

NVOG 135 jaar!

ntog

2022

sinds 1889

GYNAECOLOGIE, ONCOLOGIE, PERINATOLOGIE EN VOORTPLANTINGSGENEESKUNDE

Met onder andere:

Huidige stand van zaken en ontwikkelingen in de geboortezorg voor vluchtelingen // Value Based Health Care in de verloskunde: sleutel tot succes? // Quiz: Wat weet jij over de KBT, FMT en anti-D?



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. Tanahat, voorzitter deelredactie vpg
F. Vernooij, rubrieksredacteur Ob Gyn
R. van de Laar, rubrieksredacteur Ob Gyn
J. Nieuwstad, namens VAGO
A.W. Kastelein, rubrieksredacteur Richtlijn Uitgelicht
A.A. de Ruigh, rubrieksredacteur Richtlijn Uitgelicht
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, perinatoloog
O.W.H. van der Heijden, perinatoloog
F. Hinten, aios gynaecologische oncologie
C.H.J.R. Jansen, aios gynaecologie
R.L.M. Kurstjens, aios voortplantingsgeneeskunde
L.L. van Loendersloot, voortplantingsgeneeskunde
M.H. Mochtar, voortplantingsgeneeskunde
A.M. van Oers-Zandvliet, aios voortplantingsgeneeskunde
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#7 verschijnt 4 november 2022.

AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vervaelvoudigd of openbaar gemaakt, in enige vorm of enige wijze, digitaal noch analoog, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Redactie en uitgever verklaren dat deze uitgave op zorgvuldige wijze en naar beste weten is samengesteld; uitgever en auteurs kunnen evenwel op geen enkele wijze instaan voor de juistheid of volledigheid van de informatie. Redactie en uitgever aanvaarden dan ook geen enkele aansprakelijkheid voor schade, van welke aard 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

Childpose, Loet Koreman
Met dank aan FFort Foundation

ADVERTEERDERS IN DIT NUMMER

Besins Healthcare | *Oestrogeel*
Gedeon Richter | *Ganirelix*
Gedeon Richter | *Lenzetto*
Gedeon Richter | *Drovelis*
Norgine | *Angusta*

ISSN 0921-4011

Inhoud

Editorial

- 332 **In de rij**
dr. Annemijn Aarts

Bestuur NVOG

- 333 **West-Europese banden en samenwerking opnieuw aangehaald**
drs. Koen de Geus, drs. Raphaël Rienstra

Kort Nieuws

- 334 **De Federatie Medisch Specialisten stemt in met het Integraal Zorgakkoord | Zwangerschap en boostervaccinatie COVID-19 | Hoogleraar Mireille Bekker: 'Schrap leeftijdsgrens uit wetboek van strafrecht' | Kick-off 'Maatschappelijke acceptatie van vrouwspecifieke aandoeningen met optimale diagnostiek en behandeling noodzakelijk!' | VNVA Els Borst Oeuvreprijs Symposium 'Menstruatie in Rood op de agenda' | O wee | Gynfeud 15 | NTOG Kunstsalon**

Interview themajaar lifestyle

- 338 **Interview met drs. Menno Henselmans over wetenschap & krachtsport**
drs. C. (Clasien) van der Houwen

Concreto

- 342 **Ik doe 'wat' bij de VAGO**
drs E.M. Sandberg, drs J. Nieuwstad, drs R. Rienstra, drs M.W.M. Braakhekke

Focus op historie

- 343 **'Blindheid uit de baarmoeder', beschreven door Nicolaes Tulp in 1641**
dr. W. Ganzevoort, prof. dr. C. Boterbloem, prof. dr. J.A.M. van der Post *et al.*

Actueel

- 346 **Impact COVID-19-pandemie op chirurgische zorg voor gynaecologische maligniteiten**
drs. MD Algera, dr. WJ van Driel, dr. BFM Slangen *et al.*

Actueel

- 349 **Implementatie van de opportunistische salpingectomie als primaire preventie van het ovariumcarcinoom in Nederland**
drs. M.E. Gelderblom, dr. L.A.M. van Lieshout, dr. M. Steenbeek *et al.*

Koepel Kwaliteit

- 353 **Gewoon goede zorg**
drs. M. (Marjan) Stegeman

Commissie gynaecoloog en recht

- 354 **Sterilisatieverzoek bij een minderjarige patiënt met een verstandelijke beperking**
drs P.C. Schut, dr. H.G.M. Rijnsaardt-Lukassen

- 359 **Antwoorden Gynfeud 15**

Oorspronkelijke artikelen

- 360 **Huidige stand van zaken en ontwikkelingen in de geboortezorg voor vluchtelingen**
drs. A.E.H. Verschuuren, dr. I.R. Postma, A. Bedaux

- 363 **Value Based Health Care in de verloskunde: sleutel tot succes?**
dr. S.M.I. Kuppens, dr. L. van Eerden, dr. F.J. Korteweg *et al.*

- 368 **Plaveiselcelcarcinoom van de vulva na lasertherapie voor lichen sclerosus**
drs. K.L. Groenewegen, drs. F.O. Voss, dr. H.J.M.A.A. Zijlmans *et al.*

- 371 **Quiz: Wat weet jij over de KBT, FMT en anti-D?**
dr. N.F. Dirks, M. Drysdale, drs. K.F. de Geus *et al.*

Column

- 376 **Grenzeloos patiëntgericht**
dr. Jeroen van Dillen

Hora Est

- 377 **Prevention and etiology of serous cancer of the female genital tract**
dr. Miranda Steenbeek

Boekbespreking

- 378 **K*tkanker**
Ank Louwes

- 378 **Is het B1?**

Richtlijn in perspectief

- 380 **Richtlijn Meerlingzwangerschap**
drs. A.A. de Ruigh, dr. A.W. Kastelein *redacteurs*

OB GYN

- 382 **Staat het plannen van de zwangerschap gelijk aan een actieve voorbereiding op de zwangerschap? | Hyaluronzuur tegen intrauteriene adhesies? | HyFoSy of HSG tijdens het OFO?**
dr. Floor Vernooij & dr. Rafli van de Laar *redacteurs*

NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE

Het NTOG is het officiële tijdschrift van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Dutch Society of Perinatal Medicine. De NVOG heeft als doel het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de voortplanting en van de vrouwenziekten te bevorderen, de optimale toepassing van kennis en kunde in de uitoefening van het specialisme Obstetrie en Gynaecologie te stimuleren en de maatschappelijke belangen van beoefenaars van het specialisme

Obstetrie en Gynaecologie en in het bijzonder van haar leden te behartigen. De vereniging wil dit doel bereiken door het houden van wetenschappelijke bijeenkomsten; het publiceren van wetenschappelijke artikelen; het houden van toezicht op de nascholing van opgeleide specialisten; het behartigen van de belangen van de specialisten, alsmede de beoefenaars van dit specialisme, en in het bijzonder de leden van de NVOG, bij daarvoor in aanmerking komende organen en instanties.



In de rij

dr. Annemijn Aarts *hoofdredacteur*

De zomer is voorbij; de agenda's stromen weer vol met (digitale) vergaderverzoeken en de dienstenschema's voor 2023 worden alweer gemaakt. Het was een warme zwoele zomer met de langst opeenvolgende periode van hittedagen die alle records verbrak. Maar het was vooral ook een zomer die gedomineerd werd door het fenomeen 'rijen'.

Alhoewel de Engelsen met liefde een uren- en kilometerslange stoet vormden voor een laatste afscheid van hun 'Queen', houden wij mensen niet zo van rijen. In een tijd waar je met een druk op de knop een antwoord kan vinden op elke vraag, je boodschappen kunt bestellen of je niet-subtiële mening in 280 tekens kunt ventileren op Twitter, is de menselijke eigenschap geduld tanende. Op Schiphol hadden ze het niet onder controle door een tekort aan personeel bij de bagage-afhandeling en de beveiliging: stapels met weeskoffers en -tassen, en eindeloze rijen mensen die Schiphol in wilden komen. Als je al op Schiphol kwam en niet in een file stond vanwege protesterende boeren die met vrachtwagens en trekkers wegen en afritten blokkeerden. Het begin van de vakantie werd voor veel mensen zo een ware geduldproef.

Scrolde je iets verder door naar beneden in de nieuwsapp dan drong zich – als groot contrast – een veel schrijnender beeld op: rijen met honderden vluchtelingen die noodgedwongen buiten moesten slapen bij het aanmeldcentrum in Ter Apel. Op het dieptepunt sliepen er zevenhonderd mensen in de buitenlucht. In diezelfde nacht overleed er een drie maanden oude baby in de sporthal, die als noodopvang wordt gebruikt. Voor het eerst in de geschiedenis moest Artsen zonder Grenzen noodhulp bieden in Nederland. Het is gewoon te bizar voor woorden.

Ook in de zorg hebben we te maken met rijen, in overdrachtelijke zin. Wachtlijsten die zijn ontstaan door de coronapandemie worden nauwelijks korter. Personeelstekort door ziekte of door mensen die het werken in de zorg beu zijn, maakt dat de wachttijd tot bijvoorbeeld electieve ingrepen enorm is opgelopen. En dat terwijl de zorgvraag alleen maar toeneemt door vergrijzing en steeds complexere patiënten, vergezeld door stijgende kosten. In de zorg zullen we eraan moeten wennen. De vanzelfsprekendheid waarmee we zorg konden leveren of konden krijgen, lijkt niet meer haalbaar. Als antwoord heeft het kabinet vorige week het Integraal Zorgakkoord (IZA) gepresenteerd. Met het IZA wil het kabinet de uit-de-pan-rijzende zorgkosten drastisch tot stilstand brengen. De Federatie Medisch Specialisten heeft over een aantal elementen in dit akkoord twijfels geuit. Zij heeft het IZA wel als onze vertegenwoordiger ondertekend, omdat het belangrijk is dat wij als zorgverleners nauw betrokken zijn bij de uitwerking ervan.¹ En dat lijkt mij ook belangrijk: dat wij als medisch specialisten mee aan de knoppen kunnen draaien in plaats van dat er 'voor ons beslist wordt'.

We leven in een periode van veel veranderingen voor iedereen in onze samenleving: van vluchteling tot boer, tot reiziger, tot patiënt en tot zorgmedewerkers. Elk individu kampt met eigen problemen, waardoor het collectieve gevoel vaak wordt overstemd door onvrede en ongeduld. Kim Putters, de nieuwe voorzitter van de Sociaal Economische Raad, zegt daar in een interview in *Het Financieel Dagblad* het volgende over: "Consensus, draagvlak, dialoog (...). Ze zijn juist nu hard nodig. Er is geen andere route in dit land dan te zoeken naar draagvlak voor oplossingen, want de overheid kan het niet alleen."²

Afgelopen 17 september vierden we het 135-jarig bestaan van onze vereniging met onder meer een briljant grappig cabaret *Code Zwart* (ga vooral naar de reprise tijdens het Gynaecologisch congres) die enkele heel actuele thema's op geestige wijze voor het voetlicht bracht, gevolgd door een afsluiting met een diner en feest met 290 collega's uit heel het land. Onder de sterrenhemel in het Scheepvaartmuseum was een collectief gevoel duidelijk aanwezig. Laten we dat vooral binnen onze vereniging zo houden, want dan redden we het wel.

Referenties

1. Update: Integraal Zorgakkoord ondertekend. FMS 17 september 2022 <https://demedischspecialist.nl/nieuwsoverzicht/nieuws/update-integraal-zorgakkoord-ondertekend>
2. Het moet meer gaan kloppen in ons land. Interview met Kim Putters. Financieel Dagblad 16 september 2022. <https://fd.nl/samenleving/1451606/het-moet-meer-gaan-kloppen-in-ons-land>

West-Europese banden en samenwerking opnieuw aangehaald

drs. Koen de Geus en drs. Raphaël Rienstra, namens het VAGO- en NVOG-bestuur

Een lange traditie werd na gedwongen afwezigheid door de COVID-pandemie dit jaar nieuw leven ingeblazen. De jaarlijkse Four Countries meeting is een bijeenkomst van afvaardigingen van de wetenschappelijke verenigingen uit Duitsland, Frankrijk, Verenigd Koninkrijk en Nederland. Ditmaal was de Royal College for Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) gastheer. We werden ontvangen in hun nieuwe, recentelijk geopende thuisbasis vlakbij de Tower Bridge. Vrij uniek is dat de RCOG zich hier gevestigd heeft samen met de vereniging van verloskundigen en patiëntenverenigingen.

Uitdagingen in personele bezetting

Voorafgaand werden de discussieonderwerpen digitaal afgestemd. Doelen van de bijeenkomst zijn het aanhalen van banden, van elkaar leren door uitwisseling van ervaringen en samenwerking bevorderen.

Ondanks verschillen in de inrichting van de zorg, ervaren alle landen problemen met hun personele bezetting, de kosten en de beddenkrapte. Terwijl de huidige inflatie en hoge energieprijzen in heel Europa parten spelen, kunnen met name in Frankrijk en Engeland bijvoorbeeld OK-assistenten en verpleegkundigen door te hoge vaste lasten niet meer in de stad wonen waar zij werken. De ontstane vicieuze cirkel van minder uitvoerbare verrichtingen, minder declarabele zorg in de ziekenhuizen en daaruit volgende minder financiële ruimte voor loonsverhogingen of het aantrekken van nieuw personeel, zorgt voor een opmaat van de veelal duurder privéklinieken voor electieve zorg.

Opleiden in tijden van een pandemie

De Nederlandse afvaardiging presenteerde de ontwikkelingen rondom LOGO en de huidige stand van zaken

rondom de visiedocumenten van de NVOG en de VAGO. Wij bespraken onder andere de mogelijkheid tot verdieping in thema's, waarbij wij het zelfsturend leren benadrukten. Met het bespreken van de recente enquêtes van zowel als De Jonge Specialist als de VAGO kwamen onderwerpen als werk-privébalans, klachten van burn-out en toename van digitalisering aan de orde. Recente enquêtes van de RCOG toonden vergelijkbare uitkomsten. De aiossen uit het Verenigd Koninkrijk bespraken meerdere artikelen over de invloed van de COVID-pandemie op de opleiding. In deze studies, vanuit het European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology (ENTOG), kwam met name gebrek aan operationele vaardigheden naar voren. Frankrijk had hier de afgelopen periode reeds op ingespeeld, door ontwikkeling van een virtual reality-app, met filmpjes van verschillende operaties vanuit het perspectief van de operateur.

Continue verbetering van kwaliteit

Buiten de Four Countries meeting waren eerder al samenwerkingen opgezet tussen de NVOG en de RCOG over richtlijnontwikkeling. Benadrukt werd dat het implementeren van een eenduidige Europese richtlijn problematisch zou kunnen worden vanwege de verschillende culturen en werkwijzen. Geconcludeerd werd dat zeker voor grotere overkoepelende thema's samenwerking goed zou zijn voor het uitzoeken van de evidence en het ontwikkelen van de contouren van een richtlijn, die vervolgens landelijk vertaald en geïmplementeerd kunnen worden. Daarnaast kwam naar voren dat alle landen veel belang hechten aan het meten van uitkomsten van de geleerde zorg, en hoe dit op een adequate manier geëvalueerd en gebruikt kan worden. De RCOG deelde analyses van perinatale audits, waar op indrukwekkende en inzichtelijke wijze het aandeel van verschillende factoren in

het ontstaan van ongewenste uitkomsten werd geanalyseerd, en hoe deze op elkaar in hadden gegrepen.

Imago en vertrouwen

De delegatie uit Frankrijk besprak openhartig de toename van aanklachten van aanranding en verkrachting door zorgverleners binnen de gynaecologie. Het gevoel heerst dat dit mede ingegeven is door de #MeToo-beweging. De sterke opkomst van social media lijkt in ieder geval een belangrijke rol te spelen die niet meer uit ons leven is weg te denken. Uiteraard is iedere zorgverlener zich terdege bewust van de kwetsbare situatie waarin patiënten zich bevinden. In het Verenigd Koninkrijk wordt om die reden in het algemeen geen inwendig onderzoek meer gedaan zonder *chaperone*. Daarnaast werden zelfs enkele voorbeelden genoemd voor het ontwikkelen van schriftelijke consent.

Gezamenlijk concludeerden wij dat dit onderwerp de aandacht zal blijven vragen, meer dan een enkele middag in Londen. Juist met elkaar blijft het van belang om te werken aan het vertrouwen in gynaecologen als beroepsgroep.

Blik naar de toekomst

Zo ging de afronding van het inhoudelijke programma vloeiend over in een vooruitblik naar de Four Countries meeting in 2023. Nederland zal volgend jaar de rol van gastheer op zich nemen, en wil hierin het voortouw nemen om de meeting inhoudelijk nog verder te ontwikkelen. De ambitie van de NVOG is om komend jaar toe te werken naar een fysieke meeting met een overkoepelend onderwerp. Zo wordt verdieping gestimuleerd en kunnen concrete samenwerkingsdoelen bereikt worden naast het kort bespreken van de jaarlijks terugkerende standaardonderwerpen. De VAGO zal in nauwe samenwerking betrokken blijven om de uitwisseling van het perspectief van aiossen te versterken.

Kick-off 'Maatschappelijke acceptatie van vrouwspecifieke aandoeningen met optimale diagnostiek en behandeling noodzakelijk!'

Op donderdag 13 oktober 2022 vindt van 18.00-21.00 uur de kick-off 'Maatschappelijke acceptatie van vrouwspecifieke aandoeningen met optimale diagnostiek en behandeling noodzakelijk!' fysiek plaats. De exacte locatie volgt nog (Utrecht e.o.). Deze kick-off wordt mede gefaciliteerd door ZonMw. Minister Kuipers heeft aangegeven een ambassadeursrol voor dit onderwerp te willen vervullen en wij hopen daarom dat hij, ondanks zijn drukke agenda, bij deze avond aanwezig kan zijn. Tijdens deze avond wordt er onder meer een uiteenzetting gegeven over: Over welke aandoeningen hebben we het? Wat zijn de problemen? En wat is de prevalentie? Verder wordt nader ingegaan op de (maatschappelijke) impact die vrouwspecifieke aandoeningen met zich meebrengen en de urgentie waarom er meer aandacht voor deze problemen nodig is. Voor meer informatie zie het programma in het besloten ledenportaal. Accreditatie wordt aangevraagd. Aanmelden kan via: secretariaat@nvog.nl.

De Federatie Medisch Specialisten stemt in met het Integraal Zorgakkoord

De Federatie Medisch Specialisten gaat instemmen met de versie van het Integraal Zorg Akkoord die nu voorligt. Federatievoorzitter Peter Paul van Benthem: 'Wij willen onze verantwoordelijkheid nemen, want we staan voor hele grote uitdagingen in de zorg en moeten samenwerken om ons zorgstelsel toekomstbestendig te maken. Ik ga ervanuit dat de gesprekken voor Prinsjesdag zijn beëindigd en het akkoord is getekend.'

De Federatie zegt: We hebben te maken met grote maatschappelijke kwesties. Het tekort aan zorgpersoneel, de vergrijzing, steeds meer patiënten met een complexere zorgvraag, de almaar stijgende zorgkosten en de nog altijd voort-

duurende impact van de coronapandemie. De problemen die de zorgsector op zich af ziet komen, worden ook beïnvloed door grote maatschappelijke kwesties zoals de toegenomen armoede, inflatie, tweedeling in de samenleving, klimaatproblematiek en luchtvervuiling. We kunnen deze problemen alleen gezamenlijk oplossen. Daarom is het goed dat bij de totstandkoming van dit akkoord is gekeken naar een integrale aanpak. Echter, de Federatie en haar achterban maken zich zorgen over de verdere uitwerking van elementen uit het zorgakkoord zoals de hoge verwachtingen van digitalisering, concentratie van zorg, volumenorment en vrije artskeuze. De Federatie is voorstander van innovatieve toepassingen zoals e-Health maar de ict-infrastructuur moet daar wel optimaal voor worden uitgerust. Op dit moment is dat niet het geval. Er zijn grote verwachtingen ten aanzien van de inzet van digitale middelen in aanvulling op, of naast fysiek aangeboden zorg. De Federatie steunt dit uitgangspunt in het IZA, maar het moet wel mogelijk zijn; medisch, technisch, qua vaardigheden en wensen van de patiënten. Van belang is bovendien dat de komende jaren meer kennis wordt opgedaan over de effectiviteit van de inzet van dergelijk tools, bijvoorbeeld bij kwetsbare ouderen. Het akkoord is het resultaat van vele maanden onderhandelen met veel partijen met evenzovele denkbeelden. Van Benthem: 'Het eindresultaat is ook niet een akkoord zoals wij het zelf zouden schrijven, maar

wij zien het als een startpunt van een beweging waarin we de toekomst van ons zorgstelsel samen opnieuw moeten vormgeven. We zien veel elementen terug uit ons visiedocument Medisch Specialist 2025. De Federatie heeft samen met de wetenschappelijke verenigingen al jaren geleden gesteld dat de toekomst van de zorg moet staan op vier pijlers; organiseer de zorg rond de unieke patiënt, stimuleer netwerkgeheeskunde en innovatie, en maak werk van preventie. Naast deze vier elementen zijn we ook blij met de aandacht voor duurzaamheid, voor de positie van de zorgprofessionals en voor de erkenning van de kennispositie van de dokter. Maar dit betekent niet dat we 100% geruststelling voelen op alle elementen van dit veelomvattende akkoord. Een aantal kwesties moet nog worden uitgewerkt en vormgegeven in gezamenlijke werkagenda's. Het is zaak dat de medisch specialisten en andere direct betrokken zorgprofessionals nauw betrokken zijn bij het invullen van die werkagenda's. Het IZA is geen vrijbrief voor verzekeraars of overheid om op de stoel van de dokter te gaan zitten.'

Bron: FMS, 14 september 2022

Zwangerschap en booster-vaccinatie COVID-19

Binnenkort start de boostervaccinatie campagne (herhaalprik) voor COVID-19. Alleen personen die de basisserie van de COVID-19-vaccinatie al hebben ontvangen, komen in aanmerking voor

Owee

Danny Vera

Aan het eind van een lange poli sla ik me door de belconsulten heen. Mijn oog valt op een notitie van de secretaresse in HIX. "Lang telefoon over laten gaan, is op festival." Als ik een gunstige PA-uitslag aan de patiënte doorgeef, ben ik rechtstreeks verbonden met de Zwarte Cross en hoor ik Danny Vera op de achtergrond *Here we go, On this roller coaster life we know* zingen. Prima afsluiting van mijn werkdag.

Jacques Dirken gynaecoloog Jeroen Bosch Ziekenhuis

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.

deze herhaalprik. De groepen die het eerste voor deze herhaalprik in aanmerking komen, zijn onder meer de risicogroepen voor de griepvaccinatie. Hier vallen sinds een jaar ook zwangere vrouwen onder. Hoewel de morbiditeit onder zwangere vrouwen met de huidige COVID-19-varianten lijkt mee te vallen, is het ook in het algemeen belang nuttig zich te laten revaccineren. De multidisciplinaire Werkgroep 'COVID-19 en zwangerschap', adviseert verloskundige zorgverleners dan ook om zwangere patiënten/cliënten opmerkzaam te maken op de mogelijkheid van het krijgen van een herhaalprik. De zwangere vrouw kan daartoe vanaf 4 oktober a.s. zelf een afspraak maken. Het mRNA-vaccin dat nu wordt toegediend, kan veilig tijdens de hele zwangerschap worden toegediend. Gezien het feit dat de werkzaamheid tijdens de zwangerschap vooral in de tweede helft van belang is, adviseert de werkgroep de herhaalprik om praktische redenen te laten toedienen na de 16e zwangerschapsweek.

