die ze geopereerd had. Ik denk eigenlijk dat ze dit ook echt meende. Zorg ervoor dat het bij u nooit zo ver komt!

Referenties

1. Vriesema I. Rondkomen van zes tientjes per week in tijden van inflatie. NRC 13 mei 2022.
2. Iedere arts is verantwoordelijk voor stoppen-met-roken-zorg. De Medisch Specialist 2022. <https://demedischspecialist.nl/iedere-arts-verantwoordelijk-voor-stoppen-met-roken-zorg>.



Metten is weten: capaciteit in de geboortezorg

prof. dr. Christianne de Groot, prof. dr. Arie Franx, drs. Hiske Ernst-Smelt en dr. Astrid Vollebregt

Samen met alle betrokken partners in de keten zorgen we dagelijks voor de optimale toegankelijkheid van de geboortezorg.¹ Een geoliede keten voor verwijzing in ons systeem kan van levensbelang zijn. Het lijkt vanzelfsprekend dat voor iedere zwangere en haar pasgeborenen de deuren open staan als zij medische hulp in het ziekenhuis nodig hebben. Maar, we weten als zorgprofessionals dat we deze garantie niet altijd kunnen geven door capaciteitsproblemen.

In 2021 tijdens COVID heeft het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) in samenwerking met ROAZ Zuidwest Nederland regionaal inzicht in de capaciteit gerealiseerd door een automatische koppeling te maken tussen het elektronisch patiëntinformatiesysteem (EPD) en het capaciteitsdashboard.² Door bedden een label te geven, bijvoorbeeld verloskamer-, zwangeren-, NICU-bed et cetera, worden de bedden real time als wel of niet bezet vanuit het EPD gepresenteerd in het dash-

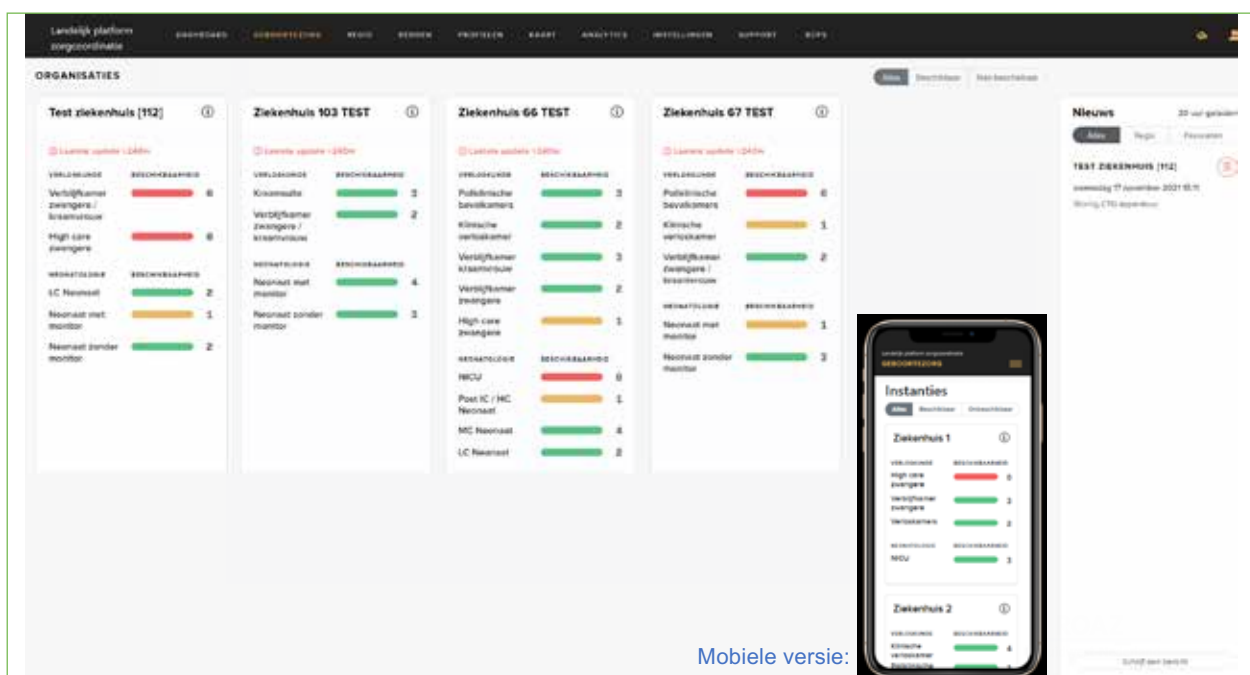
board. De implementatie vraagt een intensieve samenwerking tussen de IT-afdeling, functionele beheerders en inhoudelijke experts van ieder ziekenhuis om tot een regionale en uiteindelijke landelijke dekking van koppeling te komen. In de regio Zuidwest-Nederland is het dashboard inmiddels in tien ziekenhuizen en een geboortecentrum succesvol geïmplementeerd. Het dashboard helpt de huidige beschikbare capaciteit optimaal te benutten. Het scheelt tijd wanneer het 'rondbellen' door verloskundigen en artsen minder nodig is.³ Daarmee voorkomen we ook onnodige ongerustheid bij barende vrouwen. De wens is om het dashboard in de toekomst uit te breiden met opties zoals het invoeren van de a terme datum van alle zwangeren, zodat we weten hoeveel zwangeren we kunnen verwachten en we indien mogelijk onze capaciteit hierop kunnen aanpassen.

Hoewel dit dashboard geen oplossing biedt voor de nijpende tekorten in de geboortezorg, met name onder de

gespecialiseerde verpleegkundigen, en er ook nog de nodige vragen leven bij de geboortezorgpartijen, zijn diezelfde geboortezorgpartijen enthousiast over de voordelen voor het krijgen van inzicht in de capaciteit, en steunen zij het initiatief voor een (landelijke) implementatie en willen hier ook aan bijdragen.³ Laten we de huidige mogelijkheden gebruiken om voor iedere zwangere de keten optimaal geoliede te laten verlopen, zodat we komende zomermaanden hier al profijt van kunnen hebben.

Referenties

1. <https://www.lnaz.nl>
2. <https://www.traumacentrumzwn.nl/nieuws/geboortezorg-capaciteitsdashboard-krijgt-real-time-inzicht-in-lpz/>
3. <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/nieuws/roaz-voorzitters-reageren-positief-op-capaciteitsproep-cpz/>



Koninklijke onderscheiding voor Dick Schoot



Prof. dr. Dick Schoot is op 26 april 2022 benoemd tot Ridder in de Orde van de Nederlandse Leeuw. Hij ontving de koninklijke onderscheiding met name voor zijn wetenschappelijk onderzoek naar de afwijkingen en de behandelingen van de baarmoeder. Schoot nam in december weliswaar afscheid van het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven, maar is nog altijd als hoogleraar betrokken bij het ziekenhuis. Zijn hele werkzame leven heeft hij gewijd aan het belangrijkste orgaan voor zowel de vrouw als de man: de baarmoeder. 'Zonder dit orgaan zijn er immers geen mensen', zo stelde hij nuchter vast in een recent interview. Zijn wetenschappelijke output is uitzonderlijk, vooral voor een medisch specialist die niet verbonden is aan een universitair centrum. Dat vraagt extra inzet en vindingrijkheid. Zijn bevolgen aanpak en doorzettingsvermogen resulteerde in 2016 tot een benoeming als hoogleraar bij het Universitair Ziekenhuis in Gent (B). Ook ontwikkelde hij de laatste jaren samen met de Technische Universiteit Eindhoven een nieuwe echoscopische meetmethode om te kijken wat voor invloed samen-trekkingen van de baarmoeder hebben op de innesteling van een embryo bij bijvoorbeeld IVF of bij vrouwen die maar niet zwanger worden. Schoot is een van de boegbeelden van de endoscopische gynaecologische chirurgie in Nederland. Samen met een collega heeft hij de minimaal invasieve gynaecologie doorontwikkeld. Zelf zei hij daar onlangs over: 'Ik heb in mijn beginjaren in het Catharina Ziekenhuis de kijkoperaties, waarbij we eileiders en eierstokken kunnen verwijderen, verder mogen ontwikkelen. Een grote snee over de buik was niet altijd meer

noodzakelijk!' De inspanningen van Schoot hebben er mede toe geleid dat het Catharina Ziekenhuis nu beschikt over een centrum voor complexe gynaecologische chirurgie met een bovenregionale functie. Ook op het gebied van endometriose heeft Schoot pionierswerk verricht. Met aandacht heeft hij de zorg voor vrouwen met endometriose verbeterd en is de ziekte uit het verdomhoekje gekomen. *De NVOG feliciteert Dick Schoot van harte met de ontvangen koninklijke onderscheiding.*

Geboortezorg voor Oekraïense vluchtelingen

De geboortezorg aan Oekraïense vluchtelingen krijgt onder leiding van het College Perinatale Zorg (CPZ) steeds meer vorm. Op de website Kennisnet-geboortezorg zijn onder meer een toolbox en hulpmiddelen beschikbaar en worden veel gestelde vragen over de zorg aan Oekraïense zwangeren en hun baby's beantwoord. Binnenkort zal op de website ook in het Oekraïens een samenvattende tekst op basis van de folder *Zwanger!* verschijnen.

Taken en verantwoordelijkheden werkgroep Kwaliteitscirkel

De werkgroep Kwaliteitscirkel is de verbindende schakel tussen de vier

pijlers, de Koepel Wetenschap en de Koepel Kwaliteit. In de werkgroep Kwaliteitscirkel komen diverse onderwerpen aan de orde, zoals advisering van kennishiaten, richtlijnontwikkeling, validatie, implementatie en evaluatie van kwaliteitsinstrumenten. In het recent opgesteld document *Kwaliteitscirkel – taken en verantwoordelijkheden versie 29-03-22* staan de taken en verantwoordelijkheden van de werkgroep beschreven. Mocht je hier vragen over hebben, dan kun je terecht bij Fleur van Dalsen (beleidsondersteuner werkgroep Kwaliteitscirkel, fleurvandalsen@nvog.nl).

Thema-ALV NVOG4Lifestyle op 1 juni

Op woensdag 1 juni vindt ons jaarlijkse Thema-ALV wederom digitaal plaats. We starten de middag om 13:00 uur met een inspirerend programma in het kader van ons themajaar NVOG-4Lifestyle. Centraal tijdens deze middag staat het veranderen van gedrag. Iedereen weet dat dit niet eenvoudig is. Vier experts zullen hun kennis hierover delen. Zie daarvoor het programma in de activiteitenagenda in het besloten ledenportaal. Om 16:00 uur starten we met de algemene ledenvergadering (ALV). De agenda en stukken voor de ALV zijn uiterlijk veertien dagen voorafgaand aan de ALV terug te vinden in het

Owee

Ranja met een rietje

Uren heb ik geopereerd, samen met een coassistent, die mij dapper assisteerde. Af en toe is ons met een rietje achter het mondmasker een slokje ranja aangeboden. Het resultaat mag er zijn, de tumor is compleet verwijderd. Na afloop bespreek ik, in het kader van de opleiding, alles nog even na met mijn pupil. Dat doe ik graag interactief. Best wel een beetje trots vraag ik: 'Wat is je het meest bijgebleven van deze grote en ingewikkelde ingreep?' Zijn antwoord luidt: 'Nou, dat je ranja met een rietje krijgt, dat vond ik heel bijzonder.'

Annemijn Aarts gynaecoloog Amsterdam UMC

Zelf iets opmerkelijks, grappigs, wetenswaardigs, ontroerends meegemaakt? Stuur uw tekst naar m.kerkhof@jzbz.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.

besloten ledenportaal.

Aanmelden en registreren voor de Thema-ALV kan via de inschrijflink. Voor het themagedeelte wordt accreditatie aangevraagd.

Viviane Dietz, secretaris NVOG-bestuur en Clazien van der Houwen, Projectgroep NVOG4Lifestyle

Rectificaties

In NTOG2022-3 zijn helaas enkele foutjes geslopen.

1. Inhoudsopgave. De auteursnamen van het artikel *Secundair herstel van de dehiscente episiotomie en perineumruptuur, een case-serie* zijn niet correct weergegeven. De auteurs zijn drs. A.C.M. Kluivers en dr. J.W. de Leeuw, zoals wel juist staat bij het artikel op p. 170.

2. Pagina 175, artikel *Herziening leidraad Verloskundige zorg buiten richtlijnen*. Bij de affiliatie staat abusievelijk dr. C.A.I. Stamrood. Het moet zijn: dr. C.A.I. Stramrood.

3. Pagina 184, boekbespreking. De naam van de auteur van *Vijftig jaar stuitgeboorte in transitie* is foutief weergegeven. De auteur is Arno Verhoeven. De referentie naar het boek is niet opgenomen: A. Verhoeven, *Vijftig jaar stuitgeboorte in transitie. Haalt de stuitgeboorte 2030?* (Urk 2021) 43 pp. (ISBN 978-90-831338-3-6). Het cahier is te bestellen bij het Trefpunt Medische Geschiedenis Nederland: www.tmgn.nl en te downloaden via de overzichtspagina: <https://tmgn.nl/artikel?id=ad-fontes-cahiers>

Landelijke conferentie 'Kansrijke Start Dichtbij'

De jaarlijkse conferentie 'Kansrijke Start Dichtbij' komt er weer aan. Dit jaar weer fysiek en maar liefst in twee edities. De vierde landelijke conferentie vindt plaats op maandag 13 juni 12:30-17:00 uur (inclusief lunch en met aansluitend borrel) in Kinopolis Jaarbeurs in Utrecht. Tijdens de conferentie zal onder meer staatssecretaris Maarten van Ooijen ingaan op de vervolgaanpak van dit kabinet voor de komende jaren. Het complete programma van de conferentie op 13 juni wordt de komende periode verder aangevuld. Je kunt je al



wel aanmelden. De tweede editie van de conferentie 'Kansrijke Start Dichtbij' wordt op woensdag 12 oktober georganiseerd door het College Perinatale Zorg (CPZ) in samenwerking met Pharos, het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) en het ministerie van VWS. De twee conferenties vullen elkaar inhoudelijk aan; terwijl op 13 juni de informele steun (inclusief de samenwerking

met formele steun) en het betrekken van ouders en ervaringsdeskundigheid centraal staat, gaat het op 12 oktober vooral over vakmanschap van de professional en samenwerking tussen professionals in het medisch en sociaal domein tijdens de eerste duizend dagen. Noteer 12 oktober dus ook alvast in je agenda.

Gynfeud 13

G₂

1. A priori betekent:

- a. zonder meer
- b. ten eerste
- c. van tevoren
- d. alvorens

2. Welke uitspraken zijn goed?

- a. Adjuvante therapie wordt gegeven als aanvulling op de curatieve behandeling en is bedoeld om het risico te verkleinen dat de kanker terugkomt.
- b. Adjuvante therapie wordt gegeven als de kanker na de operatieve behandeling weer terugkomt.

c. Neoadjuvante therapie is chemotherapie die bedoeld is om de tumorload en/of metastasen te verkleinen of te vernietigen en zo de prognose te verbeteren.

d. Neoadjuvante therapie is (chemo)therapie die gegeven wordt als er na de eerste curatieve en adjuvante therapie een recidief optreedt.

De goede antwoorden zijn te vinden op pagina 257.

dr. J. Lind



NTOG Kunstsalon

Hier staat ze, Hygieia, de godin van de gezondheid en de hygiëne. Om haar arm kronkelt de esculaap die zijn kopje laat zakken in de schaal die ze omhooghoudt. De esculaap symboliseert genezing omdat het zich kan ontdoen van zijn huid en zo als het ware herboren kan worden. Daarnaast vertegenwoordigt de slang vanwege zijn lethale beet ook de dood.

Gustav Klimt heeft Hygieia neergezet als de femme fatale der geneeskunde. Ze toont niet alleen haar kenmerkende attributen, ze lijkt er ook een boodschap mee te willen vertellen. Met een daadkrachtige blik kijkt ze ons recht aan. Naast de slang en de schaal met geneesmiddel gooit Hygieia hier ook nog iets anders in de strijd. Haar sensualiteit als kracht, ze domineert. Haast alsof zij bepaalt: krijg je de genezende hand of zal ik mijn serpent je uit je lijden laten verlossen. Leven of dood.

Hygieia is een detail van een groter kunstwerk. In 1900 kreeg Gustav Klimt een opdracht voor het maken van een serie schilderijen voor het plafond in de hal van de Weense Universiteit. Deze *faculty paintings* moesten de filosofie, de rechtspraak en de geneeskunde voorstellen. Voor het werk 'geneeskunde' koos Klimt voor het verbeelden van de levensrivier door middel van een stroom van naakte mensfiguren, jong en oud, man en vrouw. Tussen hen in staat een skelet, het zinnebeeld van de dood. Naast de rivier zweeft een jonge naakte vrouw met aan haar voeten een pasgeboren baby als personificatie van het leven. Helemaal vooraan staat de centrale figuur Hygieia, allegorie van de geneeskunde.

Het feit dat leven en dood gecombineerd worden in een verbeelding van geneeskunde viel niet in goede aarde. Klimt ontving ontzettend veel kritiek op het werk. De manier waarop de naakte figuren waren afgebeeld was onconventioneel en werd als aanstootgevend gezien. Daarbij waren de artsen van de medische faculteit niet te spreken over de compositie. Allereerst keert Hygieia de mensen de rug toe en daarbij was de suggestie dat de geneeskunde de dood niet kan voorkomen onacceptabel. Het werk heeft er nooit gehangen maar kwam in particulier bezit. In de Tweede Wereldoorlog is het verloren gegaan.

In deze tijd zou het anders zijn ontvangen. Naakt is minder snel aanstootgevend, hoewel het nog altijd veel reacties oproept. Ook wat betreft de geneeskunde ligt het nu minder gevoelig. Geneeskunde is tegenwoordig meer menskunde. Het gaat niet alleen over het genezen van ziekte maar ook over preventie, begeleiding, kwaliteit van leven en waardig sterven. De rug toe keren zou hier ook de weg wijzen kunnen zijn. Met een vriendelijke lach op haar mooie gezicht zou Hygieia best nog als ons boegbeeld kunnen dienen.



Daphne Voormolen, arts foetale geneeskunde WKZ

Campagne erfelijke borst-, eierstok- en prostaatkanker

De Borstkankervereniging Nederland is in mei een campagne gestart om bewustwording en kennis onder het publiek te vergroten van het voorkomen van erfelijke borst-, eierstok- en prostaatkanker. Mensen worden in de campagne gewezen op de website hetzitindefamilie.nl. Hier kunnen ze een vragenlijst invullen om te controleren of er kans is dat in hun familie sprake is van een BRCA-genmutatie.

Nomineer je opleider voor de Opleidingsprijs 2022

Is jouw opleider het voorbeeld van een goede opleider? Heeft je opleider oog voor jouw individuele wensen? En is je opleider zo gepassioneerd dat het aanstekelijk en motiverend werkt? Nomineer hem of haar dan nu voor de Opleidingsprijs 2022. De Jonge Specialist zal deze prijs dit jaar voor de dertiende keer uitreiken tijdens het congres van De Jonge Specialist dit najaar.

Bron: FMS

Gynae Goes Green: (weg)spoelflesje

E.M. Schlaghecke-Zuurman klinisch verloskundige
dr. H. van de Nieuwenhof gynaecoloog-perinatoloog
 beiden Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch

V&VN is met 105.000 leden de grootste beroepsvereniging voor zorgprofessionals van Nederland. V&VN is er voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten. De afdeling Voortplanting, Obstetrie en Gynaecologie (VOG) heeft een landelijk netwerk, dat als vraagbaak kan dienen. Ben je benieuwd hoe iets in een ander ziekenhuis geregeld is, stuur dan een mailtje (vog@venvn.nl) en binnen no-time stromen de reacties binnen. Samenvattingen van elkaars vragen en antwoorden worden gedeeld.

Hiervan hebben we handig gebruik gemaakt in een tijd van een 'spoelflessjesschaarste'. In het Jeroen Bosch Ziekenhuis ('s-Hertogenbosch) kregen onze opgenomen zwangeren bij prematuur gebroken vliezen voorheen dagelijks een nieuw spoelflesje om mee te spoelen na de toiletgang. Maar is daar eigenlijk wel *evidence* voor? En hoe zijn de hygiënevoorschriften in andere ziekenhuizen bij zwangeren met prematuur en/of langdurig gebroken vliezen? In de NVOG-richtlijn *Breken van de vliezen voor het begin van de baring*, versie 1.0 uit 2002 en de KNOV-Factsheet *Langdurig gebroken vliezen a terme* van 2021 wordt met geen woord gerept over spoelen. De belangrijkste risicofactoren voor neonatale infectie zijn klinische chorioamnionitis en kolonisatie van groep-B-streptokokken. Van belang zijn het aantal inwendige onderzoeken tijdens de baring en de tijdsduur van het breken van de vliezen tot de geboorte. Er wordt geconcludeerd dat bij afwachten klinische observatie (waarschijnlijk) niet noodzakelijk is; wél dagelijks controle van de foetale conditie (CTG) en instructie van de zwangere vrouw ten aanzien van onthouding van coïtus, temperatuur meten en contact opnemen. Een zoektocht op Pubmed (*hygiene, hygienic, PPRM, rupture of membranes management, "Fetal Membranes, Premature Rupture/therapy"[MeSH]*) wees enkel uit dat het

gebruik van een bidet de kans op een infectie verhoogt.

Bij navraag in het land blijkt het merendeel van onze collega's geen spoelflesjes te adviseren. Sommigen geven nog wel het advies om te spoelen maar gebruiken daarvoor gewoon een kartonnen drinkbeker. En dus zijn wij 2022 begonnen met het NVOG-thema van 2021: duurzaamheid. Naar schatting een paar honderd spoelflesjes blijven dit jaar in de kast. Beter voor de patiënt, het milieu en het budget!



Vraag: Maken jullie gebruik van een spoelflesje bij prematuur gebroken vliezen? Zo ja, krijgen ze dagelijks een schoon flesje? Zo niet, zijn er specifieke afspraken m.b.t. hygiëne?	
Ziekenhuis	Beleid prematuur gebroken vliezen
Zuyderland	Geen extra voorzorgsmaatregelen, instructie: goed schoonhouden met schoon water/douchen/niet in bed
UMC+ Maastricht	Verpleegkundige zorg Lichamelijke verzorging: verzorg patiënte met niet-steriele handschoenen. Was na defecatie de stuit indien zelfzorg niet mogelijk is patiënte laat patiënte zichzelf verzorgen, eventueel douchen. In principe B+T privileges Indien patiënte strikte bedrust heeft: zorg 2 maal per dag voor onderbeurt, slijft gecombineerd met toiletbeurt. N.B.: verpleegkundige verricht onderbeurt, indien patiënte daartoe zelf niet in staat is gebruik onsteriel kraamverband
St. Jansdal Harderwijk	Vij geen gebruik van spoelflesjes bij prematuur gebroken vliezen. En hebben geen specifiek afspraken m.b.t. hygiëne.
Reinier de Graaf	Hier wordt niet elke dag de fles verschoond
UMC Amsterdam	Geen gebruik meer van spoelfles
Isala Zwolle	Geen gebruik van spoelfles
Fieboziekenhuis Almere	Geen gebruik van spoelfles Normale hygiëne regels, geen zels en niet in bad.
ADMC Goes	Geen gebruik van spoelfles, geen specifieke afspraken omtrent hygiëne
Rijnstate Arnhem	No po/toilet gebruik spoelen met water, (meestal doet men dit met een eigen flesje of met kartonnen bekertje of onder de douche.)
Franciscus Gasthuis & Vlietland	Geen gebruik van spoelfles Advies: dagelijks schoon spoelen meestal onder de douche
Mesander Medisch Centrum	Geen gebruik van spoelfles Advies: spoelen met disposable spoelbeker.
Haga Ziekenhuis	Geen gebruik van spoelfles. Advies: krijgen kartonnen drinkbeker om mee te spoelen
Tjongerschans Heerenveen	Gebruik flesje zps blaas Niet dagelijks nieuw flesje, flesje goed schoonhouden Spoelen onder de douche, toilet alleen van zwangere
Haaglandenmc	Geen gebruik van spoelflesje Advies: regelmatig verband verschonen, niet in bad, geen gaslichtgemeenschap, dagelijks temperatuur
MST Enschede	Geen gebruik van spoelflesje Advies: goede hygiëne, 4x/dag temperatuur
Dijklanderziekenhuis Hoorn	Geen gebruik van spoelflesje. Advies: hygiëne instructie t.a.v. risico opstijgende infectie, zo min mogelijk inwendig onderzoek, 3x temp, observatie vochtvaries en kleur vruchtwater.
Alkmaar Noordwest ziekenhuisgroep	Geen gebruik van spoelflesje, hebben een handdouches op de kamers. Deze wordt dagelijks schoongemaakt.
WKZ Utrecht	Geen gebruik van spoelflesje. Advies: toilet goed schoonhouden en geen anderen gebruik laten maken van toilet.
Deventer ziekenhuis	Geen gebruik van spoelflesje.
Dijklanderziekenhuis Hoorn	Geen gebruik van spoelflesje. Hebben een Geberit toilet met ingebouwd spoel- en fohnsysteem.
Amsterdam UMC	Geen gebruik spoelflesje. Advies: niet vrijen, niet in bad, geen tampons. Normale hygiëne uitvoeren
Radboudumc	Gebruik spoelflesje alleen bij kraamvrouwen. Advies: Wc reinigen met toiletzeep, doordrenst met inhoud van de toiletbrilreiger dispenser. Handen wassen Wattenbollen nat maken met water Toiletgang Schaamstreek reinigen met wattenbollen (van voor naar achteren) Handen wassen
Saxenburgh Hardenberg	Geen gebruik van spoelflesje Advies: regelmatig verschonen van maandverband en spoelen onder douche
Zaans Medisch Centrum	Geen gebruik van spoelflesje. Geen specifieke afspraken m.b.t. hygiëne.

Multimodale pijnbehandeling tijdens de baring

Toevoeging paracetamol geeft geen reductie in gebruik remifentanil

M.A.A. Lansbergen-Mensink klinisch verloskundige, klinisch epidemioloog, physician assistant i.o., Reinier de Graaf Gasthuis, Delft

dr. H.A. Bremer gynaecoloog, Reinier de Graaf Gasthuis, Delft

P.N.J. Langendijk ziekenhuisapotheker, Reinier de Graaf Gasthuis, Delft

dr. A.L. Milani gynaecoloog, Reinier de Graaf Gasthuis, Delft

dr. J.M. Maaskant klinisch epidemioloog, universitair docent, Masterstudie Evidence Based Practice in Health Care, UvA/Amsterdam UMC

In een dubbelblind gerandomiseerd placebogecontroleerd onderzoek naar paracetamol als aanvullende pijnbehandeling bij remifentanil tijdens de baring werd de hypothese dat toevoeging van paracetamol kan leiden tot een reductie in opiatengebruik niet ondersteund.

Paracetamol is een veilige keuze voor pijnbehandeling in de zwangerschap en tijdens de bevalling.¹ Het is bovendien de eerste stap in de WHO-pijnladder.² Echter, durante partu zijn epidurale analgesie en remifentanil Patient Controlled Analgesia (PCA) de gevestigde en meest gebruikte methodes voor pijnbehandeling.³ Het gebruik van opiaten kent nadelen. Bij de toepassing van remifentanil kan duizeligheid, misselijkheid, braken en een verminderde ademhalingsfrequentie optreden. Complicaties bij remifentanilgebruik tijdens de baring zijn zeldzaam, maar potentieel ernstig, zoals desaturatie, hypopneu en bradycardie.⁴

Er is beperkte literatuur over het effect van paracetamol op baringspijn. Paracetamol wordt niet vermeld in de multidisciplinaire richtlijn Pijnbehandeling tijdens de baring.⁵ Literatuur over postoperatieve pijnbehandeling laat een reductie in opiatengebruik zien wanneer paracetamol wordt toegevoegd aan de behandeling.⁶ We onderzochten of paracetamol een reductie in opiatengebruik geeft bij barende vrouwen die remifentanil PCA gebruiken.

Methoden

Een gerandomiseerd, dubbelblind, placebogecontroleerd onderzoek werd uitgevoerd in het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft. Jaarlijks worden hier gemiddeld 2800 tot 3000 kinderen geboren. Tussen 2014 en 2017 gebruikte 13-16% van de vrouwen remifentanil durante partu. Vrouwen van achttien jaar en ouder, strevend naar een vaginale baring met gebruik van remifentanil als pijnbehandeling durante partu werden geïncludeerd. Exclusiecriteria waren het gebruik van paracetamol of overige pijnstilling minder dan vier uur voorafgaand aan de pijnbehandeling, overgevoeligheid voor paracetamol en lever- of nieraandoeningen. Het onderzoeksprotocol werd goedgekeurd door de Medische Ethische Toetsingscommissie Leiden Den Haag Delft (METC-LDD, referentie Z19.012/MK/mk) en de Raad van

Bestuur van het Reinier de Graaf Gasthuis (referentie 20-027). Het onderzoeksprotocol werd gepubliceerd, er waren geen veranderingen in het protocol na aanvang van het onderzoek.⁷ Het onderzoek werd opgezet en uitgevoerd volgens de CONSORT-richtlijnen voor gerandomiseerd onderzoek.⁸ Met remifentanil PCA heeft de patiënt zelf controle over de pijnbehandeling. De barende vrouw kan zichzelf een remifentanil bolus toedienen door op een knop te drukken. Op de infuus-pomp is een lock-out periode ingesteld waardoor de patiënt zichzelf niet kan overdoseren. Behandeling met remifentanil durante partu is in het Reinier de Graaf Gasthuis gelijk aan de landelijke Standard Operating Procedure (SOP).⁹ Hierbij wordt 2 mg remifentanil (Remifentanil Mylan) opgelost in 40 cc NaCl 0,9%, resulterend in een oplossing van 50 µg/ml.

Tabel 1. Uitkomsten Remifentanil

	Paracetamol (n=37)	Placebo (n=40)	p-waarde
Toegediende doses			
30	8,0 [6,0-9,0] (n=34)	7,0 [6,0-9,0] (n=33)	0,328
60	15,0 [13,0-16,0] (n=28)	15,0 [11,0-16,0] (n=30)	0,303
90	23,0 [19,8-24,3] (n=24)	19,0 [16,0-24,0] (n=21)	0,424
120	29,5 [27,3-31,0] (n=18)	27,0 [22,0-31,5] (n=19)	0,360
150	39,0 [35,0-41,0] (n=13)	37,0 [28,0-39,0] (n=12)	0,383
180	47,5 [45,5-48,0] (n=10)	43,0 [36,0-44,0] (n=10)	0,037*
Bolusverzoeken			
30	28,5 [14,5-73,5] (n=34)	24,5 [10,0-90,8] (n=35)	0,773
60	54,0 [31,5-121,2] (n=28)	42,5 [18,5-121,5] (n=30)	0,508
90	77,0 [52,0-256,0] (n=24)	58,0 [32,0-172,0] (n=21)	0,419
120	100,0 [68,0-156,5] (n=18)	96,0 [48,0-390,5] (n=19)	0,960
150	129,0 [95,0-313,0] (n=13)	118,5 [48,3-646,5] (n=12)	0,810
180	194,0 [151,0-348,8] (n=10)	116,5 [61,8-316,3] (n=10)	0,279

Data zijn mediaan, [IQR] * p<0,05. IQR, Inter Quartile Range

Eén remifentanil bolus is 30 µg of 0,6 cc, met een bolussnelheid van 1 minuut en een lockout periode van 3 minuten. Maximum dosering per uur is 450 µg of 9 cc.

Er werden geblindeerde medicatieflacons met paracetamol of placebo vervaardigd door de Stichting Apotheek der Haarlemse Ziekenhuizen (SAHZ) in overeenstemming met Good Manufacturing Practice (GMP) richtlijnen. Elke flacon had een label met een unieke randomisatiecode. Wanneer een vrouw toestemming gaf voor deelname aan het onderzoek werd willekeurig een medicatie-flacon genomen uit de afdelingsapothek. Bij aanvang van de behandeling met remifentanil kreeg de paracetamol-groep 1000 mg (Paracetamol Fresenius Kabi 10 mg/ml) paracetamol intraveneus. De placebo-groep kreeg 100 ml fysiologisch zout (NaCl 0,9%, 100 ml) intraveneus. Zowel deelnemers als zorgverleners waren geblindeerd voor de behandelingsgroep. Na het includeren van de laatste deelnemer werd de blinding doorbroken en kon de behandeling aan de deelnemer gekoppeld worden.

Sample size berekening

Voorafgaand aan dit onderzoek was geen informatie beschikbaar over de gemiddelde hoeveelheden remifentanil die gebruikt worden tijdens de baring. In overleg met de METC werd de definitieve sample size berekend nadat de eerste twintig vrouwen

werden geïncludeerd. Voor de sample size berekening werd ingezet op een reductie in remifentanil gebruik van 20% in de interventiegroep, naar voorbeeld van eerder onderzoek door Gupta, Booth en Ross.¹⁰⁻¹² Om blinding van de hoofdonderzoeker (ML) te garanderen, werden na de eerste twintig inclusies het gemiddelde en de standaarddeviatie in de controlegroep berekend door de ziekenhuisapotheker (PL). Met G*Power, versie 3.1.9.4 werd een tweezijdige Wilcoxon Mann Whitney Test (twee groepen: gemiddelde), met een α van 0,05 en power (1- β) van 0,95 uitgevoerd. Het resultaat was een totale minimale sample size van vijftig. Uitgaande van clusters studiemedicatie van twintig, met tien flacons voor elke studiegroep, werd de totale beoogde sample size vastgesteld op tachtig, hiermee ook rekening houdend met snelle bevallingen, onverwacht verlies van data en protocolschendingen.

Uitkomsten

De primaire uitkomst was het aantal toegediende remifentanilbolus 60 minuten na start van de pijnbehandeling. Secundaire uitkomsten waren (a) het aantal toegediende remifentanilbolus na 30, 90, 120, 150 en 180 minuten, (b) het aantal remifentanilbolus verzoeken na 30, 60, 90, 120, 150 en 180 minuten, (c) noodzaak tot zuurstoftoediening, (d) optreden van braken, (e) tijd tot volledige ontsluiting,

(f) Apgar score, (g) navelstrengbloedgas (pH) en (h) ongewenste uitkomsten. Het aantal bolusverzoeken en toedieningen werd op de genoemde tijden afgelezen op de infuuspomp tot het moment van volledige ontsluiting. Alle voor het onderzoek benodigde data werd geregistreerd op een checklist.