Hoogleraar Mireille Bekker: 'Schrap leeftijdsgrens uit wetboek van strafrecht'

Op 12 september 2022 sprak professor Mireille Bekker, perinatoloog van het UMC Utrecht, haar oratie uit. Zij pleit ervoor om de 24-weeken grens om een zwangerschap om te mogen afbreken te schrappen uit het wetboek van strafrecht. Ouders in Nederland ervaren



een enorme druk wanneer blijkt dat hun ongeborene een ernstige aandoening heeft. Na 24 weken zwangerschap treedt de Wet Late Zwangerschapsafbreking in werking en mag een zwangerschap alleen onder strikte criteria worden beëindigd. In België is er geen grens op basis van de zwangerschapsduur. "De Nederlandse aanpak moet veranderen", zegt Bekker. Professor Bekker legt uit dat de 24-weeken grens een juridische grens is die is vastgelegd in artikel 82A van het Wetboek van

Strafrecht, maar geen medische grens. "Deze 24-weeken grens heeft in de praktijk een aantal nadelige gevolgen. Allereerst zijn er steeds meer diagnostische onderzoeken mogelijk als er bij de 20 weken echo een afwijking wordt gezien. Regelmatig zijn alle uitslagen pas net voor de 24 weken bekend en dat geeft ouders vaak kort bedenktijd voor een enorme grote en zware beslissing in hun leven. In Nederland hebben ouders nu te maken met artsen die goede zorg willen verlenen, maar die

Gynfeud 15



1. Prenatale diagnostiek: wie kent het syndroom van Kabuki?

- Syndroom dat opvallend vaak reeds prenataal gevonden werd na de kernrampen in Fukushima en Tjernobyl met de volgende kenmerken: microcephalie, extremitetsafwijkingen, groeiachterstand.
- Neurologische demeterende

- ziekte vergelijkbaar met m. Huntington, voor het eerst in Japan beschreven.
- Syndroom dat zich kenmerkt door groeiachterstand, overbetering en ledemaatafwijkingen.
- Syndroom met de volgende symptomen: ontwikkelingsachterstand, kleine lengte, epilepsie, lange wimpers, onderlip>bovenlip, gehemelte spleet.

2. Wat is juist?

- Vena pulmonalis
- Vene pulmonalis
- Venae pulmonalis
- Venales pulmones

De goede antwoorden zijn te vinden op pagina 359.

dr. J. Lind



NTOG Kunstsalon

Grip, houvast, controle, kracht, lichamelijkheid, troost, schoonheid. Woorden die me te binnen schieten bij het zien van de sprekende foto van Floor van Liemt gemaakt door fotografe Loet Koreman. Wat een krachtig beeld.

Als Floor op twintigjarige leeftijd te horen krijgt dat ze uitgezaaide longkanker heeft, belandt ze in een onbekende, onnatuurlijke en onzekere situatie. Een jonge vrouw, met haar hele leven voor zich is ineens terminaal ziek. Terwijl ze probeert met gezonde leeftijdsgenoten mee te komen, zorgen zware behandelingen die goed dan weer slecht aanslaan ervoor dat vechtlust afgewisseld wordt met kalme acceptatie. Bloeien bij tegenslag is een heel bijzondere eigenschap en Floor blinkt hierin uit. Schrijven is haar creatieve outlet, het biedt haar troost en geeft haar kracht. Ze schrijft over haar ziekteproces een column in de *NRC* en het boek *De witte raaf*. Ze richt F|Fort Foundation op met als doel meer steun, meer troost en meer herkenning voor jonge mensen met kanker. Dat er een kunstproject moest komen, was voor Floor een gegeven. Dat kunst verbindt, dat creativiteit mensen in hun kracht zet en dat in creativiteit verlossing schuilt, is daarbij de kern.

De Gemene Deler is een kunstboek waarin jongvolwassenen met kanker het onzegbare verbeelden. Elf jongvolwassenen delen met elkaar wat ze gemeen hebben, delen wat die gemene delende cellen met ze doen en delen met ons via het boek wat het is om op jonge leeftijd kanker te hebben. Bij deze foto genaamd *Childpose* schrijft Floor:

"Jong leven tegen mijn huid, mezelf leren kennen als moeder. Daar dacht ik soms aan maar het was nog lichtjaren weg. Tot ik aan de chemo moest. Toen werd die vriendelijke droom ineens een snijdend, dierlijk verlangen. Laat dit geluk me niet afgenomen worden. De kou die ik voel bij de gedachte alleen al."

Treffend hoe ze hier deelt dat zwangerschap en moederschap zo'n primair verlangen kan zijn. Dat de kunsten zeer waardevol kunnen zijn bij de zorg voor mensen met terminale kanker is evident. Beeldende kunst, dans, muziek, schrijven, theater, elke kunstvorm kan van betekenis zijn. Naast het verminderen van klachten (minder moe, minder pijn, minder angst, minder verdriet) zijn er ook duidelijk effecten aangetoond van kunst gerelateerde activiteiten op existentieel vlak. Kunst kan helpen bij betekenisgeving, acceptatie en bij het herkaderen van de ziekte en het zijn. Kunst kan helpen bij moed, kracht en afscheid nemen. Emotionele expressie in de vorm van een kunstactiviteit kan verlossend werken. Kunst en geneeskunde kunnen zo ontzettend mooi samen komen!

Dat wist Floor ook, en zij is dan ook een grote inspiratie. Het was Floors grootste wens dat *De Gemene Deler* op zoveel mogelijk plaatsen in de zorg terecht komt, en elke jongvolwassen patiënt kan een gratis boek aanvragen bij de stichting. Het indrukwekkende erfgoed van Floor, getuigt niet alleen van de bijzondere persoonlijkheid die zij was maar is ook een prachtig voorbeeld van hoe kunst van betekenis kan zijn bij terminale ziekte. Dit werk verdient een plek op elke afdeling waar (jonge) mensen worstelen met ziekte, doodgaan en de onvoorstelbare impact ervan.

dr. Daphne Voormolen, arts foetale geneeskunde WKZ



ook op hun hoede zijn. Ze willen niet achteraf vervolgd worden."

Bron: UMC Utrecht.

VNVA Els Borst Oeuvreprijs op Symposium 'Menstruatie in ROOD op de agenda'

Op zaterdag 1 oktober 2022 organiseert de Vereniging van Nederlandse Vrouwenwettelijke Artsen (VNVA) ter ere van de VNVA Els Borst Oeuvreprijswinnares

prof. dr. Marlies Bongers een symposium, onder de titel 'Menstruatie in ROOD op de agenda'. Tijdens het VNVA Els Borst Oeuvreprijs Symposium zullen diverse sprekers, waaronder Marlies Bongers, het thema verder uitdiepen. Voor deelname aan het symposium wordt een bescheiden bijdrage gevraagd. Er is een gereduceerd entreebedrag voor VNVA-leden om het symposium bij te wonen. Ben je nog geen lid van de VNVA? De VNVA heeft veel te bieden, lees meer op de VNVA-web-

site en meld je aan voor dit mooie netwerk. Wil je alles te weten komen over dit symposium? Kijk op de VNVA-website of meld je direct aan via de aanmeldknop. Het symposium is door het ABAN geaccrediteerd met 4 punten.

Interview met drs. Menno Henselmans over wetenschap & krachtsport 'Krachttraining hoort bij een gezonde leefstijl'

drs. C. (Clasien) van der Houwen gynaecoloog, Nij Barrahûs, Wolvega

Dat bewegen een belangrijk onderdeel van een gezonde leefstijl is, weten we wel. Maar geldt dat ook voor krachttraining? Volgens de beweegrichtlijnen van de WHO is het advies voor alle volwassenen om minimaal twee keer per week spierversterkende oefeningen te doen. Daarnaast is krachttraining een belangrijke interventie bij obesitas. Hoe werkt krachttraining? Er zijn genoeg websites over bodybuilding te vinden met veel zin en onzin, en vooral dwingende redenen om allerlei supplementen aan te schaffen.



Menno Henselmans, een bodybuilder pur sang, helpt ons verder. Na zijn master en werk als business consultant gespecialiseerd in statistische data-analyse, besloot hij van zijn hobby zijn werk te maken. Bijna dagelijks plaatst hij op social media zijn commentaar op verschillende studies, reviews en meta-analyses. Hij kent de literatuur van haver tot gort en heeft daarbij ook een brede benadering die voor ons interessant is. Hij beweegt zich in ons discours en hij is toevallig ook nog eens Nederlander, al is Engels al vele jaren zijn voertaal.

Wat fijn dat je ons verder wilt helpen met inzicht over dit onderwerp. Ik was aangenaam verrast dat je mijn vraag voor het interview aannam. Wat is je reden?

'Het is voor een goed doel. Krachttraining is voor het grote publiek belangrijk. Pas recent is krachttraining officieel opgenomen in de *physical activity guidelines* van de VS. Dat is eigenlijk absurd, want het is al heel lang duidelijk dat krachttraining bij een gezonde leefstijl hoort. Bij ouderen is dit nog essentiëler: spiermassa correleert significant met de levensduur. Er is ook een persoonlijke noot. Mijn vader was directeur bij de GGZ en ik vind het leuk

om zelf een bijdrage te kunnen leveren aan de gezondheidszorg in Nederland.'

Als gynaecologen zijn wij geïnteresseerd in programma's voor gewichtsreductie. Wat is de toegevoegde waarde van krachttraining hierbij?

'Krachttraining is niet alleen een goede optie maar superieur aan cardiotraining. Het voordeel van meer spiermassa is dat dit samengaat met een hoger basaalmetabolisme. Als je meer spiermassa creëert, verbruik je blijvend meer energie en daardoor neemt het vetpercentage makkelijker af. Een ander voordeel is dat krachttraining helpt om het hongergevoel te onderdrukken. Dit werkt beter dan bij cardio. Tot slot, een hot topic van de laatste jaren: als je meer gaat bewegen dan gaat je lichaam steeds zuiniger om met het energieverbruik, de zogenaamde *energy compensation*. Het gewichtsverlies is daardoor vaak minder dan verwacht gezien de mate van inspanningen bij een bepaalde duurtraining. Dit geldt niet voor krachttraining of hoog intensieve intervaltraining.'

Krachttraining is dus superieur aan cardio-duurtraining als het

om afvallen gaat. Kan je dit ook wetenschappelijk onderbouwen?

'Er zijn veel gerandomiseerde studies die het voordeel van krachttraining aantonen. De meta-analyse van Clark betreft een grote overzichtsstudie over behandelingsprogramma's voor volwassenen met overgewicht. Het blijkt dat naast een laagcalorisch dieet beweging noodzakelijk is voor positieve veranderingen op de lichaamssamenstelling en metabole biomarkers als insulineresistentie en het lipidenprofiel. Krachttraining blijkt effectiever te zijn dan duurtraining voor al deze parameters. Dat geldt ook voor krachttraining versus de combinatie van beide trainingen, gegeven dezelfde tijdsinspanning. Krachttraining heeft ook een gunstiger effect op de nuchtere insulinespiegels dan cardiotraining.'

Velen van ons zijn niet bekend met krachttraining. Kan je ons uitleggen hoe je effectief kunt trainen?

'Je moet iets doen tegen weerstand in. Dat kan met gewichten en met eigen lichaamsgewicht zoals bijvoorbeeld met push ups. Dat mogen maximaal dertig herhalingen zijn, waarbij je dicht bij spierfalen komt. Daarna rust je en

kan je dezelfde oefening herhalen. Zo train verschillende spiergroepen. Hoe vaker je traint hoe meer resultaat. Twee keer per week is een redelijk minimum. Maar als je drie keer per week een uur traint kan je heel veel bereiken. Spiermassa behouden is makkelijker, dat lukt al met een keer per week als je tenminste niet heel sterk bent.'

Ik heb begrepen dat je beter niet twee dagen achter elkaar kan trainen. Hoe zie jij dit?

'Je kunt wel het beste spreiden, maar het maakt niet eens zoveel uit. Trainen is altijd beter dan niet trainen. Als je maandag, dinsdag en woensdag traint is dit bijna equivalent aan spreiden, tenzij je heel zwaar traint. Het herstel komt dan daarna wel en 23 uur rust is ook rust.'

Je schrijft ook regelmatig over verschillen tussen vrouwen en mannen. Kunnen vrouwen beter anders trainen dan mannen?

'Mijn populairste artikel ooit, nu door meta-analyse bevestigd, is dat vrouwen relatief net zoveel spiermassa en -kracht kunnen opbouwen als mannen. Je moet wel corrigeren voor het gewicht en voor de vrouwelijke vetopslag. Vrouwen hebben 10 procent meer essentieel vet. Maar als je uitgaat van de vetvrije massa, zijn de verschillen in potentie helemaal niet zo groot. Vrouwen zijn soms bang dat ze door krachttraining er als een hulk gaan uitzien, maar dat is een mythe. Door krachttraining en afvallen, word je meer *toned*. Het programma voor een vrouw die er krachtiger wil uitzien en een vrouw die bodybuilder wil worden is in aanvang identiek, maar een bodybuilder gaat langer en intensiever door. Voor de gewone populatie zijn er geen grote verschillen en kunnen mannen en vrouwen vergelijkbaar trainen. Als je echt wilt finetunen, doen vrouwen het iets beter met meer herhalingen. Ze herstellen sneller en komen daarom uit met iets minder rust tussen de sets.'

Je hebt recent een boek gepubliceerd *The science of self-control*. We weten dat het moeilijk is om gedrag te veranderen. Voor onze

patiënten en voor onszelf natuurlijk ook. Kan je een tipje van de sluier oplichten?

'Het gaat om het stimuleren van de intrinsieke motivatie. Extrinsieke motivatie is een voorwaardelijke motivatie, je doet iets om een uitkomst te behalen. Intrinsieke motivatie komt meer van binnenuit. Je doet iets uit jezelf zonder dat je precies weet waarom. Je doet het consistent en vraagt je niet elke keer af of je het moet doen. Er zijn drie componenten die je kan stimuleren: autonomie, competentie en *relatedness*. Ik weet niet goed hoe ik de laatste moet vertalen, iets als verbinding. Als eerste moet je het zelf kunnen doen, je moet er goed in zijn en resultaten behalen. Als je de resultaten bijhoudt, dan helpt dat voor je motivatie. *Relatedness* is een wat vage term, maar wel belangrijk. Het gaat om hoe je je identificeert, bij welke groep je hoort. Als je jezelf ziet als een krachtsporter, is het makkelijker om consistent te blijven trainen. Crossfit bijvoorbeeld biedt die

identificatie heel erg goed. Je sport in een groep, je doet samen dezelfde workout, je gaat niet naar een gym maar naar een box. Je traint niet om er beter uit te zien, maar voor een hoger doel, een betere levensstijl. Crossfit heeft dit heel goed in de markt gezet.' De betekenis van de omgeving en verbinding voor blijvende gedragsverandering zien we ook in het interview over de blue zones. Een mooi inzicht om het interview mee af te sluiten.

Referenties

- Clark J.E., 2017. Diet, exercise or diet with exercise: comparing the effectiveness of treatment options for weight-loss and changes in fitness for adults (18-65 years old) who are overfat, or obese; systematic review and meta-analysis. *J Diabetes Metab Disord* 2017; 14: 31.
- M. Henselmans, 2021. The science of self-control: 53 Tips to stick to your diet, be more productive and excel in life.

Het interview is te zien op www.youtube.com/watch?v=logzNLEtjq8

Ik doe 'wat' bij de VAGO

drs. E.M Sandberg aios cluster Leiden

drs. J. Nieuwstad aios cluster Rotterdam

drs. R. Rienstra aios cluster Rotterdam

drs. M.W.M. Braakhekke aios cluster Amsterdam

Naar aanleiding van het visiedocument Gynaecoloog 2025 – de Opleiding¹ uit 2019 zijn er verschillende VAGO-werkgroepen opgericht. De onderwerpen in het visiedocument zijn onder deze werkgroepen verdeeld. Inmiddels zijn we drie jaar verder. Een goed moment om te delen wat we bereikt hebben én waar we op dit moment mee bezig zijn.

Werk-privébalans

Hoe behouden we als aios de bevoegdheid waarmee we begonnen zijn aan de opleiding? Maakt onze generatie bewust andere keuzes met betrekking tot werk-privébalans of passen wij ons onvoldoende aan? Een van de doelstellingen van de werkgroep Werk-privébalans is het bevorderen van bevoegdheid, werkplezier en het welzijn van aiossen. In 2021 werd middels een enquête inzicht verkregen in de uitdagingen waarmee de aios wordt geconfronteerd.² Daaruit kwam onder andere het gebrek aan autonomie en de discrepantie tussen de hoeveelheid werk en de beschikbare tijd naar voren. En ook dat een kwart niet opnieuw voor het vak zou kiezen.³ Dit is een van de aanleidingen geweest om het dienstpercentagemodel te ontwikkelen, waarin wij streven naar een landelijke en uniforme berekening van het dienstpercentage voor aiossen. Tevens is de pilotstudie De digitale dag opgezet. Een keer per maand werkt de aios thuis, deze dag is bedoeld voor verdieping of bijvoorbeeld commissiewerk. In het najaar van 2022 gaat de pilotstudie van start, de resultaten volgen volgend jaar.

Toekomstbestendig Opleiden

Met het nieuwe LOGO-opleidingsplan zijn er thema's en rolspecialisaties bijgekomen. Om de aiossen hierbij te helpen en om ideeën op te doen om dit in te richten is de werkgroep Toekomstbestendig Opleiden bezig met een overzicht hiervan. Dit najaar zal de werk-

groep het overzicht publiceren. Verder is de werkgroep druk bezig met de eerste differentiantendag. Interessante sprekers zullen de differentianten handvatten geven voor de laatste opleidingsjaren en het werkzame leven na de opleiding. Noteer donderdagmiddag 13 oktober in je agenda. Mogelijkheid tot inschrijven volgt snel via de nieuwsbrief of socials.

Netwerk en Organisatie

De werkgroep Netwerk en Organisatie hield zich voorheen onder andere bezig met de organisatie van de differentiatie-stages en het verbeteren van de onderlinge bereikbaarheid van de verloskaders in de derde lijn. Momenteel is de werkgroep druk met thema's binnen de anderhalvelijnszorg en het verminderen van de administratielast. Concreet zoekt de werkgroep samenwerking met de LOVAH (huisartsen in opleiding) en verloskundigen in opleiding. Daarnaast monitoren we de acties die lokaal voortvloeien uit het project Ontregel de Opleiding middels verschillende vragenlijsten.⁴ Verder verzorgt de werkgroep op het komende Gynaecologes de VAGO-sessie, waarin een voorsprong wordt genomen op het NVOG-thema-jaar 2023 Netwerkgeneeskunde. Tijdens de sessie geeft de VAGO een inkijk in netwerkgeneeskunde, ook in relatie tot de opleiding. Ook bespreken we best practices van aiossen die reeds in netwerken werken en leren. De werkgroep zal ook kartrekker zijn in het nieuwe VAGO-platform.

Innovatie en Duurzaamheid

De werkgroep Innovatie en Duurzaamheid heeft als missie: '... fungeren als aanspreekpunt en katalysator voor het initiëren en promoten van innovatie en verduurzaming, in de breedste zin van het woord. De focus ligt met name op het creëren van bewustzijn en kansen op het gebied van innovatie en duurzaamheid, gedurende de opleiding tot

gynaecoloog.' De werkgroep heeft een overzichtelijk stappenplan geformuleerd als leidraad voor het opzetten van een innovatief project.⁵ Om aiossen hiertoe te stimuleren is de tweejaarlijkse innovatieprijs in het leven geroepen. De eerste prijs is september 2021 uitgereikt aan Hans van den Heuvel voor zijn project *Telemonitoring van bloeddruk en klachten bij zwangeren met risico op pre-eclampsie*. De volgende uitreiking staat gepland in april 2023 tijdens het VAGO-symposium. Verder zijn we bezig met een lijst van interessante cursussen op het gebied van big data en artificial intelligence (verschijning in NTOG-themakatern Opleiding). De werkgroep promoot vakinhoudelijke en organisatorische verduurzaming bij de (landelijke) cursussen. De werkgroep is ook zijdelings betrokken bij de NVOG-werkgroep de Groene VK.

Visiedag

Om de werkgroepen dynamisch, up-to-date en vernieuwend te houden organiseren we ieder jaar een visiedag, waarbij we de zaken bespreken en bediscussieren waar de werkgroepen én de VAGO zich mee bezighouden. De visiedag is voor alle aiossen. Op 30 juni 2023 staat de volgende gepland. Zet deze vast in je agenda!

Referenties

1. www.nvog.nl/actueel/visiedocument-vago-gynaecoloog-2025-de-opleiding/
2. D. Boterenbrood, F. A. Eggink, E. S. Habets, E.M. Sandberg. VAGO-enquête 'Bevlogen zijn, bevlogen blijven'. Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie vol. 135, maart 2022
3. Nationale a(n)ios-enquête 2020. Gezond en veilig werken. De Jonge Specialist. December 2020.
4. NTOG 22/1- Concreto – (Ont)regel de Opleiding. F. Yarde, G. Zoet, V. Dietz, I.A.J. van Rooij, M.H.M. Oonk.
5. www.nvog.nl/wp-content/uploads/2021/01/Innovatie-in-de-opleiding-Final2.pdf

‘Blindheid uit de baarmoeder’, beschreven door Nicolaes Tulp in 1641: ‘Als je gelezen wilt worden, kies dan de goede titel’

dr. W. Ganzevoort afdeling Obstetrie en Gynaecologie, Amsterdam UMC

prof. dr. C. Boterbloem USF History Department, University of South Florida, Tampa, Florida, USA

prof. dr. J.A.M. van der Post afdeling Obstetrie en Gynaecologie, Amsterdam UMC

prof. dr. O.P. Bleker afdeling Obstetrie en Gynaecologie, Amsterdam UMC

De anatomische les van Nicolaes Tulp (1593-1674), geschilderd door Rembrandt (1606-1669) in 1632, heeft beide mannen beroemd gemaakt (figuur 1). Tulp studeerde geneeskunde in Leiden, waar hij in 1614 promoveerde op het proefschrift *De relatie tussen ziel en lichaam*. Vervolgens was hij bijna veertig jaar werkzaam als arts in Amsterdam. In 1928 werd hij benoemd tot *praelector anatomie* bij het Chirurgijngilde. Tulp maakte het ontwerp voor het eerste eigen voorschriftenboek (farmacopee) van Amsterdam, door artsen en apothekers samengesteld, op basis van de farmacopeeën van Augsburg, Keulen en Londen, dat in 1636 verscheen.¹ Om de uitvoering van het voorschriftenboek te controleren, werd in hetzelfde jaar het *Amsterdamse Collegium Medicum* opgericht.*

Tulp publiceerde in 1641 zijn *Observationum Medicarum*, een verzameling van 164 ziektegeschiedenissen (soms meer dan één tegelijk) verdeeld over drie boeken (in één band), die goed werd ontvangen. Er volgden verdere edities in 1652 en 1672, die waren uitgebreid met een vierde boek (totaal 228 ziektegeschiedenissen) en met illustraties, ook op de titelpagina. Hij vertaalde zelf de editie uit 1672 in het Nederlands, waarschijnlijk voor zijn kleinkinderen. Het is een uniek autografisch manuscript, met de titel *Genees inSighten van Dr. Nicolaes Tulp etc. int' Duijts* dat wordt bewaard in het Six-huis in Amsterdam. Eerst in 1990 zijn een facsi-



Figuur 1. Rembrandt. De anatomische les van Dr. Nicolaes Tulp, 1632. Doek, hoogte 169,5 cm x breedte 216,5 cm. Mauritshuis, Den Haag, nr. 146, publiek domein.

mile met een transcriptie uitgegeven.³ In dit handschrift is waarneming No. X (10) van het eerste boek getiteld: *Blindheid uit de baarmoeder*. Tulp beschrijft hierin een zwangere vrouw met eclamptische insulten tijdens de baring, die buiten bewustzijn bevalt, en na urenlange insulten in een diepe slaap valt met koorts. Hij veronderstelt dat 'het bloed met al te grote kracht en geweld naar boven vloog, zodat men genoodzaakt was wel verscheidene malen op de voet ader te laten, aleer de kraam weder scheut wilde nemen (zich haastte), naar beneden en de koorts, die haar heftig te keer ging, zijn afscheid volkomen nam.'⁴ Tulp vervolgt, dat 'dit ongevoelig (buiten bewustzijn) scheiden van de vrucht, door hetzelfde gebrek van de lijfmoeder, niet lang daarna insgelijks overrompelde zijn

nicht Maria Corvin (Corver). Maar deze verloor het gezicht en werd daarenboven stokblind, alhoewel noch het zwart van het oog (pupil) bedwelmd, noch enig ander mangel (gebrek) aan de uiterlijke vliezen (van het oog) te bespeuren was, welk slag van blindheid de ouden donkerheid en sommige van de jonge schrijvers de heldere drup (*gutta serena*, bij uitwendig onderzoek een normaal oog) noemen.'⁵ Tulp weet dat dit ziektebeeld, als het in hersenen nestelt, moeilijk is te genezen, maar hij weet ook dat het uit andere plaatsen in het lichaam, dan de uterus, kan voorkomen. Hij behandelt haar met grote *laatkoppen* aan de binnenkant van de benen, 'door welker hulp zo sterk teruggetrokken werd het bloed, dat met alle geweld zich naar boven zette, dat ze (de nicht), kunnende het

*Tulp was ook nog vijftig jaar schepen (rechter) van de stad en enkele jaren burgemeester.²

aangenaam licht weder aanschouwen, gelukkig verlost is van deze weerbarstige blindheid, welke de meeste hoop der geneesmeesteren buiten alle hoop van genezing geoordeeld hadden.⁶ Tulp beschrijft hier zonder twijfel wat later *Amaurosis puerperalis* wordt genoemd, en tegenwoordig als onderdeel wordt gezien van het *posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES)*, voor de combinatie van hoofdpijn, braken, verwardheid, insulten, corticale blindheid en andere visuele stoornissen, met hoge bloeddruk en een gestoorde nierfunctie. Het syndroom wordt gezien bij patiënten met hypertensieve encephalopathie met nierfalen, bij eclampsie en bij hen die met immunosuppressiva of interferon zijn behandeld.⁷

In november 1752 bezocht Wouter van Doeve een lezing van de obstetricus André Levret in Parijs, die vertelde dat hij zojuist aanwezig was bij een barend met insulten die een ogenblik van *gutta serena* vertoonde en totaal blind werd; *Amaurosis puerperalis* dus.⁸

In 1910 waren het Stephensen en Herrington die enkele eigen waarnemingen van *puerperale amaurosis* aanvulden met 45 gevallen uit de periode tussen 1835 en 1902, die gepubliceerd werden in medische tijdschriften in Europa en Amerika. Zij concludeerden dat blindheid zonder afwijkingen, ook bij onderzoek met de oogspiegel, voorkomt in de zwangerschap, tijdens de baring en in het kraambed en vaak wordt vergezeld met tekenen als hoofdpijn, oedeem, eclampsie en weinig urine met eiwit, korrelcilinders en bloed. Zij stelden vast dat de oorzaak van deze amaurosis zonder twijfel dezelfde was als de altijd aanwezige eclampsie, en dat de patiënten, als regel, compleet herstelden in enkele uren of dagen; zo ook Tulps nicht Maria Corver.⁹ Ondanks dat de familiearchieven rond 1600 veel minder uitgebreid zijn dan daarna, kunnen wij bij exclusie van andere mogelijkheden deduceren dat het waarschijnlijk gaat om de Haarlemse Maria Overrijn van Schoterbosch (1599/1600-1658), die in



Figuur 2. Cornelis van der Voort. Portret van Maria Overrijn van Schoterbosch, (gehuwd met Dirck Corver), 1622. Paneel, hoogte 122 cm x breedte 90,6 cm, Rijksmuseum, Amsterdam, nr. SK-A-4765, publiek domein.

1621 huwde met Dirck Corver (1587-1633); beiden telgen van het opkomende Hollandse patriciaat.^{**} In 1622 lieten zij hun portretten schilderen door Cornelis van der Voort, tegenwoordig in de collectie van het Rijksmuseum (figuur 2 en 3).^{***} Zij kregen drie kinderen, Jacob (1623-1623), Margriet (1624-1672, die waarschijnlijk 'geestelijk onvolwaardig' was, en Joan (1628-1716). Joan had een briljante carrière in het stadsbestuur van Amsterdam (negentien maal bekleedde hij het éénjarige ambt van burgemeester) en werd in 1674 - samen met zijn tweede huisvrouw - door de stad aangeslagen voor een vermogen van 419.000 gulden.¹⁰ Het is mogelijk dat Tulp de derde bevaling van zijn vrouw beschrijft, hoewel epidemiologisch gezien de eerste bevaling waarschijnlijker is. Tulp is hiermee een vroege en uitstekende beschrijver van, kort gezegd, *eclampsie met blindheid*. Tulp bracht zorgvuldig orde aan in zijn observaties. Zo gaat het eerste boek over het hoofd en gaan de nummers 8 tot en met 11, alle over *Morbus comitalis* (insulten, vallende ziekte).¹¹ Ziektegeschiedenis No. 10 heeft als titel *Morbus comitalis à vulva* (insulten uit de vulva). In de Neder-



Figuur 3. Cornelis van der Voort. Portret van Dirck Corver, nr. SK-A-4764.

landse pirateneditie van 1650 van Tulp's *Observationes* wordt No. 10

De vallende sieckte van de [baar] Moeder genoemd.^{****} Omwille van de

structuur van het boek, heeft Tulp, voor de titel van ziektegeschiedenis 10, de - al goed bekende - eclamptische insulten verkozen, boven de - zeldzame - begeleidende blindheid. Pas in zijn eigenhandige Nederlandse manuscript (circa 1672) verbetert hij de titel naar *Blindheid uit de baarmoeder*.

De conclusie luidt derhalve dat, een goed register van de transcriptie van een uniek manuscript ons, min of meer toevallig, heeft mogelijk gemaakt vast te stellen dat Nicolaes Tulp de vroegst bekende beschrijver is van de zeldzame (tijdelijke) blindheid bij eclampsie, tegenwoordig bekend als PRES. Omdat Tulp de patiënt zijn nicht Maria Corver noemt, konden wij haar identificeren. De portretten van haar en haar echtgenoot bleken aanwezig te zijn in het Rijksmuseum.

Naschrift

In deze tijd is het niet eenvoudig om interessante medisch-historische feiten in een internationaal blad te publiceren. Verschillende redacties waren zeer positief over de inhoud van ons manuscript, maar misten een 'boodschap voor vandaag de dag'. Eerst toen wij ons er

^{**} Wij danken Jan Six X, voor zijn gastvrijheid en zijn expertise.

^{***} Tulp werd ook door Van der Voort geschilderd in 1623.

^{****} Een Nederlandse editie, waarschijnlijk bedoeld voor chirurgijns.

over verbaasden, dat deze vondst van Tulp – voor zover ons bekend – nooit is geciteerd in de medische literatuur, en dat waarschijnlijk anders was geweest als hij de goede titel voor deze ziektegeschiedenis had gekozen, volgde publicatie (in korte vorm) in de *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 127 (2020), issue 1, als *'Blindness out of the womb, a historical account of the first report of posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES): choose your title well or your findings will be neglected'*.

Referenties

1. D.A. Wittop Koning, De oude apotheek (Bussum: C.A.J. van Dishoeck, 1966), 71.
2. S. Dudok van Heel e.a., Nicolaas Tulp. The life and work of an Amsterdam physician and magistrate in the 17th century, 2nd Ed. (Amsterdam: Six Art Promotion, 1998), 67-75.
3. Nicolaes Tulp, Geneesinzichten van Dr. Nicolaes Tulp etc., transcriptie C.G.L. Apeldoorn, T. Beijer (Amsterdam: Six Art Promotion, Merck Sharpe & Dohme, (1990), 31-3, met registers op namen en op zaken.
4. Apeldoorn, Beijer, Transcriptie manuscript van Tulp, 31.
5. Ibid, 31-2; een ervaren obstetricus zal bij blindheid uit de baarmoeder, zich zo'n ziektegeval herinneren.
6. Apeldoorn, Beijer, Transcriptie manuscript van Tulp, 32.
7. J. Hinchey et al. A reversible posterior leukoencephalopathy syndrome. *N. Eng. J. Med.* 1996; 334 (8), 494-500.
8. W. van Heiningen (ed), W. van Doeveren and Petrus. Camper in Paris. Travel diaries, kept in the years 1752-1753, 1777 & 1787 and related correspondence (The Hague: KNAW, 2014), 24.
9. W.P. Stephensen et al. On puerperal amaurosis. *The ophthalmoscope*, March 1910, 1-20.
10. A. Porta, J. en G. Corver. De politieke macht van Amsterdam 1702-1748 (Assen-Amsterdam: van Gorkum, 1975), 1-3; Johan E. Elias, De vroedschap van Amsterdam 1578-1795, II (Amsterdam: Nico Israël, 1963), 521-2.
11. Apeldoorn, Beijer, Transcriptie van Tulp, 21-38. No. 8: Mc spontaan genezen, 9: Mc uit de milt, en 11: Mc zes krampen dagelijks.

Data van de 'Dutch Gynaecological Oncology Audit' (DGOA) Impact COVID-19-pandemie op chirurgische zorg voor gynaecologische maligniteiten

drs. MD Algera arts-onderzoeker DGOA, Maastricht UMC+, Maastricht

dr. WJ van Driel gynaecoloog, Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis-Nederlands Kanker Instituut, Amsterdam, tevens voorzitter DGOA

dr. BFM Slangen gynaecoloog-oncoloog, Maastricht UMC+, Maastricht

prof. dr. RFBM Kruitwagen gynaecoloog-oncoloog, Maastricht UMC+, Maastricht

prof. dr. MWJM Wouters chirurg-oncoloog, Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis-Nederlands Kanker Instituut, Amsterdam mede namens de leden van de Dutch Gynaecological Oncology Collaborator group

De COVID-19-pandemie heeft gezorgd voor drastische veranderingen in de Nederlandse gezondheidszorg. Wat was de impact van deze veranderingen op de chirurgische zorg voor gynaecologische maligniteiten? Zijn er minder operaties verricht? Wat was het effect op de wachttijden, therapiekeuzes en postoperatieve uitkomsten? Welke lessen hebben wij geleerd door deze pandemie en hoe moet dit anders in de toekomst? Deze impactstudie met data van de DGOA beantwoordt deze belangrijke vragen.

De COVID-19-pandemie heeft ingrijpende veranderingen teweeggebracht in het zorgklimaat. De focus van de zorg verplaatste zich naar het behandelen van COVID-19-patiënten, waardoor oncologische operaties werden uitgesteld.¹ Daarnaast werd het bevolkingsonderzoek cervixcarcinoom stilgezet en waren de huisartspraktijken vermindert bereikbaar voor symptomatische vrouwen in Nederland. Dit zou geleid kunnen hebben tot minder diagnoses van gynaecologische maligniteiten. Een Amerikaanse studie van drie ziekenhuizen in New York heeft uitgewezen dat 39% van de patiënten met een gynaecologische maligniteit een verandering in hun behandelplan hebben ondergaan als gevolg van de pandemie, zoals uitstel, verandering van therapie of stoppen van de behandeling.² Of deze veranderingen hebben geleid tot een verkorte overleving, is nog niet duidelijk. De aangepaste behandelingen van kankerpatiënten kunnen het gevolg

zijn geweest van veranderde preoperatieve risico-evaluaties. Zo bleek tijdens de eerste maanden van de pandemie dat oudere, oncologische patiënten die postoperatief COVID-19 kregen een verhoogde kans hadden op pulmonale complicaties en mortaliteit.³ Dit kan geleid hebben tot multidisciplinaire beslissingen om af te zien van chirurgie.

Het is belangrijk om de effecten van de pandemie op het chirurgische volume vast te stellen. Hierdoor kan de omvang van de impact van de pandemie worden ingeschat. Een Britse studie wees uit dat het handhaven van het chirurgische volume mogelijk was in een gynaecologisch-oncologisch centrum, echter ging dit ten koste van de kwaliteit van zorg: complicaties en mortaliteit namen significant toe.⁴ Tot op heden zijn er enkele studies gepubliceerd over de impact van COVID-19 op de gynaecologisch oncologische zorg, echter niet op nationaal niveau.^{2,4-7} Daarom hebben wij besloten om de impact van de COVID-19-pandemie op de gynaecologisch-oncologische zorg te onderzoeken op populatieniveau, aangaande de volgende domeinen: chirurgisch volume, zorgprocessen en postoperatieve uitkomsten.

Methoden

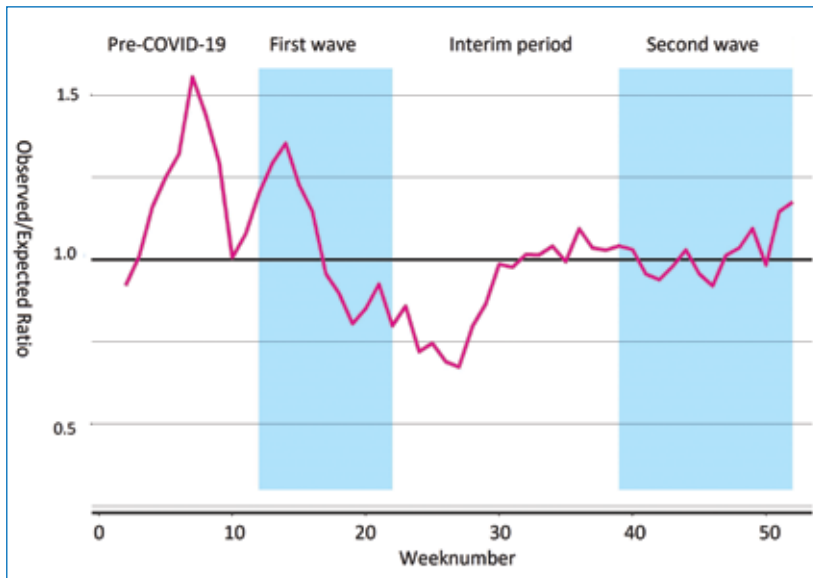
Alle curatieve chirurgische procedures die voor gynaecologische maligniteiten zijn uitgevoerd tussen 1-1-2018 en 31-12-2020 werden geïncordeerd in deze cohortstudie. Data van de 'Dutch Gynaecological Oncology Audit'

(DGOA) werden gebruikt, waar sinds 2014 alle chirurgische behandelingen voor gynaecologische maligniteiten worden geregistreerd.

Voor het chirurgische volume werden vier periodes in 2020 vastgesteld, gebaseerd op de COVID-19-gerelateerde ziekenhuis- en IC-opnames: 'pre-COVID-19', 'eerste golf', 'tussenperiode' en 'tweede golf'. Tijdens de coronagolven waren er landelijk >500 COVID-19-patiënten opgenomen en/of >200 patiënten op de IC.^{8,9} Het gemiddelde chirurgische volume van 2018-2019 werd 'expected' genoemd, het volume van 2020 werd 'observed' genoemd. Verder werd het voortschrijdend gemiddelde per drie weken gemeten, wat resulteerde in observed versus expected ratio's per week. Wanneer de ratio groter dan één was, waren er meer procedures dan verwacht in 2020, wanneer de ratio kleiner dan één was, waren er in 2020 minder procedures dan verwacht.

De volgende zorgprocessen werden onder andere geanalyseerd: wachttijd tot de eerste behandeling, neoadjuvante chemotherapie (NACT) bij hoogstadium ovariumcarcinoom en type operaties. Tevens werden de belangrijkste postoperatieve uitkomsten vergeleken: opnameduur, gecompliceerd beloop en 30-dagen-mortaliteit.

Volgens de definitie van DGOA was er sprake van een gecompliceerd beloop indien werd voldaan aan één (of meerdere) van de volgende criteria: complicaties geclassificeerd volgens Clavien-Dindo $\geq$ graad 3¹⁰, en/of een complicatie gecombineerd met een verlengde

Figuur 1. Chirurgische procedures voor gynaecologische maligniteiten per week in Nederland

Het aantal geobserveerde chirurgische procedures in 2020 voor ovarium-, vulva-, endometrium- en cervixcarcinoom, uitgezet tegen het verwacht aantal procedures (gemiddelde van 2018-2019).

opnameduur (>14 dagen), en/of sterfte binnen dertig dagen na de procedure en/of sterfte tijdens de ziekenhuisopname volgend op de operatie.

Resultaten

In totaal werden er 11.488 operaties geanalyseerd. Patiënt- en tumorkarakteristieken waren overwegend niet verschillend tussen 2018-2019 en 2020 (data niet weergegeven, zie publicatie Gynecologic Oncology). Het chirurgische volume van cervixcarcinoom daalde aanzienlijk: in 2020 nam het volume af met 17,2%, ten opzichte van 2018-2019. Tijdens het dieptepunt (tussenperiode) werden slechts 51% van de verwachte cervixcarcinoom-operaties uitgevoerd. De chirurgische volumes van ovarium-, vulva- en endometriumcarcinoom bleven stabiel. Zie figuur 1 voor de trends in chirurgisch volume (observed/expected ratio's) in 2020 voor alle tumorsoorten gecombineerd. Patiënten met hoog-stadium ovariumcarcinoom werden significant vaker behandeld met NACT voorafgaand aan debulking: 67,7% in 2020 (n=432) versus 61,8% in 2018-2019 (n=783), $p=0,011$. De mediane wachttijd tot eerste behandeling voor patiënten met een gynaecologische maligniteit was significant korter in 2020 ten opzichte

van 2018-2019 (zie publicatie Gynecologic Oncology voor data). De opnameduur voor patiënten met vulva- en endometriumcarcinoom was significant korter in 2020 (mediaan 2020: één dag, mediaan 2018-2019: twee dagen). Er werden geen significante verschillen gezien in de andere postoperatieve uitkomsten (gecompliceerd beloop en 30-dagen-mortaliteit) (zie publicatie Gynecologic Oncology voor data).

Discussie

De aanzienlijke afname van het aantal procedures voor cervixcarcinoom is alarmerend. Hierbij heeft de beperkte toegankelijkheid van huisartsen waarschijnlijk een rol gespeeld. Tevens werd tijdens de eerste golf het bevolkingsonderzoek cervixcarcinoom stilgezet. Dit heeft mogelijk geleid tot minder diagnoses en minder operaties. De significante afname in wachttijd voor alle gynaecologische tumoren was opvallend tijdens de pandemie. Men zou verwachten dat de wachttijd juist zou toenemen. Een mogelijke verklaring voor de afname in wachttijd is het afschalen van de benigne gynaecologische zorg. Vrijwel alle benigne operaties werden voor onbepaalde tijd uitgesteld, waardoor de beschikbare OK-tijd (en afdelingscapaciteit) naar patiënten

met gynaecologische maligniteiten ging. Hierdoor bestaat er nu een aanzienlijke wachtlijst voor niet-oncologische, electieve operaties.⁹

De significante toename van NACT voor hoog-stadium ovariumcarcinoom kan op meerdere manieren verklaard worden. In 2020 zijn er significant meer patiënten met stadium IV ovariumcarcinoom behandeld dan in de voorgaande jaren. Daarnaast kunnen preoperatieve risico-evaluaties gezorgd hebben voor toename in NACT: mogelijk werd gestart met NACT in plaats van chirurgie om postoperatieve mortaliteit en complicaties als gevolg van SARS-CoV-2 te voorkomen.³ Ook kunnen multidisciplinaire teams besloten hebben om hoog-complexe operaties uit te stellen om IC-capaciteit voor COVID-19-patiënten vrij te houden.

De perioperatieve kwaliteit van zorg voor patiënten met gynaecologische maligniteiten werd gehandhaafd tijdens pandemie, gezien er geen significante verschillen in complicaties en mortaliteit geobserveerd werden. Dit is geruststellend, gezien de moeilijke omstandigheden in de Nederlandse ziekenhuizen.

Conclusies

De belangrijkste gevolgen van de COVID-19-pandemie voor patiënten met gynaecologische maligniteiten waren: 1) Het chirurgische volume voor cervixcarcinoom nam aanzienlijk af. 2) De wachttijd was significant korter voor alle gynaecologische maligniteiten. 3) Patiënten met hoog-stadium ovariumcarcinoom werden vaker behandeld met NACT. 4) De veiligheid van de perioperatieve zorg voor gynaecologische maligniteiten werd gehandhaafd, gezien de complicaties en mortaliteit stabiel bleven. Een belangrijke les die getrokken moet worden uit deze pandemie is dat het bevolkingsonderzoek cervixcarcinoom gecontinueerd had moeten worden. De gevolgen voor de overleving van patiënten met gynaecologische tumoren is nog onbekend.

Referenties

1. D. Nepogodiev et al., "Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans," Br. J. Surg., vol. 107, no. 11, 1440-1449, 2020.

2. M.K. Frey et al., "Gynecologic oncology care during the COVID-19 pandemic at three affiliated New York City hospitals," *Gynecol. Oncol.*, no. 159, 470-475, 2020.
3. D. Nepogodiev et al., "Mortality and pulmonary complications in patients undergoing surgery with perioperative SARS-CoV-2 infection: an international cohort study," *Lancet*, vol. 396, 27-38, 2020.
4. E. Leung et al., "Maintaining surgical care delivery during the COVID-19 pandemic: A comparative cohort study at a tertiary gynecological cancer centre," *Gynecol. Oncol.*, vol. 160, no. January, 649-654, 2020.
5. G. Bogani et al., "Impact of covid-19 in gynecologic oncology: A nationwide Italian survey of the sigo and mito groups," *J. Gynecol. Oncol.*, vol. 31, no. 6, 1-13, 2020.
6. L. S. Jacome, S. K. Deshmukh, P. Thulasiraman, N. P. Holliday & S. Singh, "Impact of covid-19 pandemic on ovarian cancer management: Adjusting to the new normal," *Cancer Manag. Res.*, vol. 13, 359-366, 2021.
7. A. Leibold, K. Papatla, K.P. Zeligs & S.V. Blank, "COVID-19 and Gynecologic Oncology: What Have We Learned?," *Curr. Treat. Options Oncol.*, vol. 22, no. 12, 2021.
8. Nationale Intensive Care Evaluatie, "Jaarboek 2020 - Het jaar van COVID-19," 2021. [Online]. Available: <https://www.stichting-nice.nl/focusIC.jsp>. [Geraadpleegd op: 01-Aug-2021].
9. Samenwerkende Kwaliteitsregistraties, "Impact Report." [Online]. Available: <https://skr-zorg.nl/impact-report/>. [Geraadpleegd op: 01-Aug-2021].
10. D. Dindo, N. Demartines & P.A. Clavien, "Classification of surgical complications: A new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey," *Ann. Surg.*, vol. 240, no. 2, 205-213, 2004.