Resultaten

Tussen 15 juni en 11 december 2020 werden 39 vrouwen willekeurig toegewezen aan de paracetamolgroep en 40 aan de placebo-groep. Twee vrouwen in de paracetamolgroep kregen de toegewezen interventie niet, waardoor 37 vrouwen overbleven in de analyse. Basiskarakteristieken waren gelijk in beide groepen. De meeste deelnemers waren multipara (22 in de paracetamol-, 26 in de placebo-groep). Vierenveertig vrouwen werden durante partu overgedragen van de eerste naar de tweede lijn, de meest voorkomende reden hiervoor was een verzoek tot pijnstilling (10 in de paracetamol-, 18 in de placebo-groep). Tweeënzestig vrouwen in de totale groep kreeg remifentanil toegediend bij een ontsluiting tussen 5 en 8 centimeter. Zes vrouwen bereikten volledige ontsluiting binnen een half uur na start van de pijnbehandeling. Het aantal toegediende remifentanil bolus 60 minuten na start van de pijnbehandeling vertoonde geen verschil tussen de paracetamolgroep (mediaan = 15,0 (IQR 13,0-16,0)) en placebo-groep (mediaan = 15,0 (IQR 11,0-16,0)), $p = 0,303$). Het aantal toegediende bolus na 30, 90, 120 en 150 minuten liet ook geen significant verschil zien. Het aantal toegediende bolus remifentanil na 180 minuten was significant lager in de placebo-groep (mediaan = 43,0 (IQR 36,0-44,0) vergeleken met de paracetamol groep (mediaan = 47,5 (IQR 45,5-48,0), $p = 0,037$). Er was geen significant verschil in remifentanil bolus verzoeken na 30, 60, 90, 120, 150 en 180 minuten (tabel 1). Ook was er geen verschil in noodzaak tot zuurstoftoediening, optreden van braken, tijd tot volledige ontsluiting, Apgar score, navelstrengbloedgas (pH). Bij de ongewenste uitkomsten ging het om obstetrische ongewenste

Tabel 2. Secundaire uitkomsten

	Paracetamol (n=37)	Placebo (n=40)	OR (95%CI)	p-waarde
Zuurstoftoediening	12 (32,0%)	12 (30,0%)	1,12 (0,43-2,94)	1,000
Braken	6 (16,0%)	4 (10,0%)	1,74 (0,45-6,74)	0,507
Navelstrengbloedgas/ pH				
>7,2	23 (62,0%)	20 (50,0%)	1,64 (0,66-4,08)	0,284
7,1-7,2	9 (24,0%)	9 (22,5%)	1,11 (0,39-3,18)	0,850
7,0-7,1	2 (5,0%)	2 (5,0%)	1,09 (0,15-8,13)	0,936
<7,0	-	-	-	-
Apgar-score <7 na 5'	-	-	1	
Tijd tot volledige ontsluiting in minuten (Mediaan [IQR])	107 [68-184]	112 [58-186]		0,987
Serious Adverse Events (SAE)	-	-	-	-
Ongewenste uitkomsten	12 (32,4%)	9 (22,5%)	1,65 (0,60-4,55)	0,330

Data zijn n(%) tenzij anders vermeld, IQR Inter Quartile Range

uitkomsten en niet om onderzoek gerelateerde risico's. Het voorkomen van abnormaal CTG, vacuümextractie, sectio cesarea, fluxus post partum, schouderdystocie, (\geq) derdegraadsruptuur, fluxus post partum en opname neonaat was niet significant verschillend tussen de groepen (tabel 2).

Discussie

In deze trial naar multimodale pijnbehandeling tijdens de baring was er geen vermindering in opiatengebruik bij vrouwen die paracetamol als aanvullende pijnbehandeling kregen naast remifentanil ten opzichte van placebo. De hypothese dat paracetamol een reductie in remifentanil gebruik geeft wordt door dit onderzoek verworpen.

Conclusie

In dit onderzoek kon een reductie in opiatengebruik door toevoeging van

paracetamol aan standaard zorg met remifentanil niet worden aangetoond.

Referenties

1. Farmacotherapeutisch Kompas. Acute en chronische nociceptieve pijn. 2020 www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/indicatieteksten/acute_en_chronische_nociceptieve_pijn.
2. Pergolizzi J, Raffa R. The WHO Pain Ladder: Do We Need Another Step? Practical Pain Management: Remedy Health Media; 2015. www.practicalpainmanagement.com/resources/who-pain-ladder-do-we-need-another-step.
3. Vereniging voor Anesthesiologie. Pijnbestrijding bij de bevalling. 2018.
4. Logtenberg S. Remifentanil for labour analgesia. University of Amsterdam; 2018.
5. CBO richtlijn Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de baring. Federatie Medisch Specialisten; 2008.
6. NVOG. Richtlijn Postoperatieve Pijn. 2012.
7. Study protocol: The PaPa Trial: Paracetamol as an adjunct to intraPartum Remifentanil/PCA. An RCT of multimodal pain management during labor. 2020. www.trialregister.nl/trial/7863.
8. Moher D, Hopewell S, Schulz KF, et al. CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Int J Surg.* 2012;10(1):28-55.
9. NVOG. Standard Operating Procedure Remifentanil Patient Controlled Analgesia. www.nvog.nl/sop-remifentanil/2014.
10. Gupta K, Mitra S, Kazal S, et al. paracetamol as an adjunct to patient-controlled epidural analgesia with levobupivacaine and fentanyl in labour: a randomized controlled study. *Br J Anaesth.* 2016;117(5):617-22.
11. Booth JL, Ross VH, Nelson KE, et al. Epidural Neostigmine versus Fentanyl to Decrease Bupivacaine Use in Patient-controlled Epidural Analgesia during Labor: A Randomized, Double-blind, Controlled Study. *Anesthesiology.* 2017;127(1):50-7.
12. Ross VH, Pan PH, Owen MD, et al. Neostigmine decreases bupivacaine use by patient-controlled epidural analgesia during labor: a randomized controlled study. *Anesth Analg.* 2009;109(2):524-31.

Samenvatting

In een gerandomiseerd en placebogecontroleerd onderzoek werd onderzocht of toevoeging van paracetamol aan de behandeling met remifentanil PCA een reductie in opiatengebruik geeft. In dit onderzoek kon een reductie in opiatengebruik door toevoeging van paracetamol aan standaard zorg met remifentanil niet worden aangetoond. Ook was er geen vermindering in het aantal remifentanil bolusverzoeken, de noodzaak tot zuurstoftoediening, het optreden van braken, de tijd tot volledige ontsluiting, Apgar-score, navelstrengbloedgas (pH) en ongewenste uitkomsten.

Trefwoorden

remifentanil, paracetamol, multimodale pijnbehandeling, durante partu

Summary

This randomised, double-blind, placebo-controlled trial investigated if adding paracetamol to standard care with remifentanil PCA reduces opioid use. In this study, a reduction in opioid use could not be demonstrated. Neither was there a reduction in remifentanil bolusrequests, the need for oxygen administration, occurrence of vomiting, time to full dilatation, Apgar score, cordbloodgas(pH) and adverse events.

Keywords

remifentanil, paracetamol, multimodal pain treatment, birth

Contact

Marjolein Lansbergen-Mensink, Marjolein.Lansbergen@rdgg.nl, marjoleinmensink@gmail.com

Belangenverstrengeling

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

Trial registratie

Trialregister Nederland (www.trialregister.nl/) registratienummer: NL7863.

Financiering

Dit onderzoek werd mogelijk gemaakt door de Wetenschappelijke Activiteiten Commissie (WAC) van het Reinier de Graaf Gasthuis.

Absoluut kankerrisico na pilgebruik bij BRCA1/2-mutatiedraagsters

drs. L.H. Schrijver *Afdeling Epidemiologie, Nederlands Kanker Instituut, Amsterdam*

drs. T.M. Mooij *Afdeling Epidemiologie, Nederlands Kanker Instituut, Amsterdam*

dr. A. Pijpe *Afdeling Epidemiologie, Nederlands Kanker Instituut, Amsterdam*

dr. G.S. Sonke *Afdeling Medische oncologie, Nederlands Kanker Instituut, Amsterdam*

prof. dr. M.J.E. Mourits *Afdeling Gynaecologische oncologie, UMC Groningen*

prof. dr. ir. F.E. van Leeuwen *Afdeling Epidemiologie, Nederlands Kanker Instituut, Amsterdam*

dr. M.A. Rookus *Afdeling Epidemiologie, Nederlands Kanker Instituut, Amsterdam*

Het is al langer bekend dat het risico op borstkanker tijdens het gebruik van de anticonceptiepil licht verhoogd (met 24%) en het risico op eierstok- en baarmoederkanker sterk verlaagd (met 50%) is. Nadat pilgebruik is gestopt, neemt het verhoogde borstkankerrisico in tien jaar weer langzaam af, terwijl het verlaagde risico op eierstok- en baarmoederkanker nog langdurig aanhoudt. Vrouwen met een BRCA1- of BRCA2-mutatie hebben van nature een hoog risico op zowel borst- als eierstokkanker. Het was tot nu toe onduidelijk of pilgebruik bij deze vrouwen tot meer of juist minder kanker leidt. Om vrouwen te helpen bij het maken van keuzes omtrent pilgebruik, hebben we absolute kankerrisico berekeningen uitgevoerd, waarin het risico van pilgebruik op zowel borst-, eierstok- en baarmoederkanker meegenomen is.

Methode

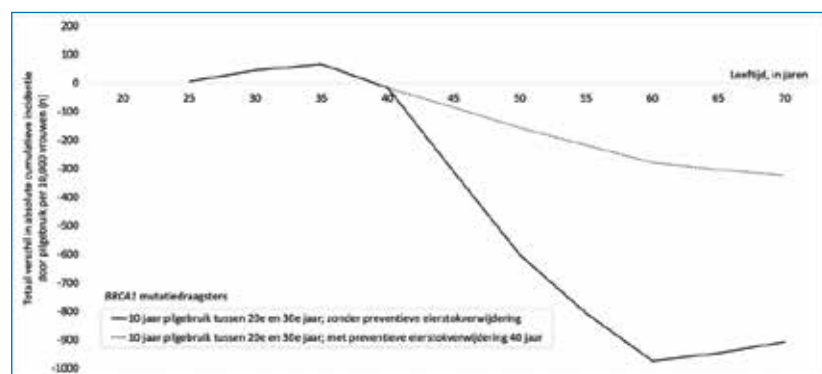
Gebruikmakend van de lifetable-methode is voor twee hypothetische groepen van 10.000 vrouwen (met of zonder pilgebruik) berekend hoeveel vrouwen op een bepaalde leeftijd borst-, eierstok- of baarmoederkanker zouden krijgen. Het aantal vrouwen dat door pilgebruik borstkanker zou krijgen of bij wie juist eierstok- of baarmoederkanker zou worden voorkómen (het netto pileffect) is per tumortype berekend als het verschil van het kankerrisico onder pilgebruikers en het risico onder niet-gebruikers. Door op elke leeftijd de netto pileffecten van de drie tumortypen bij elkaar op te tellen, is berekend of pilgebruik naar verwach-

ting tot een toename of juist tot een afname van het kankerrisico zou leiden. De absolute kankerrisicoberekening is gebaseerd op borst- en eierstokkanker incidentiecijfers bij BRCA1/2-mutatiedraagsters, overlevingscijfers van borst-, eierstok- en baarmoederkanker, concurrerende sterfte door andere doodsoorzaken en relatieve risico's voor de associatie tussen pilgebruik en het risico op borst-, eierstok- en baarmoederkanker. Er is gebruik gemaakt van de Nederlandse cijfers over het voorkómen van kanker (anders dan borst- en eierstokkanker), de overlevings- en sterfecijfers en de doodsoorzaken. De associatie tussen pilgebruik en het risico op borst- en eierstokkanker lijkt niet anders te zijn dan voor vrouwen van de gewone bevolking, daarom is er gekozen om deze relatieve risico's te gebruiken voor de berekening. De berekeningen zijn gedaan voor achttien scenario's met verschillen in de duur van het pilgebruik, de leeftijd van het pilgebruik en het wel of niet ondergaan van preventieve operaties. Daarnaast zijn er nog meerdere sensitiviteitsberekeningen

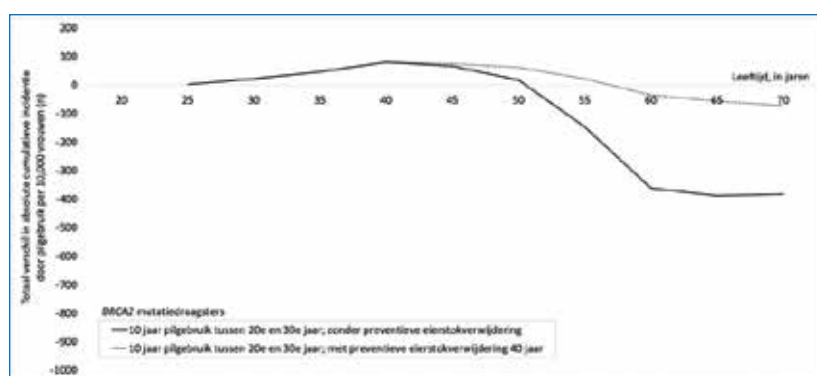
gedaan, bijvoorbeeld een scenario waarin hormoon suppletie therapie wordt gebruikt na een risicoreducerende bilaterale salpingo-oöphorectomie (RRSO).

Resultaten

Voor BRCA1- en BRCA2-mutatiedraagsters heeft pilgebruik op tiener of jongvolwassen leeftijd (< 25 jaar) weinig invloed op het kankerrisico. Daarnaast is het effect van pilgebruik op de lange termijn gunstig, want het leidt tot minder kanker in vergelijking met de groep die de pil niet slikt. Dat komt doordat het aantal vrouwen bij wie door pilgebruik eierstok- en baarmoederkanker wordt voorkómen, in de loop van het leven groter is dan het aantal vrouwen dat door pilgebruik borstkanker krijgt. Hier gaat echter wel een licht verhoogd kankerrisico tijdens of direct volgend op het pilgebruik aan vooraf. Dat komt doordat pilgebruik dan tot wat meer borstkanker leidt, terwijl eierstok- en baarmoederkanker in die levensfase nog weinig voorkómen. Als op oudere leeftijd het risico op eierstok-



Figuur 1. Totaal absoluut kankerrisico voor BRCA1-mutatiedraagster bij tien jaar pilgebruik, met en zonder preventieve bilaterale salpingo-oöphorectomie



Figuur 2. Totaal absoluut kankerrisico voor BRCA2-mutatiedraagster bij tien jaar pilgebruik, met en zonder preventieve bilaterale salpingo-oöphorectomie

kanker gaat toenemen, kiezen de meeste vrouwen met een BRCA1/2-mutatie voor een RRSO. Omdat deze operatie het risico op eierstokkanker uiteraard sterk reduceert, wordt het absolute beschermende effect van pilgebruik op de lange termijn minder groot. Het kankerrisico wordt ook minder gunstig als na een RRSO hormoonsuppletie therapie wordt gebruikt. Het gereduceerde kankerrisico door pilgebruik wordt al vanaf korte duur (≤ 5 jaar) van de hormoon suppletie therapie te niet gedaan.

Voor 10.000 BRCA1-mutatiedraagsters, met en zonder RRSO, komt het kankerrisico bij tien jaar pilgebruik (leeftijd pilgebruik 20-30 jaar) neer op een aantal van 66-196 extra 'pil'-gerelateerde kankerdiagnoses op 35 jarige leeftijd, boven op de verwachte 625 kankerdiagnoses bij nooit-pilgebruikers (afhankelijk van subtype borstkanker). Op zeventigjarige leeftijd leidt dit pilgebruik bij vrouwen die geen RRSO ondergaan, tot 907 minder kankerdiagnoses dan de verwachte 9.093 in nooit-pilgebruikers (1 op 11 gebruikers). Na een RRSO op veertigjarige leeftijd leidt dit pilgebruik tot 324 minder kankerdiagnoses dan de verwachte 6.762 in nooit-pilgebruikers (1 op 31 gebruikers). Voor 10.000 BRCA2-mutatiedraagsters, met en zonder RRSO, leidt tien jaar pilgebruik (leeftijd pilgebruik 20-30 jaar) tot tachtig extra pil-gerelateerde kankerdiagnoses op veertigjarige leeftijd, boven op de verwachte 651 kankerdiagnoses bij nooit-pilgebruikers. Op zeventigjarige leeftijd leidt dit pilgebruik bij vrouwen zonder RRSO tot 382 minder kankerdiagnoses dan de verwachte 6.156 in nooit-pilgebruikers (1 op 26

gebruikers). Na een RRSO op veertigjarige leeftijd leidt dit pilgebruik tot 73 minder kankerdiagnoses dan de verwachte 3.408 in nooit-pilgebruikers (1 op 137 gebruikers).

Het patroon is dat pilgebruik de absolute cumulatieve incidentie van kanker in de eerste jaren na pilgebruik verhoogt, maar de lange termijnrisico's vermindert. Dit is vergelijkbaar voor andere scenario's waarin de duur van het gebruik en de leeftijd bij het eerste pilgebruik variëren.

Wat betekent dat in de praktijk?

Voor alle vrouwen in de vruchtbare leeftijd, die seksueel actief zijn en niet zwanger willen worden, is het belangrijk om te zorgen voor goede en betrouwbare anticonceptie. Zeker bij tieners en jong-volwassenen, met of zonder BRCA-mutatie, is de pil daarvoor heel geschikt.

Voor vrouwen met een BRCA-mutatie is het belangrijk om zich vanaf 25-30 jaar bewust te worden van de afweging die ze kunnen maken. Vinden ze het verhoogde kankerrisico op de korte termijn acceptabel, gezien de voordelen van pilgebruik en het hoge kankerrisico dat ze toch al hebben, of willen ze verdere risicostijging voorkomen door over te stappen op niet-hormonale anticonceptie, zoals condoms of een niet-hormonaal spiraal. Hoewel de gegevens nog beperkt zijn, is het onwaarschijnlijk dat een hormoonspiraal een goed alternatief is voor de pil met betrekking tot het kankerrisico.

Vrouwen met een BRCA-mutatie, die geen preventieve borstverwijdering hebben ondergaan en na tien jaar pilgebruik voor een RRSO kiezen en besluit-

ten hormoonsuppletie therapie te gaan gebruiken, zou kunnen worden aangeraden om de duur hiervan te beperken. Het pilgebruik leidt samen met de hormoonsuppletie therapie namelijk al bij korte therapieduur (≤ 5 jaar) tot een verhoogd kankerrisico op zowel de korte als de lange termijn.

Vrouwen met een BRCA-mutatie die een preventieve bilaterale borstverwijdering ondergaan, ondervinden geen verhoogde kankerrisico's van pilgebruik of hormoonsuppletie therapie.

Al met al lijkt het ons waardevol onze nieuwe bevindingen mee te nemen bij het kritisch beoordelen van de huidige richtlijnen rond orale anticonceptie, hormoonsuppletie therapie en de erfelijkbelaste groep.

Artikel

Oral Contraceptive Use in BRCA1 and BRCA2 Mutation Carriers: Absolute Cancer Risks and Benefits; Journal of the National Cancer Institute online January 2022 (February 2022 in press).

Contact

Floor van Leeuwen,
f.v.leeuwen@nki.nl

Landelijk cursorisch onderwijs ten tijde van LOGO

dr. F.A. Eggink aios, VAGO-clustervertegenwoordiger Groningen, lid Commissie Onderwijs

drs. C.A.T. Kanne beleidsadviseur NVOG

dr. I.A. Brussé voorzitter Commissie Onderwijs

dr. R.A. de Leeuw voorzitter Commissie Curriculum, lid Commissie Onderwijs
Namens de NVOG Commissie Onderwijs

Het zal niemand zijn ontgaan: 2022 staat in het teken van de transitie naar het nieuwe opleidingsplan LOGO. Binnen LOGO zijn nieuwe kaders geschetst voor de opleiding waarbij ook veel ruimte is gelaten voor individualisering van opleidingsplannen. In aanloop naar het nieuwe landelijke opleidingsplan heeft de Commissie Onderwijs een adviesrapport opgesteld voor de Koepel Opleiding.

In het adviesrapport van de Commissie Onderwijs wordt de ambitie uitgesproken het landelijke scholingsaanbod niet alleen goed aan te laten sluiten op de ontwikkeling die aiossen met LOGO doorlopen, maar ook aandacht te besteden aan het professionaliseren en moderniseren van het huidige cursusaanbod. Denk daarbij aan ondersteuning van cursusorganisaties, het inzetten op 'just in time learning' en het optimaal toepassen van gevarieerde vormen van onderwijs ('blended') om het leerrendement te verhogen. Het adviesrapport is te lezen op de ledenwebsite onder de Koepel Opleiding.

Evaluatie huidig cursusaanbod

Een belangrijke eerste stap in het bereiken van onze ambities was het evalueren van het huidige aanbod van landelijk cursorisch onderwijs. Eind 2021 zijn enquêtes uitgezet onder aiossen en cursusorganisaties. Resultaten van deze enquête zijn vervolgens besproken tijdens een thema-avond op 15 februari 2022 waarbij cursusorganisaties, aiossen en leden van de Commissie Onderwijs met elkaar in gesprek gingen. De aios-enquête is ingevuld door 23% van de aiossen (n=79). Er was een evenredige verdeling tussen de zeven clusters en de zes opleidingsjaren. In totaal zijn er 22 landelijke cursussen voor aiossen gynaecologie en obstetrie, waarvan

twaalf cursussen verplicht zijn. Van de aiossen vindt 86% het totaal aantal cursussen voldoende; 14% vindt het aantal te weinig. De verdeling in aanbevelen en verplichte cursussen wordt door 57% van de aiossen als goed beoordeeld; 35% vindt dat er te weinig verplichte cursussen zijn. Uit de enquête blijkt dat aiossen tevreden zijn over de verdeling van het huidige cursorisch onderwijs over de verschillende EPA's binnen LOGO. Aiossen hebben behoefte aan aanvullend cursorisch onderwijs van de EPA's levensloop endocrinologie en voortplantingsgeneeskunde. Een meerderheid van de aiossen is van mening dat cursussen die binnen de basis EPA's vallen ook echt in de eerste vier jaar gevolgd zouden moeten worden, zodat er daarna ruimte is voor verdiepende cursus in de differentiatie fase van de opleiding. Indien gewenst kunnen verdere data uit de enquête door cursusorganisaties worden opgevraagd bij de Commissie Onderwijs.

Ontwikkeling digitale leeromgeving NVOG

In de afgelopen drie jaar is, in het kader van het project Opleiden 2025, door de FMS een digitale leeromgeving ontwikkeld waar alle wetenschappelijke verenigingen vrij gebruik van kunnen maken. Bijna alle wetenschappelijke verenigingen hebben aangegeven met dit initiatief mee te willen doen. Er wordt inmiddels hard gewerkt om de Digitale Leer Omgeving (DLO) van de NVOG in te richten en uit te rollen. Met de DLO wordt beoogd een centrale leerplek te creëren waar men terecht kan voor de voorbereiding van een cursus en naslag van cursusmateriaal. Hiermee kan een belangrijke bijdrage geleverd worden aan multidisciplinair leren middels 'blended' onderwijsvormen. Daarnaast is er de ambitie om cursussen middels de DLO te onder-

steunen in logistieke, administratieve en financiële afhandeling van cursussen. Binnen de DLO zou na afloop van de cursus (en indien gewenst pas na het invullen van een online evaluatie) het certificaat uitgegeven kunnen worden, waarbij deze automatisch gekoppeld zal worden aan het online portfolio van de cursist.

Vanuit de enquête en de thema-avond is duidelijk geworden dat cursusorganisaties behoefte hebben aan centrale ondersteuning en dat zij enthousiast zijn voor de toepassingen van blended onderwijsvormen. De inzet van een centrale DLO vanuit de NVOG zou volgens hen hierbij goed aansluiten. De cursusorganisaties benadrukken het belang van (onderwijskundige) ondersteuning bij het vernieuwen van de huidige cursusinhoud en de implementatie binnen de NVOG DLO.

De Commissie Onderwijs heeft de ambitie om op termijn het gehele landelijke cursorisch onderwijs via de DLO aan te bieden en te faciliteren. Als pilot wordt op dit moment de "cursus stuitligging en bevalling" aangevuld met blended onderwijs in de DLO. Daarnaast wordt er verkend of enkele andere cursussen (zowel verplicht als aanbevolen) ook te implementeren zijn in de DLO. Hiervoor is met ondersteuning van de FMS een team samengesteld met daarin onderwijskundigen, leden van de Commissie Onderwijs en de cursusorganisaties.

De Commissie Onderwijs kijkt met vertrouwen uit naar een intensieve samenwerking met de Commissie Curriculum om samen de ambities binnen de nieuwe DLO te kunnen realiseren. We hopen jullie dit jaar al te kunnen verwelkomen op de DLO van de NVOG!

U registreert het al... nuttig gebruik van eigen data

drs. L. Broeders, dr. S.V. Koenen, dr. A.N. Rosman
namens de werkgroep SKMS fluxus post partum

Verloskundig zorgverleners registreren veel gegevens over het verloop van de zwangerschap en bevalling in de Perinatale Registratie Nederland (Perined). De mate waarin deze data binnen de verloskundige keten wordt gebruikt voor reflectie of verbetering van zorg is echter beperkt. In dit artikel wordt beschreven hoe Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV) kunnen worden ondersteund in het inzien en bespreken van eigen data. De besproken werkwijze kan voor meerdere uitkomsten worden toegepast, in deze opzet is gekozen voor hemorragie post partum (HPP).

Analyse over de periode 2012-2020 toonde aan dat gemiddeld 6,2% van alle bevallingen in Nederland gecompliceerd werd door HPP, dat wil zeggen meer dan 1.000 ml bloedverlies.¹ Dat zijn ongeveer tienduizend vrouwen in Nederland per jaar. Wat opvalt is dat er aanzienlijke verschillen in de percentages bestaan in het voorkomen van HPP tussen de verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV) (3,3%-10,4%). Dat leidde tot de vraag of en op welke manier VSV's de door hen geleverde zorg en uitkomsten bespreken en wat nodig is om VSV's daarin zo goed mogelijk te faciliteren. Hieruit volgde het uitschieterproject fluxus post partum.

Methode

Bovengenoemde is opgepakt door een werkgroep met vertegenwoordigers van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA). De Patiënten Federatie Nederland is tevens aangehaakt. De Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) zorgt voor financiële ondersteuning. De werkgroep heeft op basis van wetenschappelijke literatuur en voorbeelden vanuit andere disciplines een stappen-

plan ontwikkeld om te komen tot een gebruikersvriendelijke webapplicatie voor zelfscreening en verbetering.^{2,3,4,5} De ontwikkelde webapplicatie is het middel waarmee inzicht wordt verkregen in de zorg rondom de fluxus. Door het invullen van de webapplicatie wordt bijvoorbeeld duidelijk of er delay in de zorg is opgetreden of dat het protocol niet is nageleefd, of dat er te weinig hulp is ingeschakeld et cetera. Door meerdere casussen in te vullen in de webapplicatie worden patronen zichtbaar die aanleiding kunnen zijn tot het opzetten van een plan-do-check-act- (PDCA-)cyclus. De werkgroep beoogde negen VSV's te benaderen voor deelname waarbij drie VSV's met een hoger dan landelijk gemiddeld percentage massaal bloedverlies, drie gemiddeld presterende VSV's en drie VSV's onder het landelijke gemiddelde. Dit om inzicht te krijgen in de geleverde zorg. Vrijwel alle benaderde VSV's stemden in met deelname nadat ze werden voorgelicht over het doel en de gevraagde inspanning voor deelname aan het project. Voorafgaand aan de ontwikkeling en validatie van de webapplicatie werden de deelnemende VSV's geïnterviewd

over de huidige werkwijze rondom massaal bloedverlies en (kwaliteits-)besprekingen over deze uitkomst. De interviewvragen waren gebaseerd op wetenschappelijke literatuur van eerdere studies naar bloedverlies bij de bevalling en het rapport *Sturen op Kwaliteit* van de Nederlandse Federatie van UMC's (figuur 1).^{2,3}

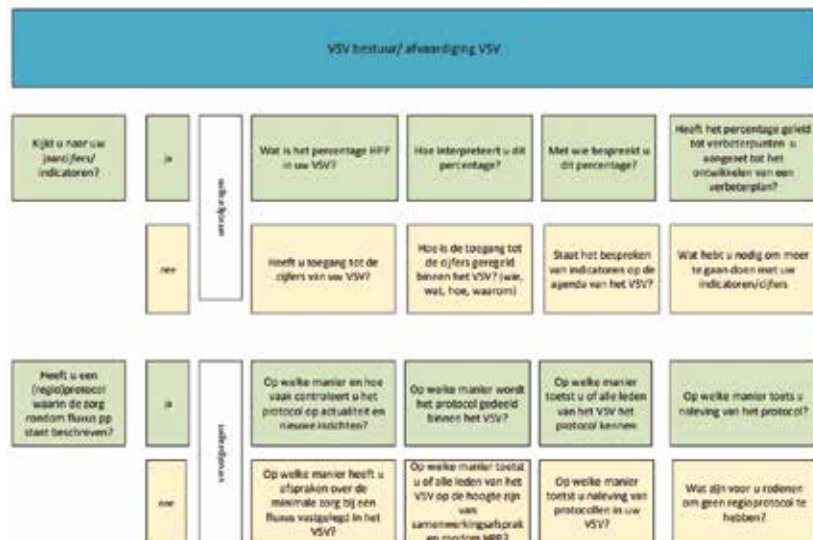
Resultaten

Belangstelling van VSV-besturen

De belangstelling van VSV-besturen om mee te doen aan het project was groot. Ook VSV-besturen die via de Federatie van Verloskundige Samenwerkingsverbanden hoorden over het project, benaderden de werkgroep of zij mee mochten doen aan het project. Dit werd zo veel mogelijk gehonoreerd. Uiteindelijk besloten zes VSV-besturen direct mee te doen aan het project en overweegt één VSV-bestuur nog deelname. De reden voor deelname werd vooral gezien als een kans om met hulp gestructureerde kwaliteitsbesprekingen op te starten binnen het VSV. Twee VSV's zagen alsnog af van deelname vanwege onder andere onderbezetting in COVID-tijd en/of andere prioriteiten.



Figuur 1. Interviewvragen voor afvaardiging van het VSV



Inzicht in cijfers

Vrijwel alle VSV-besturen gaven aan geen vaste (jaar)agenda te hebben voor het bespreken van indicatoren en dat een bespreking niet altijd met alle VSV-vertegenwoordigers wordt gedaan. Het belang van dit soort besprekingen werd wél door alle VSV-besturen onderstreept. Waar de meeste geïnterviewden het landelijke percentage massaal bloedverlies konden noemen, ontbrak het veelal aan kennis over het percentage van het eigen VSV. Hiermee kwam ook de toegankelijkheid van de Perined-cijfers ter sprake. Bij de meeste VSV-besturen bestond de indruk dat dit goed geregeld was, maar wist men niet altijd wie toegang had tot de cijfers en wie verantwoordelijk was voor de terugkoppeling van cijfers naar het gehele VSV. In een drietal VSV's was dit belegd bij een commissie kwaliteit. De applicatie mijnPerined.nl was bekend bij VSV-bestuurders en werd genoemd als optie om meer te reflecteren en leren van de eigen jaarcijfers. Training in het gebruik van mijnPerined.nl werd gesuggereerd om het gebruik te stimuleren.

Kwaliteitsbesprekingen vragen een grote tijdsinvestering van een beperkt aantal personen binnen het VSV. Er werd gesteld dat kwaliteitsbesprekingen zeker essentieel zijn maar dat het rendement bepaald wordt door goede voorbereiding. Tijd voor voorbereiding van kwaliteitsbesprekingen werd genoemd als knelpunt. Een instrument met eigen data waarmee snel en goed inzicht in geleverde zorg wordt verkregen kan de benodigde voorbereidingstijd van besprekingen beperken.

Mogelijkheden met cijfers

Uit de interviews kwam naar voren dat sommige bestuurders ambivalent stonden tegenover de cijfers in de perinatale registratie en/of met analyses waarmee inzicht verkregen kan worden over de geleverde zorg. Alle geïnterviewden gaven aan dat deze bewustwording essentieel is om op een gestructureerde manier over het kwaliteitsbeleid binnen een VSV te kunnen spreken. En om daarmee te komen tot een goede verbetercyclus indien de geleverde zorg niet voldoet aan de normen en waarden van het VSV.

Bij een aantal VSV-besturen kwam naar

voren dat het bespreken van VSV-cijfers gevoelig ligt. Zij stelden dat het bespreken van uitkomsten niet mocht leiden tot vingerwijzen maar vooral gezien moest worden als een gezamenlijke verantwoordelijkheid over de geleverde zorg. Het kunnen krijgen van hulp om op een objectieve manier kwaliteitsbesprekingen te kunnen houden werd aangegeven als zeer waardevol.

Discussie en conclusie

Het bespreken van geleverde zorg in de vorm van kwaliteitsbesprekingen wordt door VSV-besturen gezien als essentieel. Het gezamenlijk bespreken leidt tot bewustwording over de geleverde zorg en kan leiden tot mogelijke verbeterpunten in de zorg rondom een bepaald thema. Belemmerende factoren hierbij zijn de toegang tot en interpretatie van de eigen VSV-cijfers, een mogelijke gevoeligheid onder zorgverleners bij het bespreken van cijfers en de tijdsinvestering om objectieve gestructureerde besprekingen voor te bereiden en te organiseren. Het hebben van een instrument om reeds geregistreerde gegevens om te zetten in een bespreekdocument kan bijdragen aan kwaliteitsbesprekingen.

Het multidisciplinair bespreken van geleverde zorg op bepaalde thema's zorgt voor meer bewustwording over ieders bijdrage aan het zorgproces. Het is belangrijk om daarbij niet alleen over de eigen 'beroepsgrenzen' heen te kijken maar vooral te kijken naar welke beroepsrollen bij een thema betrokken zijn. Zo wordt in het huidige project ook gestuurd op deelname van anesthesiologen, OK-teams en verpleegkundigen. Zij hebben in het zorgproces rondom massaal bloedverlies een belangrijke rol maar zijn niet altijd goed op de hoogte van obstetrische protocollen. Veel klinieken hebben voor het OK-gedeelte eigen protocollen voor massaal (on going) bloedverlies. Het zou goed zijn als deze protocollen afgestemd worden op protocollen gehanteerd door obstetrisch zorgverleners als het gaat om een obstetrische patiënte met massaal bloedverlies na de bevalling.