Samenvatting

De COVID-19-pandemie heeft gezorgd voor drastische veranderingen in de gezondheidszorg. Wij hebben de impact van deze veranderingen op de chirurgische zorg voor gynaecologische maligniteiten onderzocht, met data van de DGOA. In 2020 zijn er aanzienlijk minder operaties verricht voor cervixcarcinoom. De chirurgische volumes van ovarium-, vulva- en endometriumcarcinoom bleven stabiel. De wachttijden waren, opvallend genoeg, significant korter in 2020. Er werd vaker gestart met neoadjuvante chemotherapie bij hoogstadium ovariumcarcinoom. De veiligheid van de perioperatieve zorg voor gynaecologische maligniteiten werd gehandhaafd, gezien de complicaties en mortaliteit stabiel bleven tijdens de pandemie.

Trefwoorden

COVID-19-pandemie, gynaecologische maligniteiten, operaties, zorg-

processen, postoperatieve uitkomsten, kwaliteit van zorg

Summary

The COVID-19-pandemic caused drastic healthcare changes. We evaluated the impact of these changes on the surgical healthcare for gynecological malignancies, using data from the 'Dutch Gynecological Oncology Audit'. In 2020, the surgical volume for cervical cancer decreased substantially. Surgical volume for ovarian, vulvar, and endometrial remained stable. Waiting time to first treatment decreased significantly in 2020. Patients with advanced-stage ovarian cancer more frequently received neoadjuvant chemotherapy. The safety of perioperative healthcare was maintained, as no differences in complications and mortality were observed during the pandemic.

Keywords

COVID-19-pandemic, gynecological

malignancies, surgical procedures, postoperative outcomes, quality of healthcare

Contact

M.D. Algera, m.algera@nki.nl, 085-9024400

Verklaring belangenverstrengeling

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

Dankwoord

De auteurs danken de leden van de Dutch Gynaecological Oncology Collaborator group voor de dataverzameling en inhoudelijke inbreng voor het manuscript dat gepubliceerd is in *Gynecologic Oncology*.

Originele publicatie

<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2022.02.013>

Implementatie van de opportunistische salpingectomie als primaire preventie van het ovariumcarcinoom in Nederland

drs. M.E. Gelderblom arts-onderzoeker gynaecologie, Afdeling Verloskunde en Gynaecologie, Radboud UMC

dr. L.A.M. van Lieshout aio gynaecologie, Afdeling Verloskunde en Gynaecologie, Radboud UMC

dr. M. Steenbeek aio gynaecologie, Afdeling Verloskunde en Gynaecologie, Radboud UMC

dr. Joanna Int'Hout biostatisticus, Afdeling Health Evidence, Radboud UMC

prof. dr. R.P.M.G. Hermens senior onderzoeker persoonsgerichte oncologische keten- en netwerkzorg, Afdeling IQ health care, Radboud UMC

dr. J.A. de Hullu gynaecoloog oncoloog, Afdeling Verloskunde en Gynaecologie, Radboud UMC

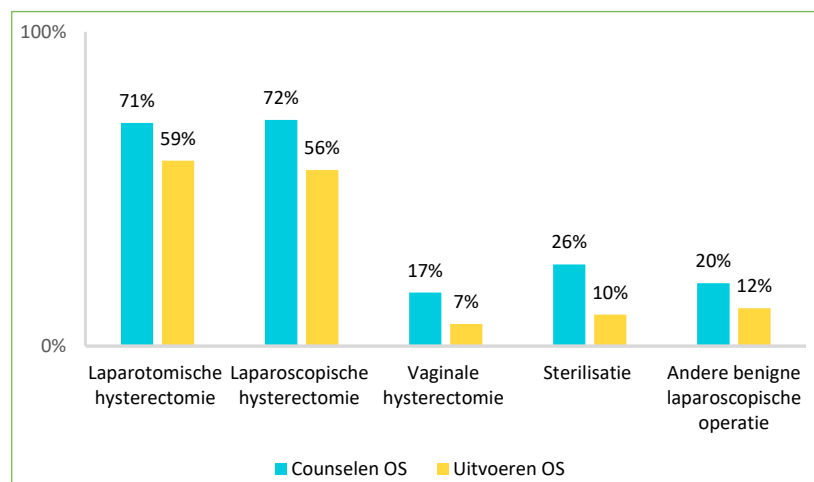
dr. J.M.J. Piek gynaecoloog oncoloog, Afdeling Verloskunde en Gynaecologie, Catharina ziekenhuis

De opkomst van de opportunistische salpingectomie (OS) als primaire preventiemethode van het ovariumcarcinoom in de algemene populatie heeft geleid tot variatie in de klinische praktijk. Of een vrouw OS aangeboden krijgt hangt vaak af van de zorgverlener en het ziekenhuis, wat onwenselijk is. Inzicht in de beïnvloedende factoren op het bespreken van OS en een op maat gemaakte strategie is essentieel voor implementatie van uniforme counseling.

In Nederland krijgen jaarlijks ongeveer 1300 vrouwen de diagnose maligniteit van het ovarium.¹ De meeste ovariële maligniteiten betreffen ovariumcarcinomen, epitheliaal van origine. In de algemene populatie is het risico om als vrouw ergens in het leven ovariumcarcinoom te ontwikkelen 1,3%.² Vrouwen met een pathologische variant van BRCA1 of BRCA2 hebben een risico variërend van 17-44%. Door de vaak beperkte en aspecifieke symptomen in het begin van de ziekte en het gebrek aan effectieve screeningsmethoden worden de meeste ovariumcarcinomen pas in een laat stadium van de ziekte ontdekt. Ondanks een aantal nieuwe ontwikkelingen in de behandeling van het ovariumcarcinoom, blijft de overleving teleurstellend.² De vijfjaars overleving ligt rond de 40%. Dit onderstreept de dringende behoefte aan effectieve primaire preventie.¹ Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat de meest voorkomende vorm van het ovariumcarcinoom, het hooggradig

sereus ovariumcarcinoom, ontstaat vanuit de tuba in plaats van het ovarium. Het voorloperstadium van ovariumcarcinoom, genaamd sereus tubair intraepitheliaal carcinoom (STIC), ontwikkelt zich uit tubair epitheel. Deze STIC blijft in de tuba en/of verplaatst zich naar de ovaria en/of het peritoneum. Hier kan het zich ontwikkelen tot een invasieve maligniteit.^{3,4} Het (preventief) verwijderen van de tubae kan zorgen voor een daling in de incidentie van ovariumcarcinoom. Deze risicovermindering wordt geschat tussen de 42 en 65%.^{5,6} De meeste ovariumcarcinomen (85-90%) ontstaan in de algemene populatie.² Bij vrouwen zonder een verhoogd risico weegt het preventief verwijderen van de tubae via een specifiek hiervoor geplande operatieve ingreep niet op tegen het kleine populatierisico op ova-

riumcarcinoom. Het loont wel om de tubae te verwijderen (zonder verwijdering van de hormoon producerende ovaria) als er toch al een buikoperatie wordt uitgevoerd. Deze aanvulling wordt een opportunistische salpingectomie (OS) genoemd. Uit literatuur blijkt dat het uitvoeren van OS eenvoudig en kosteneffectief is, minder dan 10 minuten extra tijd kost, en geen verhoogd complicatierisico oplevert.⁷⁻⁹ Wereldwijd wordt een OS steeds vaker uitgevoerd. Diverse (inter)nationale gynaecologische verenigingen adviseren OS te bespreken met vrouwen die een voltooide kinderwens hebben en die een indicatie hebben voor een abdominale operatie.¹⁰ Momenteel is er geen consensus over OS in Nederland. Daardoor kan een vrouw in sommige ziekenhuizen OS wel aangeboden krijgen en in andere ziekenhuizen niet. Ook



Figuur 1. Percentage respondenten die altijd/meestal over de opportunistische salpingectomie (OS) counsellen en OS uitvoeren in het jaar 2017

binnen ziekenhuizen zijn er verschillen. Het bespreken van OS kan bijvoorbeeld afhankelijk zijn van de gynaecoloog. Dit betekent dat er een praktijkvariatie is. Om deze praktijkvariatie te verminderen is in januari 2019 vanuit het Radboudumc samen met het Catharina Ziekenhuis Eindhoven het door het KWF gefinancierde implementatieproject STOPOVCA (STOP OVarian CAncer) gestart. Hiervoor is de huidige praktijk omtrent OS in Nederland onderzocht en zijn beïnvloedende factoren voor de implementatie van OS geïdentificeerd. Tevens is een keuzehulp ontwikkeld over OS om vrouwen en zorgverleners te ondersteunen bij het maken van de keuze.

De klinische praktijk¹¹

In 2017 is een nationaal vragenlijstonderzoek uitgevoerd onder gynaecologen en aiossen gynaecologie over de toenmalige klinische praktijk over OS tijdens hysterectomie en als sterilisatiemethode. Hiervoor zijn alle NVOG-leden van de werkgroepen benigne gynaecologie/endoscopie, gynaecologische oncologie en urogynaecologie online benaderd. In totaal zijn 443 voltooide vragenlijsten geïncludeerd voor verdere analyse, waarvan 301 vragenlijsten ingevuld door gynaecologen en 142 door aiossen. De meerderheid van de respondenten had een subspecialisatie in benigne gynaecologie/endoscopie of gynaecologische oncologie (70,2%).

De praktijk betreffende het counsellen en het uitvoeren van OS varieerde sterk onder de respondenten. De meerderheid gaf aan meestal of altijd te counsellen over OS bij een laparotomische (71%) en laparoscopische (72%) hysterectomie; een forse minderheid deed dit bij een vaginale hysterectomie (17%). Ongeveer een kwart van de respondenten counsellde meestal of altijd over OS als sterilisatiemethode (26%); 20% deed dit tijdens een benigne gynaecologische laparoscopische operatie anders dan hysterectomie. Daarnaast gaf de meerderheid van de respondenten aan meestal of altijd een OS uit te voeren tijdens laparotomische (59%) en laparoscopische (56%) hysterectomie; 7% deed dit tijdens vaginale hysterectomie. Slechts 10% voerde OS meestal of altijd uit als sterilisatiemethode.

Factoren die de implementatie van OS beïnvloeden¹²

Het identificeren van bevorderende en belemmerende factoren in de implementatie is noodzakelijk om een verbeterstrategie te ontwikkelen die de huidige praktijkvariatie omtrent het counsellen van OS vermindert. In een *mixed-method*-studie werden zowel patiënten (n=11) als behandelaren (gynaecologen en aiossen; n=20) geïnterviewd. Vervolgens werd via vragenlijsten het belang van deze factoren gekwantificeerd onder patiënten (n=77) en behandelaren (n=204).

Als belangrijkste bevorderende factoren werden door zowel patiënten als behandelaren het risico reducerend effect op het ontwikkelen van ovariumcarcinoom, het verlies van functie van de tubae na voltooide kinderwens en een positieve familieanamnese voor ovariumcarcinoom genoemd. Adequate informatie omtrent OS werd beschouwd als bevorderend en essentieel voor het gezamenlijke keuzeproces. Daarnaast zou volgens behandelaren een landelijke richtlijn over OS, waarin zowel de veiligheid als de voor- en nadelen beschreven worden, bijdragen aan nationale implementatie.

Zowel patiënten als behandelaren gaven als belangrijkste belemmerende factoren: het lage absolute risico op het ontwikkelen van ovariumcarcinoom in de algemene populatie, het behouden van een restrisico op het ontwikkelen van ovariumcarcinoom na OS en het gebrek aan kennis over OS bij patiënten. Behandelaren gaven daarnaast de verminderde haalbaarheid van OS in patiënten met adhesies en tijdens vaginale chirurgie als knelpunten aan. Ook het gebrek aan bewijs omtrent de lange termijn gevolgen, specifiek het risico om eerder in de menopauze te komen door OS, werd door behandelaren als belemmering aangehaald.

Ontwikkeling keuzehulp OS¹³

Aan de hand van een systematisch ontwikkelingsproces gebaseerd op de Internationale Patiënten Keuzehulp Standaarden (IPDAS) en de leidraad van de Patiëntenfederatie Nederland is een keuzehulp ontwikkeld gefinancierd door het KWF en zorgverzekeraar VGZ. De keuzehulp 'eileiders weghalen' is

ontwikkeld met behulp van patiëntvertegenwoordigers van Olijf en Bekkenbodem4all, patiëntenadviesraad Women's cancers (Radboudumc), arts-onderzoekers, ZorgKeuzeLab, aiossen, gynaecologen en deskundigen op het gebied van keuzehulp en implementatie. De keuzehulp is gebaseerd op de huidige literatuur, richtlijnen en wat patiënten en gynaecologen hebben aangegeven nodig te hebben om een keuze te kunnen maken. Aangezien de keuzehulp zowel gebruikt kan worden door vrouwen die een abdominale operatie krijgen als vrouwen die een sterilisatie krijgen, bestaat de keuzehulp 'eileiders weghalen' op advies van patiënten en zorgverleners uit twee paden:

1. het weghalen van de eileiders tijdens een operatie in de buik
2. het weghalen van de eileiders als sterilisatiemethode

Beide paden in de keuzehulp geven informatie over de functie van de tuba en het ovarium, het verminderen van de kans op ovariumcarcinoom en de mogelijke voor- en nadelen van de OS. Daarnaast bevat het pad sterilisatie ook informatie over de tubablokkade. De keuzehulp sluit af met enkele kennisvragen en een gedeelte waarmee een vrouw eigen afwegingen kan maken aan de hand van stellingen. Deze stellingen zijn gebaseerd op de resultaten van eerdere interviews en vragenlijsten. Aan het einde van de keuzehulp volgt een samenvatting voor de vrouw, inclusief haar afwegingen, die te downloaden is als pdf.

De keuzehulp is door zowel patiënten als gynaecologen in meerdere fases getest, waarna hun feedback telkens werd verwerkt. Het gebruik van de keuzehulp is als zeer positief beoordeeld door zowel patiënten als gynaecologen en de keuzehulp wordt als een bruikbaar hulpmiddel gezien voor het maken van deze keuze.

Conclusie en aanbevelingen

De belangrijke rol van tubae in de pathogenese van het ovariumcarcinoom heeft geleid tot implementatie van OS in Nederland. Deze implementatie is gepaard gegaan met behoorlijke praktijkvariatie betreffende het counsellen en al dan niet uitvoeren van OS. De



Figuur 2. Stappenplan in het gebruik van de keuzehulp vanaf uitreiken tot samen beslissen. Foto's Bart Heemsker

praktijkvariatie tussen gynaecologen en tussen ziekenhuizen kan worden verklaard door het ontbreken van kennis bij patiënten, variatie in counseling en het gebrek aan een op maat gemaakte implementatiestrategie. Hulpmiddelen voor implementatie zoals een keuzehulp en nationale richtlijn kunnen het bereiken van consensus en uniforme counseling faciliteren.

Eén van de knelpunten voor implementatie van OS is het gebrek aan kennis bij patiënten over het ovariumcarcinoom en OS zelf. Dit staat een weloverwogen beslissing in de weg. Adequate informatie over OS is essentieel om vrouwen te laten deelnemen in de besluitvorming. De inhoud van een keuzehulp moet gebaseerd zijn op de kennisbehoeften van de vrouw inclusief alle voor- en nadelen die van invloed kunnen zijn op de keuze. De ontwikkelde keuzehulp 'eileiders weghalen' kan zowel vrouwen als zorgverleners ondersteunen om tot een keuze te komen die het best bij de vrouw past. De keuzehulp beschikt over het 'makkelijk lezen keurmerk', omdat deze op B1-niveau is geschreven.

Zorgverleners geven aan te twijfelen over de haalbaarheid van OS in patiënten met verklevingen en tijdens vaginale chirurgie. Aangezien de tubae mogelijk minder toegankelijk zijn roept dit de vraag op of de voordelen hierbij opwegen tegen de risico's. Diverse onderzoeken laten echter zien dat het uitvoeren van OS een hoog slagingspercentage heeft, met vaginale benadering en niet leidt tot meer complicaties.¹⁴ Een vaginale benadering hoeft dus zeker geen contra-indicatie te zijn om een patiënt te counsellen over OS. Ook

moet OS niet de reden zijn om voor een laparoscopische benadering te kiezen in plaats van een vaginale benadering. Patiënten die vaginale chirurgie ondergaan pakken namelijk sneller hun normale werkzaamheden op.¹⁵ De behandelaar kan in deze situaties de patiënt counsellen over het feit dat het uitvoeren van OS niet altijd mogelijk blijkt tijdens de operatie. De operateur kan ten alle tijden tijdens de operatie afzien van OS indien de risico's te groot blijken. Het absolute risico op ovariumcarcinoom is immers te klein om extra risico's te nemen.

Vanwege de slechte prognose van ovariumcarcinoom en het gebrek aan screeningsmethoden lijkt het gerechtvaardigd om OS te bespreken met vrouwen met een voltooide kinderwens die een abdominale operatie ondergaan. De huidige literatuur laat namelijk zien, dat het uitvoeren niet gepaard gaat met een verhoogd complicatierisico.^{7,9} Wel bestaat mogelijk het risico, dat tijdens het uitvoeren van OS de (micro)circulatie naar de ovaria wordt beschadigd. Hierdoor zou een vrouw mogelijk iets eerder in de overgang kunnen komen. Studies, die het effect van OS op de ovariële reserve hebben onderzocht, laten op korte termijn geen vermindering van de ovariële reserve zien.⁷ Dit impliceert, dat grote effecten op de menopauze niet te verwachten zijn. Het daadwerkelijke effect van OS op de menopauze is echter nog onbekend vanwege de lange termijn follow-up die hiervoor nodig is. De prospectieve STOPOVCAyoung-studie is onlangs gestart om de menopauze leeftijd van vrouwen, die sterilisatie via OS ondergaan, te vergelijken met vrouwen, die

sterilisatie ondergaan via tubablokkade aangevuld met vrouwen die niet zijn gesteriliseerd.¹⁶ Totdat deze lange termijn resultaten bekend zijn, is het van belang dat counseling(materiaal) informatie bevat over dit mogelijk risico. De ontwikkelde keuzehulp bevat hiervoor handvatten en kan de counseling ondersteunen.

Het hebben van een nationale richtlijn wordt door veel professionals aangehaald als essentieel voor verder landelijke implementatie. In 2020 is de nieuwe richtlijn voor sterilisatie gepubliceerd met het advies om OS als sterilisatiemethode te bespreken met de patiënt. Ook voor vrouwen die worden gesteriliseerd tijdens sectio caesarea. Recent onderzoek heeft aangetoond dat ook in deze populatie OS kosteneffectief en veilig is.¹⁷ Een speciale richtlijnmodule over de OS tijdens abdominale gynaecologische chirurgie wordt op dit moment ontwikkeld door de NVOG en naar verwachting begin 2023 gepubliceerd.

De hulpmiddelen die zijn ontwikkeld binnen het STOPOVCA implementatieproject, waaronder de keuzehulp, worden momenteel geëvalueerd in zestien ziekenhuizen in Zuidoost-Nederland. Aan de hand van deze evaluatie zullen de hulpmiddelen worden aangepast om zo nationale implementatie te bevorderen. Tot dan is de keuzehulp alleen in studie verband te gebruiken. Landelijke implementatie van OS zal jaarlijks uiteindelijk resulteren in een afname van 100-140 vrouwen die een ovariumcarcinoom krijgen. Een volgende stap is te exploreren of de populatie die in aanmerking komt voor OS, kan worden uitgebreid door bijvoorbeeld OS

aan te bieden tijdens niet-gynaecologische operaties zoals een cholecystectomie of bariatrische chirurgie.

Bent u geïnteresseerd in de keuzehulp, de STOPOVCA en STOPOVCAyoung studie? U kunt per mail contact opnemen met Malou Gelderblom, arts-onderzoeker in het Radboudumc, stopovca.verlgyn@radboudumc.nl

Referenties

1. IKNL. Eierstokkanker. Dutch Cancer Registry. <https://iknl.nl/kankersoorten/eierstokkanker/registratie>. Published 2018. Accessed April 11, 2022.
2. Lheureux S, Gourley C, Vergote I, Oza AM. Epithelial ovarian cancer. *Lancet*. 2019;393(10177):1240-1253. doi:10.1016/S0140-6736(18)32552-2
3. Labidi-Galy SI, Papp E, Hallberg D, et al. High grade serous ovarian carcinomas originate in the fallopian tube. *Nat Commun*. 2017;8(1). doi:10.1038/s41467-017-00962-1
4. Piek MJ, Verheijen RHM, Kenemans P, Masurel LF, Bulten H, Van Diest PJ. BRCA1/2-related ovarian cancers are of tubal origin: a hypothesis. *Gynecol Oncol*. 2003;90(2):491.
5. Falconer H, Yin L, Grönberg H, Altman D. Ovarian cancer risk after salpingectomy: A nationwide population-based study. *J Natl Cancer Inst*. 2015;107(2):1-6. doi:10.1093/jnci/dju410
6. Madsen C, Baandrup L, Dehlendorff C, Kjær SK. Tubal ligation and salpingectomy and the risk of epithelial ovarian cancer and borderline ovarian tumors: A nationwide case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015;94(1):86-94. doi:10.1111/aogs.12516
7. van Lieshout LAM, Steenbeek MP, De Hullu JA, et al. Hysterectomy with opportunistic salpingectomy versus hysterectomy alone. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;2019(8). doi:10.1002/14651858.CD012858.pub2
8. Naumann RW, Hughes BN, Brown J, Drury LK, Herzog TJ. The impact of opportunistic salpingectomy on ovarian cancer mortality and healthcare costs: a call for universal insurance coverage. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;225(4):397.e1-397.e6. doi:10.1016/j.ajog.2021.03.032
9. McAlpine JN, Hanley GE, Woo MMM, et al. Opportunistic salpingectomy: Uptake, risks, and complications of a regional initiative for ovarian cancer prevention. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;210(5):471.e1-471.e11. doi:10.1016/j.ajog.2014.01.003
10. Ntoumanoglou-Schuike A, Tomasch G, Laky R, Taumberger N, Bjelic-Radisic V, Tamussino K. Opportunistic prophylactic salpingectomy for prevention of ovarian cancer: What do national societies advise? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018;225(March):110-112. doi:10.1016/j.ejogrb.2018.03.043
11. Steenbeek MP, van Lieshout LAM, Aarts JWM, et al. Factors influencing decision-making around opportunistic salpingectomy: A nationwide survey. *J Gynecol Oncol*. 2019;30(1):1-15. doi:10.3802/jgo.2019.30.e2
12. Gelderblom ME, Van Lieshout LAM, Piek MJ, De Hullu JA, Hermens RPMG. Patients' and professionals' perspectives on implementation of opportunistic salpingectomy: a mixed-method study. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):1-14. doi:10.1186/s12913-021-06767-9
13. van Lieshout LAM, Gelderblom ME, de Hullu JA, et al. Primary prevention of ovarian cancer: a patient decision aid for opportunistic salpingectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 2021. doi:10.1016/j.ajog.2021.09.010
14. Lamblin G, Meysonnier C, Moret S, Nadaud B, Mellier G, Chene G. Opportunistic salpingectomy during vaginal hysterectomy for a benign pathological condition. *Int Urogynecol J*. 2018;29(5):715-721. doi:10.1007/s00192-017-3418-0
15. Aarts JWM, Nieboer TE, Johnson N, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(8). doi:10.1002/14651858.CD003677.pub5
16. Gelderblom ME, Inthout J, Hermens RPM, et al. STOp OVarian CAncer (STOPOVCA) young: protocol for a multicenter follow-up study to determine the long-term effects of opportunistic salpingectomy on age at menopause. *Maturitas*. 2022;(January). doi:10.1016/j.maturitas.2022.01.006
17. Yang M, Du Y, Hu Y. Complete salpingectomy versus tubal ligation during cesarean section: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Neonatal Med*. 2021;34(22):3794-3802. doi:10.1080/14767058.2019.1690446

Samenvatting

De opportunistische salpingectomie (OS) verwijst naar het verwijderen van de tubae ter preventie van ovariumcarcinoom aanvullend aan een reeds geïndiceerde buikoperatie. De opkomst van deze nieuwe preventie methode heeft er echter toe geleid dat er variatie bestaat tussen zorgverleners en ziekenhuizen omtrent het counsellen en uitvoeren van OS. Diverse factoren zoals onder andere het gebrek aan kennis bij patiënten en het gemis aan landelijke richtlijnen belemmeren de landelijke implementatie van OS. Vandaar dat de keuzehulp 'eileiders weghalen' ontwikkeld is om counseling te ondersteunen.

Trefwoorden

opportunistische salpingectomie, ovariumcarcinoom, preventie, sterilisatie, implementatie

Summary

Opportunistic salpingectomy (OS) refers to the removal of fallopian tubes for the prevention of ovarian cancer in addition to an already indicated abdominal surgery. The emergence of this new preventive method has led to variation between health-care providers and hospitals regarding the counselling and performance of OS. Various factors, such as lack of knowledge among patients and the lack of national guidelines hinder the national implementation of OS. For this reason, a decision aid has been developed to support counselling.

Keywords

opportunistische salpingectomy, ovarian cancer, prevention, sterilization, implementation

Contact

Malou E. Gelderblom,
malou.gelderblom@radboudumc.nl

Verklaring belangenverstrengeling

Er is geen sprake van een potentieel belangenconflict.

Dankwoord

De auteurs bedanken alle patiënten, zorgverleners en medeauteurs die betrokken waren bij de studies hartelijk voor hun tijd en waardevolle input. Daarnaast zijn wij Nicole Soede (patiëntenadviesraad Women's Cancer), Arlette van der Kolk, Janna Roozendaal (patiëntenvereniging Olijf) en ZorgKeuzeLab dankbaar voor hun bijdrage. Onze dank gaat uit naar Esther van Wissen (NVOG) en Glyn Elwyn voor de waardevolle adviezen en ethische overwegingen in de vroege fase van het STOPOVCA-onderzoek.

Gewoon goede zorg

drs. M. (Marjan) Stegeman *gynaecoloog Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis*



tijd voor
verbinding



Vanzelfsprekend willen we als dokters goede zorg leveren. De laatste jaren hebben kwaliteitssystemen en standaarden ervoor gezorgd dat de zorg veiliger werd, maar ook de keerzijde werd zichtbaar: hoge regeldruk, verlies van autonomie en het verlies van het perspectief van de patiënt.

Na een aantal jaren aanscherpen van regels zien we nu dat de potentieel vermijdbare schade en sterfte niet verder afneemt. Diezelfde regels en richtlijnen maken dat we soms het contact met de werkvloer (en de patiënt) kwijtraken, maar ook dat het nadenken over wat we aan het doen zijn op de achtergrond is geraakt. Het moet dus anders. Maar dan niet weer een nieuwe vinklijst met vereisten waar je aan moet voldoen om je handelen te verantwoorden. Maar hoe dan wel?

Na het VMS (Veiligheidsmanagementsysteem) Veiligheidsprogramma wordt met het programma Tijd voor Verbinding de volgende stap in patiëntveiligheid gezet voor de periode 2020-2024. Vakmanschap, verbinding en vertrouwen zijn daarbij de uitgangspunten in plaats van protocollen, regels en controle. Het programma richt zich op continu verbeteren en leren van de dagelijkse praktijk. Door goede voorbeelden te delen en uit te wisselen kunnen anderen geïnspireerd worden, innoveren en verbeteren. Uiteindelijk moet dit resulteren in een toekomstbestendig landelijk netwerk. Het programma richt zich op de volgende pijlers:

- Antistolling,
- Patiëntveiligheid voor kwetsbare ouderen,
- Het multidisciplinaire gesprek tussen professionals onderling en met de patiënt,
- Safety-2 en veiligheidsergonomie.

Tot nu toe keken we vooral naar wat er fout ging (Safety-1-denken) maar meestal gaat de zorg gelukkig goed, en juist daar valt veel van te leren: waarom gaat het eigenlijk goed, wat is je eigen bijdrage geweest en weet je hoe de ander werkt? Vaak vinden er ongemerkt aanpassingen plaats die maken dat de afloop goed is. De Safety-2-benadering richt zich op wat

we kunnen leren als we kijken naar waar het goed gaat.

De pijlers van het programma zoals die benoemd zijn, zijn zeker voor ons vak relevant. Met steeds meer ouderen moeten we binnen de gynaecologie rekening houden met een toename van kwetsbare ouderen en onze zorgverlening daarop aanpassen. Verloskunde is bij uitstek een team effort, die vraagt om goede samenwerking en afstemming. Het programma kiest ervoor om de praktijk niets op te leggen, maar kiest juist voor een bottom-up-benadering zodat het beter aansluit op de praktijk. Dat is lastig, want ergens hebben we ook wel behoefte aan duidelijkheid en kaders. Een spel zonder regels is niet leuk, maar er moet wel speelruimte overblijven. Safety-2 dient dan ook als aanvulling op Safety-1. Door het open gesprek te voeren staan wij stil bij datgene wat er in de praktijk al goed gaat, maar ook bij wat er beter kan. Het helpt als er voorbeelden zijn, zodat je niet het wiel opnieuw hoeft uit te vinden. Daarbij hoeft je het voorbeeld niet klakkeloos over te nemen, maar kun je dit aanpassen aan je eigen context.

De organisatie van Tijd voor verbinding gaat ons hierbij helpen. Het programma wordt uitgevoerd onder leiding van zes brancheorganisaties (Federatie Medisch Specialisten (FMS), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) en Patiëntenfederatie Nederland) met financiering vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Vanuit het programma zoeken netwerkbouwers contact met het veld. Zij verzamelen in alle ziekenhuizen praktijkvoorbeelden en halen vragen op. Het programmateam kan vanuit inhoudelijke kennis en kunde in de volle breedte ondersteunen, begeleiden en verbinden. Op de website van programma Tijd voor verbinding zijn praktijkvoorbeelden te vinden, maar hier vind je ook namen van contactpersonen voor als je vragen hebt of zelf een voorbeeld wilt delen.

Als lid van de expertgroep 'het multidisciplinaire gesprek' vertegenwoordig ik de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG). De toenemende complexiteit van zorg en toenemende co-morbiditeit versterkt de roep om betere communicatie en samenwerking; multidisciplinair, tussen professionals en met de patiënt. Daarbij hoort een veiligheidscultuur van continu leren en verbeteren. De basis hiervoor is het open gesprek. Om als team goed te kunnen werken, is vertrouwen in de betrokkenheid en passie van de professional nodig. In de expertgroep zijn een aantal bouwstenen geformuleerd:

- Prioriteren: structureel tijd en ruimte inbouwen voor het multidisciplinaire gesprek. Net als veel in het leven gaat dit helaas niet vanzelf.
- Reflecteren: gezamenlijk reflecteren op kwaliteit van zorg, uitkomsten en zorgprocessen.
- Continu leren en verbeteren: cyclisch de zorg verbeteren in een lerende omgeving.

Dit alles moet resulteren in een betere kwaliteit en veiligheid van zorg, het delen van kennis, het optimaliseren van communicatie en samenwerking en uiteindelijk tevreden patiënten en zorgprofessionals. Wie het NVOG-visiedocument *Kwaliteit is samen leren* heeft gelezen, ziet veel overeenkomsten (kernwoorden proberen, leren, reflecteren). Blijkbaar zijn we ergens onderweg tussen alle protocollen en richtlijnen de weg kwijtgeraakt. Gelukkig mogen we terug naar de praktijk, en kunnen we weer nadenken over wat we aan het doen zijn. Kwaliteit gaat niet over wat we moeten doen, maar over wat we aan het doen zijn. Af en toe stil staan en nadenken helpt om het beter te maken. Gewoon goede zorg.

Referenties

VMS: www.vmszorg.nl/
Tijd voor verbinding: www.programmatvv.nl/
NVOG-visiedocument 'Kwaliteit is samen leren': www.nvog.nl/visie-en-beleid/

Vragen of nadere informatie

E-mail: kwiteit@nvog.nl

Sterilisatieverzoek bij een minderjarige patiënt met een verstandelijke beperking

drs P.C. Schut *aios gynaecologie*

dr. H.G.M. Rijnsaardt-Lukassen *gynaecoloog*
beiden Albert Schweitzer Ziekenhuis, Dordrecht

Een verzoek tot sterilisatie bij een minderjarige patiënt met een verstandelijke beperking werd in eerste instantie gehonoreerd, maar na het inwinnen van juridisch advies is alsnog besloten van deze ingreep af te zien. Omdat gynaecologen (in opleiding) vaker met soortgelijke verzoeken geconfronteerd kunnen worden, is het belangrijk op de hoogte te zijn van de relevante wet- en regelgeving en de adviezen uit de *Handreiking kinderwens en anticonceptie bij mensen met een verstandelijke beperking van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAGV)* op te volgen.¹

Casus

Het betreft een vijftienjarige, verstandelijk beperkte patiënt. Ze heeft een IQ van 62, wat zowel in 2012 als in 2016 is bepaald. Haar vader en oma (moeder van de vader) zijn haar wettelijk vertegenwoordigers. In 2018 is bij haar een Implanon geplaatst in verband met hevige en langdurige menstruaties, waarna sprake is geweest van amenorroe. De vader en oma van patiënte hebben begin 2021 een verzoek tot sterilisatie ingediend bij de kinderarts (naast vervanging van de Implanon) om de kans op zwangerschap zo laag mogelijk te maken. De patiënt was van dit verzoek op de hoogte en was hiermee akkoord. Haar behandelend arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) werd geraadpleegd en kon zich vinden in het verzoek tot sterilisatie. Ondanks instemming van de patiënt en de AVG besloot men juridisch advies in te winnen. De ziekenhuisjurist heeft hiervoor contact gezocht met de afdeling Rechtsbijstand van de VvAA, die een negatief advies uitbracht ten aanzien van de sterilisatie. Dit advies

was gebaseerd op de *Handreiking kinderwens en anticonceptie bij mensen met een verstandelijke beperking* van de NVAGV¹, het KNMG standpunt over ouderschap van mensen met een verstandelijke beperking uit 2006² en het advies van de Gezondheidsraad *Anticonceptie voor mensen met een verstandelijke handicap* uit 2002.³ Enkele belangrijke aspecten die op deze casus van toepassing zijn worden hierna beschreven.

Overwegingen

In deze casus is gezien de toestemming van patiënt en haar wettelijk vertegenwoordigers niet zozeer het besluit tot het gebruik van anticonceptie een probleem, als wel de methode waarvoor gekozen is. Bij de keuze voor anticonceptie moet namelijk worden voldaan aan het vereiste van effectiviteit en aan de beginselen van subsidiariteit en proportionaliteit. Dit betekent dat het anticonceptiemiddel voldoende moet beschermen tegen zwangerschap, maar dat volgens het subsidiariteitsbeginsel ook voor de minst belastende (effectieve) vorm van anticonceptie moet worden gekozen. Daarnaast houdt het proportionaliteitsprincipe in dat de mate van belasting van de anticonceptiemethode voor de patiënt moet opwegen tegen het te verwachten voordeel van het gebruik van die methode.³ Zo zou een anticonceptiemiddel voor iemand met weinig seksueel contact en daarmee een kleine kans op zwangerschap minder belastend mogen zijn dan bij iemand met een grote kans op zwangerschap.

Een sterilisatie wordt vanwege het definitieve karakter als zeer ingrijpend beschouwd en zal in vergelijking met alternatieve methoden van anticonceptie minder snel voldoen aan bovenstaande voorwaarden. Alleen als een

andere methode van anticonceptie onvoldoende effectief is of niet toegepast kan worden, of als een wilsbekwame patiënt hier weloverwogen voor kiest zou overgegaan kunnen worden tot een sterilisatie.¹

Terughoudendheid ten aanzien van sterilisatie is dus geboden en dit geldt in het bijzonder voor verstandelijk beperkte patiënten jonger dan 18 jaar. Door een relatief traag verlopende ontwikkeling is het lastig om voor die leeftijd hun ouderschapscompetentie goed in te kunnen schatten, net zoals hun mogelijkheden om een andere, minder ingrijpende vorm van anticonceptie te gebruiken. Hierom adviseert de Inspectie Gezondheidszorg om voor een sterilisatie bij iemand met een verstandelijke beperking in beginsel een minimumleeftijd van 18 jaar te hanteren.³ In uitzonderlijke gevallen kan een sterilisatie bij mensen met een verstandelijke handicap jonger dan 18 jaar worden verricht, maar dan moet aan alle drie de volgende voorwaarden worden voldaan:

- 1) Een patiënt zal nooit tot verantwoord ouderschap in staat zijn;
- 2) Uitstel van sterilisatie tot het 18^e jaar is onverantwoord;
- 3) Er is instemming van een multidisciplinair team waarvan ten minste één AVG en een psychosociaal deskundige (bijvoorbeeld van de Sociaal Pedagogische Dienst) deel uitmaken.

Het beoordelen of iemand in staat is tot verantwoord ouderschap is een lastige kwestie, waar geen objectieve criteria voor bestaan. Het is bijvoorbeeld geen vereiste dat iemand hier altijd zelfstandig toe in staat is; zo mag hierbij ondersteuning plaatsvinden door een partner of sociaal netwerk. Ook is het IQ niet de enige factor waarop de mogelijkheid tot verant-

woord ouderschap wordt gebaseerd, hoewel een IQ onder de 60 wel beschouwd wordt als een hoog risico-factor voor het falen van verantwoord ouderschap.¹

Uitstel van sterilisatie tot het 18^e jaar kan onverantwoord zijn als het gebruik van andere, omkeerbare vormen van anticonceptie gepaard gaan met een aanzienlijke kans op zwangerschap. Bij de beschreven casus is niet bepaald of de patiënt nooit tot verantwoord ouderschap in staat zou zijn en ook is er geen psychosociaal deskundige bij de besluitvorming betrokken. In haar geval is uitstel van sterilisatie tot het 18^e jaar echter niet onverantwoord, dus vooralsnog was er geen reden hiervoor een uitzondering te maken. Ook wordt niet voldaan aan de beginselen van subsidiariteit en proportionaliteit, omdat er in dit geval een effectieve en minder ingrijpende methode van anticonceptie mogelijk is. Concluderend is er bij dit 15-jarige verstandelijk beperkt meisje geen reden om op dit moment over te gaan op sterilisatie. Besloten is om de Implanon te vervangen.

Rechten

Hoewel deze patiënt met anticonceptie heeft ingestemd, is het belangrijk om te weten dat gedwongen anticonceptie binnen het Nederlandse recht niet is toegestaan, onder meer vanwege het recht op respect voor privé-, familie- en gezinsleven en over het recht om te trouwen en een gezin te stichten⁴, het grondrecht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer⁵ en het grondrecht op onaantastbaarheid van het lichaam.⁶ Het beperken van rechten op basis van een verstandelijke beperking wordt in Nederland onwenselijk bevonden, zoals ook vastgesteld in de Rechten van de Mens en het VN-verdrag voor mensen met een beperking.⁷ Volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) kan er wel inbreuk gemaakt worden op de onaantastbaarheid van het menselijk lichaam als de patiënt hiervoor informed consent geeft.⁸ Bij het geven van informatie aan een verstandelijk beperkte patiënt wordt van een arts verwacht dat deze informatie op het niveau van de patiënt aanbiedt; hier zijn hulpmiddelen voor beschikbaar.⁹

Vervolgens moet de arts toetsen of de patiënt deze informatie begrepen heeft, het vermogen heeft de informatie te verwerken in haar keuze en haar keuze uit te drukken. Als een arts zichzelf niet goed in staat vindt om dit gesprek met een verstandelijk beperkte patiënt te voeren, kan deze hiervoor een beroep doen op een AVG.¹

Als de patiënt wilsonbekwaam is ten aanzien van anticonceptie, kan onder bepaalde voorwaarden wel een behandeling onder dwang worden toegepast, namelijk als de vertegenwoordiger met de behandeling heeft ingestemd en de behandeling nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.⁸ Belangrijk hierbij is dat dit ernstig nadeel voor de patiënt zelf en niet voor het eventueel toekomstige kind betreft. Er kan dus geen gedwongen sterilisatie worden verricht bij een patiënt ter bescherming van een nog niet verwekt kind. Dit kan voor zorgverleners dilemma's opleveren, omdat er bij kinderen van ouders met een verstandelijke beperking een verhoogde kans is op perinatale morbiditeit, kindermishandeling, verwaarlozing, hechtingsproblemen, gedragsproblemen, ontwikkelingsachterstand, parentificatie en seksueel misbruik.¹ Dit is meestal een gevolg van overbelasting die de aanwezigheid van een kind geeft bij verstandelijk beperkte mensen met meestal een verminderde psychosociale, lichamelijke of financiële draagkracht. Volgens de in januari 2020 in werking getreden nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd) zou anticonceptie bij patiënten met een psychische aandoening of een verstandelijke beperking mogelijk wel verplicht kunnen worden opgelegd ter voorkoming van ernstig nadeel voor de patiënt of eventuele derden. Door rechtbanken wordt echter tot op heden verschillend gedacht over de vraag of verplichte anticonceptie onder deze nieuwe wetten valt. Momenteel is casuïstiek ingesteld bij de Hoge Raad door een vrouw bij wie in het kader van de Wvggz verplichte anticonceptie is opgelegd. De uitspraak hierover volgt, maar het advies van de advocaat-generaal aan de Hoge Raad is dat noch de Wvggz noch de Wzd basis kan bieden voor het opleggen van verplichte anti-

conceptie en er voor verplichte anticonceptie specifieke wetgeving nodig is, onder andere vanwege het in de hand werken van rechtsongelijkheid.¹⁰ Vooralsnog pleiten zowel de KNMG als de NVAVG ervoor dat zorgverleners een actieve rol spelen bij de begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking die mogelijk niet in staat zijn tot verantwoord ouderschap. In plaats van gedwongen anticonceptie wordt zorgverleners geadviseerd proactief het gesprek over kindwens en seksualiteit aan te gaan om gezamenlijk een besluit te nemen over het gebruik van anticonceptie.¹ Net als bij andere kwetsbare mensen kan voor het bespreken en financieren van anticonceptie bij verstandelijk beperkte mensen hulp worden ingeschakeld van 'Nu niet zwanger', een programma van de GGD.

Leerpunten

De belangrijkste leerpunten uit deze casus zijn dat bij een verzoek tot sterilisatie eerst beoordeeld moet worden of een minder ingrijpende methode van anticonceptie voldoende effectief is. Bij minderjarige patiënten met een verstandelijke beperking kan slechts in uitzonderlijke gevallen overgegaan worden tot een sterilisatie, ook als een patiënt zelf instemt met sterilisatie. Gedwongen sterilisatie mag alleen onder specifieke voorwaarden worden verricht en niet om ernstig nadeel voor een eventueel toekomstig kind te voorkomen.

Referenties

1. Handreiking kindwens en anticonceptie bij mensen met een verstandelijke beperking, NVAVG, 2016.
2. KNMG standpunt over ouderschap van mensen met een verstandelijke beperking, 2006.
3. Anticonceptie voor mensen met een verstandelijke handicap, Publicatienr 2002/14; Gezondheidsraad.
4. artikel 8 en 12 Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens.
5. artikel 10 Nederlandse grondwet.
6. artikel 11 Nederlandse grondwet.
7. Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, New York, 13-12-2006
8. Burgerlijk Wetboek 7, Afdeling 5. De overeenkomst inzake geneeskundige behandeling
9. Informatiefolder 'Vrijen en kinderen krijgen voor mensen met een verstandelijke beperking', Gezondheidsraad, 2002. Zie: <https://www.meewering.nl/media/1328/brochure-gezondheidsraad.pdf>
10. Parket bij de Hoge Raad 2 september 2022, ECLI:NL:PHR:2022:786



Antwoorden Gynfeud 15

Vraag 1: d.

Het Kubuki syndroom is vernoemd naar Japanse theaterspelers die net zulke opvallende ogen hebben als de aangedane kinderen. Vroeger werd ook wel gesproken over het Niikawa-Kuroki syndroom, genoemd naar de ontdekkers. Bij het Kabuki 1 syndroom is er een mutatie op het MLL-2 gen op chromosoom 12. Het is autosomaal dominant en meestal en betreft het mutaties. Bij het Kabuki2 syndroom betreft het een mutatie op het KDM6A gen op het X-chromosoom en is ook dominant, zodat zowel jongens als meisjes aangedaan kunnen zijn. Bij de klinische kenmerken horen ook gehemelte afwijkingen die vaak het kenmerkende nasale klanken veroorzaken en overmatig kwijlen. Bij een prenataal vastgestelde cheilo-gnatho-palatoschisis moet dit syndroom in de d.d. worden opgenomen zoals in sommige prenatale centra reeds gebeurt.

Vraag 2: 1.

Vena pulmonalis (enkelvoud), longader. Er zijn vier longaders: twee komende uit de rechterlong en twee komende van de linkerlong. Meervoud is venae pulmonariae, maar ook wordt wel gebruikt venae pulmonares en venae pulmonales.

Huidige stand van zaken en ontwikkelingen in de geboortezorg voor vluchtelingen

drs. A.E.H. Verschuuren *promovendus, UMCG*

dr. I.R. Postma *aios Obstetrie & Gynaecologie, UMCG*

A. Bedaux *verloskundige en oprichter Centering Pregnancy voor Eritrese zwangeren, Amsterdam*

prof. dr. J. Stekelenburg *gynaecoloog en professor International Aspects of Reproductive Health, in particular Safe Motherhood, MCL en UMCG*

Recent onderzoek heeft aangetoond dat perinatale sterfte onder asielzoekers zeven keer vaker voorkomt dan bij de overige zwangere populatie in Nederland.¹ Om de geboortezorg en zwangerschapsuitkomsten van vrouwelijke vluchtelingen te verbeteren, zijn verder onderzoek en beleidsmaatregelen van cruciaal belang. In dit artikel nemen we u mee in de huidige stand van zaken en ontwikkelingen in de geboortezorg voor vluchtelingen.