Daarbij zijn aanpalende beroepsgroepen zoals bijvoorbeeld anesthesiologen vaak geen VSV-leden dus niet standaard betrokken bij kwaliteitsbesprekingen. Zeker als de besprekingen leiden tot het

opstellen van een PDCA-cyclus is het belangrijk om draagvlak te hebben van alle betrokken beroepsrollen. Dit aspect is niet als zodanig besproken met de VSV-besturen maar wordt door de werkgroep zeer sterk aanbevolen bij het bespreken van geleverde zorg. Binnen de perinatale audit in het algemeen wordt per casus besproken welke rollen er bij betrokken waren en worden professionals specifiek uitgenodigd om deel te nemen aan de audit. Dit leidt tot meer inzicht in het proces en meer betrokkenheid van professionals die een rol hebben binnen de geboortezorg maar niet direct VSV-lid zijn.

In dit artikel is beschreven dat VSV's wisselende uitkomsten hebben voor HPP. Kwaliteitsbesprekingen worden nauwelijks structureel georganiseerd binnen de VSV's, hoewel die behoefte wel bestaat. Ondersteuning voor inzage en interpretatie van eigen data is wenselijk om kwaliteitsbesprekingen te organiseren en hiermee beter te kunnen sturen op gewenste uitkomsten. Waarbij een instrument dat reeds geregistreerde gegevens omzet in een bespreekdocument van toegevoegde waarde kan zijn. Volgende stap is het beschikbaar maken van de dataset voor HPP voor alle VSV's. Wanneer VSV's ervaren dat deze manier van inzage en bespreken van uitkomsten nuttig en zinvol is, kan in de toekomst een dergelijke opzet ook worden gebruikt voor overige zwangerschapsgerelateerde uitkomsten.

Referenties

1. Perined, Utrecht, 2022, geraadpleegd via: www.perinat.nl, op datum 04-03-2022
2. Woiski, Mallory D., et al. "Haemorrhagia post partum; an implementation study on the evidence-based guideline of the Dutch Society of Obstetrics and Gynaecology (NVOG) and the MOET (Managing Obstetric Emergencies and Trauma-course) instructions; the Fluxim study." *BMC Pregnancy and Childbirth* 10.1 (2010): 1-5.
3. Schaap, T., Vankan Buitelaar, S., Beenackers, I., Derks, J., & Franx, A. Maternal Morbidity Dashboard. (2017)
4. Mavrides E, Allard S, Chandraran E, Collins P, Green L, Hunt BJ, Riris S, Thomson AJ on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. *BJOG* 2016;124:e106-e149
5. World Health Organization. (2012). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. World Health Organization.

Recente update van de richtlijn Minimaal Invasieve Chirurgie

drs. A.A. de Ruigh *redacteur*

dr. A.W. Kastelein *redacteur*

In augustus 2021 verscheen een update van de richtlijn Minimaal Invasieve Chirurgie (MIC), een uitgebreide richtlijn bestaande uit 24 modules. We bespreken hier (de achtergrond van) enkele wijzigingen, waaronder de verschillende entreetechnieken, de druk van het pneumoperitoneum, trocars, laparoscopie bij zwangere vrouwen, patiëntenvoorlichting en duurzaamheid. Voor de volledige richtlijn gaat u naar www.richtlijnen-database.nl.

Entreetechnieken

Er zijn in hoofdlijnen drie verschillende entreetechnieken te onderscheiden: de open techniek, de gesloten techniek (directe trocarentree en Veressnaald-insertie) en de hybridetechniek. Op basis van de cruciale uitkomstmaten lijkt er geen verschil te zijn tussen de open en de gesloten entreetechniek. Zo wordt er in de beschreven studies geen klinisch relevant verschil gevonden voor vasculair of visceraal letsel, bloedingen van de insteekopening of solide orgaan letsel.¹ Analyse van de beschikbare literatuur waaronder een Cochrane review uit 2019 laat zien dat de gesloten techniek mogelijk leidt tot minder littekenbreuken (1/1093 versus 9/1081, *risk ratio* (RR) 3,97 (*Confidence Interval* (CI) 0,81 tot 19,55)) dan de open techniek. Binnen de gesloten entreetechnieken leidt directe trocarentree mogelijk tot minder vasculair letsel dan bij Veressnaald insertie (0/1234 versus 6/1288, RR 0,14 (CI 0,02 tot 1,15)). De bewijskracht van de literatuur is echter zeer laag en het advies is daarom de techniek te kiezen waarmee de operateur het meest vertrouwd is. Anders dan de vorige richtlijn kunnen dus nu ook de directe trocarentree en de hybride techniek (onder zicht techniek met EN zonder voorafgaand pneumoperitoneum) gewoon gebruikt worden als de operateur daarmee vertrouwd is.

Pneumoperitoneum

Er wordt geadviseerd om een standaard intra-abdominale druk (12 tot 15 mm Hg) te gebruiken. Ook de entree wordt bij voorkeur verricht bij deze druk. Kortdurend hyperextensie druk (> 15 mm Hg) voor introductie van de trocars lijkt niet schadelijk voor ASA 1-2 patiënten, maar lijkt ook niet noodzakelijk te zijn. Er zijn zes studies die complicaties beschreven, waarvan er in drie studies de trocars geïntroduceerd werden bij lage druk (8 tot 10 mm Hg) en in één studie bij een druk van 15 mm Hg. De intra-abdominale druk in de andere twee studies is niet bekend. In geen van de studies werd verschil gezien in complicaties, zoals vasculair of visceraal letsel. Ook een systematische review uit 2016 liet geen verschil zien in complicaties.² Daarbij dient wel te worden opgemerkt dat de meeste studies te weinig power hebben voor de uitkomstmaat complicaties. Het gebruik van lage intra-abdominale druk (8 tot 10 mm Hg) wordt niet geadviseerd, omdat er geen klinisch relevante voordelen zijn, en het kan zorgen voor slechtere chirurgische condities.

Trocars en het sluiten van de opening

De richtlijn raadt aan om niet-snijdende trocars te gebruiken voor alle diameters en niet enkel meer voor een diameter tussen 10 en 12 mm. Dit advies is gebaseerd op oudere literatuur die laat zien dat niet-snijdende trocars mogelijk een lager risico geven op poorthernatie dan snijdende trocars. Zo laat een cohortstudie (n=1228 chirurgische laparoscopieën) uit 1999 een significante afname zien van poorthernia's bij insteken met een diameter \geq 12 mm waar niet-snijdende trocars werden gebruikt in plaats van snijdende trocars. Bij 1,83% (11/600) van de patiënten waarbij gebruik werd gemaakt van snijdende (disposable) trocars trad hernatie op, versus bij 0,17% van de patiënten waarbij conisch

niet-snijdende trocars (reusable) werden gebruikt.³ De richtlijn raadt verder aan om de fascie bij trocارينsteekopeningen \leq 10 mm niet te sluiten, en openingen > 10 mm wel te sluiten. Er zijn geen aanbevelingen over de methode waarop gesloten moet worden.

Laparoscopie bij zwangere vrouwen

Ook bij zwangere patiënten is de beschikbare literatuur over de verschillende entreetechnieken zeer beperkt. Uit de beschikbare literatuur en internationale richtlijnen blijkt geen voorkeur voor een specifieke entreetechniek, daarom wordt geadviseerd de techniek te gebruiken waarmee de operateur het meest vertrouwd is. De locatie van de entree en de overige poorten moeten worden aangepast aan de hoogte van de uterus, waarbij Palmer's point als alternatieve locatie voor introductie gebruikt kan worden. De Amerikaanse vereniging van gastro-intestinale chirurgen (SAGES) en de Britse vereniging voor gynaecologie en obstetrie (RCOG) hebben hun richtlij-

Wat moet u weten voor de voortgangstoets?

Vraag: U ziet een G1P0 met een amenorroe duur van 32 weken met een symptomatische ovariumcyste. Mag u bij haar een laparoscopische cystectomie verrichten en zo ja, welke introductietechniek en entree locatie gebruikt u?

Antwoord: Ja, u mag haar laparoscopisch opereren. Een laparoscopie blijkt veilig uitgevoerd te kunnen worden in elk trimester van de zwangerschap als een operatie geïndiceerd is. U kiest de introductietechniek waarmee u het meest vertrouwd bent. Pas de entree locatie aan op basis van de hoogte van de uterus. Palmer's point lijkt gezien de zwangerschapsduur de veiligste locatie.

nen over laparoscopie bij zwangerschap recent herzien en komen tot een aantal (nieuwe) aanbevelingen die meegenomen zijn in de update van de richtlijn MIC.

De SAGES-richtlijn is in 2017 herzien, waarbij relevante literatuur tot maart 2016 geïncorporeerd is.⁴ Dit betreft veelal case series en retrospectief onderzoek, waarbij er geen prospectief vergelijkend onderzoek beschikbaar is. Er worden een aantal aanbevelingen op basis van GRADE gedaan. De eerdere aanbeveling dat niet-acute operaties vermeden moeten worden in het eerste en derde trimester, wordt verlaten. Laparoscopie kan veilig uitgevoerd worden in elk trimester als een operatie geïndiceerd is (GRADE: sterke aanbeveling). Daarbij wordt opgemerkt dat het uitstellen van noodzakelijke operaties kan leiden tot verhoogd risico op complicaties voor zowel moeder als foetus. Voorts wordt aangegeven dat voor vrouwen met een symptomatische adnexcyste (GRADE: zwak) of verdenking op een torsie (GRADE: sterk) laparoscopische behandeling veilig en effectief is bij zwangere patiënten. Pneumoperitoneum drukken van 12-15 mm Hg kunnen daarbij veilig gebruikt worden (GRADE: zwakke aanbeveling). Na 24 weken zwangerschapsduur dient er pre- en postoperatief een CTG gemaakt te worden. Er is onvoldoende bewijs dat perioperatieve CTG-bewaking van toegevoegde waarde is. In de onderzoeken waar dit gedaan is, werden peroperatief geen CTG-afwijkingen gezien (GRADE: zwak).

De RCOG-richtlijn is in 2019 herzien.⁵ In deze richtlijn is GRADE niet gebruikt, maar er worden aanbevelingen gedaan op basis van bewijskracht lopend van A (sterk) tot D (zwak). Ook in deze richtlijn wordt de aanbeveling om na het tweede trimester niet meer laparoscopisch te opereren verlaten, omdat er goede maternale en foetale uitkomsten zijn voor laparoscopische appendectomie, cholecystectomie en adnex operaties tot 34 weken (bewijskracht D; zwak). Er wordt geen aanbevelingen gedaan over de entreetechniek en de locatie van de primaire poort, met name door het ontbreken van prospectief of gerandomiseerd onderzoek.

Samenvatting en wat is nieuw in de richtlijn Minimaal Invasieve Chirurgie:

- Er is geen verschil tussen de open of gesloten entreetechniek op basis van de cruciale uitkomstmaten. De operateur dient de techniek te kiezen waarmee hij of zij het meest vertrouwd is.
- Gebruik een standaard intra-abdominale druk (12-15 mm Hg) voor zowel ingreep als introductie van trocars.
- Laparoscopie kan veilig worden uitgevoerd in elk trimester van de zwangerschap wanneer een operatie geïndiceerd is.
- Probeer rekening te houden met duurzaamheid en betrek duurzaamheid ook in de overwegingen van aanschaf en gebruik van materialen en instrumenten binnen MIC.
- Wanneer patiënten worden voorgelicht over complicaties, maak onderscheid tussen entree-gerelateerde en ingreepspecifieke complicaties

Duurzaamheid

De richtlijn heeft een korte module toegevoegd over duurzaamheid, en stelt dat duurzaamheid betrokken dient te worden in de overwegingen van aanschaf en gebruik van materialen en instrumenten binnen MIC. Er worden geen concrete adviezen gegeven, omdat er nog te weinig bekend zou zijn. Op dit moment wordt er veel onderzoek gedaan met zogenaamde Levens Cyclus Analyses (LCA's). Hierbij wordt de milieubelasting en verbruikte bronnen van een product over de gehele levenscyclus in kaart gebracht, zodat een weloverwogen keuze gemaakt kan worden voor het gebruik van producten of alternatieven. Wat natuurlijk wel bekend is, is dat de afvalproductie en CO₂-productie op de operatiekamer (OK) enorm is en dat er steeds meer gebruik wordt gemaakt van wegwerp producten.⁶ Zogeheten green teams zijn bezig de afval- en CO₂-productie in kaart te brengen en te verminderen. Wellicht gaan we terug naar het gebruik van meer reusable producten binnen de laparoscopie, om zo de circulariteit te vergroten. Hopelijk heeft de volgende editie van deze richtlijn een meer inhoudelijk advies om de afvalproductie op de OK te verminderen. Op dit moment wordt er een leidraad duurzaamheid ontwikkeld, die adviezen geeft om duurzaamheid in richtlijnen te incorporeren.

Patiëntenvoorlichting

De voorlichting aan patiënten moet voldoen aan de eisen die gesteld worden binnen de WGBO. De patiënt moet worden voorgelicht over het standaardbeloop van de laparoscopie, hoe de ingreep verricht wordt, de typische

schouderpijn, over de locatie en grootte van de insteekincisies en het conversierisico. Bij het bespreken van de complicaties dient onderscheid gemaakt te worden tussen entree-gerelateerde en ingreepspecifieke complicaties.

Informeer de patiënt daarnaast dat er op Thuisarts.nl informatie te vinden is over laparoscopieën. Folder: 'ik krijg een kijkoperatie van mijn buik (laparoscopie)'. Binnenkort komt er tevens een animatiefilm over laparoscopie beschikbaar op degynaecoloog.nl, waar patiënten naar verwezen kunnen worden. (www.degynaecoloog.nl/informatiefilmpjes/)

Deze rubriek is geschreven in samenspraak met drs. F. Tummers en prof. dr. F.W. Jansen, respectievelijk lid en voorzitter van de werkgroep Richtlijn Minimaal Invasieve Chirurgie.

Referenties

1. Ahmad et al, 2019. Laparoscopic entry techniques. Cochrane Database.
2. Ozdemir-van Bunschot et al, 2016. What is the evidence for the use of low-pressure pneumoperitoneum? A systematic review.
3. Leibl et al, 1999. Laparoscopic surgery complications associated with trocar tip design: review of literature and own results. (Review) (33 refs). Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques.
4. Pearls et al, 2017. SAGES guidelines for the use of laparoscopy during pregnancy.
5. Ball et al, 2019. Evidence-Based Guideline on Laparoscopy in Pregnancy.
6. Friedericy et al, 2019. Steps for reducing the carbon footprint of the operating room.

Onze pensioenmiljarden worden vervuילend geïnvesteerd: het laaghangende klimaatfruit lonkt

dr. Nienke Weiss *chef de clinique, OLVG en algemeen lid Gynae Goes Green*

dr. Serge Zweers *maag-darm-leverarts, Maasstad Ziekenhuis en pleitbezorger terugtrekken van investeringen uit ziekmakende industrieën, plv. afgevaardigde Stichting Pensioenfondsen Medisch Specialisten*

2021 ligt alweer enige tijd achter ons. Het jaar dat door Gynae Goes Green werd uitgeroepen als het jaar van de duurzaamheid. De commissie heeft veel nagedacht over hoe duurzaamheid op de (ziekenhuis)werkvloer verbeterd kan worden. Het energieverbruik moet omlaag? Samen met onze technici optimaliseerden we het afzuigstelsel van de OK. Minder verspilling en minder afval? Een life cycle analysis van partussets pleit voor de herbruikbare variant. Steriele handschoenen op de verloskammers? Lijkt echt niet nodig. Anesthesie middels desfluraan? Doe ons maar propofol ...

Het is inspirerend en hoopgevend om te zien hoeveel momentum er in korte tijd al is ontstaan onder zorgverleners om bij te dragen aan vergroening: de Green Teams schieten in zorginstellingen als paddenstoelen uit de grond. Het belang om de ecologische voetafdruk van ons medisch handelen zo vlot mogelijk te verkleinen staat niet meer ter discussie. Medici hebben als primaire taak om gezondheid te bevorderen en de klimaatcrisis is nu eenmaal een gezondheidscrisis. Voor gynaecologen is het bovendien een aangenaam uitgangspunt als we onze nieuwgeborenen op een gezonde en toekomstbestendige planeet kunnen zetten.

Onverwachte hoek

Het lijkt ons van cruciaal belang om bij al deze vergroeningsenergie een extra perspectief onder de aandacht te brengen. We zouden anders zomaar aan het 'laagsthangende klimaatfruit' voorbij kunnen gaan. De vergroeningspotentie zou voor sommigen weleens uit onverwachte hoek kunnen komen: de pensioenfondsen. De koers van de maatschappij hangt voor een groot deel af van hoe 'het grote kapitaal' geïnvesteerd wordt. Een miljard in windenergie heeft een andere impact dan een

miljard in nieuwe oliebronnen. Neem in dit kader de 1700 miljard (!) in gedachten die de Nederlandse pensioenfondsen investeren voor onze oude dag: wat een impact is daar mee te maken! Helaas richten pensioenfondsen zich nog te veel op maximaal rendement, zonder stil te staan bij een leefbare wereld op het moment dat de deelnemers van hun pensioen gaan genieten. Terwijl dat uitstekend samen kan. Grootschalige investeringen in olie en gas, massale ontbossing van Amazone en elders, grote industriële vervuilers en zelfs de wapenindustrie zijn in praktisch alle beleggingsportefeuilles van de pensioenfondsen ruim vertegenwoordigd. Ontluisterend toch?

Voortrekkersrol

Gelukkig blijken pensioenfondsen onder toenemende maatschappelijke druk hun beleggingsbeleid wat te verduurzamen. Voor ons medici is hier een voortrekkersrol weggelegd: wij hebben iets te vinden van zaken die welzijn en gezondheid ondermijnen – al helemaal als het investeringen zijn met onze eigen premies. Onder toenemende druk trekken bijvoorbeeld steeds meer fondsen zich terug uit fossiel. ABP, met 500 miljard euro het grootste pensioenfonds van Nederland (én Europa), schreef afgelopen najaar geschiedenis door ook te stoppen met fossiele investeringen. Zij geven opvallend genoeg aan dat zij geen effect op hun rendement verwachten, dat investeren in fossiel juist ook financieel steeds riskanter wordt (De Nederlandsche Bank waarschuwt hier steeds luider voor) én dat jarenlang praten met fossiele bedrijven over verduurzaming onvoldoende effect heeft gehad.

Pensioengeld van zorgverleners dat ziekmakend wordt geïnvesteerd, dat kan toch niet gekker, zou je denken? Misschien toch wel: de meeste zorgverzekeraars investeren de reservepot (10 miljard euro) namelijk óók grootschalig

in dezelfde ziekmakende sectoren. Ondertussen laten ze zich toejuichen om hun toenemende uitingen en doelstellingen op het gebied van ziektepreventie. Gelukkig zijn er een paar zorgverzekeraars die wat dit betreft een positieve uitzondering zijn (zie www.eerlijkegeldwijzer.nl).

Eerste kleine stapje

Dus als je je afvraagt hoe je een verduurzamingsslag kunt slaan als zorgverlener, vergeet dan toch zeker je pensioenfonds (en zorgverzekeraar) niet. Als pensioendeelnemer kan je direct contact opnemen met je fonds, dat aan jou verantwoording verplicht is. Of spreek je in bredere zin uit en zet anderen aan het denken. Het is ons geld, onze gezondheid, onze toekomst. Onder druk wordt alles vloeibaar, kijk naar de ommezwaai van het ABP. Een (duurzame) zorgverzekeraar kan je daarentegen wel kiezen. Of natuurlijk aanspreken vanuit je rol als zorgprofessional. Zet dat eerste kleine stapje en help die miljarden de duurzame kant op bewegen! Vermoedelijk minstens zo effectief als het voorkomen van afval op onze behandelkamers – hoewel het uiteindelijk natuurlijk 'en, en' moet zijn. Overweeg je nu actie maar weet je niet waar te beginnen? Stuur een berichtje aan Groen Pensioen (<https://groen-pensioen.nl>) of neem deel aan één van hun laagdrempelige webinars, waarin tips worden gegeven over het effectief aanwenden van je invloed als pensioendeelnemer. Zo staat bijvoorbeeld een standaardbrief aan je fonds al klaar. Het hoeft echt niet veel tijd te kosten! Wel zo fijn voor ons klimaatbezorgde dokters, want alle andere ballen moeten ondertussen natuurlijk ook gewoon in de lucht gehouden worden.

Logischer wordt het niet: wij als medici zetten ons in voor gezondheid en welzijn en verlangen datzelfde van ons pensioenfonds en onze zorgverzekeraars.

Redactie themakatern NVOG4Lifestyle

dr. Tobias Nijman namens projectgroep

dr. Sam Schoenmakers namens projectgroep

drs. Clazien van der Houwen namens projectgroep

dr. Selma Mourad namens NTOG-redactie



nvog
lifestyle



ntog thema katern NVOG4Lifestyle

Leefstijlgeneskunde, de gynaecoloog aan zet!

dr. Clasiën van der Houwen

mede namens dr. Tobias Nijman en dr. Sam Schoenmakers

De gynaecoloog richt zich op gezondheid van vrouwen in alle levensfasen. Deze betrokkenheid creëert een unieke kans om invulling te geven aan preventie. Als geen ander kan de gynaecoloog de invloed van gebeurtenissen in de ene levensfase op een volgende levensfase herkennen en daarop acteren. De gynaecoloog heeft daarmee een verantwoordelijkheid om invulling te geven aan preventie op alle vlakken. Aldus het visiedocument 2025 van de NVOG. Een visie mag ambitieus zijn, zo zal de gedachte zijn geweest.

Ik heb zelf een paradoxaal gevoel bij deze opdracht. Ja, preventie is belangrijk, dat is kraakhelder. Bij mij is de volgende gedachte wel eens opgekomen. Stel je stopt een jaar of twee alle wetenschappelijke onderzoeken en je zet alle geld en middelen die daarbij vrijkomen in op de stoppen-met-roken-zorg. Of doe eens gek, we doen dit gecontroleerd in Noord- en Zuid-Nederland en dan gaan we kijken waar de meeste gezondheidswinst wordt geboekt.

Ja, preventie is belangrijk. We zien met lede ogen aan hoe obesitas de gezondheidszorg overspoelt en wat dit doet met onze patiënten. Als we het metaboolsyndroom ook eens konden oplossen? Al ons werk in de curatieve zorg valt daarbij in het niet. Maar dan komt het. Hoe gaan we dit doen? We weten ons geen raad. Dat geldt niet alleen voor ons, maar voor de hele maatschappij. We zijn zoekend. Gedrag is niet eenvoudig te veranderen en niet de resultante van intentie en wilskracht alleen.

In dit eerste themakatern gaan we ons breder oriënteren op leefstijl. Waarom leefstijl en niet preventie? In het artikel 'Leefstijlgeneskunde: het roer moet om' wordt duidelijk dat wij dat roer niet bedienen. Wij kunnen coachen, we kunnen informatie geven, we kunnen verwijzen, maar wij zijn niet de actoren. Preventie is van de dokter en leefstijl is van de patiënt. In dit artikel staat ook een nieuwe definitie van gezondheid, waarbij gezondheid niet meer een statische situatie is, maar het vermogen om met veranderende omstandigheden om te gaan en eigen regie te voeren. Met onze projectgroep kwamen we al snel tot de conclusie dat het leefstijl moest worden en niet preventie.

We starten met de enquête van de aïossen, die velen hebben ingevuld. Daar komt uit dat we bijna allemaal leefstijl belangrijk vinden; we zien de urgentie. We vinden het nog wel moeilijk om gesprekken over leefstijl te integreren in onze consulten. Daarmee bevinden we ons volgens het transtheoretisch model, zie het artikel over verandering van gedrag, in stadium 3. We raken overtuigd van de noodzaak en de wil om tot verandering over te gaan. We hebben nog maar drie stadia te gaan om ons doel te bereiken.

De enquête gaat ook over onze eigen leefstijl in zowel persoonlijk als professioneel opzicht. In het artikel 'in balans blijven met lifelong learning' zien we een voorbeeld van een interventie die gericht is op onze professionele leefstijl, opdat we voldoende tijd nemen om te reflecteren en onszelf de juiste vragen stellen tijdens onze carrière. Dat lijkt niet meteen met leefstijl te maken te hebben, maar na het lezen van het artikel over het leefstijlroer begrijpen we dat zingeving en ontspanning daar ook toe behoren.

In het artikel 'Waarom het veranderen van gedrag niet zo eenvoudig is' gaan we dieper in op onze mogelijkheden in de spreekkamer. Er is een persoonlijke en gezamenlijke zoektocht nodig om hier meer vorm aan te geven.

De visie van de NVOG is ambitieus, maar de wetenschap dat kleine veranderingen in leefstijl of een verwijzing op het goede moment een groot effect kunnen hebben op de kwaliteit van leven en ook grote stappen zoals stoppen met roken een immense impact hebben op de gezondheid van moeder en kind, maakt dat wij met veel plezier werken aan deze opdracht.

We hopen dat deze brede oriëntatie een goede introductie biedt voor dit themajaar en wensen je veel plezier en inspiratie met het lezen van het katern.

Met dank aan alle auteurs die soms onder flinke druk van de deadline deze artikelen hebben geschreven.

Leefstijlgeneeskunde: out of your comfort zone? Het roer moet om!

dr. L.A.M. Santeagoets *gynaecoloog Reiner de Graaf, Delft*
 dr. S. Schoenmakers *gynaecoloog-perinatoloog, Erasmus MC, Rotterdam*
 dr. B-S.M. Verbruggen *gynaecoloog, Reiner de Graaf, Delft*

Als gynaecologen zijn wij als één van de weinige specialisten betrokken bij de hele levensloop van een vrouw. Wij zien als geen ander de invloed van gebeurtenissen op de opeenvolgende levensfasen. Wij kunnen het moment in de spreekkamer gebruiken om bewustwording te creëren en verandering van leefstijl te stimuleren. Als we weten welke leefstijlinterventies positieve effecten hebben, kunnen wij die omzetten in effectieve acties voor onze patiënten (en voor onszelf). Vanuit de leefstijlgeneeskunde zijn er nieuwe inzichten. Vele gezondheidszorgprofessionals maken al gebruik van het zogenaamde Leefstijlroer. Dit roer biedt enerzijds een handvat om de verschillende aspecten van leefstijl te bespreken en anderzijds een methode om de regie bij de patiënt te leggen. In dit stuk bespreken we de verschillende pijlers van dit roer en hoe we hiervan in onze eigen spreekkamer gebruik kunnen maken.

Wat is gezondheid?

Als je willekeurige mensen vraagt naar het belangrijkste in het leven, dan scoort gezondheid hoog. De oorspronkelijk definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) stamt uit 1948 en zegt het volgende: 'Gezondheid is een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet van louter het ontbreken van ziekte.' Deze WHO-definitie werd ruim 60 jaar later, in 2014, betwist in het proefschrift van Machteld Huber, omdat volgens haar volgens deze definitie bijna niemand gezond zou zijn. Ze formuleert een alternatieve definitie: 'Het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de lichamelijke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.'¹ Deze nieuwe definitie vormt de basis voor het concept Positieve Gezondheid. In dit concept wordt gezondheid niet meer gezien als de aanwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van de mens om met veranderende fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren. Huber onderscheidt zes dimensies om het gezondheidswelzijn te meten: lichaamsfuncties, mentale functies en beleving, spirituele dimensie, kwaliteit van leven, sociaal maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren.

Het Leefstijlroer

Daarnaast heeft de Vereniging Arts en Leefstijl ter ondersteuning van het gesprek het Leefstijlroer ontwikkeld (figuur 1). Hierin wordt aan de hand van zes pijlers – voeding, beweging, ontspanning, slaap, middelen en verbinding – een handvat geboden om leefstijl bespreekbaar te maken. Het

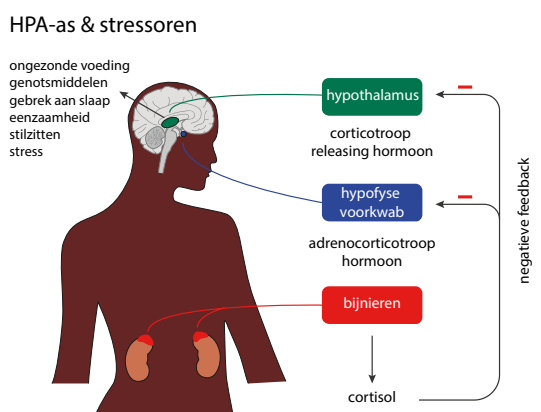
helpt om inzicht te krijgen in iemands intrinsieke motivatie waarbij de patiënt zelf 'aan het roer' staat en samen met haar behandelaar 'de koers' bepaalt voor een gezonde leefstijl. Een belangrijk aspect is dat het gaat om een reële planning in kleine stappen, met een focus op wat reeds goed gaat en het besef dat verandering tijd kost en mag kosten. Kleine dagelijkse aanpassingen in gedrag, zoals lunchwandelingen, dagelijks mediteren of het drinken van zwarte koffie in plaats van cappuccino, hebben al snel effect. Geduld en kleine stappen richting langdurige gezondheidswinst vormen de basis. Voordat we ingaan op onze mogelijkheden om deze methode toe te passen in de spreekkamer, gaan we dieper in op de verschillende pijlers.

Ontspanning

Het menselijk lichaam reageert continu op prikkelingen van zowel het interne als het externe milieu met zogeheten stressresponsen. Deze stressresponsen bestaan uit diverse reactieve fysiologische aanpassingen die het menselijk lichaam in staat stellen de homeostase te behouden. Een essentieel onderdeel is hierin de hypothalamus-hypofyse-bijnier (HPA)-as (figuur 2), die functioneert via vele neuro-endocriene terugkoppelingsmechanismen, waarbij cortisol het hormonale eindproduct is. Chronische stress kan zorgen voor een onbalans in het neurale netwerk dat onder andere cognitie, besluitvorming, angst en stemming ondersteunt.² Deze onbalans kan vervolgens een verandering in de fysiologie bewerkstelligen via neuro-endocriene, autonome, immuun en metabole netwerken. Op de korte termijn zijn deze veranderingen adaptief. Persisteren ze echter, dan is vaak een interventie in de vorm van farmacologie of gedragstherapie noodzakelijk.



Figuur 1. Het Leefstijlroer (Vereniging Arts en Leefstijl® versie 2.0; november 2021; www.artsenleefstijl.nl)



Figuur 2. Schematische weergave van de HPA-as en stress response

Op de lange termijn is chronisch stress namelijk geassocieerd met diverse gezondheidsproblemen, zoals psychologische problematiek, cardiovasculaire aandoeningen en seksuele disfunctie.

Vanuit de levensloopbenadering is het belangrijk om te realiseren dat de HPA-as reeds tot ontwikkeling komt tijdens de foetale periode. Foetale blootstelling aan een overmaat aan corticosteroiden, iatrogen of door maternale stress, kan resulteren tot een verstoring in de ontwikkeling van de HPA-as. Een foutieve foetale afstelling van de HPA-as kan leiden tot een pathofysiologische functie tijdens het latere leven, met verhoogde risico's op ziektes gedurende de levensloop.³

Om te werken aan je 'mentale' gezondheid en het reduceren van de effecten van te veel stress zijn er onder andere mindfulnessstrainingen. Het voorgestelde mindfulnesswerkingsmechanisme is downregulatie van de door stress-geactiveerde HPA-as activiteit via het parasympatische systeem.⁴ Het gebruik van mindfulness en aandachtstrainingen in geselecteerde groepen lijkt te leiden tot een significante vermindering van depressieve en angstsymptomen^{5,6} en een vermindering van recidieven van depressie.⁷ Hoewel mindfulnessstraining gericht op gewichtsverlies niet lijkt te leiden tot gewichtsreductie, leidt het wel tot een gezondere leefstijl, een toename aan fysieke inspanning en een reductie in ongezond eetgedrag.⁸

Voeding

De Gezondheidsraad publiceerde in 2015 de herziene richtlijn Gezonde Voeding waarin benadrukt werd dat een verschuiving in de richting van een meer plantaardig en minder dierlijk voedingspatroon bevorderlijk is voor de gezondheid. Andere adviezen waren vermindering van de consumptie van suikerhoudende dranken en meer water drinken. Het gebruik van voedingssupplementen voor de algemene populatie was niet nodig. Rond dezelfde tijd publiceerde Katz en Meller een review over welk dieet nou het beste is voor de gezondheid. Zij concludeerden dat er bewijs is dat gezond eten leidt tot een verbetering van de gezondheid waarbij er een enorme variatie is in wat gezond eten is. Zo min mogelijk 'processed food' en voedsel voornamelijk afkomstig van planten, is in elk geval sterk geassocieerd met een betere

gezondheid en minder ziekte.⁹ Een systematische review van februari 2022 liet zien dat intermitterend fasting (IF) tot 3-8% gewichtsverlies leidt gedurende een korte periode van acht tot twaalf weken. Het resulterende gewichtsverlies is in overeenstemming met het gewichtsverlies dat bereikt wordt met traditionele diëten die gericht zijn op dagelijkse calorierestrictie.¹⁰ Daarnaast correleert IF met een hogere gerapporteerde 'health-related quality of life' en kwaliteit van slaap.¹¹ IF leidt echter ook tot verstoring van de HPA-as, die geassocieerd is met risico's op cardiovasculaire aandoeningen.

Beweging

In 2017 publiceerde de Gezondheidsraad de Beweegrichtlijnen waarin geadviseerd werd dat volwassen tenminste 2,5 uur per week en kinderen minstens één uur per dag matig intensief moeten bewegen, zoals wandelen en fietsen. De boodschap is: bewegen is goed, meer bewegen is beter en voorkom stilzitten. Een systematische review liet zien dat een sedentaire leefstijl, ofwel lang stilzitten, zoals televisie kijken of computergebruik, geassocieerd is met een verhoogd risico op depressie.¹² Daarnaast lijkt fysieke activiteit effectief in het verbeteren van symptomen van angststoornissen.¹³ In 2021 verscheen het WHO-rapport over het effect van 'green and blue spaces' op de mentale gezondheid. De conclusie is dat verblijven in 'green spaces', zoals een bosachtige, groene omgeving een positief effect heeft op de mentale gezondheid, zowel op korte als langere termijn. 'Blue spaces' waarin zichtbaar water is, zoals kustgebieden, laten ook positieve resultaten zien op mentale gezondheid. De meest uitgesproken effecten werden gevonden bij affectieve stoornissen. Het lijkt dus aan te bevelen om fysieke activiteit uit te oefenen in de buitenlucht, het liefst in een bosachtige omgeving of met zicht op zee.