In Nederland zijn er tussen 2016 en 2020 per jaar gemiddeld 584 kinderen geboren bij vrouwen in asielzoekerscentra (AZC's) die verblijven.² De vluchtelingen ervaren lichamelijk en mentaal gemiddeld meer gezondheidsproblemen dan de algemene bevolking, waarbij deze problemen bij vrouwen in grotere mate voorkomen.³ Bij de kwetsbaarheid van vrouwelijke vluchtelingen spelen vaak meerdere sociale, medische en migratiefactoren een rol, wat de situatie complex maakt. Vluchtelingen reizen vaak onder gevaarlijke leefomstandigheden en zijn kwetsbaar voor seksueel geweld, ondervoeding, marteling en trauma. Daarnaast is zorg, inclusief anticonceptie en geboortezorg, tijdens de reis vaak niet beschikbaar. Eenmaal aangekomen in Nederland wordt effectieve communicatie met zorgverleners belemmerd door cultuurverschillen, een taalbarrière en soms ook door angst of wantrouwen. Tot slot is de continuïteit van zorg vaak niet gegarandeerd door frequente overplaatsingen tussen AZC's.^{1,2}

Ongunstige zwangerschapsuitkomsten

Een groeiend aantal studies wijst erop dat vrouwelijke vluchtelingen een grotere kans hebben op ongunstige zwangerschapsuitkomsten dan vrouwen zonder migratie-achtergrond.^{4,5} Twee Nederlandse studies laten zien dat asielzoekers een tien keer grotere kans hebben op maternale sterfte en ruim vier keer zo veel kans hebben op ernstige maternale morbiditeit dan Nederlandse vrouwen.^{6,7} Ons eigen onderzoek laat zien dat asielzoekers in Ter Apel zeven keer meer kans hebben op perinatale sterfte dan de lokale bevolking in Noordoost-Groningen. Ook verblijven asielzoekers postpartum langer in het ziekenhuis en zijn hun baby's vaker dysmatuur.¹

Uitdagingen voor de geboortezorg

De vele sociale en migratiegerelateerde determinanten en het verhoogde risico op ongunstige zwangerschapsuitkomsten zorgen ervoor dat zwangere vluchtelingen een zeer kwets-

bare groep zijn. Het verlenen van effectieve geboortezorg van hoge kwaliteit is in deze populatie dan ook van groot belang voor de gezondheid van de moeders en hun baby's. Er zijn echter verschillende factoren die de geboortezorg voor zwangere vluchtelingen compliceren. Ten eerste wordt prenatale zorg vaak pas laat in de zwangerschap opgestart, waardoor zorgverleners minder tijd hebben om vrouwen te voorzien van adequate informatie.^{1,8} Dit kan deels verklaard worden doordat meer dan de helft van de asielzoekers die bevalt tijdens verblijf in een AZC al zwanger was bij aankomst in Nederland.²

Ook is de diversiteit van de vluchtelingenpopulatie een uitdaging voor de Nederlandse geboortezorg. De prevalentie van risicofactoren en ongunstige uitkomsten verschillen tussen subpopulaties migranten, waardoor er binnen de vluchtelingenpopulatie verschillen in kwetsbaarheid en zorgbehoefte bestaan.⁴

Hiernaast wordt de geboortezorg voor vluchtelingen vaak verder gecompliceerd door een cultuur-/taalbarrière, een laag opleidingsniveau, weinig kennis over het Nederlandse zorgsysteem, discontinuïteit van zorg wegens overplaatsingen tussen AZC's en/of door ongewenste zwangerschap.^{1,9} Uit een diepteanalyse die we hebben uitgevoerd op dossiers waarbij sprake was van perinatale sterfte, blijkt ook dat asielzoekers vaak afspraken bij hun verloskundige zorgverlener missen, moeite hebben met het (h)erkennen van alarmsymptomen en met het zoeken van de juiste hulp in het geval van problemen.¹

We kunnen concluderen dat het Nederlandse geboortezorgsysteem momenteel onvoldoende is toegerust op het bieden van adequate zorg aan deze kwetsbare zwangere populatie. Vanuit dit oogpunt lopen er momenteel verschillende initiatieven in Nederland. Voorbeelden hiervan zijn de campagne 'Tolken terug in de zorg, alstublieft' en verschillende perinatale groepszorgprogramma's.¹⁰

Perinatale groepszorg

Van origine is perinatale groepszorg een alternatieve vorm van zorg waarbij de individuele zwangerschapscontroles worden vervangen door groepsessies. In deze groepsessies combineert een verloskundige de medische controles met het verstrekken van informatie rondom de zwangerschap, de bevalling en de postpartum periode. Tot op heden is er nog geen onderzoek gedaan naar perinatale groepszorg in vluchtelingenpopulaties. Deze vorm van zorg lijkt echter wel een

voordelig effect te hebben op de zwangerschapsuitkomsten en patiënttevredenheid in andere hoogrisicopopulaties.¹¹ In kwalitatief onderzoek geven vrouwen aan dat ze zich in perinatale groepszorg veiliger voelen om hun ervaringen, zorgen en angsten te delen ten opzichte van de standaard een op een perinatale zorg. Ook voelen vrouwen zich door perinatale groepszorg minder alleen tijdens de zwangerschap en bouwen zij een betere band op met zorgverleners.¹²⁻¹⁴ Het is momenteel onbekend of perinatale groepszorg bij vluchtelingen dezelfde voordelen heeft als in andere populaties. In Nederland lopen op dit moment twee onderzoeksinitiatieven met als doel om uit te zoeken of perinatale groepszorg op zwangere vluchtelingen dezelfde positieve effecten heeft.

Interactieve groepsvoorlichting in Ter Apel

In het asielzoekerscentrum in Ter Apel wordt momenteel een pilot uitgevoerd waarbij interactieve groepsvoorlichting wordt aangeboden aan zwangere asielzoekers. Deze pilot wordt uitgevoerd in samenwerking met verloskundigenpraktijk New Life uit de regio Stadskanaal en Ter Apel. In dit pilotonderzoek krijgen asielzoekers – in aanvulling op de reguliere zorg – twee extra zwangerschapsvoorlichtingen in groepsverband. De thema's die besproken worden tijdens deze bijeenkomsten variëren van het herkennen van alarmsymptomen tot de zorgen die de moeders hebben. In het onderzoek vergelijken we kennis en tevredenheid met de zorg tussen vrouwen die wel en niet meedoen aan het groepszorgprogramma. De eerste ervaringen van de verloskundige die de groepen begeleidt en van de andere betrokkenen zijn erg positief. Allen geven aan dat deelnemende vrouwen beter weten wanneer en bij wie ze aan de bel moeten trekken dan vrouwen die alleen individuele zorg krijgen. Daarnaast ontstaat een band tussen zowel de zwangere asielzoekers onderling als tussen de vrouwen en de verloskundige. De vrouwen zijn door de groepszorg minder sociaal geïsoleerd en er ontstaan vriendschappen. Sommige vrouwen ondersteunen elkaar zelfs bij het kraambed op het asielzoekerscentrum.

Online Centering-support voor Eritrese zwangeren

Sinds 2017 loopt er een initiatief waarbij cultuursensitieve Centering Pregnancy wordt aangeboden aan Eritrese statushouders. Dit initiatief is begonnen in Amsterdam. Sinds de coronacrisis vinden de bijeenkomsten online plaats, waardoor vrouwen die door het hele land wonen bereikt kunnen worden. De groepszorg bestaat uit tien bijeenkomsten, negen prenataal en één postpartum. De bijeenkomsten worden georganiseerd ter aanvulling op de standaard individuele verloskundige zorg. De betrokken zorgverleners zien dat deze groepszorg een waardevolle aanvulling is op de reguliere zorg. Zij geven aan dat de vrouwen in deze Centering Pregnancy-groepen beter in staat zijn om zelfbewuste keuzes te maken tijdens de zwangerschap en de bevalling. Ook noemen zij *community building* (zowel offline als online) als een belangrijk voordeel van deze aanpak.¹⁵

Conclusie

Vluchtelingen zijn een zeer kwetsbare populatie met een complex risicoprofiel. Vanwege de specifieke situatie van zwangere vluchtelingen is zorg op maat voor deze populatie noodzakelijk. Ook biedt zwangerschapszorg een unieke kans om potentieel omkeerbare risicofactoren te identificeren en aan te pakken, zoals sociale isolatie, trauma, stress, lage gezondheidsvaardigheden/laaggeletterdheid, huiselijk geweld en roken. Perinatale groepsvoorlichtingen – in aanvulling op de standaardgeboortezorg – zouden mogelijk een uitkomst kunnen bieden voor het aanpakken van bovengenoemde risicofactoren.

Verder onderzoek

Er lopen op dit moment meerdere (onderzoeks)projecten met als doel het formuleren van specifieke adviezen voor zorg en beleid. Ons huidige onderzoek focust zich op het in kaart brengen van de Nederlandse zwangere vluchtelingenpopulatie, het identificeren van verbeterpunten in de huidige geboortezorg en perinatale groepszorg. Daarnaast doen wij ook onderzoek naar de haalbaarheid van perinatale screening voor mentale gezondheidsproblemen bij asielzoekers. Vanuit het Universitair Medisch Centrum Groningen werken we hiervoor samen met onderzoekers van het EGA-LITE-project en TNO. Aangezien vluchtelingen vaak een lange weg door meerdere Europese landen afleggen is het daarnaast ook wenselijk om te streven naar een gezamenlijke Europese aanpak van dit probleem.

Concrete acties voor zorgverleners

Naast deze projecten zijn er natuurlijk al concrete acties te formuleren voor zorgverleners.

- Plan extra tijd voor een consult en schakel een professionele tolk in als er sprake is van een taalbarrière. Een richtlijn voor tolkgebruik kunt u vinden in de *Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg*.¹⁶
- Geef uitleg over het Nederlandse zorgsysteem (eerste- en tweedelijnszorg, kraamzorg) en help vrouwen met het navigeren hierbinnen.
- Wees u bewust van praktische knelpunten die spelen, zoals financiële barrières, een beperkt sociaal netwerk en vervoersproblemen, en probeer hier in het beleid rekening mee te houden.
- Heb oog voor mogelijke symptomen van posttraumatische stress en psychische problemen, en betrek zo nodig maatschappelijk werk of verwijs door.
- Zorg voor een tijdige en goede overdracht van zorg in het geval van een transfer van een zwangere naar een AZC in een andere regio.

Aanmelden Eritrese zwangeren voor online Centering-support

In de informatiesheet voor verwijzers (te vinden op CenteringZorg.nl) leest u hoe u eenvoudig een Eritrese zwangere kunt aanmelden voor kosteloze deelname. Iedere maand gaat er een nieuwe groep van start.

Referenties

1. Verschuuren AEH, Postma IR, Riksen ZM, Nott RL, Feijen-de Jong EI, Stekelenburg J. Pregnancy outcomes in asylum seekers in the North of the Netherlands: a retrospective documentary analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):320. doi:10.1186/s12884-020-02985-x
2. Tankink J.B. & A.E.H. Verschuuren, Postma IR, van der Lans P, de Graaf JP, Stekelenburg J, Mesman AW. Childbirths and potential risk factors for adverse perinatal outcomes among asylum seekers in the Netherlands: a five-year cross-sectional study. *Artik Voorbereid*.
3. Feldman R, Action M, Council R. When maternity doesn't matter: dispersing pregnant women seeking asylum. *Reprod Health Matters*. 2013;21(42):212-217. doi:10.1016/S0968-8080(13)42721-0
4. van den Akker T, van Roosmalen J. Maternal mortality and severe morbidity in a migration perspective. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2016;32:26-38. doi:10.1016/j.bpobgyn.2015.08.016
5. Gieles NC, Tankink JB, Midde M van, et al. Systematic Review and Meta Analyses Maternal and perinatal outcomes of asylum seekers and undocumented migrants in Europe : a systematic review. *Eur J Public Health*. 2019;29(4):714-723. doi:10.1093/eurpub/ckz042
6. van Oostrum IEA, Goosen S, Uitenbroek DG, Koppenaal H, Stronks K. Mortality and causes of death among asylum seekers in the Netherlands, 2002-2005. *J Epidemiol Community Heal*. 2011;65(4):376-383. doi:10.1136/jech.2009.087064
7. Van Hanegem N, Miltenburg AS, Zwart JJ, Bloemenkamp KWM, Van Roosmalen J. Severe acute maternal morbidity in asylum seekers: A two-year nationwide cohort study in the Netherlands. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011;90(9):1010-1016. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01140.x
8. Choté AA, de Groot CJM, Bruijnzeels MA, et al. Ethnic differences in antenatal care use in a large multi-ethnic urban population in the Netherlands. *Midwifery*. 2011;27(1):36-41. doi:10.1016/j.midw.2009.07.008
9. J. Avezaat, F. Groenendijk. Zwangerschap en kraamperiode - Medische aspecten. <http://www.huisarts-migrant.nl/zwangerschap/>. Published 2016. Accessed September 12, 2017.
10. Johannes Wier Stichting. Campagne Tolken terug in de zorg, alstublieft. <https://www.johannes-wier.nl/bijzondere-dossiers/tolken-in-de-zorg-en-sociaal-domein/>. Accessed November 17, 2021.
11. Byerley BM, Haas DM. A systematic overview of the literature regarding group prenatal care for high-risk pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):329. doi:10.1186/s12884-017-1522-2
12. Novick G, Sadler LS, Kennedy HP, Cohen SS, Groce NE, Knafel KA. Women's Experience of Group Prenatal Care. *Qual Health Res*. 2011;21(1):97-116. doi:10.1177/1049732310378655
13. Kennedy HP, Farrell T, Paden R, et al. "I Wasn't Alone"-A Study of Group Prenatal Care in the Military. *J Midwifery Women's Heal*. 2009;54(3):176-183. doi:10.1016/j.jmwh.2008.11.004
14. McNeil DA, Vekved M, Dolan SM, Siever J, Horn S, Tough SC. Getting more than they realized they needed: a qualitative study of women's experience of group prenatal care. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12(1):17. doi:10.1186/1471-2393-12-17
15. ZonMw. Online centering corona voor Eritrese zwangeren en moeders. <https://publicaties.zonmw.nl/verhalen-van-corona-onderzoekers/online-centering-voor-zwangere-eritese-vrouwen-in-coronatijd/>. Accessed November 17, 2021.
16. Kwaliteitsnorm Tolkgebruik Bij Anderstaligen in de Zorg.; 2014. https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/kwaliteitsnorm_tolkgebruikdefinitieve_versie_augustus_2013.pdf. Accessed November 24, 2021

Samenvatting

Een groeiend aantal studies wijst erop dat vluchtelingen een grotere kans hebben op ongunstige zwangerschapsuitkomsten dan autochtone populaties. Aandacht voor het verlenen van passende geboortezorg die goed aansluit bij deze populatie is dan ook van groot belang. Het verlenen van geboortezorg wordt echter vaak gecompliceerd door verschillende factoren, zoals laat in zorg komen, het missen van afspraken, een taalbarrière, een laag opleidingsniveau, weinig kennis over het Nederlandse zorgsysteem en discontinuïteit van zorg wegens overplaatsingen. Perinatale groepsvoorlichtingen - in aanvulling op de standaard geboortezorg - zouden mogelijk een uitkomst kunnen bieden voor het optimaliseren van de geboortezorg voor vluchtelingen.

Trefwoorden

vluchtelingen, asielzoekers, statushouders, zwangerschapsuitkomsten, geboortezorg, perinatale groepsvoorlichtingen, Centering Pregnancy

Summary

A growing body of evidence shows that refugees and asylum seekers have a higher incidence of adverse preg-

nancy outcomes. Therefore, antenatal care specifically tailored to the needs of these populations is of the essence. However, perinatal care for refugees is often complicated by late admission to antenatal care, missed appointments, a language barrier, low educational attainment, little knowledge of the Dutch healthcare system and discontinuity of care due to relocations. A possible strategy to improve perinatal care for refugee and asylum-seeking women could be to offer perinatal group sessions in addition to the standard perinatal care.

Keywords

refugees, asylum seekers, pregnancy outcomes, perinatal care, group care, Centering Pregnancy

Contact

A.E.H. Verschuuren, a.e.h.verschuuren@umcg.nl

Verklaring belangenverstrengeling

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

Value Based Health Care in de verloskunde: sleutel tot succes?

dr. S.M.I. Kuppens *gynaecoloog, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven*

dr. L. van Eerden *gynaecoloog, Maastricht Ziekenhuis, Rotterdam*

dr. F.J. Korteweg *gynaecoloog, Martini Ziekenhuis, Groningen*

dr. D.P. van der Ham *gynaecoloog, Martini Ziekenhuis, Groningen*

drs. E.E. Blokhuis *gynaecoloog, St Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein*

drs. J.A. Kroese *gynaecoloog, Medisch Spectrum Twente, Enschede*

dr. B. Nolens *gynaecoloog, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen*

drs. J.H. de Kruif *gynaecoloog, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen*

dr. M.G. van Pampus *gynaecoloog, OLVG, Amsterdam*

Value Based Health Care (VBHC) oftewel waardegedreven zorg is een Amerikaans concept ontwikkeld door Michael Porter in 2006. Wij beschrijven hieronder onze VBHC-ervaringen in de verloskunde.

Introductie

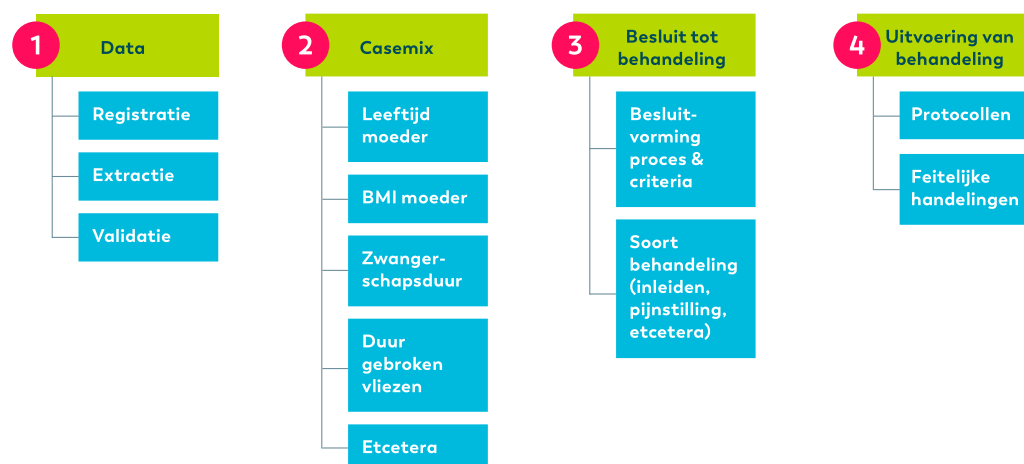
De theorie Value Based Health Care (VBHC) draait om het maximaliseren van zorguitkomsten voor de patiënt om vervolgens deze allerbeste zorg zo efficiënt mogelijk in te richten.¹ Sinds 2017 werken we bij Santeon, een samenwerking van zeven topklinische ziekenhuizen, aan VBHC. In het Samen Beter-programma nemen we specifieke aandoeningen onder de loep en bespreken we openlijk werkwijzen en resultaten. Zo leren we van elkaars uitdagingen en successen. Momenteel werken we aan zestien aandoeningen. Geboortezorg is gestart in 2017 en in 2021 zijn de eerste resultaten extern gepubliceerd.²

Werkwijze

Elke verbetercyclus bestaat uit een half jaar, waarbij drie stappen worden gevolgd: 1) data verzamelen en analyseren, 2) verschillen analyseren en 3) bespreken van de verschillen en het identificeren van verbeterinitiatieven.

- 1) Het begint met het vaststellen van een scorekaart. Dit is een indicatorenset die in de zes maanden na vaststellen wordt onderzocht. Een scorekaart bevat uitkomstindicatoren (zoals hoeveelheid bloedverlies, Apgar-scores), kostenindicatoren (zoals verblijfsduur, aantal polikliniekbezoeken) en procesindicatoren (pijnbestrijding en postpartum controles).
- 2) Nadat de scorekaart is vastgesteld, verzamelen data-analisten uit de verschillende ziekenhuizen de benodigde data. Medisch specialisten zijn nauw betrokken om deze data te valideren.
- 3) Iedere cyclus eindigt met een Santeon-brede bijeenkomst met medisch specialisten, projectleiders en data-analisten. Voor ieder gevonden verschil in uitkomsten worden vier stappen doorlopen om de verschillen zo gestructureerd en zorgvuldig mogelijk te duiden (figuur 1). Ten slotte worden er verbeterpunten opgesteld en wordt een aantal indicatoren uitgekozen voor verdiepende analyses. Om verbeterinitiatieven op te starten en implementatie van mogelijke verandering in beleid op de werkvloer te bevorderen, is er in elk ziekenhuis een lokaal verbeterteam dat bestaat uit zorgprofessionals vanuit alle betrokken disciplines (onder andere een gynaecoloog, kinderarts, klinisch verloskundige, O&G-verpleegkundige en arts-assistent).

Figuur 1. Stappen voor het duiden van variatie



Figuur 2. Ongeplande sectio caesarea bij inleiding of spontaan begin bij klinische NTSV-bevallingen in de tweede helft 2018 en de eerste helft 2019

Santeon ziekenhuis	Spontaan	Ingeleid
Catharina Ziekenhuis	8,1%	17,4%
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	7,7%	20,6%
Maasstad Ziekenhuis	9,8%	27,1%
Martini Ziekenhuis	14,2%	19,4%
Medisch Spectrum Twente	15,2%	27,6%
OLVG	12,8%	22,0%
St. Antonius Ziekenhuis	13,1%	22,2%

Figuur 3. Multipole logistische regressie met als afhankelijke variabele ongeplande sectio caesarea bij klinische NTSV-bevallingen (n= 7035)

Logistische regressie	Multivariaat		
Variabelen	Categorien	Odds ratio (CI 95%)	
Zwangerschapsduur	37w0d-40w6d	1,00(ref)	
	>41w	1,71 (1,49 - 1,96)***	
	Leeftijd	<35	
	>35	1,98 (1,70 - 2,31)***	
Sectio tov	CZE	1,00 (ref)	
	CWZ	1,04 (0,27 - 1,50)	
	MST	1,72 (1,24 - 2,41)***	
	Ziekenhuis	MSZ	
Ziekenhuis	MSZ	1,43 (1,02 - 2,01) **	
	MZH	1,45 (1,02 - 2,60)**	
	OLVG	1,49 (1,12 - 2,00)**	
	STA	1,49 (1,09 - 2,06)**	

** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$

Methode

Over de periode van twee cycli (van 1 juli 2018 tot en met 30 juni 2019) worden de data beschreven. Alleen in de NTSV-groep (nullipara, à terme, eenling in hoofdligging) zijn data op patiëntniveau beschikbaar en is een verdiepende logistische regressie verricht naar risicofactoren voor ongeplande sectio zoals maternale leeftijd (gedichotomiseerd in ouder of jonger dan 35 jaar) en zwangerschapsduur (gedichotomiseerd in boven of onder 41 weken). Hierbij werden geplande sectio's geëxcludeerd.

Voor de overige data geldt dat deze zijn verzameld op ziekenhuisniveau, waardoor we alleen gemiddelden beschrijven.

Resultaten

Sectio caesarea

In de periode van 1 juli 2018 tot en met 30 juni 2019 waren er 7035 klinische NTSV-bevallingen. Bij 1129 (13,2%) bevallingen werd een ongeplande sectio caesarea verricht. Het

Catharina Ziekenhuis en het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis hebben het laagste ongeplande sectio-percentage bij zowel inleiding als spontaan begin van de baring (figuur 2). Na logistische regressieanalyse met meenemen van maternale leeftijd en zwangerschapsduur, blijken deze verschillen statistisch significant (figuur 3).

De verdiepende analyse toonde aan dat het niet vorderen van de ontsluiting en uitdrijving een van de belangrijkste redenen voor ongeplande sectio in de NTSV-groep zijn. De belangrijkste maatregelen ter correctie van een niet-vorderende baring zijn bijstimulatie met oxytocine en pijnstilling. Daarop werden bijstimulatieschema's van oxytocine tussen de verschillende ziekenhuizen vergeleken (figuur 4). Uit figuur 4 valt op te maken dat ziekenhuizen die de oxytocine-dosering sneller ophogen een lager percentage ongeplande sectio's hebben en voor de meeste ziekenhuizen ook een lager fluxuspercentage.

Fluxus

Ook wat betreft fluxus zijn er onderlinge verschillen. In het Maasstad Ziekenhuis was er bij 3 procent van de klinische bevallingen sprake van fluxus. Dit was aanzienlijk lager dan bij de andere ziekenhuizen (figuur 5). Vergelijking van de protocollen tussen de Santeon-ziekenhuizen leverde geen belangrijke inzichten of verschillen op.

Ruptuur en episiotomie

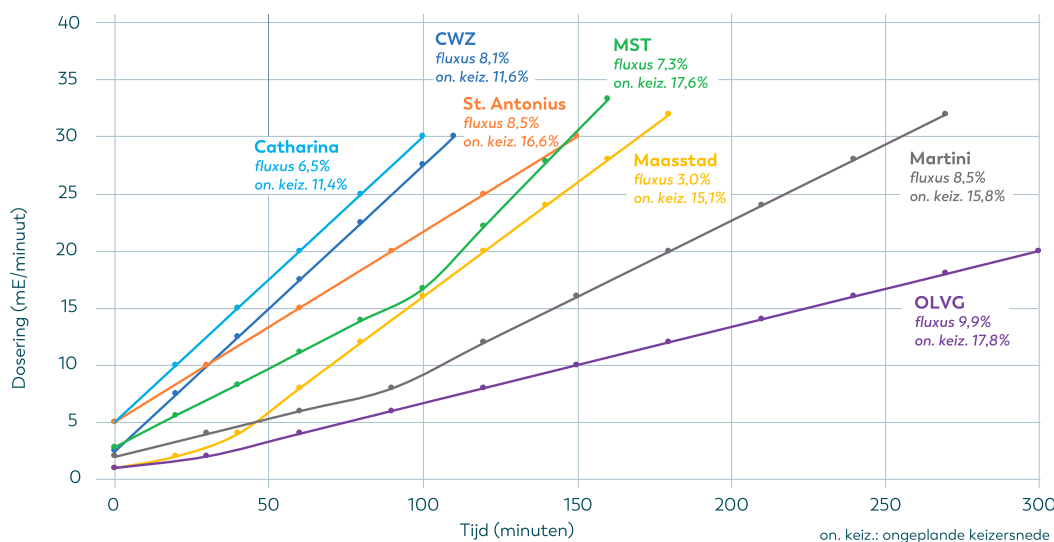
De Santeon-ziekenhuizen zetten zich in om het aantal totaal rupturen en episiotomieën te beperken (figuur 6). In het OLVG komen minder episiotomieën voor in vergelijking met de andere ziekenhuizen. Het OLVG onderscheidt zich door de hands-on-methode.

Neonatale infectie en duur van de antibiotica toediening

Uit analyses valt op dat het St. Antonius Ziekenhuis het minst vaak antibiotica aan neonaten geeft met daarbij de kortste duur (figuur 7).

Discussie

In Nederland bevallen ongeveer 160.000 vrouwen per jaar. Bijna 14 procent daarvan bevalt in één van de Santeon-ziekenhuizen. De onderlinge vergelijking tussen deze ziekenhuizen levert verrassende inzichten op. Er blijkt bijvoorbeeld een opvallend verschil tussen de ziekenhuizen in percentages

Figuur 4. Oxytocine bijstimulatieschema's bij de NTSV-bevalling**Figuur 5. Fluxus bij klinische bevallingen in de eerste helft 2018 tot en met de eerste helft 2019****Santeon ziekenhuis**

Catharina Ziekenhuis	6,5%	n=1.287
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	8,1%	n=1.511
Maasstad Ziekenhuis	3,0%	n=1.584
Martini Ziekenhuis	8,5%	n=1.775
Medisch Spectrum Twente	7,3%	n=1.673
OLVG	9,9%	n=5.276
St. Antonius Ziekenhuis	8,5%	n=2.688

Figuur 6. Ruptuur en episiotomie bij klinische bevallingen in de eerste helft 2018 tot en met de eerste helft 2019

Santeon ziekenhuis	Ruptuur 3° graads of meer	Episiotomie
Catharina Ziekenhuis	2,0% n=956	33,9% n=956
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	3,3% n=1.193	28,7% n=1.193
Maasstad Ziekenhuis	1,4% n=1.218	29,3% n=1.218
Martini Ziekenhuis	4,1% n=1.378	29,2% n=1.378
Medisch Spectrum Twente	2,7% n=1.210	39,4% n=1.210
OLVG	2,6% n=3.853	22,6% n=3.853
St. Antonius Ziekenhuis	4,8% n=1.912	23,8% n=2.029

Figuur 7. Antibioticagebruik bij neonaten en aantal dagen van antibioticagebruik

Santeon ziekenhuis	Binnen 4 dagen na bevalling antibiotica	Aantal dagen antibioticagebruik
Catharina Ziekenhuis	6,3%	3 n=1.226
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	6,5%	4 n=1.545
Maasstad Ziekenhuis	5,3%	5 n=1.680
Martini Ziekenhuis	5,6%	3 n=1.860
Medisch Spectrum Twente	6,7%	3 n=1.733
OLVG	5,2%	4 n=5.415
St. Antonius Ziekenhuis	2,9%	2 n=2.605

ongeplande sectio's in de NTSV-groep te zijn. Focus op het voorkomen van een ongeplande sectio in de NTSV-groep (een derde van alle sectio's in een ziekenhuis) levert korte, maar ook langetermijnwinst op.³ Inefficiënte contracties en het niet vorderen van de baring zijn voor een groot deel verantwoordelijk hiervoor. Vergelijking van processen leverde daarnaast nieuwe inzichten op: zo blijkt er bijvoorbeeld een groot verschil te zijn in de snelheid van oxytocinebijstimulatie. Mogelijk dat dit verschil van invloed is op het percentage ongeplande sectio's bij nullipara's en op het fluxuspercentage. Lokale verbetersteams zijn aan de slag gegaan met de implementatie van andere snellere oxytocinestimulatieschema's (de laatste stap in de verbetercyclus). De eerste resultaten hiervan laten een daling zien in het percentage ongeplande sectio's. Dit wordt de komende cycli opnieuw opgehaald om deze hypothese te bevestigen.

Het Maasstad Ziekenhuis is iedere cyclus het best scorende ziekenhuis als we kijken naar fluxuspercentage. Mogelijk is hun structurele focus op dit onderwerp, als ook hun uitgebreide scholingsprogramma met verloskundigen uit de eerste lijn hiervoor de verklaring. Op korte termijn zullen er werkbezoeken plaatsvinden om aanvullende verklarende factoren te identificeren, zodat we hopelijk in alle Santeon-ziekenhuizen het fluxuspercentage kunnen verlagen.

In het OLVG komen minder episiotomieën voor in vergelijking met de andere ziekenhuizen. Het OLVG onderscheidt zich door de hands-on-methode. Ook uit de literatuur blijkt deze methode een gunstig effect te hebben op het totaal aantal rupturen.⁴ Daarom is er van april 2019 tot januari 2020 een Santeon-brede training georganiseerd gericht op de hands-on-methode. De eerste cijfers laten een daling van het aantal episiotomieën zien bij de meeste Santeon-ziekenhuizen, zonder duidelijke toename van het aantal totaal rupturen. Een mogelijk verklaring voor de lage hoeveelheid antibiotica in het St. Antonius Ziekenhuis is de sepsiscalculator. Invoering van een sepsiscalculator vermindert wellicht overbodige toediening van antibiotica aan neonaten en kan de duur van antibiotica toediening doen dalen. De andere Santeon-ziekenhuizen nemen dit voorbeeld over.

Sterke punten

Zorgverleners uit alle zeven ziekenhuizen brengen hun behandelresultaten in kaart, delen deze met elkaar en gebruiken de inzichten om de zorg in de eigen ziekenhuizen continu te verbeteren. Door als professionals bij elkaar in de keuken te kijken, nemen wij de best practices van elkaar over. Met elkaar werken aan verbeteringen in de zorg is inspirerend. Daarbij is het niet moeilijk om transparant te zijn. Er is niet één ziekenhuis dat overal het best op scoort. Ieder ziekenhuis heeft zijn sterkere en zwakkere punten. Dat betekent dat we allemaal ruimte hebben om te verbeteren en dat we elkaar hierbij kunnen helpen. Het definiëren wat de best mogelijke zorg voor de laagst mogelijke kosten is, wordt door alle zeven partners bepaald.

Bij het opstellen van de scorekaart is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande indicatoren (onder andere Perined en ICHOM), zodat er geen additionele registratielast is en dit aansluit bij bestaande, gevalideerde standaarden. Op deze

manier zouden wij in de toekomst onze uitkomsten ook (inter)nationaal kunnen vergelijken.

Uitdagingen

Het belang van goede dataregistratie is cruciaal. Daarbij kunnen definities variëren en daarom is het belangrijk uniforme definities te gebruiken en die onderling nauwkeurig af te stemmen. Het ophalen van data is niet eenvoudig. De data zijn vaak opgeslagen in verschillende systemen (onder andere Epic, Hix, Mosos) en staan op verschillende plekken in het EPD. Datavalidatie is daarom zeer belangrijk en gebeurt door de medisch leiders. Het vertalen van verschillen in uitkomsten naar verbeteracties is niet eenvoudig. Door de veelheid aan data bestaat het gevaar door de bomen het bos niet meer te zien. Vaak zijn voor verschillen in uitkomsten ook verschillende verklaringen mogelijk. Het achterhalen van de oorzaken van deze verschillen is lastig, omdat het een complex geheel van verschillende factoren is die van invloed kunnen zijn. De Impact Methode helpt dan door het bieden van inzicht.⁵ Om een vertaalslag naar verbeteracties te maken worden processen (zoals bijvoorbeeld manier van inleiding, bijstimulatie, pijnstilling) geïnventariseerd en vergeleken en wordt literatuuronderzoek opgestart. Ook verdiepende analyses van data op patiëntniveau leveren interessante inzichten op. Het is hierbij een uitdaging om processen zoveel mogelijk te vereenvoudigen en patiëntgroepen zoveel mogelijk homogeen te maken om mogelijke correlaties tussen processen en uitkomsten boven water te krijgen.⁶

VBHC-initiatieven moeten ingezet worden vanuit een verbeter- en verander-mindset. Daarbij zijn verandermanagement en communicatie minstens net zo belangrijk als de juiste inhoud en het goede onderwerp.⁶ Een breed draagvlak binnen de eigen organisatie is daarbij essentieel. Het meemenen van collega-gynaecologen, maar ook verpleegkundigen, arts-assistenten en klinisch verloskundigen in het VBHC-project is daarbij cruciaal. Zij hebben allemaal contact met de vrouwen, hun kinderen en hun partners. En zien als eerste het effect van verbeteringen en spelen een belangrijke rol in het implementeren van nieuwe ideeën.

Het formeren van een dedicated team met een breed draagvlak, waarbij nieuwe ideeën en inzichten worden omarmd, is een voorwaarde voor succesvolle samenwerking van een VBHC-concept, zoals het Samen Beter-programma van Santeon. Noodzakelijke investering in tijd is hierbij cruciaal en daarvoor moet ruimte gecreëerd worden door de organisatie.

Toekomst

Momenteel wordt er gewerkt aan een platform, waarbij continu actuele patiënt-level data beschikbaar is. Hierdoor is het in de toekomst ook mogelijk om standaard case-mix correcties uit te voeren en meer inzicht te krijgen in de statistische verschillen tussen de ziekenhuizen.

Door bij elkaar op werkbezoek te gaan kunnen we leren van de werkwijze van het best scorende ziekenhuis voor een bepaalde parameter. Ook hebben we andere specialismen, zoals kinderartsen en anesthesiologen, bij onze verbetercyclus betrokken. Wij willen bij de komende verbetercycli samen verder met hen optrekken.

Ten slotte zijn wij bezig met het implementeren van PROM's (Patient Reported Outcome Measures). PROM's helpen ons inzichtelijk te maken welk effect bepaalde keuzes hebben op de manier waarop een vrouw haar bevalling beleeft. Het betrekken van patiënten in de VBHC-trajecten is een volgende stap die we willen gaan maken. Daarnaast hebben wij de wens om de gehele geboortezorgketen met eerstelijns verloskundigen en kraamzorg te betrekken in ons Samen Beter-verbetertraject. Met initiatieven in datauitwisseling tussen de eerste en tweedelijnszorg, zoals bijvoorbeeld het Babyconnect-project, zou dit mogelijk moeten worden.

Conclusie

Het vergelijken en bespreken van verschillende indicatoren levert waardevolle inzichten op, waarbij met kleine aanpassingen grote resultaten geboekt kunnen worden. Er is niet één ziekenhuis dat overal het beste op scoort. Ieder ziekenhuis heeft zijn sterkere en zwakkere punten. In de komende

jaren richten we ons op vergelijkingen middels PROM's, het betrekken van patiënten, en het betrekken van verloskundigen uit de eerste lijn en kraamzorg.

Referenties

1. Porter ME. What is Value in Health Care? *N Engl J Med* 2010; 363:2477-2481.
2. <https://santeon.nl/aandoening/geboortezorg/>
3. Brennan DJ, Robson MS, Murphy M, O'Herlihy C. Comparative analysis of international cesarean delivery rates using 10-group classification identifies significant variation in spontaneous labor. *Am J Obstet Gynecol* 2009 Sep;201(3):308.e1-308.e8.
4. Laine K, Gissler M, Pirhonen J. Changing incidence of anal sphincter tears in four Nordic countries through the last decades. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;146(1): 71-5.
5. Van Leijen J en Hasaart F. De Impact Methode: op weg naar gewenste impact. Eerste druk 2021.
6. Klop G en Rutte A. Value-Based Healthcare: the answer to our future healthcare challenges? Vintura 2021.

Samenvatting

Value Based Health Care (VBHC) oftewel waardegedreven zorg is een Amerikaans concept ontwikkeld door Michael Porter in 2006. Sedert 2017 zijn de zeven Santeon-ziekenhuizen gestart met het Samen Beter-programma, een VBHC-project in de geboortezorg. Het doel is de best mogelijke kwalitatieve zorg te bereiken voor de laagste kosten met de grootste patiënttevredenheid. Ieder half jaar worden data verzameld over de zorg die zwangeren (vanaf 32 weken) en hun kinderen ontvangen hebben in de zeven Santeon-ziekenhuizen. Deze resultaten worden geanalyseerd en verschillen tussen de ziekenhuizen worden vergeleken en openlijk bediscussieerd. Vervolgens worden verklaringen voor verschillen gezocht en verbeteringen daarop in ieder ziekenhuis geïmplementeerd. Door als professionals bij elkaar in de keuken te kijken, worden de beste resultaten van elkaar overgenomen. Met elkaar werken aan verbeteringen in de zorg is inspirerend. Wij bespreken hierbij onze ervaringen.

Trefwoorden

value-based health care, waardegedreven zorg, geboortezorg

Summary

Value Based Health Care (VBHC) is an American concept developed by Michael Porter in 2006. Since 2017, the

seven Santeon hospitals have started the "Samen Beter programma", a VBHC project in birth care. The goal is to achieve the best possible quality care for the lowest cost with the greatest patient satisfaction. Every six months, data are collected about the care that pregnant women (from 32 weeks) and their children have received in the seven Santeon hospitals. These results are analyzed and differences between hospitals compared and openly discussed. Explanations for differences are sought and improvements are implemented in each hospital. Working together on improvements in healthcare is inspiring. We discuss our experiences.

Keywords

value-based health care, evidence-based health care, obstetrics

Contact

dr. S.M.I. Kuppens,
simone.kuppens@catharinaziekenhuis.nl

Verklaring belangenverstrengeling

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

Plaveiselcelcarcinoom van de vulva na lasertherapie voor lichen sclerosus

drs. K.L. Groenewegen *anios Center for Gynecologic Oncology Amsterdam, NKI-AVL*

drs. F.O. Voss *promovendus gynaecopathologie, Center for Gynecologic Oncology Amsterdam, NKI-AVL; Pathologie, Amsterdam UMC*

dr. H.J.M.A.A. Zijlmans *gynaecologisch oncoloog, Center for Gynecologic Oncology Amsterdam, NKI-AVL*

drs. H. Vermaat *dermatoloog, Dermatologie, Spaarne Gasthuis, Haarlem*

dr. M. van Beurden *gynaecologisch oncoloog, Center for Gynecologic Oncology Amsterdam, NKI-AVL*

Ondanks dat lichen sclerosus een gouden therapiestandaard kent middels levenslang gebruik van ultrapotente (klasse IV) topische corticosteroïden (UTCS), is er een opmars van alternatieve behandelingsopties, onder andere gefractioneerde lasertherapie. Hierbij presenteren wij een casus waarin de patiënte via zelfverwijzing lasertherapie ondergaat, daardoor een delay ontstaat in verwijzing naar een gynaecoloog en waardoor zij uiteindelijk na meerdere therapieën gediagnosticeerd wordt met een plaveiselcelcarcinoom van de vulva.

Vulvaire lichen sclerosus (LS) is een chronische inflammatoire dermatose, veelal voorkomend bij postmenopauzale vrouwen, maar soms ook bij meisjes voor de menarche.¹ De incidentie is in de afgelopen twintig jaar bijna verdubbeld, met een piekincidentie bij vrouwen boven de 50 jaar van 33,4 per 100.000 vrouwjaren. Dit in vergelijking met slechts 3,5 per 100.000 vrouwjaren in de categorie 20-24 jaar.² De diagnose LS kan klinisch gesteld worden, en bij twijfel kan een biopsie de diagnose bevestigen.³ De belangrijkste risico van LS is maligne ontanding in een plaveiselcelcarcinoom (PCC) van de vulva. Met de huidige therapie met UTCS verbeteren symptomen en huidveranderingen van LS en wordt de kans op maligne ontanding kleiner.³⁻⁵ Maligne ontanding komt voor bij 6,7% van de vrouwen (cumulatieve incidentie na 20 jaar follow-up).² Meerdere therapieën zijn onderzocht, echter met onvoldoende resultaat in vergelijking met UTCS.^{3,6} Onderstaande casus laat het belang van een effectieve LS-behandeling zien, ook gelet op het risico van maligne ontanding.

Casus

Bij een gezonde 19-jarige patiënte is voor vulvaire pijn en jeuk, met een niet afwijkend gynaecologisch onderzoek, daktacort voorgeschreven. Dit had weinig tot geen effect, echter werd geen vervolgbehandeling ingezet. Vijf jaar later, op 24-jarige leeftijd, waren de klachten nog steeds aanwezig. Na online onderzoek dacht de patiënte zelf dat zij LS zou kunnen hebben. Zij kwam via zelfverwijzing bij een cosmetische laserkliniek. De huidtherapeute aldaar beschreef "vergroeiing van de kleine schaamlippen, witte plekken en scheurtjes" en zij bevestigde klinisch de diagnose LS. De patiënte onderging in deze cosmetische laserkliniek drie behandelingen gefractioneerde CO₂-laser/Er:YAG laser

(CO₂ 10.600 nm/Er:YAG, 1540 nm, spot size 12x12, density 150 cd, 3,4 joule / 22,5 cm, pulse-duration 0,75/5, 4,5 Watt, 1 Hz) met tussenpozen van vijf tot zes weken. Gedurende een van de behandelingen werd patiënte geadviseerd een gynaecoloog of dermatoloog te bezoeken voor adequate behandeling met UTCS, echter stelde patiënte dit zelf uit omdat zij de lasertherapie af wilde ronden alvorens nieuwe therapie te starten. Gedurende de behandelingen veranderde de fissuur op het linker labium minus in een ulcus, welke niet gelaserd werd. Na drie behandelingen ervoerde de patiënte verbetering van de witte plaques, en milde verbetering van de pijn, jeuk, dysurie en dyspareunie. De patiënte was inmiddels ongerust over het ulcus. Dit in tegenstelling tot de huidtherapeute, die door de leeftijd van de patiënte niet dacht aan een PCC, echter gaf zij door de ongerustheid van patiënte wel contactinformatie van een dermatoloog.

Twee weken na de laatste laserbehandeling bezocht de patiënte de dermatoloog. Bij dermatologisch onderzoek werden architecturale veranderingen gezien bestaand uit phimosis en agglutinaties van beide labia minora. Tevens werd er bij inspectie pallor waargenomen met aan de binnenzijde van het labium minus links een erosie. Het perineum en introïtus vertoonden enkele fissuren. Bij vaginaal toucher werd bekkenbodempertone geconstateerd. Er werd geen biopsie afgenomen. Patiënte kreeg Clobetasol zalf 0,5 mg/g voorgeschreven gedurende vier weken, met paraffine/vaseline als basiszalf. Na een maand was de erosie op het linker labium minus deels genezen, maar de hyperkeratose was toegenomen. Na de tweede maand was dit gebied verder verdikt en vergroot tot 1 cm in diameter (figuur 1A). Een 3 mm stans biopsie liet een niet HPV-geassocieerd PCC zien. Diepte-invasie kon niet worden beoordeeld.

De patiënte werd doorgestuurd naar het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis, waar zij een radicale lokale excisie onderging (figuur 1B). Histologisch onderzoek toonde een goed gedifferentieerd invasief PCC met een diameter van 5 mm en een maximale dikte van 1,2 mm. Er waren geen tekenen van lymfangio-invasie of perineurale groei. Alle marges waren met minimaal 2 mm vrij voor PCC. Wel is gedifferentieerde vulvaire intra-epitheliale neoplasie (dVIN) aangetoond in een snijrand, waarvoor patiënte een re-excisie van het litteken onderging, met een sentinel node procedure van de linker lies (figuur 1C). Beide waren niet afwijkend (PCC van de vulva, FIGO 1b).