Slaap

Wat is het nut van slapen en hoelang moeten we slapen? In opdracht van VWS is in 2017 een strategische verkenning verricht door het Trimbos-instituut, genaamd *Slechte slaap, een probleem voor de volksgezondheid?* Goede en gezonde slaap bestaat uit voldoende uren slaap van goede kwaliteit, waarbij de behoefte aan slaap samenhangt met leeftijd en afneemt gedurende de levensloop. Slaap is per definitie een periode van de dag waarin gevestigd wordt. Zowel een (te) korte als een (te) lange slaapduur is geassocieerd met een verhoogd risico op coronaire hartziekte, beroerte, depressie, obesitas en diabetes bij volwassenen.¹⁴ Daarnaast laat onderzoek bij atleten en voetballers zien dat korte nachten en wisselende trainingstijden leiden tot slechtere prestaties en langzamer fysiek en mentaal herstel na een wedstrijd.^{15,16} Er zijn verschillende studies die inzicht geven in de mogelijke rol van hormoonspiegels, bloeddruk en chronische infecties bij de relatie tussen slechte slaap en gezondheidsgevolgen, waarbij de HPA-as een centrale rol speelt. De secretore activiteit van HPA-as vertoont een specifiek 24-uursritme, terwijl hormonen van de HPA-as zoals melatonine het slaap-waakritme moduleren. Slaapttekort zorgt weer voor een hyperactivatie van de HPA-as.¹⁷

Middelen

Middelenmisbruik of -gebruik, zoals sigaretten, alcohol of drugs, vormt onderdeel van een ongezonde leefstijl. Het grote probleem bij het staken van middelen is de opgebouwde verslaving en afhankelijkheid waardoor ondersteuning en coaching veelal noodzakelijk is om terugval te voorkomen. Een aspect dat een rol speelt bij de terugval in gebruik is een dysregulatie van de HPA-as waardoor een individu niet goed kan reageren op ervaren stress.¹⁸ Het ervaren van acute stress of een neerslachtige toestand zijn geassocieerd met het gebruik van middelen als een manier van coping, die vervolgens leidt tot gevoel van beloning en hiermee de cirkel in standhoudt.¹⁹

Verbinding

De nieuwe definitie van positieve gezondheid benoemt ook de spirituele of existentiële dimensie van gezondheid, ook wel zingeving genoemd. Het betreft aspecten die bijdragen aan optimaal geestelijk welbevinden.¹ Als iemands leefstijl-doelen in lijn zijn met de diepste overtuigingen en doelen in het leven, dan is de kans dat hij of zij die doelen haalt het grootst.²⁰ De toenemende interesse voor zingeving in de zorg bleek onder andere al in 2016 uit het signalement van ZonMw: zingeving in de zorg ter bevordering van de kennisontwikkeling. Uit onderzoek in een algemene Amerikaanse bevolking blijkt dat zingeving gecorreleerd is met een levensverlenging van vier tot zes jaar²¹ en het ervaren van een betere gezondheid.²² Een andere studie verricht bij mensen met kanker toonde aan dat het ervaren van zin in het leven geassocieerd was met meer welbevinding.²³ Zingeving is belangrijk voor ons welzijn en onze gezondheid. Maar wat zingeving is, is niet eenvoudig te beantwoorden en voor ieder persoonlijk hetgeen blijkt uit de interviews van Fokke Obbema die hier een antwoord op zocht. Een andere benadering van verbinding is alles met meer aandacht doen in het hier en nu. Niet tijdens een telefoongesprek nog een mail beantwoorden of het spreekuur op de automatische piloot doen en in gedachten ergens anders mee bezig zijn. Trainingen zoals 'deep listening' springen hierop in.

In welke situaties bespreken we leefstijl met onze patiënten?

Zoals eerder aangegeven zijn wij bij de hele levenscyclus van de vrouw betrokken en vanwege de (pre)conceptieperiode, geldt dit ook voor de belangrijke dagen van de eerste ontwikkeling van het leven. Roken, overgewicht en het gebruik van foliumzuur zijn de leefstijlfactoren die we bespreken bij een zwangerschapswens. Daarnaast bieden we hulp als het niet zwanger worden en de fertiliteitsbehandelingen emotioneel zwaar worden. Mogelijk is een bredere benadering op zijn plaats, waarbij we ook denken aan alle boven besproken pijlers van het Leefstijlroer.

Voor ons bekende voorbeelden van gebeurtenissen in de levensloop die een voorspeller zijn van gezondheidsrisico's later in het leven zijn bijvoorbeeld vrouwen die een pre-eclampsie hebben doorgemaakt en een substantieel verhoogd risico hebben op hart- en vaatziekten later in het leven of diabetes gravidarum en het ontwikkelen van diabetes type II. Er zijn veel meer voorbeelden waar het integreren van leef-

stijl in het gesprek in de spreekkamer effect kan hebben op het verdere beloop van een ziekte en op de kwaliteit van leven. Te denken valt aan: prehabilitatie voor operaties, bekkenbodetraining voor urine-incontinentie, verminderen van klachten van PMS of de overgang. Ook de keus voor wel of niet vaccineren met HPV valt onder leefstijl.

Aan ons is de opdracht binnen ons gehele vakgebied te verkennen waar leefstijlinterventies van belang zijn en deze een plaats te geven in onze zorg.

Hoe bespreken we leefstijlfactoren?

Wij zijn gewend om informatie te geven. In veel situaties is dat belangrijk om patiënten bewust te maken van hun eigen mogelijkheden voor het verbeteren van gezondheid of welbevinden of het vergroten van zwangerschapskansen. Tegelijkertijd is het geven van informatie ook een valkuil, omdat we vaak het gesprek starten zonder voorafgaand inzicht in begrip en kennisniveau van de ander, wat kan resulteren in weerstand. Wij willen graag zelf aan het roer staan, oplossingen bieden, terwijl patiënten dit vooral zelf moeten doen.

Het Leefstijlroer biedt een mooie mogelijkheid om vanuit een brede benadering, in kleine stappen, met patiënten aan de slag te gaan. Hoewel deze coachende rol meer lijkt weggelegd voor huisartsen of leefstijlcoaches, kunnen wij veel leren van deze benadering en biedt Vereniging Arts en Leefstijl ondersteunende e-learnings en scholingen. Zie hiervoor het artikel van D. Meulenbroeks en C. van der Houwen, pagina 221. Bij complexe problematiek kunnen we verwijzen naar een gecombineerde leefstijlinterventie zoals bijvoorbeeld bij overgewicht. Zie hiervoor de column van P. Boudrez, pagina 230. Als stoppen-met-roken niet lukt, dan kunnen we verwijzen naar de huisarts, de eigen rookstoppoli of de telefonische coaching van Rookvrije Ouders (www.rookvrijeouders.nl).

Leefstijlcoaches

Met het populairder worden van gecombineerde leefstijlinterventies, zien we steeds meer leefstijlcoaches. Leefstijlcoaching is een nog vrij nieuw beroep. Om een erkend leefstijlcoach te worden, is een post HBO/WO-geaccrediteerde opleiding tot leefstijlcoach nodig en registratie in het register van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland. Artsen kunnen een verkorte opleiding volgen. Wij pleiten voor de oprichting van regionale leefstijllokets: centra en poli's waar patiënten voor leefstijladvies en leefstijlgereleerde ziekten naartoe verwezen kunnen worden. De 'leefstijlmakelaar' van het loket kan uitvoerig met de patiënte praten over haar motivatie voor een gezonde leefstijl en kent de gevestigde leefstijlcoaches en leefstijlinitiatieven in de regio. Daarnaast kan de leefstijlmakelaar een vinger aan de pols houden over de voortgang en terug rapporteren aan de initiële verwijzer.

Leefstijlzorg

Gezien het belang van het onderwerp, pleit de Vereniging Arts en Leefstijl ervoor dat leefstijlzorg een vast onderdeel wordt in het curriculum van medische en paramedische opleidingen. In het rapport van Van Dam-Nolen uit 2017 is te lezen dat een student gedurende de opleiding van zes jaar ongeveer

29 uur les over voeding, 30 uur over leefstijl en 8 uur over motiverende gespreksvoering krijgt. Daarnaast is in 2017 de stichting Student en Leefstijl opgericht door geneeskundestudenten met als doel implementatie van onderwijs over voeding en leefstijl voor artsen in opleiding. Gezien de centrale plek van de gynaecologie en obstetrie binnen de levensloopbenadering, is het van belang leefstijlzorg in te bedden in de opleiding tot gynaecoloog. Het is vooralsnog onduidelijk in hoeverre dit reeds gebeurt.

Leefstijl voor de zorgprofessional

Naast de leefstijl van patiënten, zou er ook aandacht moeten zijn voor onze eigen leefstijl, zowel op persoonlijk als professioneel vlak. In het nieuwe opleidingsplan LOGO is er veel meer aandacht voor de deze ontwikkeling in het thema 'Bevlogen zijn, bevlogen blijven'. Verschillende ziekenhuizen bieden programma's aan op het gebied van mindfulness, persoonlijk leiderschap, sportfaciliteiten en gratis fruit. Om de juiste balans tussen werk en privé te behouden zijn er mogelijkheden tot individuele en groepscoaching, zie het artikel van Sandberg et al over Lifelong learning. Gynaecologen zouden in elk geval moeten streven naar een goede nachtrust, een gezond ontbijt, het liefst tienduizend stappen per dag in een bij voorkeur gecombineerde stress-reducerende blauw en green space zonder gebruik te maken van genotsmiddelen en de dag doorlopen met een gebalanceerde HPA-as.

Conclusie

Het bewust bezig zijn met leefstijl zal een steeds belangrijkere rol gaan spelen in onze samenleving. Ook in onze spreekkamer zal dit thema actief besproken moeten worden. Gelukkig beginnen steeds meer artsen hiervan het belang in te zien. Met elkaar moeten we leefstijl gaan integreren in onze richtlijnen binnen alle pijlers van ons vakgebied. We zullen het onderwerp hoog moeten agenderen in de opleiding tot gynaecoloog, waarbij we moeten inzetten op het belang van motiverende en coachende gespreksvoering. Het motto 'een betere wereld begint bij jezelf', geldt ook voor leefstijl. Pak het Leefstijlroer er eens bij en kijk op welke punten jezelf kunt en wilt verbeteren. Want als je zelf gelooft dat leefstijlbegeleiding nuttig en motiverend is, kan je je patiënten motiveren en hopelijk andere collega's inspireren om in je voetsporen te treden. Een bewuste leefstijl begint bij jezelf!

Referenties

- Huber, M. et al. How should we define health? *BMJ* 343, d4163, doi:10.1136/bmj.d4163 (2011).
- McEwen, B. S. Neurobiological and Systemic Effects of Chronic Stress. *Chronic Stress (Thousand Oaks)* 1, doi:10.1177/2470547017692328 (2017).
- Sheng, J. A. et al. The Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis: Development, Programming Actions of Hormones, and Maternal-Fetal Interactions. *Front Behav Neurosci* 14, 601939, doi:10.3389/fnbeh.2020.601939 (2020).
- Jaiswal, S., Muggleton, N. G., Juan, C. H. & Liang, W. K. Indices of association between anxiety and mindfulness: a guide for future mindfulness studies. *Personal Neurosci* 2, e9, doi:10.1017/pen.2019.12 00012 [pii] (2019).
- Beddig, T. et al. Mindfulness-based focused attention training versus progressive muscle relaxation in remitted depressed patients: Effects

- on salivary cortisol and associations with subjective improvements in daily life. *Psychoneuroendocrinology* 113, 104555, doi:S0306-4530(19)31296-X [pii] 10.1016/j.psyneuen.2019.104555 (2020).
- Haukaas, R. B., Gjerde, I. B., Varting, G., Hallan, H. E. & Solem, S. A Randomized Controlled Trial Comparing the Attention Training Technique and Mindful Self-Compassion for Students With Symptoms of Depression and Anxiety. *Front Psychol* 9, 827, doi:10.3389/fpsyg.2018.00827 (2018).
 - Kuyken, W. et al. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA Psychiatry* 73, 565-574, doi:2517515 [pii] 10.1001/jamapsychiatry.2016.0076 (2016).
 - Ruffault, A. et al. The effects of mindfulness training on weight-loss and health-related behaviours in adults with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obes Res Clin Pract* 11, 90-111, doi:S1871-403X(16)30083-7 [pii] 10.1016/j.orpc.2016.09.002 (2017).
 - Katz, D. L. & Meller, S. Can we say what diet is best for health? *Annu Rev Public Health* 35, 83-103, doi:10.1146/annurev-publhealth-032013-182351 (2014).
 - Varady, K. A., Cienfuegos, S., Ezpeleta, M. & Gabel, K. Clinical application of intermittent fasting for weight loss: progress and future directions. *Nat Rev Endocrinol*, doi:10.1038/s41574-022-00638-x 10.1038/s41574-022-00638-x [pii] (2022).
 - Kesztyus, D., Fuchs, M., Cermak, P. & Kesztyus, T. Associations of time-restricted eating with health-related quality of life and sleep in adults: a secondary analysis of two pre-post pilot studies. *BMC Nutr* 6, 76, doi:10.1186/s40795-020-00402-2 10.1186/s40795-020-00402-2 [pii] (2020).
 - Teychenne, M., Ball, K. & Salmon, J. Sedentary behavior and depression among adults: a review. *Int J Behav Med* 17, 246-254, doi:10.1007/s12529-010-9075-z (2010).
 - Stubbs, B. et al. An examination of the anxiolytic effects of exercise for people with anxiety and stress-related disorders: A meta-analysis. *Psychiatry Res* 249, 102-108, doi:S0165-1781(16)30909-X [pii] 10.1016/j.psychres.2016.12.020 (2017).
 - Cappuccio, F. P., D'Elia, L., Strazzullo, P. & Miller, M. A. Sleep duration and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep* 33, 585-592, doi:10.1093/sleep/33.5.585 (2010).
 - Nedelec, M., Halson, S., Abaidia, A. E., Ahmaidi, S. & Dupont, G. Stress, Sleep and Recovery in Elite Soccer: A Critical Review of the Literature. *Sports Med* 45, 1387-1400, doi:10.1007/s40279-015-0358-z 10.1007/s40279-015-0358-z [pii] (2015).
 - Watson, A. M. Sleep and Athletic Performance. *Curr Sports Med Rep* 16, 413-418, doi:10.1249/JSR.0000000000000418 00149619-201711000-00011 [pii] (2017).
 - Hirotsu, C., Tufik, S. & Andersen, M. L. Interactions between sleep, stress, and metabolism: From physiological to pathological conditions. *Sleep Sci* 8, 143-152, doi:10.1016/j.slsci.2015.09.002 S1984-0063(15)00060-7 [pii] (2015).
 - Daughters, S. B., Richards, J. M., Gorka, S. M. & Sinha, R. HPA axis response to psychological stress and treatment retention in residential substance abuse treatment: a prospective study. *Drug Alcohol Depend* 105, 202-208, doi:S0376-8716(09)00279-8 [pii] 10.1016/j.drugaldep.2009.06.026 (2009).
 - Blaine, S. K. & Sinha, R. Alcohol, stress, and glucocorticoids: From risk to dependence and relapse in alcohol use disorders. *Neuropharmacology* 122, 136-147, doi:S0028-3908(17)30036-9 [pii] 10.1016/j.neuropharm.2017.01.037 (2017).
 - Hoenders, H. J. R. & Braam, A. W. De rol van zingeving in de psychiatrie: belangrijk, maar nog onduidelijk. *Tijdschr Psychiatr* 62, 955-959 (2020).
 - Alimujiang, A. et al. Association Between Life Purpose and Mortality Among US Adults Older Than 50 Years. *JAMA Netw Open* 2, e194270, doi:2734064 [pii] 10.1001/jamanetworkopen.2019.4270 (2019).
 - Aftab, W. et al. Implementation of health and health-related sustainable development goals: progress, challenges and opportunities - a systematic literature review. *Bmj Global Health* 5, doi:ARTN e002273 10.1136/bmjgh-2019-002273 (2020).

23 Visser, A., Garssen, B. & Vingerhoets, A. Spirituality and well-being in cancer patients: a review. *Psychooncology* 19, 565-572, doi:10.1002/pon.1626 (2010).

24 Vidrine, J. I. et al. Ask-Advise-Connect: a new approach to smoking treatment deliver

Samenvatting

De nieuwe definitie van gezondheid luidt 'het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de lichamelijke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven' vormt de basis voor het concept positieve gezondheid. De Vereniging Arts en Leefstijl heeft het Leefstijlroer ontwikkeld, aan de hand van zes pijlers (Voeding, Beweging, Ontspanning, Slaap, Verbinding en Middelen) ontwikkeld om leefstijl in de spreekkamer bespreekbaar te maken. Wij pleiten voor de oprichting van regionale leefstijlketten voor individuele en gepersonaliseerde leefstijladviezen en een integratie van leefstijlcare binnen de opleiding tot gynaecoloog.

Summary

Health is newly defined as "the ability to adapt and self-manage in the face of life's physical, emotional and social challenges" and it forms the basis for the concept of positive health. From this point of view, the Association of Medical Doctors and Lifestyle has developed "the lifestyle rudder" on the basis of 6 pillars (Nutrition, Exercise, Relaxation, Sleep and Stimulants) to discuss lifestyle in the consultation room. We advocate the establishment of regional lifestyle counters for individual and personalized lifestyle advice and a standard integration of lifestyle care within the OB/GYN residency program.

ntog 22/4

Waarom het veranderen van gedrag niet zo eenvoudig is

drs. D. Meulenbroeks *aios Differentiat Voortplantingsgeneeskunde, cluster Maastricht, Health Education and Promotion (afgerond) Universiteit Maastricht*

drs. C. van der Houwen *gynaecoloog, Nij Barrahûs*

Een vrouw van 28 jaar komt op de polikliniek vanwege een zwangerschapswens. Ze heeft een BMI van 35 kg/m² en rookt acht sigaretten per dag. Je ziet haar om de uitlagen van de onderzoeken te bespreken. Ze vertelt dat haar gewicht al haar hele leven een probleem is. Ze let op de hoeveelheid calorieën die ze tot zich neemt en sport ook nog eens drie keer per week. Ze is eerder een behoorlijk aantal kilo's afgevallen, maar die zitten er inmiddels met een surplus weer aan. Ze werd niet wijzer van de diëtist; ze moest veel meer eten dan ze deed. Wel is ze geminderd met roken: nog maar twee sigaretten per dag. Je vraagt je af hoe gemotiveerd ze eigenlijk is. Waarom valt ze niet gewoon af en stopt ze niet helemaal met roken? Hoe kan je haar nu verder helpen, want ze lijkt niet echt open te staan voor je adviezen.

Veel artsen zien het veranderen van leefstijl als een individuele keuze. We hopen en verwachten daar invloed op te hebben door onze patiënt te informeren over de nadelige gevolgen van haar leefstijl voor haarzelf en haar eventuele (toekomstige) kind. Als ze onze kennis eigen heeft gemaakt en over voldoende wilskracht beschikt, zal ze haar leefstijl

aanpassen. Lukt dit niet, dan dragen we vaak meer argumenten aan waarom het belangrijk is om te veranderen. We bedenken oplossingen hoe ze het kan aanpakken en haken af wanneer we het gevoel krijgen dat ze niet wil of kan veranderen. Maar is gedragsverandering wel de resultante van alleen kennis en wilskracht?

Er bestaan verschillende gedragsverklarende modellen. Duidelijk is dat veranderen van gedrag complex is, waarbij vele factoren een rol spelen. Een veel gebruikt model is de Theorie van Gepland Gedrag.¹ Die gaat ervanuit dat intentie de beste voorspeller van gedragsverandering is. De intentie wordt bepaald door drie determinanten: de eigen opvattingen, de opvattingen van anderen uit de omgeving en de inschatting van de eigen mogelijkheden om het gewenste gedrag uit te voeren.

Eigen opvattingen en die van anderen

Als een patiënt gelooft dat afvallen een grotere kans geeft op zwangerschap, draagt dit bij aan haar intentie daadwerkelijk te gaan afvallen. Is zij niet overtuigd van het positieve effect, dan zal dit de uiteindelijke keuze om af te gaan vallen negatief beïnvloeden. Kennis speelt dus een belangrijke rol. Ook

gevoelens drukken een zware stempel: iemand kan wel weten dat een bepaald gedrag goed of slecht voor de gezondheid is, maar vanwege onderbuikgevoelens toch een andere houding aannemen. Of simpelweg niet houden van het gewenste gedrag, zoals mensen vaak aangeven 'geen sportief type te zijn'.

Naast de eigen opvattingen zijn ook die van andere mensen uit de omgeving van invloed. Ze hebben allemaal ideeën over gedrag en kunnen een rolmodel zijn. Dit kan positief zijn maar er kan ook sprake zijn van een zekere mate van groepsdruk: gezellig samen iets lekkers bij de koffie nemen op het werk of samen buiten roken. De sociale media doet ook mee: een influencer die vertelt dat je je al of niet moet laten vaccineren.

Vervolgens is de vraag of het daadwerkelijk mogelijk is om bepaald gedrag te veranderen en wat de perceptie van het individu is. Iemand kan objectief prima in staat zijn om het andere gedrag uit te voeren, maar niet het vertrouwen hebben dat dit zal lukken. Rokers zijn vaak wel gemotiveerd te stoppen, maar na eerdere mislukte pogingen geloven zij niet dat het nog kan lukken. Als het vertrouwen in gedragsverandering laag is, zal dit de intentie tot verandering negatief beïnvloeden.

Het Environmental Research (EnRG) framework voegt aan deze determinanten de invloed van de omgeving toe²:

- Fysieke omgeving: bijvoorbeeld aanwezigheid van verkoop-punten voor sigaretten, sportfaciliteiten en fietspaden.
- Beleidsomgeving: bijvoorbeeld wetgeving over leeftijdgrens van alcohol.
- Economische omgeving: bijvoorbeeld de prijs van groente en fruit, kosten voor een sportabonnement.
- Sociaal culturele omgeving: bijvoorbeeld gezamenlijke wandelingen in een dorp.

De *blue zones* zijn een voorbeeld van het gebruiken van de omgeving om gezond gedrag te stimuleren.

Intention-behavior gap

Bovengenoemde factoren spelen een rol in het bepalen van iemands intentie. Maar al is de intentie er om gedrag te veranderen, het betekent nog niet dat dit lukt. Iemand kan zich voornemen om te gaan sporten of om gezond te gaan eten, maar doet het niet. In de literatuur is dit bekend als de *intention-behavior gap*.³ Veel van onze acties zijn niet gebaseerd op bewuste keuzes maar op gewoontes en impulsen. Gedrag ontstaat als een automatische reactie op een bepaalde trigger. Je partner zit naast je op de bank met een zak chips, waardoor jij ook chips gaat eten. Tanken bij een tankstation waar dropjes te koop zijn, kunnen ervoor zorgen dat je toegeeft aan deze 'ongezonde' trek terwijl je dit eigenlijk niet van plan was. Als je dit vaker doet, ontstaat al tijdens het autorijden de drang om dropjes te willen kopen. Je raakt geconditioneerd. Je associeert autorijden met het genot van dropjes en de beloning ervan.

De activatie van het dopaminesysteem speelt hierbij een belangrijke rol. Het mesolimbische systeem maakt gebruik van dopamine als neurotransmitter die bijdraagt aan het ervaren van genot en blijdschap. Als je een (vooral zoete)

snack neemt, komt er dopamine vrij in de hersenen, wat vervolgens een tevreden en beloofd gevoel geeft.

We kunnen met cognitieve controle dit gedrag doorbreken, maar dat kost energie. Juist als we moe of gestrest zijn of als de chips voor het grijpen liggen, is dit voor velen niet haalbaar. Anderzijds, als we eenmaal gewend zijn aan een goede gewoonte, gaat dit op een bepaald moment vanzelf en kost het geen moeite meer.

Verslaving

Bij verslavende middelen zoals drugs en sigaretten wordt er in de hersenen meer dopamine gemaakt, wat de gebruiker op een directe manier een goed gevoel geeft. De mate van verslaving wordt bepaald door de tijd tussen het gebruik van het middel en het vrijkomen van dopamine. Tabak behoort daardoor tot de meest verslavende middelen.⁴ Nicotine bereikt al binnen 7 seconden de hersenen en twee seconden later komt dopamine vrij. De tabaksindustrie voegt opzettelijk stoffen toe om dit proces te versnellen. Er kan ook sprake zijn van een gedragsverslaving zoals gokken, gamen en eten, waardoor het beloningscentrum in de hersenen indirect wordt gestimuleerd, wat een vergelijkbaar resultaat geeft zoals bij het gebruik van drugs. De ene persoon is gevoeliger voor verslaving dan de ander, wat bovendien per soort verslaving kan verschillen. Individuele factoren kunnen een rol spelen zoals genetische aanleg, de manier van coping met stress of omgevingsfactoren.

Hoe werken leefstijlcoaches?

Leefstijlcoaches hebben kennis over gezondheid, leefstijl en gedragsverandering.⁵ Ze hebben een doelgerichte houding, een open, nieuwsgierige en positieve instelling en zijn alert op haalbare acties. Ze versterken daarbij het zelfvertrouwen en de eigen regie van een cliënt en sluiten aan bij het proces van verandering waarin de cliënt zich bevindt (figuur 1). Ze hebben kennis over gezondheid, leefstijl en gedragsverandering. Die kennis brengen zij niet rechtstreeks over op hun cliënten en ze geven uitdrukkelijk geen oplossingen. Hiermee voorkomen zij dat zij in de reddersdriehoek terecht komen, een bekend begrip uit de hulpverlening. In deze driehoek zijn drie spelers die van rol kunnen wisselen: de redder, het slachtoffer en de aanklager. De cliënt kan zich als slachtoffer opstellen door aan te geven dat zij niet meer weet hoe ze nog kan afvallen. De coach kan vervolgens als redder optreden door haar een bewegingsprogramma aan te bieden

Transtheoretisch model van verandering (Prochaska en DiClementi)

- **Stadium 1: Voorbeschouwing**
Er is geen probleem en verandering is niet nodig.
- **Stadium 2: Overpeinzing**
Denkt wel na over eventuele verandering van gedrag maar is ambivalent.
- **Stadium 3: Voorbereiding en besluit**
Raakt overtuigd van noodzaak en wil om tot actie over te gaan.
- **Stadium 4: Actie**
Verandert het gedrag daadwerkelijk.
- **Stadium 5: Behoud**
Successen geboekt, volhouden tot het een gewoonte is.
- **Stadium 6: Doel bereikt**
Gedrag is blijvend veranderd en kost geen moeite meer.

Figuur 1. Transtheoretisch model van verandering

naast haar dieet. De cliënt gaat ermee aan de slag en merkt dat het niet vol te houden is en beklaagt zich vervolgens bij haar coach. De cliënt is dan de aanklager en de coach het slachtoffer.

Leefstijlcoaches schrijven dan ook geen dieet of programma voor, maar vragen wát een cliënt wil veranderen. Door vragen te stellen stimuleren zij de cliënt zelf een oplossing voor te stellen om hun gezondheid te bevorderen, waardoor de verantwoordelijkheid bij de cliënt blijft.

De leefstijlarts en de cliënt bekijken samen wat ervoor kan zorgen dat het doel behaald wordt. Intentie alleen is immers niet genoeg voor een gedragsverandering. Het doel moet realistisch zijn en het plan moet langdurig vol te houden zijn. Het begint vaak met kleine stappen, wat kan leiden tot een groot effect en tot een blijvende leefstijlverandering. Er bestaan verschillende strategieën om met hunkering om te gaan en gedrag te veranderen.⁶ Voorbeelden zijn:

- verwijderen of verminderen van verleidingen: niet tanken bij een bemand benzinstation of online boodschappen doen,
- vervangen van slecht door gezond gedrag: rauwkost in huis halen als snack in plaats van chips,
- uitlokken van gezond gedrag: de sportkleding alvast klaarleggen, met iemand afspreken om te gaan wandelen, tanden poetsen direct na de avondmaaltijd,
- afleiding zoeken: mediteren om de aandacht weg te nemen, muziek luisteren of iets gaan schoonmaken.

Hoe werken stoppen-met-rokencoaches?

Stoppen-met-rokencoaches gebruiken dezelfde technieken als leefstijlcoaches. Zij zorgen ervoor dat hun cliënt zelf de verantwoordelijkheid houdt voor het stoppen-met-roken. Als de cliënt nog niet zo goed gemotiveerd is en zich nog in de eerste of tweede fase van gedragsverandering bevindt, gebruiken zij de techniek van de motiverende gespreksvoering. Dit is een bewezen effectieve manier om de motivatie van patiënten te vergroten.⁷ De coaches gaan opzoek naar ambivalentie en proberen deze uit te lokken. Door nieuwsgierig te zijn, open vragen te stellen en reflecties te geven laten ze de ander aan het woord. Motiverende gespreksvoering onderscheidt behoudtaal en verandertaal. Behoudtaal is een verzamelwoord voor alle uitspraken die tegen verandering pleiten. Voorbeelden zijn: 'mijn moeder rookte ook in de zwangerschap en ik ben toch gezond'. Of: 'ik kan niet stoppen met roken want dan raak ik gestrest en dat is ook niet goed voor de baby'. Verandertaal gaat over alle uitspraken die voor verandering zijn. Bijvoorbeeld: 'mijn partner wil ook graag dat ik stop'. Beiden kunnen ook in een zin voorkomen: 'ik zou het wel graag willen, maar ik ben bang dat ik het niet kan'. Als behoudtaal de boventoon voert, zal de coach de ander niet overtuigen of tegenspreken maar zelf laten praten. Dat kan door eenvoudige vragen te stellen als: 'waarom rookt u eigenlijk?' of: 'wat zijn voor u de voor- en nadelen van het roken?'. Als de cliënt de ruimte krijgt en aan het woord blijft, komt er vaak vanzelf een goede opening. Belangrijk is dat zijzelf de opening benoemt en niet de coach. De coach zal overigens geen misverstanden laten

bestaan. Als de cliënt bijvoorbeeld heeft uitgelegd waarom stress niet goed is voor de baby en ze beter kan blijven roken, zal de coach daarna vragen: 'wil je ook weten wat ik daarvan vind?'

Als cliënten klaar zijn voor fase 3, de voorbereiding en het besluit, bespreekt de stoppen-met-rokencoach het stopplan. In tegenstelling tot leefstijlcoaches gaan zij niet uit van kleine stappen. Het plan is om in een keer helemaal te stoppen, al of niet met farmacologische ondersteuning. Minderen is in de regel minder effectief.⁸ Ze bereiden de cliënten voor op de eerste stopdag en bespreken elke sigaret die ze nu niet zal roken en hoe ze zichzelf gaat beschermen tegen de verleiding. Stoppen-met-rokencoaches blijven steunen, ook als er een terugval is. Zij zien een terugval niet als een mislukking maar belonen eerst het succes van de sigaretten die niet gerookt zijn. Daarna gaan ze met cliënten bekijken wat ze kunnen leren van deze stoppoging. Veel rokers hebben meer pogingen nodig alvorens zij helemaal stoppen met roken.

Wat kunnen wij betekenen?

Leefstijl heeft een grote invloed op de gezondheid. Wetenschappelijk onderzoek naar de determinanten van gedrag is dan ook belangrijk om vervolgens te kunnen kijken naar hoe we dit positief kunnen beïnvloeden. Ondanks dat er nog veel onbekend is over gedrag en de positieve beïnvloeding hiervan, kunnen we enkele adviezen geven over wat te doen bij twee veelvoorkomende problemen bij patiënten in onze spreekkamer: obesitas en roken.

De patiënte in onze casus zegt eigenlijk: 'Ik heb het afvallen opgegeven en er is voor mij geen oplossing. Ik doe al alles wat ik kan'. Een milde en niet veroordelende houding is belangrijk. De patiënte kan zich anders niet gehoord voelen, waardoor de weerstand groter wordt. Gedrag veranderen is immers niet gemakkelijk en lang bestaande ernstige obesitas is een zeer complex probleem. Doen wij zelf een voorstel over meer bewegen, dan is de kans groot dat er voor de patiënte argumenten zijn waarom dit niet gaat werken. We belanden op die manier in de reddersdriehoek waarin zij het slachtoffer is.

Door begrip te tonen voor haar situatie is de kans op een constructief gesprek groter. We kunnen vragen hoe ze haar overgewicht ziet in relatie tot haar zwangerschapswens, we kunnen met haar in gesprek gaan, haar informeren over de onderwerpen waar zij nog niet voldoende over weet en kijken of we haar kunnen motiveren voor een verwijzing naar een gecombineerde leefstijlinterventie of een obesitas-poli.

Wat betreft het roken ligt dit voor de patiënte anders. Ze is duidelijk gemotiveerd om te stoppen. Het gesprek kan eerst gaan over de sigaretten die ze niet meer rookt, hoe ze dit doet met daarbij het geven van een compliment. Dit is een stap die respect verdient. Dit behoeft echter wel een vervolg. De kans dat ze blijft roken, omdat ze verslaafd is, is groot en op stressmomenten zal ze ook weer meer gaan roken. Het blijft een continu gevecht. Je kunt kiezen voor een directief vervolg. Bijvoorbeeld: 'Roken is een lastige verslaving om helemaal vanaf te komen, maar ik denk dat je met hulp wel helemaal kan stoppen'. Als de motivatie om helemaal te

stoppen nog niet aanwezig is, en je eigenlijk een stadium vooruitloopt op het theoretisch model, kan je een stap terugdoen en vragen wat ze weet over de nadelen van roken voor de zwangerschap. De vervolgstap is niet helemaal volgens de benadering van de eigen regie. Als ze instemt met een wijziging, is het belangrijk zelf het initiatief te nemen voor de verwijzing, omdat de kans daarmee veel groter is dat ze de interventie gaat volgen.⁹ Dat kan via een eigen stoppen-met-rokenpoli of via telefonische coaching van Rookvrije Ouders. Je kunt samen met haar het online formulier in de spreekkamer invullen.¹⁰ Wil de patiënte toch zonder hulp stoppen, bespreek dan concreet wanneer en biedt een follow-up aan.

Referenties

1. Armitage C, Conner M. Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*. 2001;40(4):471-499.
2. Kremers S, de Bruijn G, Visscher T, van Mechelen W, de Vries N, Brug J. Environmental influences on energy balance-related behaviors: A dual-process view. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2006;3(1).
3. Faries M. Why we don't 'just do it': understanding the intention-behavior gap in lifestyle medicine. *Am J Lifestyle Med*. 2016;10(5):332-329
4. Trimbos Instituut: www.rokeninfo.nl/professionals/effecten-van-roken/nicotine/psychisch-effect
5. Hoenderdos K, Hulshof M, Kootstra Y. Hét handboek voor de leefstijlcoach. ISBN 9789090334189 Kennisplatform Leefstijlcoaching
6. Stok M, de Ridder D, de Vet E, de Wit J. Fluitend door de chocoladefabriek. Hoe jongeren hun weg vinden in de verleidelijke voedselomgeving. Voedingscentrum. Tempest Consortium
7. Miller W, Rollnick S. *Motivational interviewing: Helping People Change*. 3rd ed. 2012.
8. Hopman P, Croes E, Croes M. Factsheet Minderen met roken. Trimbos Instituut. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1536-factsheet-minderen-met-roken.pdf>
9. Vidrine IJ, Shete S, Li Y, Cao Y, Alford MH et al. Efficacy of ask advice connect in a safety net healthcare system. *Am J Prev Med* 2013;45(6):737-741
10. Trimbos Instituut. <https://www.ikstopnu.nl/rookvrijeouders> E-learning: <https://rookvrijestart.rokeninfo.nl/scholing>

Samenvatting

Gedragsverandering is niet eenvoudig en zelfs als iemand de intentie heeft het gedrag te willen veranderen, lukt dit vaak niet. Een begripvolle, niet veroordelende houding is belangrijk. In dit artikel zijn twee voorbeelden uitgewerkt: obesitas en roken. Als artsen zijn we gewend aan informerende, oplossingszoekende, voortvarende en soms directieve gesprekstechnieken. Om deze gesprekken op een constructieve manier te voeren hebben we meer vaardigheden nodig, zoals de motiverende gespreksvoering, en technieken die de regie bij de ander laten. Dat betekent niet dat we onze andere vaardigheden moeten laten varen. Informatie geven en een voortvarende benadering kunnen goed werken, maar wel binnen een context van respect en vertrouwen.

Summary

Behavioral change is not easy. Even though there is the intention for change, behavioral change is often not accomplished. A non-judgmental and understanding attitude is important. The two cases in this article serve as examples. As doctors we are used to informative, solution-seeking, energetic and sometimes directive communication techniques. Skills such as motivational interviewing and techniques to let the other person take control are needed to conduct this type of conversations constructively. That does not mean we should forgo our other skills. Providing information and having a proactive approach in a context of respect and trust can have a positive effect.

Leefstijl: hoe doen we het binnen en buiten de spreekkamer?



dr. E. van der Meij *aios gynaecologie, AUMC*

dr. T.A.J. Nijman *aios gynaecologie LUMC, VAGO-clustervertegenwoordiger Leiden*

drs. C. van der Houwen *gynaecoloog, Nij Barrahûs
namens de projectgroep NVOG4Lifestyle*

Als aftrap van het themajaar NVOG4Lifestyle hebben we een enquête uitgezet om te inventariseren in hoeverre dit onderwerp leeft onder de NVOG-leden. Zijn we in ons dagelijks leven met dit thema bezig? En speelt het ook een rol in de spreekkamer? Fietsen we naar ons werk na een rondje hardlopen in de vroege ochtend en een gezond ontbijt, maar vergeten we vervolgens in de spreekkamer aandacht aan dit thema te besteden? Of zijn we er in de spreekkamer juist wel veel mee bezig, maar stappen we vervolgens zelf in de auto om thuis samen met een magnetronmaaltijd weer achter de computer te kruipen? De lifestyle-werkgroep ging op onderzoek uit en verstuurde een enquête naar alle NVOG-leden om inzicht te krijgen in waar de meeste winst te behalen valt en waar we het beste aandacht aan kunnen besteden het komende jaar. We delen de resultaten graag.

Methode

Er is een digitale enquête verstuurd naar alle NVOG leden (n= 1838), inclusief één reminder. De gegevens zijn vervolgens anoniem geanalyseerd met behulp van SPSS.

De digitale enquête is verstuurd naar alle NVOG-leden (n= 1838), inclusief één reminder. De enquête is ingevuld door 546 respondenten (30%). Het merendeel is gynaecoloog (71%) en de gemiddelde leeftijd is 45 jaar (tabel 1). De gegevens zijn v anoniem geanalyseerd met behulp van SPSS.

Onze eigen leefstijl

Het merendeel gaat met de auto of de motor naar het werk (53%), gevolgd door de fiets (36%). Slechts 4% maakt gebruik van het openbaar vervoer. Arts-assistenten gaan iets vaker met de auto naar het werk dan gynaecologen, maar dit verschil is niet statistisch significant (58% versus 52%, $p=0,246$). Slechts 9% van de respondenten voldoet aan de WHO-beweegnorm. Om aan de beweegnorm te voldoen dien je per week minstens 150 minuten matig intensief of tenminste 75 minuten intensief in beweging te zijn én dien je tenminste twee dagen per week aan krachttoefeningen te doen.¹ Deze lage score is voor een groot deel te wijten aan het niet halen van de norm voor krachttraining onder de respondenten. Als we bekijken hoeveel procent de beweegnorm haalt als krachttraining niet wordt meegenomen in de definitie, dan haalt echter nog steeds minder dan de helft van de respondenten (48%) de beweegnorm. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen het halen van de beweegnorm en de functie of de leeftijd van de respondent.

Vervolgens vroegen we hoe tevreden u bent met uw werk-privé balans, uw eetpatroon, uw slaappatroon en uw gewicht.

Tabel 1. Baseline karakteristieken

	Totaal 546
Functie (n %)	
Gynaecoloog	385 (70,5%)
Arts-assistent *	144 (26,4%)
Overig (oa gepensioneerd of beleidsadviseur)	17 (3,1%)
Geslacht (n %)	
Man	117 (21,4%)
Vrouw	428 (78,2%)
Overig	1 (0,2%)
Leeftijd (gemiddeld sd)	45 (10,7)
Vervoer naar werk (n %)	
Met de auto/motor	290 (53,1%)
Met het openbaar vervoer	22 (4,0%)
Met de fiets	196 (35,9%)
Lopend	15 (2,7%)
Heel wisselend	11 (2,2%)
Gemiddelde tijd in minuten besteedt aan matig intensief bewegen per week (bv fietsen of lopen) (n %)	
<100 minuten	107 (19,6%)
100-150 minuten	187 (34,2%)
150-300 minuten	187 (34,2%)
> 300 minuten	65 (12%)
Gemiddelde tijd in minuten besteedt aan intensief bewegen per week (bv hardlopen of wielrennen) (n %)	
< 30 minuten	155 (28,4%)
30-75 minuten	190 (34,8%)
75-150 minuten	130 (23,8%)
> 150 minuten	71 (13,0%)
Gemiddeld aantal keren per week besteedt aan krachttoefeningen (n %)	
Niet of minder dan 1x per week	276 (50,5%)
1 keer per week	144 (26,4%)
2 keer per week	90 (16,5%)
> 2 keer per week	36 (6,6%)
Voldoet aan de WHO beweegnorm (n %) **	
Ja	48 (8,8%)
Nee	498 (91,2%)

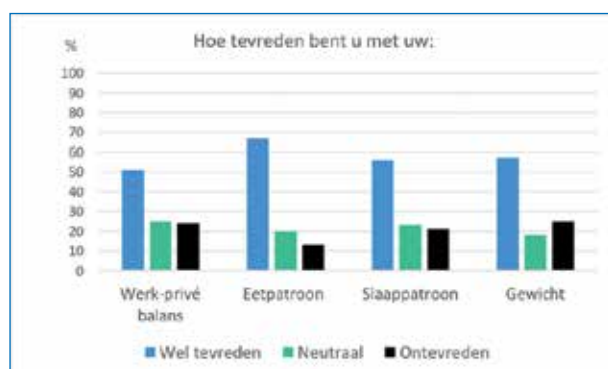
* n=140 aniossen n=3 aniossen

** Om aan de beweegnorm te voldoen dien je per week minstens 150 minuten matig intensief of tenminste 75 minuten intensief in beweging te zijn EN dien je tenminste twee dagen per week aan krachttoefeningen te doen.¹

Voor alle deze categorieën geeft 50% of meer van de respondenten aan tevreden te zijn (figuur 1). Het eetpatroon scoort het gunstigst: 67% is hier tevreden over. Kijken we naar u niet tevreden over bent, dan staan gewicht en werk-privé-balans bovenaan: 25% van de respondenten is hier niet tevreden over. Arts-assistenten zijn significant vaker ontevreden over hun werk-privé balans in vergelijking met gynaecologen (38% versus 20%, $p < 0,001$).

Wat betreft het wel of niet tevreden zijn met het eetpatroon, slaappatroon en gewicht waren er geen opvallende of significante verschillen tussen arts-assistenten en gynaecologen.

Figuur 1. Hoe tevreden bent u met uw eigen leefstijl?



Leefstijl in de spreekkamer

Huidige situatie

Maar liefst 90% van de respondenten vindt leefstijl een belangrijk thema om aandacht aan te besteden tijdens het werk. Slechts 9% staat er neutraal in en 2% vindt het niet belangrijk. We zien hierin geen verschillen tussen gynaecologen en arts-assistenten.

Van de respondenten geeft 44% aan meerdere malen per dag tijdens een consult met een patiënt hier aandacht aan te besteden en 5% doet dit zelfs tijdens nagenoeg ieder consult. 18% van de respondenten geeft aan dit nooit of sporadisch te doen. Als we kijken naar de percentages gynaecologen en arts-assistenten die hier ten minste meerdere malen per dag aandacht aan besteden, zien we dat gynaecologen dit significant vaker doen (56% versus 34%, $p < 0,001$). De mate waarin lijkt onafhankelijk van de eigen leefstijl zoals wij die hebben gemeten.

Als we vervolgens kijken aan welke thema's we dan aandacht besteden, zien we dat roken (86%) en het behouden/bereiken van een gezond gewicht (73%) hierin duidelijk de meest gerapporteerd zijn (figuur 2). Het minste aandacht besteden we aan het slaappatroon (15%).

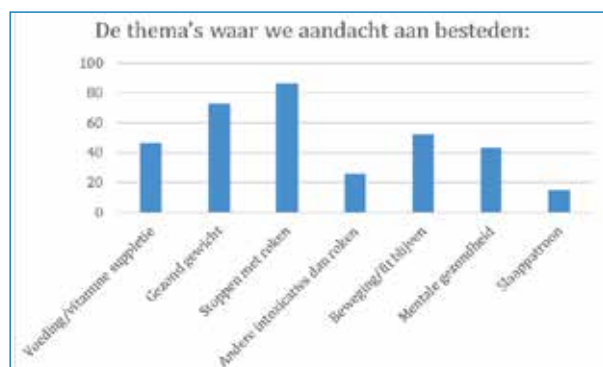
De meeste respondenten geven aan de voorlichting mondeling te geven (96%), 18% gebruikt aanvullend nog informatiefolders, 22% verwijst naar een website of app en 63% verwijst regelmatig naar andere disciplines zoals bijvoorbeeld een diëtist. De informatie op basis waarvan we onze patiënten voorlichten haalt het grootste deel van de respondenten uit wetenschappelijke artikelen (62%). Ook boeken, websites en apps zijn veel geraadpleegde hulpmiddel hiervoor (57%). Verder geeft 44% aan een cursus te hebben gevolgd over dit onderwerp.

36% geeft aan nooit of bijna nooit meer op het onderwerp terug te komen als ze dit tijdens een gesprek hebben aangekaart, terwijl 22% aangeeft dit vaak wel te doen.

Mogelijkheden tot verbetering

Ten slotte hebben we gevraagd wat zou kunnen helpen om onderwerpen over leefstijl vaker of makkelijker bespreekbaar te maken. De enquête geeft namelijk duidelijk aan dat dit nodig is; 90% vindt het een belangrijk thema om aandacht aan te besteden, echter slechts 44% doet dit regelmatig. Het meest gegeven antwoord op deze vraag is dat er meer tijd nodig is voor het voeren van het gesprek hierover (60%). Maar ook beter op de hoogte zijn van de verwijsmogelijkheden (51%), meer evidence-based informatie hierover tot je beschikking hebben (35%), meer kennis/awareness over dit onderwerp verkrijgen (34%) en trainingen gericht op gespreksvaardigheden over dit onderwerp (28%) worden aangegeven als mogelijke suggesties.

Figuur 2. De leefstijlthema's waar we aandacht aan besteden tijdens het consult



Discussie

Wij hebben u een overzicht gepresenteerd van de resultaten van een enquête als aftrap van het themajaar NVOG4Lifestyle. Hierin hebben wij gevonden dat slechts 9% van de respondenten voldoet aan de WHO-beweegnorm. Landelijke of wereldwijde percentages voor deze nieuwe beweegnorm zijn nog niet bekend. Tussen 2000 en 2013 voldeed 60% van de Nederlanders aan de oude WHO-beweegnorm uit 2010, waarin je aan de beweegnorm voldeed als je per dag minimaal vijf dagen per week matig intensieve beweging gedurende 30 minuten per dag.² Het feit dat slecht 9% van ons de beweegnorm haalt komt vooral door het gebrek aan krachttraining. Echter, ook zonder de spierversterkende oefeningen meenemend, haalt nog steeds minder dan de helft (48%) van ons de beweegnorm. Werk aan de winkel dus!

Het merendeel van de respondenten is tevreden over hun eet- en slaappatroon en gewicht. Ongeveer de helft van de respondenten is tevreden over hun werk-privébalans. Opvallend hierin is dat arts-assistenten significant vaker ontevreden zijn. De werk-privébalans van de aiossen is een hot topic. Uit de recente enquête over gezond en veilig werken van de Jonge Specialist bleek onder andere dat 14% klachten van burn-out ervaarde en een kwart niet opnieuw voor de studie geneeskunde zou kiezen.³ In deze enquête was slechts 41% tevreden

over hun werk-privé balans. Vanuit de VAGO is deze enquête ook nogmaals uitgevoerd en de cijfers waren voor de opleiding tot gynaecoloog niet beter. Gelukkig is hier tegenwoordig steeds meer aandacht voor en hopelijk zien we hier in toekomstige enquêtes dat dit verbeterd is.

Bijna alle respondenten vinden leefstijl een belangrijk thema om te bespreken in de spreekkamer. Echter, slechts de helft bespreekt dit vrijwel altijd of regelmatig. Hierin zien we geen verschil tussen mensen die wel of niet voldoen aan de WHO-beweegnorm. Interessant is dat de gynaecologen het hierin beter doen dan de arts-assistenten. Misschien hebben zij met hun ervaring toch minder last van tijdsdruk tijdens een drukke poli. Met kop en schouders waren de meest besproken onderwerpen in de spreekkamer stoppen met roken en een gezond gewicht. Mogelijk komt dit doordat het concrete onderwerpen zijn waar veel over bekend is en veel aandacht in de media. Zowel voor het stoppen met roken als het bereiken van een gezond gewicht zijn meerdere landelijke programma's opgezet en hierdoor is de drempel mogelijk lager om patiënten hiernaar door te verwijzen. Winst valt nog te behalen in de overige minder belichte onderwerpen.

Dit artikel is een mooie uitgangssituatie voor het themajaar NVOG4Lifestyle. We hopen u dit jaar op allerlei vlakken van meer informatie te voorzien en meer handvatten te geven om in de spreekkamer te gebruiken. Ook onze eigen leefstijl komt aan bod. We gaan deze enquête volgend jaar nogmaals uitvoeren om te kijken of alle aandacht van dit jaar invloed hierop heeft gehad.

Referenties

1. World Health Organization. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization, 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
2. Resultaten TNO-monitor bewegen en gezondheid. <https://www.tno.nl/media/4377/bewegen-in-nederland-2000-2013.pdf>
3. Rapport nationale a(n)ios enquête 2020. Veilig en gezond werken.
4. VAGO-artikel enquête werk-privébalans, maart 2022.

Doelen leefstijljaar aan de hand van de enquête

- Aandacht vestigen op onze eigen leefstijl en het aanreiken van concrete tips tot het verbeteren hiervan.
- Meer handvatten om leefstijlonderwerpen bespreekbaar te maken in de spreekkamer: meer awareness creëren en achtergrondinformatie beschikbaar stellen.

Agenda komende leefstijljaar

1 juni 13.00-16.00 ALV NVOG4Lifestyle

Themamaanden:

Dit jaar zijn er drie themamaanden waar u zich voor kunt inschrijven, een uitnodiging hiervoor ontvangt u voorafgaand aan de maand per mail. Iedere themamaand wordt afgetrapt met een online bijeenkomst waarin je bepaalde doelen voor jezelf kan stellen. Gedurende de maand ga je hiermee aan de slag. De volgende thema's komen aan bod:

Juni	Bewegen
Oktober	Voeding
November	Werk-privébalans

In balans blijven met lifelong learning

dr. E.M. Sandberg *aios obstetrie en gynaecologie, cluster Leiden, en bestuurslid VAGO*

drs. S.A.M. Ammerlaan *communicatieadviseur, Challenge & Support*

Hoe halen wij het beste uit onszelf? Hoe maken wij bewuste keuzes in onze loopbaan? En hoe behouden we onze bevoegdheid waarmee we begonnen zijn? Professionele en persoonlijke ontwikkeling heeft de laatste jaren steeds meer de aandacht van gynaecologen en gynaecologen in opleiding. Zowel persoonlijk als met het team kijken we hoe wij onszelf levenslang kunnen ontwikkelen en verbeteren.

Aiossen worden vanaf 1 juli 2022 officieel opgeleid volgens het nieuwe opleidingsplan LOGO. Uniek aan LOGO is dat er voor het eerst in een opleidingsplan aandacht is voor persoonlijke en professionele ontwikkeling met het thema 'Bevlogen zijn, bevlogen blijven'. Gestoeld op gedegen onderzoek en advies van specialisten wordt aan elke aios sterk aanbevolen om tijdens de opleiding aandacht te besteden aan onderwerpen als 'in balans zijn', zelfsturend leren en omgaan met tegenslagen. Concreet gaat het onder andere om een Persoonlijk Ontwikkelplan (POP), mentoring, interview en coaching.

Echter, het belang van leren en jezelf ontwikkelen stopt niet na de opleiding. Het is een levenslang proces waarbij de opleiding het begin van onze carrière is. Hoe behouden we als gynaecologen die *mindset* van *lifelong learning* gedurende onze hele loopbaan? Hoe zorgen we ervoor dat we tijd maken om te reflecteren en onszelf de juiste vragen stellen tijdens onze carrière? En hoe blijven wij in balans? Marieke Sueters, gynaecoloog en opleider in het LUMC in Leiden, ziet coaching als een belangrijk instrument hiervoor: 'Wij hebben in het ziekenhuis de neiging om door te lopen. We pakken alles op. Niks doen zit niet in ons systeem. Maar wanneer nemen we nu echt de tijd om na te denken over onszelf, onze rol in het team en onze loopbaan? Terwijl het juist van belang is om aandacht te hebben voor dit soort dingen.'

Sueters is in 2020 een coachtraject gestart en ziet het binnen de opleiding en het vakgebied als een aanvulling op andere instrumenten: 'Ik heb het als verrijkend en verfrissend ervaren om een onafhankelijke, objectieve professional mee te laten kijken in onze wereld. Het is waardevol om bewust stil te staan bij dingen die passeren op het werk. Bovendien stap je met een bezoek aan een externe coach letterlijk fysiek uit je werkomgeving. Ook dat geeft ruimte en nieuwe inzichten.'

Freek van Slooten, aios gynaecologie in het Groene Hart Ziekenhuis in Gouda, herkent zich in deze woorden: 'Vanaf de geneeskundestudie stap je in een trein die maar door gaat. Ik vond het heel interessant dat een executive coach aan mijn zij stond die me vragen stelde, met me meedacht en me bewust maakte van mijn keuzes. Het intrigeerde me om vanuit een meer psychologisch oogpunt de invulling van werk, privé en opleiding te onderzoeken. Het coachtraject

heeft me inzicht gegeven hoe mijn werk mijn persoonlijkheid beïnvloedt en hoe mijn persoonlijkheid mijn werk beïnvloedt.'

Vrijwillig coachtraject

Sueters en Van Slooten zijn met coaching gestart toen hun vakgroep meedeed aan het Challenge & Support-programma. Een programma van artsen, voor artsen. Het is voor aiossen en artsen één van de mogelijkheden om een coachtraject te starten. De coaching wordt vakgroepbreed aangeboden en aiossen en stafleden melden zich vervolgens individueel vrijwillig aan. Deze vrijwilligheid is belangrijk. Coaching verplicht stellen werkt niet: aiossen obstetrie en gynaecologie gaven dit als advies aan in een onderzoek van de werkgroep 'Persoonlijke groei en ontwikkeling binnen de herziening van BOEG' in 2019.¹ In ditzelfde onderzoek kwam naar voren dat 40% van de aiossen ooit met een coach en/of psycholoog had gesproken.

Wetenschappelijk onderzoek

Challenge & Support verbindt onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek aan coaching. Vorig jaar zijn de conclusies van de pilotstudie gepubliceerd.² Daarnaast is een randomized controlled trial (rct) gestart naast het longitudinale onderzoek. Promovenda en psycholoog Lara Solms van de Universiteit van Amsterdam vertelt over de eerste conclusies: 'Na de coaching gaven de gecoachte artsen een significante verbetering in werk-privébalans en welzijn aan. Ze ervoeren meer autonomie in het werk en minder uitputtingsklachten. Bovendien versterkte de coaching persoonlijke hulpbronnen. Hulpbronnen zoals zelfcompassie en veerkracht versterken de bevoegdheid voor het werk en stellen artsen in staat om met hun veeleisende en verantwoordelijke werk om te gaan.'

Vanzelfsprekendheid

De conclusies uit het onderzoek sluiten aan bij de aanbevelingen van het thema 'Bevlogen zijn, Bevlogen blijven' in LOGO: bevlogen werknemers zijn betrokken en energiek, halen het beste uit zichzelf en maken minder fouten. Hiermee is bevlogenheid een eigenschap die in belangrijke mate de kwaliteit van patiëntenzorg kan beïnvloeden. Bevlogenheid is belangrijk om een leven lang op een plezierige manier te kunnen werken als gynaecoloog.³ Een amplitieve werkwijze leidt tot deze bevlogenheid en zorgt ervoor dat we onze potentie versterken en vergroten. Dit maakt professionele en persoonlijke ontwikkeling essentieel voor alle zorgprofessionals.

'Een coach past naar mijn mening in elke fase van je leven. Waar je je ook bevindt in je carrière', aldus Van Slooten, die eerder een aantal jaar als tropenarts heeft gewerkt. 'Het is goed om altijd te blijven reflecteren en te kijken hoe je jezelf

kunt ontwikkelen. Ik maak graag de vergelijking met de topsport. In die wereld is een coach die je verder brengt heel gewoon. Wij bedrijven ook topsport in het ziekenhuis. Ik geloof dat coaching in het dynamische veld waarin wij werkzaam zijn, voor iedereen waardevol kan zijn.'

Vraagstukken en inzichten

Ook al maakt coaching een opmars binnen de ziekenhuizen, artsen ervaren ook drempels, zoals tijd en geld, om naar een coach te gaan. Daarnaast heeft coaching bij sommige artsen nog een zweverig imago. Nicholas Semertzidis werkzaam als gynaecoloog in Ziekenhuis St Jansdal herkent dit: 'Ik had wel eens eerder in mijn carrière over coaching nagedacht, maar zag er toen vanaf vanwege het zweverige imago van coaching binnen de beroepsgroep. Een paar jaar geleden wilde ik werken aan mijn persoonlijke ontwikkeling en via de opleiding kregen we een ontwikkelingsgericht coachtraject aangeboden. Mijn vrouw werkt in het bedrijfsleven waar coaching heel normaal is. Zij zei dat ik gek was als ik deze kans niet greep.' Sueters zou de vraag graag willen omkeren: 'Waarom zou je niét naar een coach gaan? Je werkt tijdens zo'n traject aan jouw ontwikkeling. En natuurlijk kwam het bij mij ook niet altijd uit: je hebt tijd nodig om het gesprek voor te bereiden, je hebt reistijd en dan heb je een sessie van een uur of anderhalf. Alleen elke keer weer blijkt het de investering meer dan waard te zijn. Het geeft energie en inzicht. Na een coachsessie doe je dingen bewuster. Je staat stil bij de dingen waar je tegenaan loopt.' Sommigen aiossen en stafleden geven aan geen ontwikke-

lingsvraagstuk te hebben om aan een coach voor te leggen. Iets dat Van Slooten juist als positief heeft ervaren: 'Ik ben het coachtraject begonnen zonder specifieke ontwikkelvraag. Dat heeft me veel gebracht. Hierdoor zijn er diverse vraagstukken gepasseerd in het coachtraject. Wat heb ik tot nu toe gedaan als arts? Wie ben ik als arts? Welke kant wil ik op? En we zijn op verschillende casuïstiek ingegaan.' Sueters: 'Wij zijn opgeleid als arts en hebben een vak geleerd. Maar hoe ga je om met de uitdagingen die op je pad komen? Hoe draag je het nemen van verantwoordelijkheden en het continu besluiten moeten nemen? Hoe ga je om met de verhoudingen in een team? Er zijn zoveel ontwikkelvragen te stellen waarbij de antwoorden je veel kunnen opleveren. Een coachtraject doe je echt voor jezelf.' Met de komst van LOGO is er een unieke kans gecreëerd om dit belangrijke thema breed te implementeren in ons vak zodat wij als gynaecologen in balans voorop blijven lopen.

Referenties

1. Sandberg, E.M. en H.S. van Meurs, Landelijke enquête onder aios: Aandacht in opleiding voor persoonlijke ontwikkeling, Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie vol. 132, oktober 2019
2. Solms, Lara, Annelies van Vianen, Jessie Koen, Tim Theeboom, Anne PJ de Pagter, Matthijs De Hoog, On behalf of the Challenge & Support Research Network 'Turning the tide: a quasi-experimental study on a coaching intervention to reduce burn-out symptoms and foster personal resources among medical residents and specialists in the Netherlands' BMJ Open 2021;11:e041708. doi:10.1136/bmjopen-2020-041708
3. <https://www.arboned.nl/nieuws/om-deze-redenen-is-het-belangrijk-dat-uw-werknemers-bevlogen-zijn>

Hoe cool is het Cool-traject?

drs. P. Bourdrez *gynaecoloog VieCuri Medisch Centrum*

Wat heb je als arts in de spreekkamer te bieden aan patiënten om gezonder te gaan leven? Voor deze vraag staan we dagelijks. Een advies is snel gegeven, maar concrete hulp aanbieden is vaak lastig. Het is echter wel hard nodig. In 2020 had de helft van alle volwassenen overgewicht (BMI>25). Meer vrouwen hebben obesitas (BMI ≥30) dan mannen. In 2020 is dit percentage voor vrouwen gestegen naar 15,2%.¹

Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI)

In het VieCuri heb ik jaren geleden het programma Vitaal Zwanger opgezet voor paren met een kinderwens en obesitas: verwijzing naar de diëtiste plus verwijzing naar een sportinstructeur binnen het ziekenhuis om onder begeleiding te kunnen sporten. Tijdens corona was het niet meer mogelijk om in het ziekenhuis te sporten en ben ik op zoek gegaan naar een alternatief. Dit werd het Cool-programma, dit is een van de gecombineerde leefstijlinterventies (GLI). Vanaf 2019 kunnen patiënten met overgewicht (BMI>25) en aanvullende risicofactoren of obesitas (BMI>30) verwezen worden naar een GLI. Dit programma omvat advies en begeleiding gericht op voeding, bewegen en duurzame gedragsverandering om een gezonde leefstijl te krijgen en te behouden. Er zijn vier erkende GLI's ondergebracht in de basisverzekering zonder het eigen risico te belasten: de BeweegKuur, SLIMMER, Cool en Samen Sportief in Beweging. Het programma wordt uitgevoerd door gekwalificeerde leefstijlcoaches, fysiotherapeuten en diëtisten. Een verwijzing door de huisarts naar het GLI-programma is nodig voor vergoeding. Het bewegen in een sportclub of met een fitness-abonnement worden niet vergoed.

Werkt GLI echt?

In het *Wat werkt dossier* voor de behandeling van overgewicht bij volwassenen zet het RIVM de werkzame elementen van de GLI op een rij (zie Loketgezondleven.nl). Ook worden specifieke aanbevelingen gedaan voor ouderen, kraamvrouwen, mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) en/of migratieachtergrond en mannen.

Dit werkt:

1. Verschillende diëten (koolhydraat- of vetarm, proteïnerijk) kunnen gewichtsverlies realiseren.
2. Bewegen is belangrijk om gewichtstoename in de toekomst te voorkomen. Advies is 120-150 minuten per week, verdeeld over drie tot vijf sessies.
3. Doelen stellen én monitoren (denk aan gewicht, voedselname en fysieke activiteit) ondersteunen de gedragsverandering.
4. Steun van familie en vrienden draagt bij aan gewichtsverlies.

Ook kansrijk:

1. Een langere behandelduur met frequent contact tussen deelnemers en zorgverleners draagt bij aan behoud van gewichtsverlies op de langere termijn.
2. Motivational interviewing versterkt de autonome motivatie.
3. Stressmanagement en emotieregulatie helpen gewichtsverlies te bereiken en terugval te voorkomen. Dat is extra belangrijk bij deelnemers met een lage sociaaleconomische status.
4. Zowel groeps-, individuele als gemixte interventies kunnen effectief zijn bij het verminderen van gewicht.

Cool-traject

De basis van Cool is persoonsgerichte zorg. Het programma duurt twee jaar en bestaat uit individuele gesprekken en zestien groepsbijeenkomsten. Naast het volgen van Cool is het voor de deelnemer belangrijk dat hij of zij ook daadwerkelijk in beweging komt. Hierbij heeft het collectief van huisartsen in onze regio (Cohesie) alle gemeentes bereid gevonden om hun buurtsportcoaches/sportconsulenten in te zetten. Samen met de leefstijlcoach gaan zij met de deelnemers aan de slag om een passende bewegingsvorm te vinden.

Leefstijlcoaches

Met Robin Verheijen en Ramon Jacobs, beweeg- en leefstijlcoaches bij Knooppunt Centrum voor Gezondheid in Baarlo, bespreek ik hun werkwijze: coaching richt zich op gedragsverandering en niet specifiek op gewichtsverlies. Belangrijke thema's in de Cool-aanpak zijn voeding, beweging, slaap,



Bewegen als onderdeel van een Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI)

stress, energieniveau, timemanagement, vitaliteit en ontspanning. Het is geen 'quick fix', het traject kost tijd. Verwachtingsmanagement is belangrijk.

De coach zorgt ervoor dat het doel van de deelnemer en de opgestelde acties realistisch zijn. Het Cool- programma besteedt ook aandacht aan terugval, zodat deelnemers leren dat dit hoort bij het veranderproces. De rol van de coach is ondersteunend en richtinggevend. De regie ligt bij de deelnemer.

Hoe ziet het traject er in hun praktijk uit?

- groepsbijeenkomst bij de diëtist,
- gedrags-/leefstijlbijeenkomst met een wisselend thema,
- trainen met coach: krachtraining, intervaltraining,
- alternatief bewegen in de vorm van een clinic: lokale verenigingen laten deelnemers kennis maken met verschillende sporten,
- wandeling met natuurgids.

Conclusie

GLI is een goede manier om patiënten te helpen om 'duurzaam' gezonder te worden: 'niet voor even, maar voor het leven' (Cool). In heel Nederland worden GLI's aangeboden. Coaching wordt gedurende twee jaar vergoed vanuit de basisverzekering. Het bewegen moet door de patiënt zelf worden bekostigd. Dit kan een drempel vormen voor mensen met weinig geld. Hierbij een oproep aan de verzekeraars om gedurende minimaal één jaar zowel de coaching alsook het bewegen te vergoeden, om ervoor te zorgen dat de gezondheidswinst aanhoudt. Dit kan veel zorgkosten besparen in de toekomst.

Referentie

1. Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor i.s.m. RIVM

Een jonge patiënte met vulvaire lichen sclerosus

drs. J. Diep *semi-arts dermatologie, Franciscus Gasthuis & Vlietland, Rotterdam; nu arts-assistent dermatologie, Amphio Ziekenhuis, Breda*

drs. J. de Waard *gynaecoloog, Franciscus Gasthuis & Vlietland, Rotterdam*

dr. J.L. Simons *patholoog, Franciscus Gasthuis & Vlietland, Rotterdam*

dr. M.C.G. van Praag *dermatoloog, Franciscus Gasthuis & Vlietland, Rotterdam*

Een 21-jarige patiënte bezocht de polikliniek Dermatologie van het Franciscus Gasthuis te Rotterdam in verband met witte vlekjes op de vulva sinds enkele maanden. Deze vlekjes jeukten niet en waren niet pijnlijk. Er was wel sprake van dyspareunieklachten.

Bij lichamelijk onderzoek werden witte maculae en plaques gezien bij de introïtus vaginae en aan de labia minora die aan de linkerzijde meer uitgesproken waren dan aan de rechterzijde (figuur 1). Differentiaal diagnostisch werd primair gedacht aan een multifocale vulvaire intra-epitheliale neoplasie dan wel vitiligo van de vulva. Er werd een stansbiopst afgenomen van het labium minus voor histologisch onderzoek (figuur 2). Dit vulvabiopst toonde homogenisatie van het bindweefsel, een gering infiltraat met lymfocyten en aan het oppervlak een plaveiselcellige epitheliale bekleding met atrofische veranderingen. In de diepte werden meerdere bloedvaten gezien. Het histologisch beeld kon goed passen bij de diagnose vulvaire lichen sclerosus. Vulvaire intra-epitheliale neoplasie en vitiligo van de vulva werden uitgesloten. Er werd clobetasolpropionaat zalf in combinatie met vaseline paraffine zalf als emolliens voorgeschreven. Patiënte zou na drie maanden worden teruggezien voor controle.

Beschouwing

Lichen sclerosus is een chronische inflammatoire dermatose die kan voorkomen bij zowel mannen als vrouwen; bij vrouwen komt het echter vaker voor.^{1,2} De precieze incidentie en prevalentie van lichen sclerosus is niet bekend.³ Het kan op iedere leeftijd optreden, maar komt vooral voor tijdens de prepuberale en de postmenopauzale fase.⁴ Tot op heden is de onderliggende etiologie van lichen sclerosus niet opgehelderd.⁵

De voorkeurslocatie van lichen sclerosus is het anogenitale gebied (80%).³ De meest voorkomende klacht van vulvaire lichen sclerosus is jeuk, maar patiënten kunnen zich ook presenteren met pijn, dysurie en dyspareunie, zoals de jonge patiënte uit de casus.⁶ Klinisch kenmerkt lichen sclerosus in het beginstadium zich door witte, parelmoerachtige scleroseerende papels.⁷ Karakteristiek is dat deze papels vervolgens gaan confluëren tot grotere plaques.^{7,8} Uiteindelijk resulteren deze papels en plaques in gerimpelde vlakke of licht atrofische littekens, het zogenaamde end-stage lichen sclerosus vulvae.⁷ Tevens kunnen, door het veelvuldig krabben, erosies, fissuren en lichenificatie van de huid ontstaan.^{6,7}

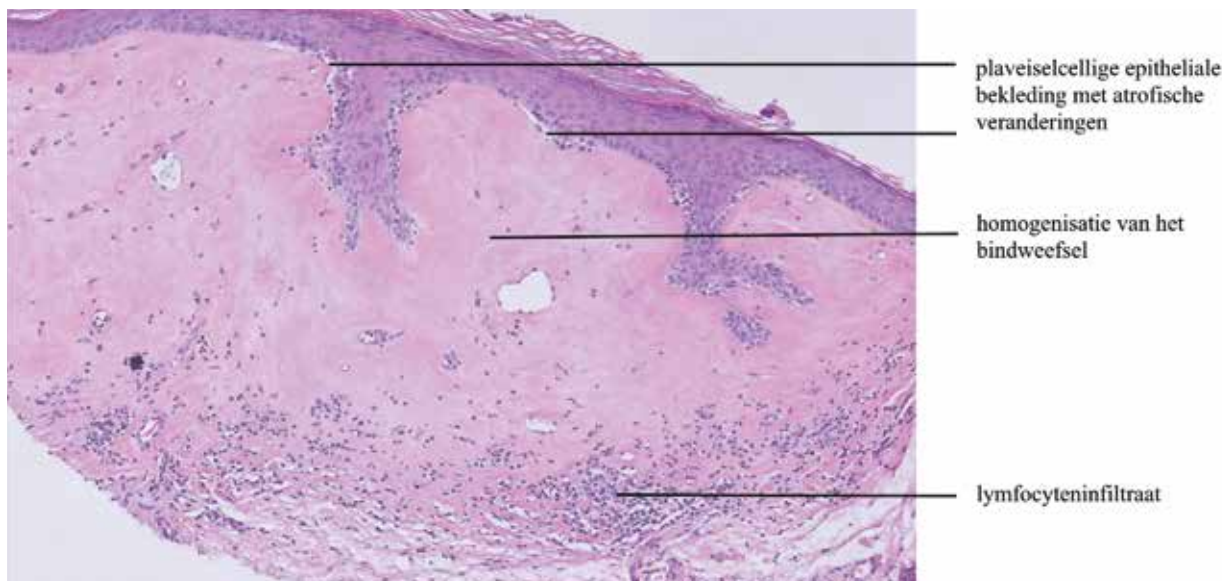
Figuur 3 toont een verder gevorderd stadium van lichen sclerosus vulvae, waarbij atrofische verlittekening met agglutinatie van de labia minora zichtbaar zijn. Het vroegtijdig herkennen en behandelen met topicale klasse 3 of 4 steroïden van vulvaire lichen sclerosus is van belang omdat dit het risico op complicaties als dergelijke (uitgebreide) verlittekening en bovendien maligne onttaarding in een plaveiselcelcarcinoom kan verkleinen.^{3,9,10} Tacrolimus 0,1% zalf kan tevens worden voorgeschreven bij lichen sclerosus. Het kan bijvoorbeeld afgewisseld worden met topicale steroïden of kan, indien topicale steroïden onvoldoende effectief blijken te zijn, tevens als monotherapie worden toegepast waarbij het als voordeel heeft dat het geen steroïden bevat.³

In dit case report wordt een casus besproken van een jonge patiënte die sinds enkele maanden witte vlekken op de vulva had opgemerkt. Zij had daarbij geen jeuk hetgeen meestal op de voorgrond staat bij lichen sclerosus, maar zijervaarde wel dyspareunieklachten. Bij lichamelijk onderzoek werden zeer gelokaliseerde witte maculae en plaques gezien. Op basis van dit klinisch beeld werd aanvankelijk differentiaal diagnostisch gedacht aan een multifocale intra-epitheliale neoplasie dan wel vitiligo van de vulva. Er werd een biopst verricht conform de huidige richtlijnen.³ Histologisch bleek het gebiopteerde weefsel goed te kunnen passen bij lichen sclerosus.

Bij nadere inspectie van het anogenitale gebied bleek er tevens sprake te zijn van asymmetrie van de labia minora met atrofie van het rechter labium minus en hypopigmentatie ter plaatse van de sulcus interlabialis met mogelijk begin-



Figuur 1. Witte maculae en plaques bij de introïtus vaginae en aan de labia minora



Figuur 2. Histologisch beeld van het vulvabiop: homogenisatie van het bindweefsel, gering infiltraat met lymfocyten en plaveiselcellige epitheliale bekleding met atrofische veranderingen (HE-kleuring, microscopische vergroting 40x)

nende agglutinatie in beide sulci. Er was verder geen sprake van phimosis of perianale afwijkingen. Bij navraag was bij patiënte eerder niet opgevallen dat het rechter labium minus kleiner was geworden, wat een vroeg symptoom van lichen sclerosus kan zijn. De beschreven architecturale veranderingen waren achteraf gezien extra aanwijzingen voor lichen sclerosus.

Het is van belang om lichen sclerosus in een vroeg stadium te herkennen om niet alleen met de juiste behandeling te kunnen starten, maar ook om deze patiënten jaarlijks op te kunnen roepen voor controle in verband met het risico op een maligne onttaarding in een plaveiselcelcarcinoom. Bij het klinisch beeld zoals in de casus wordt beschreven, met gelokaliseerde witte maculae en plaques aan de vulva, dient men differentiaal diagnostisch niet alleen multifocale intra-epitheliale neoplasie en vitiligo te overwegen, maar dus ook een beginstadium van lichen sclerosus. Het is hierbij van belang om op zoek te gaan naar meer subtiele, architecturale veranderingen in het anogenitale gebied die in de rich-



Figuur 3. Een verder gevorderd stadium van lichen sclerosus vulvae met atrofische verlittekening en agglutinatie van de labia minora

ting van lichen sclerosus kunnen wijzen. In een later stadium van lichen sclerosus vulvae zullen deze architecturale veranderingen meer uitgesproken aanwezig zijn waarbij de vulvaire anatomie geheel kan verdwijnen.

De huidige voorkeursbehandeling van lichen sclerosus bestaat uit een sterke corticosteroïd zalf (een klasse 3 dan wel een klasse 4 dermatocorticosteroïd), eventueel in afwisseling met een tacrolimus 0,1% zalf, en een emolliens.³

Referenties

1. Fergus KB, Lee AW, Baradaran N, Cohen AJ, Stohr BA, Erickson BA, et al. Pathophysiology, Clinical Manifestations, and Treatment of Lichen Sclerosus: A Systematic Review. *Urology*. 2020;135:11-9.
2. Kirtschig G, Becker K, Gunthert A, Jasaitiene D, Cooper S, Chi CC, et al. Evidence-based (S3) Guideline on (anogenital) Lichen sclerosus. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29(10):e1-43.
3. Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie. Richtlijn lichen sclerosus. Beschikbaar via: <https://nvdv.nl/patienten/richtlijnen-en-onderzoek/richtlijnen/richtlijn-lichen-sclerosus>. Geraadpleegd op: 15-03-2021.
4. Powell JJ, Wojnarowska F. Lichen sclerosus. *Lancet* 1999; 353: 1777-1783.
5. McPherson T, Cooper S. Vulval lichen sclerosus and lichen planus. *Dermatol Ther*. 2010;23(5):523-32.
6. Lewis FM, Tatnall FM, Velangi SS, et al. British Association of Dermatologists guidelines for the management of lichen sclerosus, 2018. *Br J Dermatol*. 2018;178:839-853.
7. Barker LP, Gross P. Lichen sclerosus et atrophicus of the female genitalia. A clinical study and diagnostic guide. *Arch Dermatol*. 1962;85:362-73.
8. Citarella L, Massone C, Kerl H, Cerroni L. Lichen sclerosus with histopathologic features simulating early mycosis fungoides. *Am J Dermatopathol*. 2003;25(6):463-5.
9. Kirtschig G. Lichen Sclerosus-Presentation, Diagnosis and Management. *Dtsch Arztebl Int*. 2016;113(19):337-43.
10. Lee A, Bradford J, Fischer G. Long-term Management of Adult Vulvar Lichen Sclerosus: A Prospective Cohort Study of 507 Women. *JAMA Dermatol*. 2015;151(10):1061-7.

Samenvatting

Een 21-jarige patiënte bezocht de polikliniek Dermatologie van welk ziekenhuis wegens niet jeukende en niet pijnlijke witte vlekjes op de vulva sinds enkele maanden. Er was tevens sprake van dyspareunielachten. Het bleek te gaan om een beginstadium van lichen sclerosus. Lichen sclerosus is een chronische inflammatoire dermatose die met name gelokaliseerd is in het anogenitale gebied en vaker voorkomt bij vrouwen dan bij mannen. Klinisch kenmerkt lichen sclerosus zich door witte, parelmoerachtige scleroserende papels die doorgaans confluëren tot grotere plaques in een later stadium. Vroegtijdige herkenning en behandeling kan het risico op complicaties zoals (uitgebreide) verlittekening en maligne onttaarding in een plaveiselcelcarcinoom verkleinen. De huidige voorkeursbehandeling bestaat uit een sterke corticosteroïd (klasse 3 of 4) in combinatie met een emolliens. Verder dienen patiënten jaarlijks gecontroleerd te worden in verband met het risico op een plaveiselcelcarcinoom.

Trefwoorden

lichen sclerosus, vulvopathologie, intra-epitheliale neoplasie, corticosteroïden, calcinurineremmers

Summary

A 21-year-old patient visited the Dermatology outpatient department with complaints of non-itchy and non-painful white spots on the vulva that existed for several months. There were complaints of dyspareunia. Eventually, the patient was diagnosed with lichen sclerosus in an early stage. Lichen sclerosus is a chronic inflammatory dermatosis mainly localized in the anogenital region and affects mostly women. Clinically, lichen sclerosus consists of white, pearly, sclerosing papules that confluence into larger plaques. Early recognition and treatment can reduce the risk of complications of (extensive) scarring and malignant degeneration in squamous cell carcinoma. The current preferred treatment consists of a strong corticosteroid (class 3 of 4) in combination with an emollient.

Keywords

lichen sclerosus, vulvar pathology, intra-epithelial neoplasia, corticosteroids, calcineurin inhibitors

Contact

drs. J. Diep, joycediep@gmail.com

Verklaring belangenverstrengeling

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

Geen verschil in veiligheid en effectiviteit tussen de reguliere foley- en de latexvrije katheter bij inleiding van de baring

drs. F.A.M. van de Ven *anios SEH, Van Weel-Bethesda Ziekenhuis, Dirksland*

drs. B.H.M. Croonen *fertiliteitsarts, Gelre ziekenhuizen, Apeldoorn*

dr. A.L.M. Oei *gynaecoloog, Bernhoven ziekenhuis, Uden*

dr. J.L. van der Heyden *gynaecoloog, Bernhoven ziekenhuis, Uden*

De veiligheid van het primen van de baarmoedermond met een ballonkatheter en het optimale volume hiervan is al veel onderzocht. Echter is er nooit onderzoek verricht naar het verschil tussen de verschillende typen ballonkatheters. Deze pilotstudie toont aan dat er geen verschil is tussen de reguliere foley- en de latexvrije katheter op het gebied van veiligheid, mate van cervicale rijping en het inductie-bevallingsinterval.

Inleiding

In Nederland wordt 22,6 procent van alle bevallingen ingeleid en dat aantal neemt toe. Er zijn verschillende methodes om een bevalling in te leiden, namelijk medicamenteus of mechanisch.¹ Mechanische priming van de cervix lijkt iets veiliger door een lager risico op hyperstimulatie, waardoor de keuze voor deze optie toeneemt.^{1,2} Bijkomend voordeel is dat de kosten van mechanisch inleiden lager zijn, mede omdat sommige ziekenhuizen deze patiënten poliklinisch behandelen.^{1,2,5,6}

De meest gebruikte mechanische methode voor priming in Nederland is de foley-katheter.¹ Er is al veel onderzoek gedaan naar inleidingen met een foleykatheter, met name naar het optimale volume in de ballon en de veiligheid.¹⁻⁶ Ten aanzien van het volume van de ballon heeft 30 ml de voorkeur. Een hoger volume of een dubbele ballon heeft geen evident voordeel in de tijdsduur van de bevalling, modus partus, complicaties bij de partus of neonatale uitkomsten.^{1,2,4} Een groter volume geeft daarentegen meer ongemak bij de zwangere vrouw.

Binnen de ballonkatheters kan onderscheid worden gemaakt tussen de reguliere foleykatheter en de latexvrije variant. Omdat de latexvrije variant stugger is, ontstond het vermoeden dat deze de rijping van de cervix wellicht beter zou stimuleren waardoor amniotomie eerder mogelijk zou zijn. Echter, hypothetisch gezien zou de latexvrije ballonkatheter mogelijk een hoger risico kunnen hebben op bloedverlies en het (accidenteel) breken van de vliezen bij het inbrengen van de katheter.

Er is slechts één studie (McGee et al)³, waarbij de latexvrije katheter wordt vergeleken met de reguliere foleykatheter.³ In deze studie is voornamelijk gekeken naar complicaties bij plaatsing; bij de latexvrije katheter worden vaker accidenteel de vliezen gebroken, maar is het risico dat plaatsing niet lukt kleiner.³ In deze studie wordt echter niet gekeken naar de

tijdsduur tussen ballonplaatsing en baring. In dit onderzoek worden zowel de veiligheid alsook het inductie-bevallingsinterval van een latexvrije katheter vergeleken met een reguliere foleykatheter.

Methode

Het onderzoek vond plaats in één ziekenhuis waar tweedelijns geboortezorg wordt verleend.

In de periode van januari tot mei 2019 werden patiënten met een amenorroedeuur ≥ 34 weken met een medische indicatie voor balloninleiding geïnccludeerd. Patiënten werden geëxcludeerd indien zij een contra-indicatie voor inleiding middels ballonkatheter hadden, zoals placenta praevia (of laagliggende placenta met bloedverlies tijdens de zwangerschap), afwijkende ligging van de foetus of latexallergie bij de zwangere. Een poweranalyse is niet verricht voorafgaand aan de studie. Er is uitgegaan van een populatie van 100 zwangeren met een indicatie tot inleiding middels een ballonkatheter. De zwangere meldde zich in de middag. Er werd een vaginaal toucher verricht om de bishopscore te bepalen en cardiotocografie (CTG) vóór plaatsing van de ballon vond plaats gedurende tenminste 30 minuten. Er werd een ballonkatheter ingebracht bij een bishopscore van ≤ 6 en een normaal CTG. Met een willekeurig getrokken formulier werd bepaald welk type ballonkatheter zou worden ingebracht (50 formulieren per type ballonkatheter). Baseline karakteristieken en basisgegevens werden direct op het formulier genoteerd. De zorgverlener werd niet geblindeerd voor het type ballonkatheter.

De ballonkatheter werd ingebracht met behulp van een speculum en de ligging werd direct gecontroleerd met vaginaal toucher. De ballon van beide katheters werd gevuld met 30 cc NaCl. Na de plaatsing werd patiënte tenminste 30 minuten geobserveerd inclusief CTG. Vervolgens mocht de patiënte naar huis met instructies en uitleg. Indicaties voor klinische opname waren: intra-uteriene groeivertraging (IUGR) of afbuigende groei, sectio caesarea in de voorgeschiedenis, pre-eclampsie of ernstige hypertensie.

De volgende ochtend werd opnieuw een CTG verricht en de bishopscore bepaald middels een vaginaal toucher. Afhankelijk van de bevindingen werd het vervolgbeleid bepaald. In de meeste gevallen werd een amniotomie verricht, vaak gevolgd door oxytocine bijstimulatie. Indien de cervix hiervoor niet voldoende rijp was werd misoprostol oraal

gegeven, een nieuwe katheter geplaatst, werden rustdag(en) afgesproken of werd in sommige gevallen een sectio caesarea verricht.

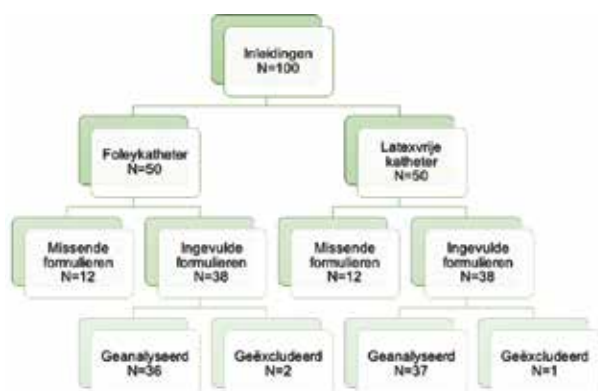
De primaire uitkomstmaten van deze studie zijn het inductie-bevallingsinterval, bloedverlies bij ballonplaatsing met noodzaak tot interventie of het accidenteel breken van de vliezen bij plaatsing. Secundaire uitkomstmaten zijn: modus partus en ongewenste uitkomsten (zoals lage Apgar-score).

Alle gegevens werden geanalyseerd in SPSS-versie 27. Er werd onder andere gebruik gemaakt van de ongepaarde T-test en de Chi-kwadraattest.

Resultaten

In de periode van januari tot mei 2019 zijn er 100 patiënten geïncludeerd, 50 in de foleykathetergroep en 50 in de latexvrijekathetergroep (zie figuur 1). In beide groepen zijn 12 formulieren niet compleet. In de foleygroep zijn twee patiënten geëxcludeerd omdat er geen ballonkatheter is geplaatst. In de latexvrije groep is één patiënt geëxcludeerd wegens incorrecte gegevens. Voor de analyse zijn er 36 patiënten uit de foleygroep en 37 uit de latexvrije groep meegenomen.

Figuur 1. Patiëntselectie



Beide groepen waren gelijk verdeeld qua: leeftijd, BMI, pariteit en amenorroeduur (zie tabel 1). De gemiddelde bishopscore vóór plaatsing van de katheter was 1,83 ($\pm 1,73$) in de foleygroep versus 2,43 ($\pm 1,61$) in de latexvrije groep, dit was met een p-waarde van 0,13 niet significant verschillend tussen beide groepen.

De meest voorkomende reden van inleiding in beide groepen is een electieve indicatie (25% versus 53%). Binnen de foleygroep werd dit gevolgd door hypertensie/pre-eclampsie (25%) en bij de latexvrije groep door serotiniteit (22%).

De gemiddelde bishopscore na inductie middels ballonkatheter was 4,50 ($\pm 2,08$) in de foleygroep versus 4,97 ($\pm 1,87$) in de latexvrije groep. Dit resulteerde in een verschil in bishopscore van 2,67 ($\pm 2,13$) in de foleygroep versus 2,58 ($\pm 1,93$) in de latexvrije groep (zie tabel 2).

In de ruime meerderheid waren er geen complicaties tijdens en na het inbrengen van de katheter (75% versus 73%). In de foleygroep was er eenmaal een bloeding na het inbrengen van de katheter, waarvoor een interventie nodig was (het inbrengen van een infuus). In beide groepen verliep de plaat-

sing moeizaam bij twee patiënten. In de latexvrije groep was eenmaal de ballon geknapt bij de eerste keer inbrengen en eenmaal was het niet gelukt om de katheter te plaatsen. Het accidenteel breken van de vliezen bij ballonplaatsing werd niet waargenomen.

De uitkomsten van de patiënten die een tweede ballonkatheter kregen en waarvan de ballonplaatsing niet was gelukt, konden slechts deels worden meegenomen in de analyse. Indien er een nieuwe ballonkatheter moest worden geplaatst, werd deze tweede ballonkatheter meegenomen in de berekeningen voor het inductie-AROM-interval en inductie-bevallingsinterval.

In totaal heeft bij 34 (89%) in de foleygroep en bij 32 patiënten (86%) in de latexvrije groep geresulteerd in een bevalling binnen 58 uur na het plaatsing van een ballonkatheter. In de overige gevallen was een nieuwe ballonplaatsing nodig of werden een aantal rustdagen afgesproken.

Bij twee patiënten in de foleygroep en bij één patiënt in de latexvrije groep moest de inleiding (na ballonplaatsing) 24 uur worden uitgesteld vanwege drukte op de afdeling. Het inductie-AROM- en inductie-bevallingsinterval werden hiervoor gecorrigeerd.

In tabel 3 is te zien dat de gemiddelde tijd tussen ballonkatheterplaatsing en AROM (19,54 versus 20,91 uur) en tussen ballonkatheterplaatsing en partus (30,95 versus 29,87 uur) gelijk is verdeeld in beide groepen. Zeven patiënten (20%) in de foleygroep versus 13 patiënten (41%) in de latexvrije groep bevielen binnen 24 uur na ballonkatheterplaatsing. Bij 8 patiënten (24%) in de foleygroep duurde de bevalling (inclusief priming) langer dan 36 uur versus 6 (18%) in de latexvrije groep.

In beide groepen werd eenzelfde verdeling gezien in patiënten met betrekking tot pijnstilling, koorts durante partu en fluxus. Tevens was de gemiddelde hoeveelheid bloedverlies (rondom de partus) gelijk in beide groepen. Direct na de geboorte had één neonat in de foleygroep en twee neonaten in de latexvrije groep een Apgar-score <7 (zie tabel 4). Alle neonaten hadden na 5 minuten een Apgar-score ≥ 7 .

Discussie

In dit onderzoek zijn zowel de veiligheid als de effectiviteit vergeleken tussen de reguliere foleykatheter en de latexvrije katheter voor inductie van de baring (priming) bij een amenorroeduur ≥ 34 weken. De effectiviteit werd uitgedrukt in de bishopscore, inductie-bevallingsinterval en modus partus. De veiligheid werd beoordeeld door het observeren van eventuele complicaties (bloedverlies en het breken van de vliezen bij plaatsen van de ballonkatheter).

Er zijn veel studies verricht naar inductie middels een ballonkatheter, zoals een review van Diederer en al.^{1,2,6} Hierbij wordt echter vaak niet het type ballonkatheter benoemd. Tevens is er veel onderzoek gedaan naar het optimale volume in de ballon.^{1,5} Zo vergelijkte Gu et al. een vulling van 30 cc met 80 cc NaCl (foleykatheter) en concludeert dat beide volumes zorgen voor een gelijk aantal geboorten binnen 24 uur na inductie en geen verschil in aantal sectio

Tabel 1. Patiëntkarakteristieken

	Foley katheter N = 36	Latexvrije katheter N = 37	P-waarde
Leeftijd in jaren (±SD)	30,2 (±4,3)	31,0 (±4,3)	0,473
BMI (±SD)	28,5 (±6,4)	29,2 (±7,0)	0,613
Pariteit			0,277*
0	22 (61%)	16 (43%)	
1	7 (19%)	14 (38%)	
≥2	7 (19%)	7 (19%)	
Amenorroeduur (±SD)	39w0d (±1w4d)	39w2d (±1w3d)	0,926
AD <37 weken	2 (6%)	3 (8%)	
AD 37-38 weken	8 (22%)	4 (11%)	
AD 38-39 weken	7 (19%)	7 (19%)	
AD 39-40 weken	9 (25%)	14 (38%)	
AD 40-41 weken	4 (11%)	1 (3%)	
AD >41 weken	6 (17%)	8 (21%)	
Bishopscore vóór ballonplaatsing (±SD)	1,83 (±1,73)	2,43 (±1,61)	0,130
Reden van inleiding			
Zwangerschapshypertensie en/of pre-eclampsie	9 (25%)	1 (3%)	
Intra-uteriene groeivertraging of afbuigende groei	2 (5%)	5 (13%)	
Positieve discongruentie	7 (20%)	1 (3%)	
Diabetes gravidarum met insuline	2 (5%)	1 (3%)	
Cholestase	-	1 (3%)	
Serotiniteit of naderende serotiniteit	6 (17%)	8 (22%)	
Maternale leeftijd > 40 jaar	1 (3%)	-	
Electief **	9 (25%)	20 (53%)	

* P-waarde van de pariteit is berekend middels de Chi-kwadrat toets, om de verdeling tussen de groepen te vergelijken.

** Electieve redenen voor inleiding bevatten: verminderd leven voelen, diabetes gravidarum met dieet, epilepsie met medicatie, antifosfolipidensyndroom, GBS positieve zwangere, hoog BMI en surmenage-klachten.

caesarea. Het advies vanuit de meest recente NVOG-richtlijn (december 2020) is daarom ook een vulling van 30 cc NaCl.¹ Vanwege dit advies werd deze 30 cc ook in deze pilotstudie aangehouden.

Het onderzoek van McGee et al is het eerste onderzoek die de reguliere foleykatheter vergelijkt met de latexvrije katheter op het gebied van veiligheid.³ McGee et al. vond geen significant verschil in de veiligheid van beide ballonkatheters, echter is er niet gekeken naar het inductie-bevallingsinterval. Wegens de stugheid van de latexvrije katheter zouden vliezen vaker accidenteel gebroken worden, dit blijkt echter maar sporadisch voor te komen.

De baseline karakteristieken van de patiënten waren in beide groepen gelijk verdeeld. Dat wil zeggen maternale leeftijd, BMI, amenorroeduur ten tijde van inleiding en indicatie voor inleiding.

Hoewel er meer primipara in de foleygroep zitten (61% versus 43%), is dit verschil niet statistisch significant (p-waarde 0,277). Mogelijk heeft dit wel enige invloed gehad op de resultaten. Hoewel er een verschil wordt verwacht in inductie-bevallings interval tussen primipara en multipara, is dit in weinig onderzoeken beschreven. Solt et al. beschrijft een gemiddeld inductie-bevallingsinterval van 22,6 uur bij 50 pri-

mipara en een gemiddelde van 13,9 uur bij 44 multipara.⁴ Dit lijkt op het oog een groot verschil, echter is dit verschil niet statistisch significant (95% CI [-0,72;18,12]). Dit onderzoek van Solt et al. heeft relatief weinig inclusies, waardoor een klein verschil minder snel kan worden aangetoond.

Indien gekeken wordt naar de bishopsscore vóór en ná ballonkatheter plaatsing, is er geen significant verschil in beide groepen, wat lijkt te duiden op een gelijk effect op de cervixrijping.

Over het algemeen waren er weinig complicaties bij het inbrengen van de ballonkatheters. Eenmaal werd in de foleygroep een bloeding waargenomen en eenmaal is de ballon van de latexvrije ballonkatheter geknapt bij het vullen.

In het onderzoek van McGee et al. braken tijdens het inbrengen van de ballonkatheter de vliezen bij 7,2% in de latexvrije groep en 1,5% in de reguliere foleygroep.³ Indien deze getallen hetzelfde zouden zijn in dit onderzoek, dan zou dit het geval zijn bij ongeveer twee patiënten in de latexvrije groep. In onze studie braken de vliezen bij het inbrengen van de ballonkatheter in geen enkel geval.

Er zit een aantal beperkingen aan dit onderzoek. De voornaamste beperking is dat het een kleine studiegroep (N=75)

Tabel 2. Resultaten

	Foley katheter N = 36	Latexvrije katheter N = 37	P-waarde
Bishopscore			
Vóór ballonplaatsing (±SD)	1,83 (±1,73)	2,43 (±1,61)	0,130
Na plaatsing (±SD)	4,50 (±2,08)	4,97 (±1,87)	0,315
Vershil bishopscore vóór en na plaatsing (±SD)	2,67 (±2,13)	2,58 (±1,93)	0,862
Complicaties bij plaatsing katheter			0,701*
Geen	27 (75%)	27 (73%)	
Minimaal bloedverlies, spontaan gestopt	6 (17%)	6 (16%)	
Bloeding, waarvoor interventie	1 (3%)	-	
Breken van de vliezen	-	-	
Plaatsing niet gelukt	-	1 (3%)	
Moeilijke plaatsing	2 (5%)	2 (5%)	
Knappen van ballon	-	1 (3%)	
Ligging katheter bij terugkomst			0,026*
Spontaan verloren	3 (8%)	12 (32%)	
Vaginaal	13 (36%)	5 (14%)	
Verwijderd voor vaginaal toucher	10 (28%)	11 (30%)	
Onbekend	10 (28%)	9 (24%)	
Beleid na verwijderen katheter			0,716*
Misoprostol (oraal)	9 (25%)	7 (19%)	
Artificial rupture of membranes (AROM)	2 (6%)	3 (8%)	
Oxytocine;	23 (63%)	22 (60%)	
Amniotomie, gevolgd door spontane weeënactiviteit, later alsnog oxytocine bijstimulatie	8 (22%)	4 (11%)	
Amniotomie en vervolgens Oxytocine i.v.m. onvoldoende weeënactiviteit	15 (41%)	18 (49%)	
Oxytocine gevolgd door amniotomie	-	1 (3%)	
Expectatief en op later tijdstip nogmaals ballonkatheter	1 (3%)	2 (5%)	
Misoprostol en op later tijdstip nogmaals ballonkatheter	1 (3%)	2 (5%)	
Modus partus			0,503*
Spontane partus	26 (72%)	23 (62%)	
Vacuümextractie	1 (3%)	-	
Forcipale extractie	-	-	
Secundaire sectio caesarea;	7 (19%)	9 (24%)	
SSC i.v.m. niet vorderende ontsluiting	4 (57%)	4 (45%)	
SSC i.v.m. niet vorderende uitdrijving	2 (29%)	2 (22%)	
SSC i.v.m. foetale nood	1 (14%)	3 (33%)	
Geen geboorte na 1 ^e ballonkatheter	2 (6%)	5 (14%)	

* P-waarde is berekend middels de Chi-kwadraat toets, om de verdeling tussen de groepen te vergelijken.

is, waardoor de power van deze studie mogelijk niet hoog genoeg is om statistische significantie aan te tonen. Dat kan een reden zijn dat het breken van de vliezen bij de ballonplaatsing niet is waargenomen in onze studie. Ook in de studie van McGee et al. was de vliesscheur bij het inbrengen van de ballonkatheter een weinig voorkomende complicatie.³ De incidentie van deze complicatie in beide studies bewijst wel dat dit een zeldzame complicatie is.

De latexvrije katheter heeft ook voordelen. Een van deze voordelen zit in de lagere kosten: €2,88 versus €8,76 (latexvrij versus foleykatheter). In een centrum met circa 1500 baringen per jaar en circa 330 inleidingen, is de verwachting dat bij het standaard gebruik van de latexvrije katheters de kostenbesparing op ongeveer €1940,- per jaar zal uitkomen. Naast de lagere kosten van de latexvrije katheter, is een ander voordeel dat deze uiteraard ook geschikt is voor zwangeren met een latexallergie. Het standaard gebruik van de

Tabel 3. Resultaten

	Foley katheter N = 34	Latexvrije katheter N = 32	P-waarde
Tijd tot AROM in uren (±SD)	19,54 (±5,90)	20,91 (±9,77)	0,488
Tijd tot partus in uren (±SD)	30,95 (±8,13)	29,87 (±10,37)	0,639
< 24 uur	7 (20%)	13 (41%)	
Tussen 24 - 36 uur	19 (56%)	13 (41%)	
Tussen 36 - 48 uur	6 (18%)	3 (9%)	
> 48 uur	2 (6%)	3 (9%)	
Pijnstilling durante partu bij vaginale partus			0,279*
Geen	8 (23%)	8 (25%)	
Pethidine	3 (9%)	4 (13%)	
Remifentanyl	-	2 (6%)	
Epiduraal	16 (47%)	9 (28%)	
Pijnstilling in geval van SSC			
Epiduraal	5 (15%)	5 (15%)	
Spinaal	1 (3%)	4 (13%)	
Narcose	1 (3%)	-	
Koorts durante partu	6 (18%)	6 (18%)	
Zonder antibiotica	3 (9%)	3 (9%)	0,999
Met antibiotica	3 (9%)	3 (9%)	0,999
Bloedverlies in ml (±SD)	441 (±376)	392 (±265)	0,539
Fluxus > 1000 ml	2 (6%)	2 (6%)	

* P-waarde is berekend middels de Chi-kwadraat toets, om de verdeling tussen de groepen te vergelijken.

Tabel 4. Neonatale uitkomsten

	Foley katheter N = 34	Latexvrije katheter N = 32	P-waarde
Apgar score <7	1 (3%)	2 (6%)	
Na 1 min	1	2	
Na 5 min	0	0	
Geboortegewicht in gram (±SD)	3389 (±535)	3385 (±527)	0,976

latexvrije katheter, maakt de kans veel kleiner dat de verkeerde katheter wordt geplaatst bij een zwangere met latexallergie.

Om nog beter aan te kunnen tonen hoe vaak daadwerkelijk complicaties optreden bij het inbrengen van een ballonkatheter, zoals een vliesscheur of een bloeding waarvoor een interventie nodig is, zou meer onderzoek nodig zijn. Daarnaast zou in vervolgonderzoek met een grotere onderzoeksgroep onderscheid gemaakt kunnen worden in nulli- en multipara om het verschil in tijdsduur tot de baring beter te kunnen vergelijken in beide groepen. Aangezien de latexvrije ballon stugger is, kan het wellicht voor meer ongemak zorgen bij de zwangere. Wij hebben hier in dit onderzoek niet naar gekeken. Kwalitatief onderzoek naar het comfort van de ballonkatheter zou interessant kunnen zijn voor de toekomst.

Conclusie en aanbevelingen

Dit onderzoek laat zien dat er geen verschil in de veiligheid en effectiviteit is tussen de reguliere foleykatheter en de latexvrije katheter. Hierdoor kunnen we concluderen dat de latexvrije katheter niet inferieur is aan de reguliere foleykatheter en dat beide katheters veilig kunnen worden gebruikt bij inductie van de baring. De latexvrije katheter heeft, naast de verminderde kans op een allergische reactie, een extra voordeel dat deze goedkoper is dan de regulier foleykatheter.

Referenties

1. NVOG-richtlijn 'Methoden van inductie van de baring' 2.0, December 2020, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie, website: www.nvog.nl
2. M Boulvain, AJ Kelly, C Lohse, CM Stan, O Irion. Mechanical methods for induction of labour (review). Cochrane Library, 2010, Issue 1.
3. TM McGee, B Gidaszewski, M Khajehei, T Tse, E Gibbs. Foley catheter silicone versus latex for term outpatient induction of labour: A randomised trial. The Royal Australian and New Zealand College of

- Obstetricians and Gynaecologists, 2018, p235-242.
4. I Solt, S Ben-Harush, S Kaminsky, V Sosnovsky, E Ophir, J Bornstein. A prospective randomized study comparing induction of labor with a foley catheter and the cervical ripening double balloon catheter in nulliparous and multiparous women. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2009, p201.
 5. Ning Gu, Tong Ru, Zhiqun Wang, Yimin Dai, Mingming Zheng, Biyun Xu, Yali Hu. FoleyCatheter for Induction of Labor at Term: An Open-Label, Randomized Controlled Trial. PLOS ONE, 2015.
 6. M Diederer, JSM Gommers, C Wilkinson, D Turnbull, BWJ Mol. Safety of the balloon catheter for cervical ripening in outpatient care: complications during the period from insertion to expulsion of a balloon catheter in the process of labour induction: a systematic review. BJOG, 2017, p1086-1095.

Samenvatting

In een tweedelijns ziekenhuis is in januari 2019 gestart met een pilotstudie om de effectiviteit en veiligheid tussen de reguliere foley- en de latexvrije katheter bij de priming van de baring te vergelijken. De patiënten die een indicatie hadden voor een inleiding van de baring met een amenorroedeuur van ≥ 34 weken en zonder latexallergie werden geïnccludeerd. In totaal werd bij 36 zwangeren een reguliere foleykatheter en bij 37 zwangeren een latexvrije katheter geplaatst. De pilotstudie laat zien dat er geen verschillen zijn in de veiligheid, mate van cervicale rijping, tijdsduur tussen ballonkatheter plaatsing en partus, modus partus en de neonatale uitkomsten wanneer de reguliere foleykatheter vergeleken wordt met de latexvrije katheter. Hiermee kan worden geconcludeerd dat de latexvrije katheter niet inferieur is aan de reguliere foleykatheter en dat beide katheters veilig kunnen worden gebruikt voor priming van de cervix voorafgaand aan een inleiding.

Trefwoorden

foleykatheter, latexvrije ballonkatheter, cervicale rijping, mechanische inleiding van de baring, inductie-bevallingsinterval

Summary

A secondary care hospital started a pilotstudy in January 2019 to compare the effectivity and safety between a

regular Foley and a latex-free catheter for mechanical induction of labour. Patients with an indication for mechanical induction of labour and a gestational age of ≥ 34 weeks without latex allergy were included. In total, 36 pregnant women received a regular Foley catheter and 37 pregnant women received a latex-free catheter. Our pilot study shows no difference in safety, degree of cervical ripening, time interval between balloon catheter placement and labour, mode of delivery and neonatal outcomes between the foley catheter and the latex-free catheter. Thus, concluding that the latex-free catheter is not inferior to the regular foley catheter and both catheters can be used safely for priming of the cervix, prior to induction of labour.

Keywords

foley catheter, latex-free catheter, cervical ripening, mechanical induction of labour, induction-birth interval

Contact

drs. F.A.M. van de Ven, f.vandeven@vanweelbethesda.nl
dr. J.L. van der Heyden, j.vanderheyden@bernhoven.nl

Verklaring belangenverstrengeling

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

Het belang van het maken van een differentiaaldiagnose Cervicale varices, een zeldzame oorzaak van bloedverlies tijdens de zwangerschap

H.R. Rowling *coassistent*

drs. F.M.M. Prein *gynaecoloog in opleiding*

dr. J.J. Beltman *gynaecoloog-oncoloog*

dr. M.L.P. van der Hoorn *gynaecoloog-perinatoloog*
allen LUMC, Leiden

Bloedverlies tijdens de zwangerschap is een vaak voorkomend probleem en kent een uitgebreide differentiaal-diagnose. Indien geen duidelijke diagnose kan worden gesteld, blijft de oorzaak vaak onbekend en wordt een expectatief beleid gevoerd. Hier wordt een casus beschreven van een patiënte met ruim vaginaal bloedverlies in het eerste trimester bij een intacte graviditeit, waarbij na uitgebreide aanvullende diagnostiek en literatuuronderzoek de diagnose cervicale varices is gesteld. Een zeldzame diagnose die geen sluitende behandeling kent.

Casus

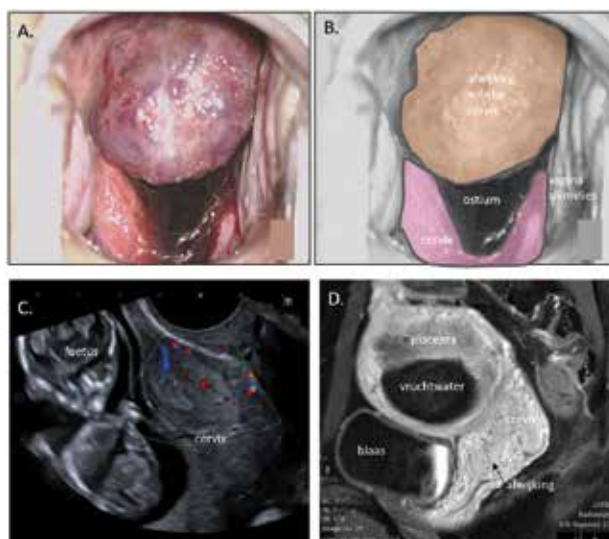
Een 38-jarige patiënte, gravida 2 para 1, met in de voorgeschiedenis een a terme vaginale partus, gecompliceerd door een fluxus van 3L bij een inversio uteri, heeft in het eerste trimester drie episodetjes van ongeveer 800 mL vaginaal bloedverlies. Daarbij is zij hemodynamisch stabiel (pols 70/min, RR 110/60, sat 100%) en bij transabdominale echo wordt een intacte eenling graviditeit gezien. In speculo wordt een verheven en polipeus ectropion beschreven, de afgenomen PAP smear toont een PAP 1. Gezien de hoeveelheid bloedverlies wordt er differentiaal diagnostisch gedacht aan een stollingsstoornis. In de (familie)anamnese zijn hier geen aanwijzingen voor. Bloedonderzoek laat geen aanwijzingen zien voor een von Willebrandziekte. (Hb 6,7 mmol/L (7,5-10,0), APTT 28,8 sec (25,4-32,6), PT 14,5 sec (13,1-15,7), INR 1,0 Ratio (0,8-7,0), Factor VIII activiteit 2,03 IU/mL (0,54-2,0), VWF activiteit 1,82 IU/mL (0,46-1,95), VWF antigeen 1,47 IU/mL (0,36-2,15)). Bij twaalf weken zwangerschapsduur wordt verder onderzoek verricht naar de afwijking van de cervix middels een colposcopie, MRI en vaginale echo van de cervix. Bij colposcopie wordt een bolvormige zwelling van ongeveer 3,5 centimeter uitgaande van de voorlip beschreven, blauwrood aspect, goed gevasculariseerd, die geleidelijk overgaat in de normale cervix rondom, met een zeer lage verdenking op een maligniteit (figuur 1A-B). Dit wordt bevestigd bij vaginaal toucher waar de afwijking eerder week aanvoelt en er geen ontsluiting is. Omdat differentiaal diagnostisch gedacht wordt aan een (pre)maligne cervicale afwijking wordt nogmaals besloten tot afname van cytologie. Dit resulteert in ruim bloedverlies waardoor wordt afgezien van een biopsie en de colposcopie gestaakt wordt na tamponnade. De transvaginale echo toont een placenta op de achterwand, niet over

het ostium internum, flinke vascularisatie op de voorlip van de cervix, wisselend qua echodensiteit, gehele gebied 4,1x3,5 centimeter, niet goed afgrensbaar, echografisch niet suspect voor placentair weefsel (figuur 1C). De MRI (volgens arterioveneuze malformatie (AVM) protocol) toont een weke delen massa in de fornix anterior van onduidelijke origine waarbij differentiaal diagnostisch kan worden gedacht aan herniatie van placentair weefsel, deciduale verandering van de cervix dan wel een ruimte innemend proces van benigne dan wel maligne origine (figuur 1D). Er zijn geen aanwijzingen voor arterioveneuze malformaties of varices als substraat voor de bevindingen op colposcopie.

Evaluatie in multidisciplinair overleg

Er volgt een evaluatie in multidisciplinair overleg (MDO) met een radioloog, gynaecoloog-perinatologen en gynaecoloog-oncologen. Herniatie van placentair weefsel is onwaarschijnlijk gezien de afwijking alleen de voorlip betreft, de placenta op de achterwand ligt en bij colposcopisch beeld het niet de indruk van placentaweefsel wekt. Een maligniteit van de cervix is onaannemelijk met een normale PAP smear. Na dit MDO en het literatuuronderzoek in combinatie met de beschikbare beeldvorming en het klinisch verloop, wordt als werkdiagnose cervicale varices gesteld. Er worden verschillende behandelopties en interventiemogelijkheden geformuleerd waaronder: tamponneren, zwangerschapsafbreking, embolisatie en in het uiterste geval een hysterectomie indien de bloeding niet onder controle kan worden gekregen met de overige interventies. De patiënte en partner besluiten de zwangerschap voort te zetten. Voor het te verwachte recidiverend bloedverlies wordt een plan opgesteld, namelijk conservatief beleid (tamponneren) en indien dit niet tot vermindering van bloedverlies zou leiden zou afbreking op maternale indicatie plaatsvinden, met in het uiterste geval een hysterectomie. Gedurende de opname is er geen bloedverlies meer en na een periode van twee weken zonder bloedverlies gaat zij bij een termijn van 15 weken naar huis. Hierna volgen een drietal ongecompliceerde polibezoeken. De structurele echo bij 20 weken laat geen foetale afwijkingen zien.

De patiënte meldt zich bij een termijn van 23 weken en 4 dagen met contracties. Er is een uitpuilende vochtblaas bij minimaal 3 centimeter ontsluiting. Patiënte wordt opgeno-



Figuur 1. Diagnostiek naar cervicale afwijking. A-B. Colposcopie bij elf weken zwangerschap, er wordt een zwelling van ongeveer 2-3 centimeter gezien, uitgaande van de voorlip, blauwrood aspect, goed gevasculariseerd, het betreft geen gesteelde afwijking, gaat geleidelijk over naar normale cervix rondom. C. Transvaginale echo doppler, met toegenomen vascularisatie in de cervix. D. MRI-onderzoek bij twaalf weken zwangerschapsduur toont een weke delen massa in de fornix anterior van onduidelijke origine.



Figuur 2. Speculumonderzoek vijf weken post partum. De cervicale varices zijn niet meer zichtbaar op de bovenlip van de cervix.

men, krijgt corticosteroïden ter foetale longrijping en bereikt hiermee de termijn van 26 weken. Gezien het ruim te verwachten bloedverlies bij een vaginale bevalling wordt besloten een sectio te verrichten als zij in partu komt. Bij een termijn van 26 weken en 3 dagen krijgt patiënte lichte contracties en heeft zij ongeveer 50 ml vaginaal bloedverlies, bij vaginaal toucher heeft ze volledige ontsluiting met de vochtblaas palpabel. Vanwege het minimale bloedverlies en de ver gevorderde baring, wordt besloten een vaginale baring te accepteren. Er wordt een zoon in stuitligging van 925 gram (p45) geboren, met een Apgar-score van 3/8/9. De cervix is ten tijde van de partus niet a vue gekomen. Na 3 minuten volgt de placenta, welke compleet is. Het totaal bloedverlies is 1200 ml. Na de geboorte van de placenta is het bloedverlies nihil. Ook in kraamperiode is er een normaal postpartum beloop waarbij het vloeien als normaal wordt beoordeeld.

Vijf weken postpartum komt patiënte voor controle en heeft zij geen bloedverlies meer. Bij speculumonderzoek wordt een normale cervix gezien (figuur 2), colposcopisch onderzoek is niet geïndiceerd en er wordt afgezien van een biopt.

Beschouwing

Bloedverlies in het eerste trimester heeft een brede differentiaaldiagnose (tabel 1) waarvan cervicale varices een onbekende en zeldzame aandoening betreft.

Varices

Varices van de benen, vulva en hemorroïdale plexus is een veelvoorkomende observatie tijdens de zwangerschap, welke wordt veroorzaakt door de hormonale veranderingen, toegenomen bloedvolume en verminderde veneuze return.¹ Cervicale varices daarentegen is een zelden gerapporteerde complicatie in de zwangerschap. In de literatuur zijn slechts achttien cervicale varices cases beschreven (tabel 2). De diagnose wordt waarschijnlijk vaak gemist en cervicale varices leiden mogelijk niet altijd tot klinisch significant bloedverlies, waardoor er sprake is van onderrapportage.

Risicofactoren

Van de zeventien reeds beschreven cases worden er vier toegeschreven aan in utero blootstelling aan diethylstilbestrol (DES) deze worden buiten beschouwing gelaten.^{2,3} De overige dertien cases zijn allen case reports van vrouwen die zich primair presenteerden met bloedverlies in de zwangerschap en waar sprake bleek van cervicale varices (tabel 2). De belangrijkste risicofactor lijkt een laagliggende placenta of placenta previa te zijn (elf van de dertien patiënten). Placenta praevia gaat gepaard met een toegenomen drainage in de cervicale plexus, wat mogelijk bijdraagt aan de ontwikkeling van cervicale varices. Bij vier van de dertien cases is er sprake van een meerling zwangerschap. Hierbij draagt de overextensie van de uterus bij aan een toegenomen druk in de bekken vasculatuur. Mogelijk is hogere maternale leeftijd een risicofactor voor het ontwikkelen van cervicale varices, daar er bij de beschreven gevallen in de literatuur sprake is van een mediane leeftijd van 35 jaar, waarbij negen vrouwen een leeftijd hebben van 35 jaar of ouder. Verder is er bij vier casus sprake van een IVF-zwangerschap waarbij drie tweelingen. Het is onduidelijk of de IVF of de meerling zwangerschap maakt dat vrouwen eerder cervicale varices ontwikkelen. Samenvattend, is het waarschijnlijk dat een laagliggende placenta, een meerling zwangerschap en een hogere maternale leeftijd risicofactoren voor het ontwikkelen van cervicale varices vanaf een termijn van twaalf weken. In deze casus was de enige risicofactor de hogere maternale leeftijd.

Relaxine

Relaxine wordt geproduceerd door de placenta, het endometrium, de decidua en het corpus luteum tijdens de zwangerschap. Relaxine zorgt onder andere voor een relaxatie van glad spierweefsel waardoor de uterus in grootte kan toenemen. Evenals oestrogeen en progesteron, zorgt relaxine voor vasodilatatie, wat het risico op het ontwikkelen van varices groter maakt.⁴ Bij meerling zwangerschappen en zwanger-

schappen middels IVF is het relaxine gehalte hoger, doordat er meer corpus lutea zijn, die relaxine produceren.⁵ Dit zou mede kunnen verklaren waarom cervicale varices vaker worden gezien bij meerling zwangerschappen en IVF-zwangerschappen. Tevens is het opvallend dat verhoogde relaxine gehalten laat in de zwangerschap (vanaf de achttiende week) geassocieerd zijn met partus prematurus.⁶ Mogelijk verklaart dit waarom partus prematurus vaak voorkomt bij patiënten met cervicale varices.

Diagnostiek

Voor de diagnostiek van cervicale varices zijn verschillende methoden beschreven. Wanneer men het klinisch beeld kent, is het bij in speculo onderzoek goed te herkennen. Differentiaal diagnostisch kan aan een arterioveneuze malformatie gedacht worden. Een arterioveneuze malformatie is minder waarschijnlijk bij een flow <50 cm/s gemeten met echo doppler (bij onze patiënte was de flow 30 cm/s over de cervicale vaten).⁷ Tevens kan gedacht worden aan vasa previa. Een foetaal bloedvat zal geen verschil in flow tonen onder Valsalva, terwijl dit bij cervicale varices wel geobserveerd zou kunnen worden met echo doppler.⁸ Cytologisch onderzoek valt te overwegen bij twijfel over de diagnose, echter moet dit met grote voorzichtigheid gepaard gaan, gezien dit tot fors vaginaal bloedverlies kan leiden. Derhalve dient dit enkel overwogen te worden indien de uitkomst van het cytologisch onderzoek zou leiden tot een verandering in het beleid. Bij onze patiënte leidde dit echter tot veel bloedverlies. Bij twijfel over de diagnose, kan een MRI volgens AVM-protocol meer duidelijkheid geven, alhoewel het in de beschreven casus geen doorslaggevende rol had.

Behandeling

Wat de optimale behandeling van cervicale varices zijn tijdens de zwangerschap is niet bekend. Bij hevig bloedver-

lies kan overhechting van de laesie overwogen worden. In het acute moment kan vaginale packing ook overwogen worden, al is de effectiviteit hiervan onbekend. Embolisatie van de varices is tijdens de zwangerschap kan leiden tot miskraam, foetale groei restrictie, placentaire afwijkingen en vroeggeboorte.^{9,10} Derhalve dient het alleen overwogen te worden voorafgaand aan een zwangerschapsafbreking ter voorkoming van hevig bloedverlies bij zwangerschapsafbreking, zoals bij Lesko et al omschreven.¹¹

Tabel 1. Differentiaal diagnose bloedverlies in het eerste trimester van de zwangerschap

Diagnose

Miskraam in gang
Ectopische zwangerschap
Ectropion
Cervix poliep
Premaligne afwijking cervix (HSIL/ AIS)
Cervixcarcinoom
Cervicale insufficiëntie
Deciduale verandering cervix
Chlamydia trachomatis
Intra-uterien hematoom
Placentapathologie (abruptio, placenta praevia, vasa praevia, herniatie placentair weefsel)
Randvenebloeding
Arterioveneuze malformatie
Cervicale varices
Stollingsstoornis

Modus partus

Bij de patiënte beschreven in deze casus werd aanvankelijk besloten een sectio te verrichten als zij in partu kwam,

Tabel 2. Overzicht van de gepubliceerde case reports over cervicale varices

Case report	Jaar	Leeftijd	G/P	Foetus aantal	AD bij diagnose	Laagliggende placenta	AD bevalling	Modus partus	Reden bevalling	TBV
Hurton ¹²	1998	33	2/0	1	33	Nee	33+5	Sectio	Bloedverlies	5000ml
Yoshimura ¹³	2004	34	1/0	2	15	Ja	27	Sectio	Bloedverlies	920ml
Kusanovic ¹⁴	2006	26	3/0	1	21	Ja	32	Sectio	Bloedverlies	-
Kumazawa ¹⁵	2007	30	1/0	1	25	Ja	32	Sectio	Contracties	1814ml
Sükür ¹⁶	2011	40	2/1	1	38	Ja	38	Sectio	Bloedverlies	1500ml
Sammour ¹⁷	2011	36	1/0	1	28	Ja	37+2	Sectio	Gepland	1000ml
O'Brien ⁷	2013	35	1/0	2	17	Ja	34+1	Sectio	Gepland ivm vbv	500ml
Kurihara ¹⁸	2013	40	2/1	1	34	Ja	37	Sectio	Gepland	3610ml
Lesko ¹¹	2014	37	1/0	2	16+5	Ja	16+6	Curettag	Bloedverlies	-
Tanaka ¹⁹	2016	35	1/0	1	36	Ja	36	Sectio	Groei varix	3200ml
Wax ²⁰	2017	40	7/1	2	12	Ja	33+1	Sectio	Ligging gemelli	800ml
Peng ²¹	2017	34	1/0	1	31+5	Nee	33+6	Sectio	Gepland ivm varices	850ml
Poliektov ²²	2021	50	7/1	1	12+7	Ja	37+2	Sectio	Gepland ivm varices	800ml
Deze casus	2019	38	2/1	1	12+1	Nee	26+3	Vaginaal	VO bij eerste VT	1200ml

omdat het klinisch beloop van de varices niet te voorspellen is en veel bloedverlies verwacht werd. In de beperkte beschikbare literatuur presenteerde het merendeel van de patiënten zich met ruim vaginaal bloedverlies waarbij in alle gevallen een sectio is verricht. Follen et al beschrijft de enige bekende vaginale bevalling bij cervicale varices. In onze casus werd besloten een vaginale partus na te streven gezien de onverwachte vordering met het gering bloedverlies. Bij de overige cases werd gekozen voor sectio wegens de inschatting op complicaties van een vaginale partus bij de cervicale varices. Onze casus toont echter aan dat het individualiseren van het beleid kan leiden tot andere inzichten en dat met nauwgezette controles en mogelijkheden tot interventie er ruimte ligt voor een vaginale partus.

De literatuur is beperkt over het herhalingsrisico van cervicale varices in de zwangerschap. Een casus beschrijft een ongecompliceerde zwangerschap na de cervicale varices. Hoewel het aannemelijk is dat er een anatomische predispositie is die maakt dat men cervicale varices ontwikkelt tijdens de zwangerschap, zijn er geen casussen beschreven waarbij vrouwen bij een volgende zwangerschap wederom cervicale varices ontwikkelen.

Conclusie

Cervicale varices is een zeldzame complicatie tijdens de zwangerschap en gaat gepaard met diagnostische uitdagingen en hoog bloedingsrisico. Deze casus belicht het belang van het toevoegen van cervicale varices aan de differentiaal-diagnose bij vaginaal bloedverlies. Hoewel meer onderzoek nodig is, suggereert de literatuur dat er een relatie is tussen relaxine, cervicale varices en partus prematurus. Derhalve zou de diagnose cervicale varices een reden kunnen zijn om voorbereid te zijn op de mogelijkheid van partus prematurus en hier eventueel het beleid op aan te passen. Met deze casus zijn er nu achttien case reports in de literatuur bekend. Voor zover bekend in de literatuur is dit de tweede patiënte met cervicale varices die vaginaal is bevallen. In de overige casuïstiek werd zonder uitzondering gekozen voor een sectio caesarea in verband met ruim bloedverlies of de onbekendheid en onvoorspelbaarheid van cervicale varices durante partu. Ondanks het zeldzaam voorkomen van deze specifieke aandoening is het van belang om bij antepartum bloedverlies vanaf een termijn van twaalf weken cervicale varices als oorzaak te overwegen. Derhalve is het bij iedere casus met antepartum bloedverlies in de zwangerschap van belang nauwkeurig speculumonderzoek te verrichten als onderdeel van de diagnostiek, juist omdat de oorzaak van vaginaal bloedverlies in meer dan de helft van de gevallen een onduidelijke origine heeft.

Referenties

- Gabbe S., Niebyl J., & Simpson J. *Obstetrics - Normal and Problem Pregnancy* (5th edn). Elsevier: 2002.
- Follen M, Fox H, Levine R. Cervical vascular malformation as a cause of antepartum and intrapartum bleeding in three diethylstilbestrol-exposed progeny. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1985;153(8):890-891.
- Fleming, A., & Anderson, T. Cervical AV malformation with in utero DES exposure. *Nebraska Medical Journal*. 1993;78(5):138-9.
- Beebe-Dimmer J, Pfeifer J, Engle J, Schottenfeld D. The Epidemiology of Chronic Venous Insufficiency and Varicose Veins. *Annals of Epidemiology*. 2005;15(3):175-184.
- Goldsmith L, Weiss G. Relaxin in Human Pregnancy. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2009;1160(1):130-135.
- Hou Q, Jiang C, Huang Y, Ye J, Yang X. Is maternal serum relaxin associated with preterm delivery in Chinese pregnant women? A meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2018;32(20):3357-3366.
- O'Brien B, Smoleneic J. Cervical varicosities and placenta praevia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2013;;n/a-n/a.
- Cina A, Pedicelli A, Di Stasi C, et al. Color-Doppler sonography in chronic venous insufficiency: What the radiologist should know. *Current Problems in Diagnostic Radiology*. 2005;34(2):51-62.
- Gizzo S, Saccardi C, Patrelli TS, et al. Fertility rate and subsequent pregnancy outcomes after conservative surgical techniques in postpartum hemorrhage: 15 years of literature. *Fertil Steril* 2013; 99:2097-107.Pron G, Mocarski E, Bennett J, Vilos G, Common A.
- Vanderburgh L, et al. Pregnancy after uterine artery embolization for leiomyomata: the Ontario multicenter trial. *Obstet Gynecol* 2005;105:67-76.
- Lesko J, Carusi D, Shipp T, et al. Uterine Artery Embolization of Cervical Varices Before Second-Trimester Abortion. *Obstetrics & Gynecology*. 2014;123(2):458-462.
- Hurton T, Morrill H, Mascola M, York C, Bromley B. Cervical varices: An unusual etiology for third-trimester bleeding. *Journal of Clinical Ultrasound*. 1998;26(6):317-319.
- Yoshimura K, Hirsch E, Kitano R, Kashimura M. Cervical varix accompanied by placenta previa in twin pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2004;30(4):323-325.
- Kusanovic J, Soto E, Espinoza J, et al. Cervical Varix as a Cause of Vaginal Bleeding During Pregnancy. *Journal of Ultrasound in Medicine*. 2006;25(4):545-549.
- Kumazawa Y, Shimizu D, Hosoya N et al. Cervical varix with placenta previa totalis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2007;33(4):536-538.
- Şükür Y, Yalçın İ, Kahraman K, et al. Cervical varix complicating marginal placenta previa: A unique coexistence. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2011;37(10):1515-1517.
- Sammour R, Gonen R, Ohel G, et al. Cervical varices complicated by thrombosis in pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2011;37(5):614-616.
- Kurihara Y, Tachibana D, Teramae M, et al. Pregnancy Complicated by Cervical Varix and Low-Lying Placenta: A Case Report. *Japanese Clinical Medicine*. 2013;4;JCM.S11276.
- Tanaka M, Matsuzaki S, Kumasawa K, et al. Cervical varix complicated by placenta previa: A case report and literature review. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2016;42(7):883-889.
- Wax J, Cartin A, Litton C, et al. Cervical varices: An unusual source of first-trimester hemorrhage. *Journal of Clinical Ultrasound*. 2017;46(3):218-221.
- Peng M, Ker C, Lee Y, et al. Cervical varices unrelated to placenta previa as an unusual cause of antepartum hemorrhage: A case report and literature review. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2018;57(5):755-759.
- Poliektov N, Kahn B. Bleeding cervical varices in pregnancy: A case report and review of the literature. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*. 2021;;1-8.

Samenvatting

Bloedverlies tijdens de zwangerschap is een vaak voorkomend probleem en kent een uitgebreide differentiaaldiagnose. Hier wordt een casus beschreven van een patiënte met ruim vaginaal bloedverlies in het eerste trimester bij een intacte graviditeit, waarbij na uitgebreide aanvullende diagnostiek en literatuuronderzoek de diagnose cervicale varices is gesteld. De literatuur over cervicale varices wordt besproken, met aandacht voor de risicofactoren, diagnostiek en behandeling. Cervicale varices is een zeldzame complicatie tijdens de zwangerschap en gaat gepaard met diagnostische uitdagingen en hoog bloedingsrisico.

Trefwoorden

cervicale varices, bloedverlies, zwangerschap

Summary

Blood loss during pregnancy occurs very often and has several underlying causes. If no cause can be identified,

mostly expectant management will follow. Here, we describe a case report of a patient with antepartum vaginal blood loss in the first trimester. On transvaginal ultrasound there is a viable pregnancy, and after diagnostic work up and literature search the diagnosis cervical varices is made. Previous data on cervical varices are summarized here with a focus on risk factors, diagnostics and treatment options. Cervical varices is a rare complication of pregnancy and remains a diagnostic challenge with high risk of vaginal bleeding.

Keywords

cervical varices, blood loss, pregnancy

Contact

mlpvanderhoorn@lumc.nl

Verklaring belangenverstremgeling

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

Waarom de studie Zin en Zwanger voortijdig werd stopgezet en wat het ons leerde

drs. F. Dreischor *promovendus, Amsterdam UMC*

dr E.A.F. Dancet *postdoctoraal onderzoeker, Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek Vlaanderen*

prof. dr. E.T.M. Laan *seksuoloog en hoogleraar, Amsterdam UMC †*

dr. C.B. Lambalk *gynaecoloog en emeritus hoogleraar, Amsterdam UMC*

prof. dr. M. Goddijn *gynaecoloog hoogleraar Voortplantingsgeneeskunde, Amsterdam UMC*

dr. I.M. Custers *gynaecoloog en seksuoloog nvvs i.o., Amsterdam UMC*

Uitvoeren van multicentrische randomized controlled trial (RCT) met een grote steekproef is een uitdaging. Graag illustreren we hoe tegenwerkende krachten ertoe leidden dat de studie Zin en Zwanger (Z&Z) voortijdig stopgezet moest worden ondanks de investering van financiële middelen en de inspanning van veel betrokken centra in Nederland. We beschrijven ook de ingezette acties die meer of minder zinvol bleken te zijn. Ten slotte kaarten we de noodzaak aan voor een goed gefinancierde centrale onderzoekscoördinatie. We hopen dat dit ten goede komt aan andere groepen die momenteel een RCT ontwikkelen, uitvoeren of hier een subsidieaanvraag voor doen.

Beloop van de studie

In 2014 erkende de beroepsorganisatie NVOG het effect van het verbeteren van het seksueel functioneren op de zwangerschapskans van heteroseksuele paren met onverklaard verminderde vruchtbaarheid als een kennishiaat.¹ In 2015 werd de Z&Z-studie gelanceerd om binnen de setting van een RCT te onderzoeken of online 'seks counseling' de zwangerschapskans van hen kon verhogen. Voor de studie werd een interactief online programma met seksueel advies en educatie ontwikkeld.² In de studie werden paren met verminderde vruchtbaarheid maar met een goede kans op natuurlijke zwangerschap na oriënterend fertiliteitsonderzoek, gerandomiseerd tussen participatie aan het Z&Z-programma of enkel expectatief beleid.³

De benodigde steekproefgrootte om de primaire onderzoeksvraag te beantwoorden (doorgaande zwangerschap) was 1164 paren (582 per arm). Daarnaast werd gekeken naar de secundaire uitkomstmaten namelijk het effect op persoonlijk, relationeel en seksueel welbevinden. Op het moment van indiening van de subsidieaanvraag bij ZonMW leek het reëel dat het benodigde aantal paren in ruim twee jaar gerekruteerd kon worden. Achttien Nederlandse ziekenhuizen hadden op dat moment aangegeven dat ze bereid waren tot soms wel honderd paren in totaal te rekruteren binnen de studietijd.

De inclusiefase startte in juni 2016. Al snel werd het projectteam geconfronteerd met tegenwerkende krachten die ertoe leidden dat diverse klinieken nooit gestart zijn, na één enkele inclusie stopten of een veel lager inclusietempo hadden dan vooraf ingeschat. Er werden acties in gang gezet om de inclusiesnelheid te vergroten en tot tweemaal toe werd een ver-

lenging aangevraagd bij ZonMW. In september 2020 bleek ook de laatste planning niet te realiseren en was nogmaals verlenen financieel niet langer haalbaar. In maart 2021 (ruim 4,5 jaar na de eerste inclusie) werd de inclusiefase stopgezet met 60% van het beoogde aantal op zak.

Tegenwerkende krachten leidend tot een vertraagde inclusiesnelheid

- Opstart van andere grote studies in dezelfde patiëntenpopulatie. Gedurende het verloop van de Z&Z-studie werden twee andere grote studies gestart in dezelfde patiëntengroep waardoor een aantal klinieken stopte met includeren voor de Z&Z RCT.
- Lokale uitdagingen in bepaalde klinieken. Klinieken gaven aan dat de volgende factoren hun inclusiesnelheid vertraagde: (i) een fusietraject waardoor prioriteiten elders lagen, (ii) onvoldoende of geen onderzoeks-medewerkers, (iii) de lokale hoofdonderzoeker had onvoldoende tijd en/of (iv) moeite met counseling over seksueel functioneren.
- Vereiste certificering van hoofdonderzoeker niet op orde. Studiemonitoring bracht aan het licht dat de hoofdonderzoeker van bepaalde klinieken niet de juiste (BROK-)certificering had voor het verrichten van mensgebonden (WMO-plichtig) onderzoek. Includeren werd gestaakt tot de hoofdonderzoeker gecertificeerd was.
- Steeds groter wordende takenlast voor 'studiemanagement'. Tijdens de studielooptijd werden de eisen rondom de studie-uitvoering en monitoring aangescherpt, waardoor lokale onderzoekmedewerkers minder tijd hadden om te includeren en sommige klinieken zelfs besloten te stoppen met includeren.
- Complete patiëntenstop vanwege COVID-pandemie. Begin van 2020, bij aanvang van de COVID-pandemie, besloot het grootste deel van de (poli)klinieken hun fertiliteitszorg en daarmee ook hun klinische studies compleet stil te leggen.

Acties van de projectgroep om inclusiesnelheid te verbeteren:

1. Uitbreiding van het aantal participerende klinieken van 18 naar 40. Omdat een aantal klinieken niet tot weinig rekruteerde, naast klinieken die boven verwachting goed rekruteerden, werd besloten extra klinieken aan te trekken teneinde de inclusiesnelheid te verhogen.
2. Presentaties om de studie meer onder aandacht te

brengen tijdens (kliniek)vergaderingen en wetenschappelijke congressen.

3. Intensief contact met de klinieken om zowel lokale onderzoeksmedewerkers en hoofdonderzoekers aan te moedigen te includeren als de redenen voor de vertraagde inclusiesnelheid te achterhalen.
4. Ontwikkeling van counselingshulpmiddelen (papier, film) ten behoeve van onderzoeksmedewerkers
5. Attenties en beloningen voor (goed) rekruterende onderzoeksmedewerkers
6. Counselingsgesprekken zelf uitvoeren in bepaalde participerende klinieken in plaats van een lokale onderzoeksmedewerker.

Terugkijkend bleek punt 1 een weinig zinnige actie, omdat uitbreiding van de participerende klinieken gepaard ging met een enorme extra administratieve last. Het bleek rendabeler om met een beperkt aantal goed includerende klinieken alle inclusies te volbrengen. Echter, op voorhand inschatten welke klinieken goed zullen includeren is lastig. Punt 2-6 leverden een bescheiden positief aandeel in verbetering van de situatie, echter alle van tijdelijke aard.

Geleerde lessen

Er is behoefte aan goed gefinancierde centrale onderzoekscoördinatie, met deelname van de hele beroepsgroep. De Z&Z RCT werd ondersteund door het NVOG Consortium. Het vermogen van het NVOG Consortium tot centrale coördinatie die onderzoeksgroepen overstijgt, wordt beperkt doordat diverse multicenter RCT's niet opereren vanuit het Consortium maar wel gebruik maken van het netwerk.

De logistiek en administratie rond mensgebonden onderzoek is een prijzige aangelegenheid. Het gedeelte van het budget dat afgestaan dient te worden aan het NVOG Consortium voor deze ondersteuning, maakt het complex een trial rendabel te houden wanneer onder andere inclusiesnelheid tegenvalt en funding beperkt is. Een betere financiële ondersteuning, niet voorkomend uit de funding van de projectgroepen zelf zou bereidwilligheid tot participatie aan het netwerk vergroten.

Het NVOG Consortium zou erg geholpen zijn als het structurele financiering zou krijgen vanuit de overheid of een charitatieve instelling om studies in de verloskunde en gynaecologie efficiënter te laten verlopen. Een voorbeeld hiervan is het Dutch Oncology Research Platform (DORP), een voor 6,5 miljoen euro door het Koningin Wilhelmina Fonds (KWF) gefinancierd initiatief, opgericht om de inclusies en efficiëntie van trials binnen de oncologie te vergroten.

Een centrale coördinatie door het NVOG Consortium kan klinieken en daarmee ook onderzoeksgroepen ten goede komen. Het helpt te voorkomen dat klinieken voortdurend door verschillende onderzoeksgroepen gecontacteerd worden, hetgeen irritatie aan beide zijden voorkomt. Klinieken zouden gebaat zijn met werving en scholing van gecertificeerde onderzoeksmedewerkers en een rol spelen in de juiste selectie van studies voor een onderzoeks-site en motivatie tot behalen van het beoogde aantal inclusies.

Een meer centrale coördinatie door het NVOG Consortium

had mogelijk kunnen voorkomen dat andere RCT's werden gestart in dezelfde patiëntenpopulatie tijdens de looptijd van de Z&Z RCT. Dit zou in het belang zijn geweest van de beroepsgroep NVOG gezien het feit dat de studie een kennisstaat onderzocht dat door de beroepsgroep geprioriteerd werd.

Daarnaast is het wenselijk dat subsidieverstrekkers zoals ZonMW beter monitoren of subsidies niet verstrekt worden aan studies in de zelfde patiëntenpopulatie. Hiermee zou voorkomen kunnen worden dat lopende studies plotseling stagneren. ZonMW subsidieerde tegelijkertijd zowel de Z&Z RCT als een van de twee andere RCT's in dezelfde patiëntenpopulatie.

Tot slot

We willen de vele klinieken die rekruteerden voor de Z&Z RCT hartelijk danken voor al hun inspanningen. Samen rekruteerden we meer dan zevenhonderd paren! Momenteel bereiden we ons voor op analyse van de data. De power voor het onderzoeken van het effect op de primaire uitkomstmaat, zwangerschapskans, is nu beperkter maar evaluatie van het effect van het Z&Z programma op secundaire uitkomstmaten, persoonlijk, relationeel en seksueel welbevinden, gaat ongetwijfeld een schat aan informatie opleveren waar onze patiënten mee geholpen zijn.

Referenties

1. NVOG 2014. Email NVOG betreffende evaluatie kennishiaten, 11/09/2014.
2. Dreischor F, Laan ETM, Apers S, Repping S, van Lunsen RHW, Lambalk CB, D'Hooghe TM et al. The stepwise development of an interactive web-based sex education programme for subfertile couples: the Pleasure & Pregnancy programme. *Hum Reprod.* 2020 Aug 1;35(8):1839-1854.
3. Dancet EAF, D'Hooghe TM, Dreischor F, van Wely M, Laan ETM, Lambalk CB, Repping S et al. The 'Pleasure&Pregnancy' web-based interactive educational programme versus expectant management in the treatment of unexplained subfertility: protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2019 Jul 9;9(7):e025845

The influence of the thyroid on pregnancy outcomes

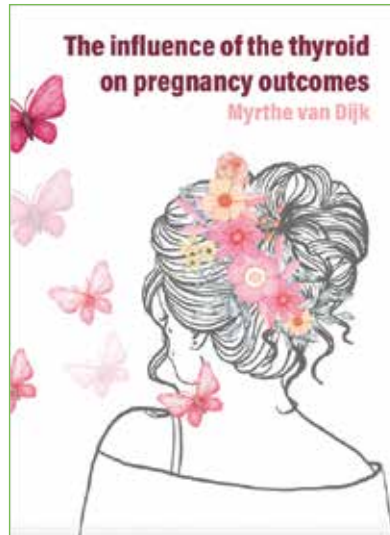
Promovendus **Myrthe van Dijk** | promotoren **prof. dr. M. Goddijn, prof. dr. P.H. Bisschop** | 06-04-2022, Universiteit van Amsterdam

Waar gaat je proefschrift over?

De invloed van de schildklier op zwangerschapsuitkomsten. Adequate serum schildklierhormoon concentraties zijn cruciaal voor een ongecompliceerde zwangerschap, optimale foetale groei en ontwikkeling. Een zwangerschap heeft grote invloed op de schildklierfunctie. Tijdens de zwangerschap treden verschillende veranderingen op om normale schildklierhormoon concentraties te handhaven. Deze veranderingen in de zwangerschap en de toegenomen vraag naar schildklierhormoon zorgen ervoor dat vrouwen met een reeds bestaande milde schildklierdysfunctie een verhoogde kans hebben op het ontstaan van schildklierproblemen.

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

Het belangrijkste onderzoek wat we verricht hebben is de T4-life studie, een internationale dubbel geblindeerde studie onder vrouwen positief voor schildklierperoxidase-antistoffen (TPO-antistoffen) met een normale schildklierfunctie en herhaalde miskramen. We onderzochten of suppletie preconceptieel met levothyroxine de zwangerschapsuitkomsten verbeteren. TPO-antistoffen zorgen voor een chronische lymfocyttaire thyreoïditis, waardoor de schildklier mogelijk niet kan voldoen aan de toegenomen behoefte aan schildklierhormoon tijdens de zwangerschap. Deze hypothese zorgt dat wereldwijd levothyroxine onder andere bij deze indicatie wordt voorgeschreven, zonder bewijs van effectiviteit. Wij hebben aangetoond dat behandeling met levothyroxine niet resulteert in een hoger aantal levendgeboren kinderen bij vrouwen positief voor TPO-antistoffen en herhaalde miskramen in vergelijking met placebo.¹



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

Er is nu bewijs dat behandeling met levothyroxine niet resulteert in een hoger aantal levend geboren kinderen bij vrouwen met herhaalde miskramen positief voor TPO-antistoffen in vergelijking met placebo. Voorheen werd ondanks gebrek aan bewijs levothyroxine voorgeschreven met de gedachte 'baat het niet, dan schaadt het niet'. Observatieve studies laten echter ook zien dat zowel lage als hoge maternale vrije thyroxineconcentraties tijdens de zwangerschap geassocieerd zijn met een lager IQ van het kind en een lager volume aan grijze stof en cortex.²

Wat is je voorstel voor vervolgonderzoek?

De T4-life studie is de eerste grote gerandomiseerde studie onder vrouwen met herhaalde miskramen positief voor TPO-antistoffen. De werving van patiënten duurde lang. Een van de redenen voor moeizame inclusie was de lagere prevalentie van TPO-antistoffen dan verwacht. Het is het meest pragmatisch om de recent gepubliceerde onderzoeken over levothyroxine suppletie bij vrouwen positief voor TPO-antistoffen te combineren in een IPD-analyse

Welke vraag van de opponent gaf een interessante discussie en wat was je antwoord daarop?

Een punt dat vaker tot discussies leidt en dat ook tijdens mijn verdediging een aantal keer ter sprake kwam, is of alle zwangere vrouwen gescreend dienen te worden op schildklierafwijkingen of dat de huidige case-finding methode volstaat. Schildklierafwijkingen tijdens de zwangerschap zijn sterk geassocieerd met nadelige maternale en foetale uitkomsten. De effecten van de behandeling zijn minder duidelijk. Er is een voortdurende discussie over wie te behandelen, wanneer te behandelen en of behandeling gunstig is. Hoewel universele screening op schildklierafwijkingen tijdens de zwangerschap de diagnose en behandeling van schildklierafwijkingen verhoogt, is er momenteel onvoldoende bewijs voor een positief effect van screening op de maternale en foetale uitkomsten.

Wat is de beste stelling uit je proefschrift?

Levothyroxine suppletie preconceptieel gestart bij vrouwen met herhaalde miskramen en een normale schildklierfunctie positief voor TPO-antistoffen zorgt niet voor meer levend geboren kinderen in vergelijking tot placebo.

Referenties

1. Dijk M.M., van, et al. Levothyroxine in euthyroid thyroid peroxidase antibody positive women with recurrent pregnancy loss (T4LIFE trial): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2022;10:322-329.
2. Korevaar, T.I.M., et al. Association of maternal thyroid function during early pregnancy with offspring IQ and brain morphology in childhood: a population-based prospective cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2016;4:35-43.

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

De Handgreep van Bracht – een historische analyse van de onjuiste beschrijving in de verloskundige handboeken over stuitgeboorte

dr. Robin van der Weiden *gynaecoloog, voorzitter Werkgroep Historie van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie*

Deze monografie, uitgegeven door Nederlandse Vereniging voor Medische Geschiedenis, behandelt de historie van de handgreep volgens Bracht bij de vaginale stuitbevalling en de weergave van deze handgreep in diverse edities van het Nederlands Leerboek voor Obstetrie en Gynaecologie.

Eponiemen geven regelmatig aanleiding tot verwarring: van toekenning aan één persoon terwijl de erkenning ook anderen toekomt tot verwisselingen tussen personen met dezelfde naam. Ook bij het eponiem 'Handgreep volgens Bracht' blijkt sprake te zijn van een Mehrfachentdeckung. De Rus Coljanov beschreef een identieke handgreep uitvoeriger en een aantal jaren eerder dan de presentatie van de film van Bracht over 'zijn' handgreep. De historische ontwikkelingen in de jaren twintig van de vorige eeuw in Rusland hebben ongetwijfeld bijgedragen aan de onbekendheid van Coljanov's publicatie in het westen. In het Rusland van voor de Revolutie waren er intensieve banden tussen de westerse en Russische geneeskunde. Het is onwaarschijnlijk dat Bracht en Coljanov op de hoogte waren van elkaars verdiensten. Het komt daarentegen vaker voor dat de tijd rijp is voor een Mehrfachentdeckung, zoals bijvoorbeeld ook het geval was met Semmelweis en Oliver Wendell Holmes bij de kraamvrouwenkoorts. Het is om die reden mogelijk beter te spreken van de 'Handgreep volgens Bracht-Coljanov' of zelfs de 'Handgreep volgens Coljanov-Bracht'. Een andere herkenbare eigenschap bij eponiemen is de reactie van de naamgever op het vaak onverwacht toegekende eerbewijs: Bracht publiceerde pas dertig jaar na de presentatie van zijn film over de handgreep een uitvoe-



rige beschrijving daarvan! De auteur schetst een duidelijk overzicht van deze gebeurtenissen en wijst op de onjuiste weergave van de Handgreep volgens Bracht in de opeenvolgende edities van het Nederlands Leerboek voor Obstetrie en Gynaecologie. De verklaring ligt in de veel voorkomende herhaling van onjuiste informatie in plaats van terugkeer naar de bron. Niet voor niets heet de serie waarin dit cahier is uitgebracht Ad Fontes. Een vergelijkbare situatie deed zich eerder voor bij de beschrijving van een andere verloskundige ingreep in het Nederlands Leerboek: het afhalen van de armen bij de stuitbevalling volgens Hendrik van Deventer.¹ Historisch inzicht is belangrijk om het hedendaags handelen te begrijpen en te relativeren. Dat blijkt ook uit deze bijdrage. De auteur heeft zich in woord en geschrifte en als leermeester bij vele trainingen bewezen als vurig pleitbezorger van de vaginale stuitbevalling. Ook al mag hij zich daarbij soms als een Don Quichote beschouwen, het feit dat Cervantes ruim vierhonderd jaar na dato nog steeds wordt gelezen kan een extra stimulans vormen.²

Referenties

1. Lotgering FK, Huikeshoven FJM. Hendrik van Deventer: "Vader van de moderne verloskunde". *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1986;130:78-80
2. Miguel de Cervantes. *Don Quijote de la Mancha*. 1605.

De handgreep van Bracht. Een historische analyse van de onjuiste beschrijving in de verloskundige handboeken over stuitgeboorte

A. Verhoeven

Prijs 10 euro, inclusief verzendkosten

ISBN 978-90-831338-2-9

Bestellen Trefpunt Medische Geschiedenis Nederland: www.tmgm.nl

Downloaden <https://tmgn.nl/artikel?id=ad-fontes-cahiers>

Reactie op Vijftig jaar stuitgeboorte en De handgreep van Bracht



prof. em. Jos van Roosmalen Athena Instituut, VU Amsterdam en afdeling verloskunde en gynaecologie, LUMC Leiden

De bekendste geschiedschrijver van de Nederlandse verloskunde, Arno Verhoeven, heeft een tweetal schitterende publicaties geschreven over de stuitgeboorte en de handgreep van Bracht: Vijftig jaar stuitgeboorte in transitie: haalt de stuitgeboorte 2030?, respectievelijk De handgreep van Bracht: een historische analyse van de onjuiste beschrijving in de verloskundige handboeken over stuitgeboorte (zie NTOG#3, 2022). Iedere (assistent-)gynaecoloog en (leerling-)verloskundige die zwangeren counsell en/of begeleidt bij de geboorte van een kind in stuitligging moet deze gelezen hebben, wil de counseling optimaal kunnen verlopen.

Dit klemt des te meer daar de meeste counsellers wél de Term Breech Trial ter sprake brengen, maar die meestal niet in zijn geheel hebben gelezen.¹ Het is niet voldoende alleen het abstract te lezen. Wij schreven in een commentaar op de trial in *BJOG* in 2002 onder meer: 'Investigating the details of the stillbirths, neonatal deaths and neonatal and maternal morbidities more closely, the data [of the Term Breech Trial] are less convincing than are now echoed in commentaries, workshops and newspapers.'² Ook Marc Keirse, een van onze opleiders in de jaren tachtig van de vorige eeuw op het gebied van evidence-based medicine, besteedde hier uitgebreid aandacht aan in *Birth*.³

In wezen komt het er dan op neer dat de à terme bevalling van een kind in stuitligging per sectio een geringe relatieve risicoreductie van een gering absoluut risico oplevert. Maar dat wisten we al ver voor de Term Breech Trial en daarom was ook het sectiopercentage onder vrouwen met een kind in stuitligging vóór de trial al bijna 50%!⁴

Andrew Kotaska schreef een belangwekkend artikel in de *BMJ* over de lastige interpretatie van gerandomiseerd onderzoek van complexe interventies, zoals een vaginale baring in stuitligging.⁵ Ook dit artikel zou zich in de standaard bibliotheek van iedere gynaecoloog en verloskundige dienen te bevinden. Bij gerandomiseerd onderzoek van complexe interventies hebben de karakteristieken van zowel de patiënt als de dokter invloed op de uitkomst, anders dan bijvoorbeeld bij een vergelijking van twee medicamenten. De Term Breech Trial vond met name plaats in een groot aantal klinieken in de Verenigde Staten, waar de percentages vaginale stuitbevallingen slechts om en nabij de dertien bedroegen. De vertrouwdeheid (*comfort-level*) met de vaginale stuitbevalling bij de dokters was dus erg laag en dat heeft met name bij de geplande vaginale stuitbevalling negatieve invloed op de uitkomst van een dergelijk onderzoek. Kotaska's overwegingen uit het *BMJ*-artikel waren ook uitgangspunt voor de richtlijn van de Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada over de stuitbevalling.⁶

Samen met collega Verhoeven beschreven we 78 vrouwen die tussen 2004-2006 geïnccludeerd werden in de LEM-MoN-studie met een electieve sectio vanwege stuitligging in een eerdere zwangerschap. Zij waren geïnccludeerd vanwege een vitale fluxus van >3000 ml (n=39) of vanwege een littekenruptuur (n=39), alsmede vier gevallen van maternale sterfte na electieve sectio vanwege stuitligging in de voorgeschiedenis.^{7,8}

Dit soort gegevens komt slechts boven tafel door middel van obstetrische audit en vindt men meestal niet terug in richtlijnen en protocollen. Wij werden indertijd door onze collega's die voor meer dan 100% geloofden in de resultaten van de Term Breech Trial

(want 'keiharde evidence-based geneeskunde') met de rug tegen de muur gezet na iedere vaginale baring in stuitligging, wij de generatie van de 'houtje-touwtje' verloskunde. Toekomstige beroepsgenoten werden extreem angstig gemaakt en dit fenomeen heeft zich ontwikkeld tot een huidige generatie van veel extreem angstige gynaecologen met geringe kennis en kunde van de vaginale baring in stuitligging. Dit is ongetwijfeld ook een van de factoren die bijdragen aan de überhaupt stijgende sectiopercentages, niet alleen bij de stuitbevalling en ook over de hele wereld.

Lagelonenlanden

De publicatie van de Term Breech Trial heeft ook in lagelonenlanden geleid tot het toenemen van de sectiopercentages. Dat leidt helaas in die setting tot een forse toename van de maternale mortaliteit en morbiditeit.⁹ In die setting bevallen vrouwen met een kind in stuitligging overigens, anders dan collega Verhoeven die Bracht zelf uitgebreid citeert, meestal niet 'met de buik naar beneden over een dwars gesitueerde boom liggend', maar gewoon op een verlosbed. Hier wordt de klassieke vesico-vaginale fistel als gevolg van druknecrose door verwaarloosde, geobstrueerde baringen in snel tempo vervangen door de iatrogene blaasfistel, die het gevolg is van te weinig operatieve vaardigheden en ingrepen zonder voldoende supervisie van ervaren klinici.¹⁰ Nogal eens is het de coassistent (in sub-Sahara Afrika dokter genoemd) die drie weken geleden zijn stage op de verloskamer begon en de beslissing en uitvoering van de sectio 'leert' aan de coassistent die zijn stage net aanvangt. Sinds 2015 zijn wij betrokken bij de zogenaamde Partoma-studie, die met behulp van co-creatie van lokale richtlijnen en regelmatige casusbesprekin-

gen in Zanzibar geassocieerd was met een daling van doodgeborenen van 59 naar 39 per 1.000 geboortes.¹¹ Deze studie wordt op dit moment in vijf grote stadsziekenhuizen in Dar es Salaam in Tanzania herhaald.¹² Partoma is gericht op begeleiding en besluitvaardigheid tijdens de baring, vooral gericht op het vermijden van onnodige keizersneden en re-introductie van de vacuümextractie. Minder keizersneden en het bevorderen van de technische vaardigheden een keizersnede uit te voeren moeten leiden tot het uitbannen van de iatrogene blaasfistel.

Terechte opmerking

Terug naar de handboeken en Verhoevens commentaar daarop. Hij heeft gelijk, dat wij in *Praktische Verloskunde*, zelfs in de laatste herziene druk, ten onrechte hebben geschreven dat de handgreep van Bracht moet worden ingezet als de voorste scapula-punt zichtbaar is.¹³ Gelukkig hebben we wel de juiste afbeeldingen weergegeven, maar daar is de tekst dus mee in tegenspraak. Verhoeven wijst terecht op het verschil wanneer Bracht dient te worden ingezet (op navelhoogte) en wanneer de armen dienen te worden afgehaald bij stuitextractie (bij zichtbaar worden van de voorste scapula-punt). De auteurs zullen dat zeker corrigeren in de volgende 15e druk. Overigens werd *Praktische Verloskunde* al voordat ondergetekende er door Pieter Treffers bij werd betrokken en anders dan Verhoeven weergeeft in zijn referentie, al mede geschreven door Marianne Prins, verloskundige.¹⁴ Tot slot voel ik plaatsvervangende schaamte bij het zien van afbeelding 3 (p.17), die een afspiegeling is van een verleden tijdperk van voornamelijk witte mannen in ons vakgebied, waarbij de stuitencursus in Leiderdorp deze achterstand overigens wel ingehaald heeft in het tweede decennium van deze eeuw. In het laatste nummer van het NTOG stond een verfrissende reactie van de collegae Velzel en Van Rheenen-Flach met de optimistische titel: 'Op naar de stuitgeboorte in 2030' met de nadruk op de toekomst en de verticale baringshouding van de vrouw met een kind in

stuitligging.¹⁵ Ik wens hun, samen met de verloskundige Hanneke Rota en collega Roest in het Rode Kruis ziekenhuis te Beverwijk, alle succes bij het in stand houden van de vaginale baring in stuitligging.¹⁶ Laten alle jonge collegae zich hierbij aansluiten, immers er zullen altijd vrouwen zijn die de vaginale modus prefereren of met een gevorderde baring met een kind in stuitligging worden geconfronteerd.

Met dank voor het commentaar van prof. Thomas van den Akker op een eerdere versie.

Referenties

- Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentre trial. *Lancet* 2000; 356: 1375-83.
- Van Roosmalen J, Rosendaal F. There is still room of disagreement about vaginal delivery of breech infants at term. *BJOG*; 2002; 109: 967-69.
- Keirse MJNC. Evidence-based childbirth only for breech babies? *Birth* 2002; 29: 55-59
- Molkenboer JFM, Bouckaert PXJM, Roumen FJME. Recent trends in breech delivery in the Netherlands. *BJOG* 2003; 110: 948-51.
- Kotaska A. Inappropriate use of randomized trials to evaluate complex phenomena: case study of vaginal breech delivery. *BMJ* 2004; 329: 1039-42.
- Kotaska A, Menticoglou S. Management of breech presentation at term. *J Obstet Gynaecol Can* 2019; 41: 1193-1205.
- De Leeuw JP, Verhoeven ATM, Schutte JM, Zwart J, van Roosmalen J. The end of vaginal breech delivery. *BJOG* 2007; 114: 373-74.
- Schutte JM, Steegers EAP, Santema JG, Schuitemaker NWE, van Roosmalen J. Maternal death after elective cesarean section in the Netherlands. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86: 240-43.
- Van Roosmalen J, Meguid T. The dilemma of vaginal breech delivery worldwide. *Lancet* 2014; 383: 1863-64.
- Ngongo CJ, Raassen TJIP, Mahendeka M, Lombard L, van Roosmalen J. Iatrogenic genito-urinary fistula following cesarean birth in nine sub-Saharan African countries: a retrospective review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2022, in press.
- Maaløe N, Housseine N, Meguid T, et al. Effect of locally-tailored labour management guidelines on intrahospital stillbirths and birth asphyxia at the referral hospital in Zanzibar: a quasi-experimental pre-post-study (The Partoma study). *BJOG* 2018; 125: 235-45.
- Maaløe N, Housseine N, Brandt Sørensen J, et al. Scaling up context-tailored clinical guidelines and training to improve childbirth care in urban, low resource maternity units in Tanzania: a protocol for a stepped-wedge cluster randomized trial with embedded qualitative and economic analyses (The Partoma Scale-up Study). *Global Health Action* 2022; 15 (1): 2034135.
- Praktische verloskunde, Veertiende, herziene druk. Prins M, van Roosmalen J, Smit Y, Scherjon S, van Dillen J, Bohn, Stafleu, van Loghum, Houten, 2019
- Schaepman-van Geuns EJ, Treffers PE, van Roosmalen J, Praktische verloskunde (Utrecht-Antwerpen, edities 1973-2004).
- Velzel J, van Rheenen-Flach LE. Op naar de stuitgeboorte in 2030. *NTOG* 2022; 135: 184.
- Verhoeven ATM, Rota H, Roest J. Heeft een verticale baringshouding bij stuitgeboorten voordelen? *NTOG* 2019; 132: 43-45.



Is het B1?

In Nederland hebben 2,5 miljoen mensen van zestien jaar en ouder moeite met lezen, schrijven en/of rekenen. Er zijn zes taalniveaus: A1 (makkelijkste) tot en met C2 (moeilijkste). Taalniveau B1 bestaat uit gemakkelijke woorden die veel voorkomen in de Nederlandse taal. Informatie voor patiënten zou moeten aansluiten op taalniveau B1. Hoe doen wij het in de spreekkamer; is ons taalgebruik B1? In deze rubriek bespreken wij iedere maand een veelgebruikt woord of veelgebruikte zin, met als vraag: Is het B1?

Ontlasting

Nee! Het woord 'ontlasting' is niet B1. U kunt beter kiezen voor 'poep'. Ook een omschrijving als 'grote boodschap' of 'stoelgang' is niet B1 en voor veel mensen niet duidelijk.

Bron: www.ishetb1.nl

Correspondentieadres: al.rietveld@amsterdamumc.nl



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

Kan cervix-screening nog beter?

Bijna een derde van alle vrouwen met niet-epitheliale cervixcarcinomen blijkt een PAP 1 bij cytologische screening te hebben. Deze maligniteiten zijn aan het licht gekomen doordat deze vrouwen HPV 16/18 positief bleken. Dit is een van de uitkomsten van de eerste evaluatie van de in 2017 ingevoerde Australische HPV-screening.¹

Voor deze studie werden alle data geanalyseerd van de ruim 3,5 miljoen gescreende vrouwen; dit is 55% van de totale populatie die voor screening in aanmerking kwam. In Nederland is de HPV-screening ook in 2017 gestart en ook het participatie-percentage is vergelijkbaar met Australië.²

Maar de screening verschilt op een aantal belangrijke punten van die in Nederland. Zo wordt er in Australië bij screening een onderscheid gemaakt tussen HPV-typen 16/18 en andere hoogrisico-HPV (hrHPV)-typen. Dit bleek een belangrijk verschil want cervixcarcinoom werd veel vaker gevonden bij HPV16/18-positieve vrouwen dan bij vrouwen met de andere hrHPV-typen (1,0% versus 0,3%, $p < 0,001$).

Verder start cervix-screening in Australië al bij 25 jaar, terwijl dat in Nederland bij 30 jaar is. Hierdoor kon dus het effect van HPV-screening in een HPV gevaccineerde populatie worden onderzocht. In Australië is 58% van de 25-jarigen HPV-gevaccineerd (in Nederland is dit 56%³). Helaas waren de vaccinatie-data in deze studie niet op individueel niveau bekend. Wel werd gezien dat het aandeel van de HPV 16/18-typen relatief lager was bij jongere ('gevaccineerde') dan bij oudere vrouwen.

Nog een verschil met Nederland is dat in Australië vrouwen met PAP 2 of 3a1 in combinatie met andere hrHPV-typen dan HPV 16/18 niet direct werden verwezen voor colposcopie, maar eerst een herhalingsuitstrijk na een jaar kregen. Dit betrof maar liefst 62% van de vrouwen met afwijkende cytologie bij screening. Deze strategie bleek veilig. Sterker nog: het risico op CIN 3 of kanker was bij deze groep zo laag dat de auteurs adviseerden deze vrouwen bij een gelijke uitkomst na twaalf

maanden follow-up, nog een keer follow-up screening na een jaar aan te bieden in plaats van colposcopie.

De auteurs raden dus aan restrictiever te zijn met colposcopie bij laaggradige cytologische afwijkingen in combinatie met hrHPV anders dan HPV 16/18, maar juist laagdrempelig colposcopie te verrichten bij alle vrouwen die HPV 16/18-positief zijn, ongeacht de uitkomst van de cytologie. Hierdoor kunnen HSIL en cervixcarcinoom nog gerichter worden opgespoord.

FV

Referenties

1. Smith MA, Sherrah M, Sultana F et al. National experience in the first two years of primary human papillomavirus (HPV) cervical screening in an HPV vaccinated population in Australia: observational study, BMJ, 2022 Mar 30;376:e068582.
2. Cervical Cancer Population Screening in the Netherlands Factsheet 2021. <https://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoek/baarmoederhalskanker/professionals/monitoring-en-evaluatie>.
3. de Melker H, Kenter G, van Rossum T, Conyn-van Spaendonck M. Developments in HPV vaccination Ned Tijdschr Geneesk. 2012;156(47).

Continueren antidepressiva tijdens zwangerschap een goed idee!

Vrouwen die antidepressiva voorgeschreven krijgen, staan voor het dilemma om hun behandeling al dan niet voort te zetten tijdens de zwangerschap. Momenteel is er beperkt bewijs beschikbaar over de werkzaamheid van het voortzetten versus staken van antidepressiva tijdens de zwangerschap om hun beslissing te ondersteunen. Xiaoqin Liu en collega's onderzochten retrospectief of het stoppen met antidepressiva voor of tijdens de zwangerschap samenhangt met psychiatrische decompensatie.⁴ In het Deense nationale registratiesysteem selecteerden ze vrouwen die tussen 1997-2016 bevielen van een eenling en die in de 90 dagen voorafgaand aan hun zwangerschap antidepressiva kregen. Vervolgens vergeleken ze vrouwen die voor of tijdens de zwangerschap stopten met hun medicatie met vrouwen die hun medicatie tijdens de zwangerschap continu-

eerden. De vrouwen werden gematcht op basis van onder andere demografische en psychiatrische kenmerken. De primaire uitkomstmaat was opname op een psychiatrische afdeling of SEH-bezoek waarbij een psychiatrische diagnose werd gesteld.

In totaal staakten 2669 van de 8136 onderzochte vrouwen hun medicatie voorafgaand aan de zwangerschap, en 5467 vrouwen tijdens de zwangerschap. Psychiatrische decompensatie kwam voor bij 76 vrouwen die het gebruik staakten voor de zwangerschap, ten opzichte van 91 vrouwen die continueerden. Het staken vóór de zwangerschap leidde niet tot een hoger risico op decompensatie (cumulatieve incidentie (CI): 2,9%; 95%-BI: 2,3-3,6% voor staken versus CI: 3,4%; 95%-BI: 2,8%-4,2% bij continueren; hazard ratio (HR): 0,84; 95%-BI: 0,61-1,16; $p = 0,298$). Van de vrouwen die tijdens hun zwangerschap antidepressiva gebruik staakten, hadden er 202 een decompensatie, vergeleken met 156 vrouwen die continueerden. Staken tijdens de zwangerschap was geassocieerd met een verhoogd risico op decompensatie (CI: 5,0%; 95%-BI: 4,2-5,9% versus 3,7%; 95%-BI: 3,1-4,5%; HR: 1,25; 95%-BI: 1,00-1,55; $p = 0,048$).

De uitgevoerde studie toonde een laag absoluut risicoverschil van psychiatrische noodsituaties (cumulatieve incidentie van 5,0% bij vrouwen die stoppen versus 3,7% bij vrouwen die doorgaan met antidepressiva) en toonde associatie en geen causaliteit. Tevens werden gegevens ten aanzien van de indicatie voor het gebruik van antidepressiva, de reden van stoppen en eventuele begeleiding niet vermeld. Toch geven de resultaten van deze studie aan hoe belangrijk het is te overwegen antidepressiva ook tijdens de zwangerschap voort te zetten en daarnaast eventueel psychotherapeutische interventies in te zetten.

RvdL

Referentie

4. Xiaoqin L., N. Molenaar, E. Agerbo, et al, 2022. Stoppen met antidepressiva voor of tijdens de zwangerschap en risico op psychiatrische noodsituaties in Denemarken: een populatiegebaseerde neigingsscore-gematchte cohortstudie; PLoS Med. 2022 Jan; 19(1): e1003895.

Placenta Accreta Spectrum: Engelse stijl of Franse slag?

Een onverwachte placenta accreta wordt ook weleens 'het nachtmerrie scenario van elke gynaecoloog' genoemd: in het holst van de nacht wordt je bij een patiënte geroepen wegens een lastige repeat sectio, want de placenta zit muurvast. Voor je het weet ben je 5 liter bloedverlies verder en sta je te vechten voor het leven van je patiënte. Na een hysterectomie, met of zonder letsel aan de urinewegen en heel veel zakjes bloed verder, kan je hopelijk de volgende dag op de overdracht zeggen dat het net goed is afgelopen.

Zulke heroïek moet tot de verleden tijd gaan horen, als je recente publicaties leest over Placenta Accreta Spectrum (PAS), de verzamelnaam voor placenta accreta, increta en percreta. Door het toenemende aantal sectio's en andere uterine ingrepen neemt het aantal PAS in volgende zwangerschappen zodanig toe, dat het ook wel de iatrogene ziekte van de 21ste eeuw wordt genoemd. Maar hand-in-hand met het toenemende aantal casussen stijgt ook het aantal publicaties en onderzoek naar deze 'ziekte', en is er een internationale society PAS (<https://is-pas.org/>) opgericht.

Vroeg herkennen van PAS bij vrouwen met een baarmoederlitteken, een

gestandaardiseerde manier van diagnostiek, multidisciplinair team overleg over diagnose en behandeling, en geplande operatie in expertise centra hebben hun effect op maternale mortaliteit en morbiditeit al bewezen in veel landen.⁵

Toch wisselt de voorkeur van chirurgische aanpak behoorlijk. Terwijl in een recente publicatie Franse onderzoekers laten zien dat een conservatief beleid (placenta en uterus in situ laten) bij PAS veilig is in Frankrijk⁶, ontwikkelen de Engelsen een systematisch stappenplan voor een post-sectio hysterectomie (modified radical peripartum cesarean hysterectomy).⁷ In Argentinië was het mogelijk in 82% (202/248 vrouwen met een PAS boven de blaas), een deel van de uteruswand met placenta en al te verwijderen en de uterus te behouden.⁸

De Engelsen en de Fransen vergeleken recent zelf de verschillen in aanpak en uitkomsten: de UKOSS database (134 casussen tussen 2010 en 2011) en PACCRETA-studie (219 casussen tussen 2013 en 2015).⁹ In de UK werd vaker dan in Frankrijk een hysterectomie verricht (43% versus 26%, $p < 0,001$), terwijl minder vrouwen conservatief werden behandeld (19% versus 36%, $p < 0,001$). In Frankrijk waren er minder bloedtransfusies en minder IC-opnames. Een opvallend verschil was dat de PAS-casussen in Frankrijk in gespecialiseerde centra werden behandeld, ter-

wijl een derde van de Engelse ziekenhuizen minder dan één casus per jaar behandelden. Het voornaamste advies van onze Engelse en Franse collega's was: centraliseer de PAS-zorg om de uitkomsten te optimaliseren.

dr. Marcus Rijken

Referenties

- Collins, S.L., 2019. Evidence-based guidelines for the management of abnormally invasive placenta: recommendations from the International Society for Abnormally Invasive Placenta - American Journal of Obstetrics & Gynecology (ajog.org).
- Sentilhes, L., 2021. Conservative management or cesarean hysterectomy for placenta accreta spectrum: the PACCRETA prospective study - American Journal of Obstetrics & Gynecology (ajog.org).
- Majd, H.S., 2021. The modified radical peripartum cesarean hysterectomy (Soleymani-Alazzam-Collins technique): a systematic, safe procedure for the management of severe placenta accreta spectrum - PubMed (nih.gov).
- Palacios, J.M., 2020. Placenta accreta spectrum: a hysterectomy can be prevented in almost 80% of cases using a resective-reconstructive technique: The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: Vol 35, No 2 (tandfonline.com).
- McCall, S.J., 2022. Placenta accreta spectrum - variations in clinical practice and maternal morbidity between the UK and France: a population-based comparative study - PubMed (nih.gov).

Antwoorden Gynfeud 13

Vraag 1: antwoord c.

A priori komt uit het Latijn en betekent letterlijk vertaald 'van de eerste'. In het Nederlands wordt het meestal vertaald als 'van tevoren/ vooraf' en 'op voorhand'. Het begrip a priori wordt veelal gebruikt bij vaststellingen en oordelen die zonder onderzoek worden gedaan. A priori kennis is in de filosofie kennis, die onafhankelijk is van (zintuiglijke) ervaring, waar ze logisch aan voorafgaat. Dit is tegengesteld aan a posteriori, empirische, feitelijke kennis, die is afgeleid uit ervaring. Bekend onder filosofen zijn in dit verband de redeneringen van de Duitse filosoof Immanuel Kant, die in zijn *Kritik der reinen Vernunft* uit 1781 stelde dat alleen a priori oordelen universeel geldig zijn (logisch noodzakelijk), terwijl kennis die uit ervaring is verkregen (a posteriori) contingent is, dus mogelijk maar niet zeker.

Vraag 2: antwoord c.