Beschouwing

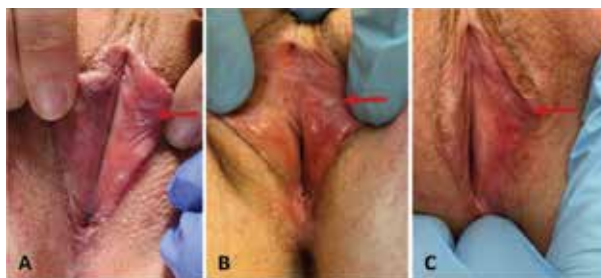
Voor zover ons bekend is dit de eerste casusbeschrijving van de ontwikkeling van een PCC van de vulva na lasertherapie voor LS. Een causaal verband in deze casus is overigens niet aan te tonen. Een aantal zaken valt op.

Ten eerste zou de CO₂/Er:YAG-laser de oorzaak kunnen zijn van maligne progressie van de LS. Het precieze histologische en carcinogene effect van gefractioneerde lasertherapie op het vulva-epitheel bij LS is namelijk onbekend.^{3,9} Mechanische en chemische traumata kunnen lokaal LS verergeren, ook wel bekend als het Koebner fenomeen of isomorf prik-keleffect.⁴ Via koebnerisatie kan omliggend weefsel geactiveerd worden en zo nieuwe LS-lesies induceren. In geen enkele LS-richtlijn wordt gefractioneerde lasertherapie (CO₂ of Er:YAG) aanbevolen. De standaard therapie bestaat uit UTCS,^{3,4} mede omdat het naast risicovermindering op progressie een significante vermindering geeft in patiënt-gerapporteerde symptomen.¹⁰ De richtlijn van de Europese Dermatologie en Venereologie Vereniging stelt voor om lasertherapie alleen te gebruiken indien UTCS onvoldoende werken, gebaseerd op bewijswaarden 2+ en 3 (case-control studies en case reports).⁴ Twee lopende studies onderzoeken de effecten van CO₂-lasertherapie bij LS. De CURLS-trial is een fase 3 gerandomiseerde trial met gefractioneerde CO₂-lasertherapie in vergelijking met topische clobetasol propionaat in LS.¹¹ Een andere gerandomiseerde dubbelblinde trial onderzoekt het effect van gefractioneerde CO₂-lasertherapie bij vrouwen met histologisch gediagnosticeerde LS (Clinicaltrials.gov, NCT03665584). Afhankelijk van de uitkomst van deze studies zou lasertherapie een mogelijke toekomstige optie kunnen zijn in de behandeling van LS.

Ten tweede wordt bij vulvaire LS een stansbiopsie aanbevolen bij 1) diagnostische onzekerheid, 2) verdenking op neoplasie en 3) onvoldoende resultaat van de ingestelde therapie.³ De patiënte had adequaat gediagnosticeerd en behandeld moeten worden, alvorens te starten met gefractioneerde lasertherapie. Gezien het ontstaan van hyperkeratotische plaques en erosie, was een doorverwijzing op korte termijn naar een gespecialiseerd gynaecoloog of dermatoloog beter geweest.³

Ook zou de diagnose LS zonder dVIN, de HPV-negatieve voorloperafwijking van PCC van de vulva, onjuist geweest kunnen zijn. Het onderscheid tussen LS en dVIN is namelijk klinisch en histologisch soms lastig te maken. Van De Nieuwenhof toonde aan dat bij de revisie van 60 LS-biopsen in 42% al dVIN aanwezig bleek te zijn.⁷ In de huidige casus zouden de afwijkingen, zoals beschreven werd bij de eerste behandeling in de laserkliniek, al een dVIN-laesie of micro-invasie kunnen bevatten. Aangezien het eerste biopsie pas vijf maanden hierna werd genomen, is onbekend of er al sprake was van een PCC. Derhalve was een biopsie hier op zijn plaats geweest.

Ten slotte heeft het uitstellen van de behandeling met UTCS mogelijk bijgedragen aan de progressie van LS tot dVIN en PCC. Het is aangetoond dat regelmatig gebruik van UTCS de kans op progressie tot een maligniteit kan voorkomen; bij compliance was de kans 0% en bij non-compliance wordt de kans 4,7%.⁵ Ook het delay tussen 19 en 24 jarige leeftijd en het uitstellen van het bezoek aan een dermatoloog kan



Figuur 1. A: Situatie na 3 cycli van CO₂/Er:YAG laser therapie en 2 maanden van UTCS behandeling met Clobetasol propionate 0,05% ointment. De aandoening had progressie tot een erosie van 1 cm in diameter. B: Situatie vlak voor de operatie, na 3 maanden van UTCS behandeling. Clitoraal phimosis en atrofische plaques zijn zichtbaar, met op het linker labium minuscule ulceratieve laesies. Een biopsie toonde een VSCC. C: Situatie na de radicale lokale excisie.

mogelijk bijgedragen hebben aan de progressie van LS. De cumulatieve incidentie van een PCC bij vrouwen met LS na vijf jaar is 2,1%.^{2,8} Deze studies rapporteerden echter geen vrouwen onder de 30 jaar en er is niet beschreven of deze patiënten corticosteroiden gebruikten. Aangezien onze patiënte geen corticosteroiden heeft gebruikt, zou in haar geval het risico op PCC hoger kunnen zijn.

Concluderend is het wenselijk om LS te behandelen volgens de huidige richtlijnen en bij onvoldoende effect van UTCS of verdenking op dVIN of een PCC een biopsie te nemen om de juiste therapie in te kunnen stellen, ook bij jonge patiënten.

Referenties

- Cooper, S. M., Gao, X. H., Powell, J. J. & Wojnarowska, F. Does treatment of vulvar lichen sclerosus influence its prognosis? Arch. Dermatol. 140, 702-706 (2004).
- Bleeker, M. C. G., Visser, P. J., Overbeek, L. I. H., Van Beurden, M. & Berkhof, J. Lichen sclerosus: Incidence and risk of vulvar squamous cell carcinoma. Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. 25, 1224-1230 (2016).
- Lewis, F. M. et al. British Association of Dermatologists guidelines for the management of lichen sclerosus, 2018. Br. J. Dermatol. 178, 839-853 (2018).
- Kirtschig, G. et al. Evidence-based (S3) Guideline on (anogenital) Lichen sclerosus. J. Eur. Acad. Dermatology Venereol. 29, e1-e43 (2015).
- Lee, A., Bradford, J. & Fischer, G. Long-term management of adult vulvar lichen sclerosus: A prospective cohort study of 507 women. JAMA Dermatology 151, 1061-1067 (2015).
- Lewis, F. M. et al. British Association of Dermatologists guidelines for the management of lichen sclerosus, 2018. Br. J. Dermatol. 178, Supplementary information, appendix C. p12-16 (2018).
- Van De Nieuwenhof, H. P. et al. Differentiated vulvar intraepithelial neoplasia is often found in lesions, previously diagnosed as lichen sclerosus, which have progressed to vulvar squamous cell carcinoma. Mod. Pathol. 24, 297-305 (2011).
- Spekreijse, J. J. et al. The risk of developing squamous cell carcinoma in patients with anogenital lichen sclerosus: A systematic review. Gynecol. Oncol. 157, 671-677 (2020).
- Preti, M. et al. The Clinical Role of LASER for Vulvar and Vaginal Treatments in Gynaecology and Female Urology: a Best Practice Document. J Low Genit Tract Dis 23, 151-160 (2019).
- Funaro, D., Lovett, A., Leroux, N. & Powell, J. A double-blind, randomized prospective study evaluating topical clobetasol propionate 0.05% versus topical tacrolimus 0.1% in patients with vulvar lichen sclerosus. J. Am. Acad. Dermatol. 71, 84-91 (2014).
- Burkett, L., Siddique, M., Zeymo, A., Gutman, R. E. & Park, A. J. A randomized controlled trial of clobetasol propionate versus fractionated CO₂ laser for the treatment of lichen sclerosus (CURLS). Am. J. Oncol. Gynaecol. [oral pres, S766 (2020).

Samenvatting

Vulvaire lichen sclerosus (LS), een chronische dermatose, laat een verdubbeling in incidentie zien over de afgelopen twintig jaar. Het belangrijkste risico van LS is maligne ont-aarding in een plaveiselcelcarcinoom. Dit kan voorkomen worden door topicale behandeling middels een klasse IV corticosteroïd, wat levenslang gebruikt dient te worden. In principe is LS een klinische diagnose, echter indien er twijfel bestaat is het belangrijk om verdere diagnostiek te verrichten middels een biopsie. Ook dient er tijdig doorverwezen te worden naar de tweede lijn voor adequate therapie en bij verdenking op een maligniteit. Andere therapie dan topicale corticosteroïden, zoals bijvoorbeeld gefractioneerde lasertherapie, zijn nog niet bewezen effectiever.

Trefwoorden

lichen sclerosus, plaveiselcelcarcinoom van de vulva, gefractioneerde CO₂-laser, biopsie, behandelvertraging

Summary

Vulvar lichen sclerosus (LS), a chronic dermatosis, shows a fifty percent increase in incidence over the past 20 years. The most important complication of LS is malignant progression into a vulvar squamous cell carcinoma. Progression can be prevented by lifelong treatment with ultrapotent topical corticosteroids. LS is a clinical diagno-

sis, however a biopsy must be performed when there is uncertainty about the diagnosis. Furthermore, referral to a specialist is necessary for adequate therapy and if malignancy is suspected. Other forms of therapy, such as fractionated CO₂ laser therapy, are not proven to be more effective than ultrapotent topical corticosteroids.

Keywords

lichen sclerosus, vulvar squamous cell carcinoma, fractionated CO₂-laser, biopsy, treatment delay

Contact

K.L. Groenewegen, k.l.groenewegen@olvg.nl

Verklaring belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling. De patiënte heeft toestemming verleend om persoonlijke informatie en afbeeldingen te gebruiken voor dit casereport en is zich ervan bewust dat betreffende data gepubliceerd zullen worden in een medisch tijdschrift.

Toestemming van patiënte voor publicatie

Patiënte heeft toestemming gegeven voor de publicatie van de casus en afbeeldingen. Zij heeft de tekst gelezen en akkoord bevonden.

Quiz: Wat weet jij over de KBT, FMT en anti-D?

dr. N.F. Dirks *klinisch chemicus i.o.**

M. Drysdale *klinisch verloskundige, physician assistant i.o.**

drs. K.F. de Geus *gynaecoloog i.o.**

dr. J.C. Zant *klinisch chemicus*

dr. J.M.J. Bais *gynaecoloog*

Allen werkzaam in de Noordwest Ziekenhuisgroep, Alkmaar en Den Helder

** Deze auteurs hebben op gelijke mate bijgedragen aan het artikel*

Test je kennis over de Kleihauer-Betke test, foetomaternale transfusie en anti-D met behulp van deze korte quiz naar aanleiding van onze casus van een zwangere vrouw met een stomp buiktrauma.

Deel 1

De casus

Een 19-jarige primigravida, 20 weken en 5 dagen zwanger, wordt via de spoedeisende hulp gepresenteerd op de verloskamers in verband met een stomp buiktrauma. Zij is als bijrijder betrokken bij een kop-staartbotsing, waarbij minimale schade aan het voertuig is ontstaan en de airbags niet zijn geactiveerd. De patiënte is hemodynamisch stabiel en er is geen zichtbaar letsel. Zij heeft aanvankelijk pijn ter hoogte van de onderste band van de veiligheidsgordel. Gedurende een observatieperiode van zes uur zijn maternale controles niet afwijkend, de uterus soepel en verdwijnt de pijnlijkheid van de buik. Echoscopisch worden foetale hartactie en normale kindsbewegingen gezien en een aanliggende placenta op de voorwand. De patiënte is Rhesus (Rh)D-negatief en krijgt 1000 internationale eenheden (IE) anti-D-immuunoglobuline (anti-D) toegediend om immunisatie te voorkomen. Protocollair wordt een Kleihauer-Betke test afgenomen ter beoordeling van een eventuele foetomaternale transfusie (FMT), waarop dan extra anti-D toegediend dient te worden. De patiënte verlaat het ziekenhuis die avond in goede conditie. De volgende ochtend is de uitslag van de Kleihauer-Betke test bekend, deze is positief, te weten 1,1% (referentiewaarde <0,1%).

Vraag 1. Wat betekent deze uitslag van de Kleihauer-Betke test?

- A. Naar schatting 1,1% van de foetale erythrocyten is naar de maternale circulatie getransfundeerd.
- B. Naar schatting 1,1% van de erythrocyten in de maternale circulatie bevat grotendeels HbF.
- C. Naar schatting 1,1% van het aantal onderzochte erythrocyten is RhD-positief.

Voorafgaand aan deze presentatie met stomp buiktrauma was het beloop van de zwangerschap reeds gecompliceerd door een maternale anemie. In verband met een Hb van 5,6 mmol/L was de patiënte in het eerste trimester door de eerstelijns verloskundige naar de huisarts verwezen voor onder-

zoek naar de anemie. Hierbij werden een heterozygote bèta-thalassemie en een ijzerdeficiëntie vastgesteld. Hierop werd gestart met ijzersuppletie en werd de verloskundige zorg voor deze zwangere bij 14 weken amenorroe overgedragen aan onze kliniek. Het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) bij 19 weken toonde biometrie op de p 50 en een verdikte tricuspidalisklep met vergroot rechter atrium. Ter beoordeling van deze afwijking is geavanceerd ultrageluids-onderzoek (GUO-II) gepland. De verdere algemene voorgeschiedenis en familieanamnese van patiënte vermeldde geen bijzonderheden.

Op basis van de uitkomst van de Kleihauer-Betke test wordt de patiënte gevraagd direct retour te komen. Echoscopisch worden wederom normale hartactie en kindsbewegingen gezien. Ook wordt een *peak systolic velocity* (PSV) van de arteria cerebri media (ACM) gemeten, deze is normaal (<1,55 MoM). Hiermee wordt een foetale anemie op dit moment onwaarschijnlijk geacht. Na beoordeling van de uitslag van de Kleihauer-Betke test wordt toch besloten om nog 2000 IE extra anti-D toe te dienen.

Vraag 2. Welk van de onderstaande bewering(en) over anti-D is/zijn waar:

- A. Anti-D kan de placenta passeren.
- B. Anti-D-toediening kan schadelijk zijn voor de zwangere.
- C. Anti-D is schaars.

Zie voor antwoorden, uitleg en vervolg van de casus verderop in deze uitgave.

Deel 2

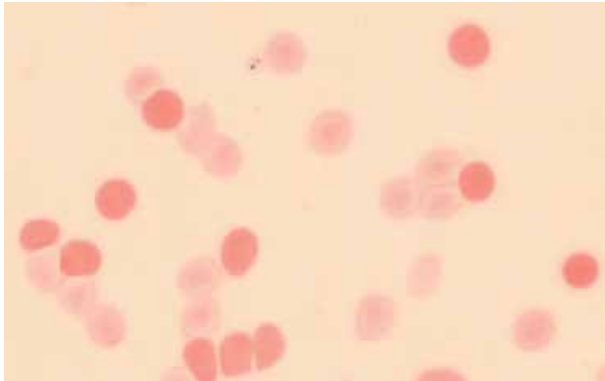
Antwoord en bespreking vraag 1

Antwoord B is het juiste antwoord: een uitslag van een Kleihauer-Betke test van 1,1% betekent dat naar schatting 1,1% van de erythrocyten in de maternale circulatie grotendeels HbF bevat.

De Kleihauer-Betke test

De Kleihauer-Betke test is een laboratoriumtest die gebruikt wordt om te onderzoeken of er mogelijk sprake is geweest van FMT. De test kan onderscheid maken tussen erythrocyten die voornamelijk HbA bevatten en erythrocyten die voornamelijk HbF bevatten. Volwassen erythrocyten bevatten

normaal gesproken zo'n 97% HbA, terwijl foetale erythrocyten vooral HbF bevatten, zo'n 70-90%, afhankelijk van zwangerschapsduur. Erythrocyten die een hoog percentage HbF bevatten kleuren in de Kleihauer-Betke test rozerood aan, terwijl erythrocyten die voornamelijk HbA bevatten niet aankleuren en er (afhankelijk van het gebruikte protocol) doorzichtig of lichtroze uitzien (figuur 1). Onder de microscoop worden de rozerood aangekleurde erythrocyten handmatig geteld en als percentage ten opzichte van het totaal aantal erythrocyten gerapporteerd.



Figuur 1. Voorbeeld van een positieve Kleihauer-Betke test. Erythrocyten met een hoog gehalte aan HbF kleuren rozerood. De lichtroze cellen bevatten voornamelijk HbA. Bij een negatieve Kleihauer-Betke test kleuren alle erythrocyten lichtroze.

Om de omvang van een mogelijke FMT te schatten bestaan verschillende omrekenformules, die in een onlangs verschenen stuk in het NTOG zijn beschreven.¹ Hiermee worden de gevonden percentages uit de test omgerekend naar een volume. Daarbij wordt de veronderstelling gedaan, dat alle erythrocyten die aankleuren in de test van foetale oorsprong zijn. De uitslag van 1,1% in deze casus zou dan omgerekend naar bloedvolume ongeveer 55 ml foetaal bloedverlies betekenen. Bij een acuut trauma zou een acute FMT aannemelijk zijn. Bij deze zwangerschapstermijn, en het geringe totale foetale bloedvolume, ongeveer 40 ml (bij een geschat bloedvolume van 120 ml/kg en het veronderstelde foetale gewicht van 0,350 kg), zou dit een complete verbloeding betekenen, wat niet past bij de klinische bevindingen.² Een chronische FMT kan op een gegeven moment ook een hoog percentage foetale erythrocyten in de maternale circulatie geven. Foetale erythrocyten kunnen namelijk lang, tot wel drie maanden, blijven circuleren.³ Dit scenario is bij het recente trauma echter niet aannemelijk.

Er zijn situaties denkbaar waarbij erythrocyten van de moeder een verhoogd percentage aan HbF bevatten, en dus aankleuren. Bij het aanvragen en interpreteren van de uitslag van een Kleihauer-Betketest moet met deze mogelijkheid rekening gehouden worden. Een verhoogd matернаal HbF kan voorkomen bij β -thalassemie, $\delta\beta$ -thalassemie of hemoglobineopathiën, zoals sikkelcelanemie.⁴ Door de verminderde aanmaak van β -ketens, bij β -thalassemie, of aanmaak van Hb-varianten, zoals in sikkelcelanemie, kan de synthese van

γ -ketens voor HbF compensatoir verhoogd zijn. Hetzelfde kan voorkomen bij een ernstige hemolytische anemie. Er bestaat ook een onschuldige asymptomatische genetische afwijking die kan zorgen voor een persisterend hoog HbF bij een volwassene (HPFH). Ten slotte kan behandeling met hydroxyurea bij bijvoorbeeld chronische myeloïde leukemie, essentiële trombocytomie of polycythaemia vera, zorgen voor een verhoging van het percentage HbF.⁴ Het mechanisme daarachter is vooralsnog onduidelijk. Middels het alternatief voor de Kleihauer-Betke test, de dual parameter flowcytometrische bepaling, kan wel onderscheid worden gemaakt tussen foetale en maternale HbF-bevattende erythrocyten, door ook een tweede verschil tussen maternale en foetale erythrocyten mee te nemen.⁶ Maternale HbF-bevattende cellen brengen namelijk een enzym tot expressie (carboanhydrase, CA) dat de foetale erythrocyten nog niet bevatten. Door ook naar expressie van dit enzym te kijken in de dual-parameter flowcytometrische bepaling zijn maternale en foetale HbF-bevattende cellen afzonderlijk van elkaar te onderscheiden. Situaties waarbij erythrocyten van de moeder een verhoogd percentage HbF bevatten leiden dan niet tot een overschatting van een mogelijke FMT.

Met zowel de Kleihauer-Betke test als de dual-parameter flowcytometrische bepaling kan een FMT echter ook worden gemist of onderschat. In het geval van ABO-antagonisme tussen moeder en foetus kunnen de foetale cellen dermate snel worden opgeruimd door de antistoffen in de bloedsomloop van de moeder, dat ze gemist worden in de diagnostiek. In dit specifieke geval kan het bepalen van de concentratie alfafoetoproteïne (AFP) in het bloed van de moeder een mogelijkheid zijn om een FMT alsnog aannemelijk te maken.⁷

Antwoord en bespreking vraag 2

De beweringen A, B en C zijn alle drie waar, hieronder worden de uitspraken nader toegelicht:

Anti-D kan de placenta passeren

Deze bewering A is waar. Anti-D is een concentraat van IgG immunoglobulines welke actief over de placenta worden getransporteerd.⁸ Hiermee bestaat potentieel risico op hemolyse bij een rhesus positieve foetus. Bij reguliere doseringen anti-D lijkt echter geen significante hemolyse op te treden bij de foetus. Bij onderzoek onder zowel matuur als prematuur geboren kinderen werd geen significante hemolytische reactie waargenomen na één of tweemaalige anti-D toediening in de zwangerschap. Verondersteld wordt dat de titer van antistoffen niet hoog genoeg is in de foetus om tot hemolyse te leiden.⁹

Anti-D-toediening kan schadelijk zijn voor de zwangere

Deze stelling B is in theorie waar, alhoewel het risico voor de patiënte klein is. De kans is groot dat we tijdens onze gehele loopbaan nooit een nadelig effect van anti-D bij een zwangere of kraamvrouw zullen zien. Toch is het goed om stil te staan bij het feit dat anti-D een bloedproduct is. Het risico van overdracht van met bloed overdraagbare infecties kan daarmee niet helemaal worden uitgesloten. Hiernaast is een

transfusiereactie mogelijk bij toediening van grote hoeveelheden anti-D. Voor de beeldvorming; er wordt geadviseerd 100 IE Anti-D toe te dienen per milliliter getransfundeerde erythrocyten. Als grote hoeveelheden anti-D geïndiceerd zijn en er daadwerkelijk foetale RhD-positieve erythrocyten afgebroken worden, moeten extra controles en bepaling van hemolyse parameters plaatsvinden. Het farmacotherapeutisch kompas geeft geen indicatie vanaf welke hoeveelheden dit risico verhoogd is. Ernstige hemolytische reacties zijn voornamelijk beschreven bij behandeling van RhD positieve patiënten die behandeld werden met anti-D voor immuun trombocytopenie (ITP).¹⁰ Een anafylactische reactie op anti-D toediening wordt zelden beschreven. Dit risico is groter voor patiënten met een IgA-deficiëntie. Verder is de toediening van immunoglobulines in verband gebracht met arteriële en veneuze trombo-embolische processen. Voorzichtigheid is geboden, zeker bij bestaan van extra risicofactoren.¹¹

Anti-D is schaars

Deze bewering C is waar. Het is niet vanzelfsprekend dat er in Nederland voldoende anti-D beschikbaar is. Wereldwijd bestaat een tekort aan anti-D. Anti-D is een plasmaproduct gemaakt uit het gedoneerde plasma van een relatief kleine groep, deels voor dit doel geïmmuniseerde donoren.¹² Deze groep donoren wordt steeds kleiner, juist omdat het preventieprogramma erythrocytenimmunisatie zo succesvol is. Sinds invoering van het landelijke preventieprogramma erythrocytenimmunisatie is het optreden van resusimmunisatie gedaald van 3,5% in 1969 tot 0,29% in 2004.¹³ Het aantal gevallen van intra-uteriene sterfte is hiermee gedicimeerd, maar daarmee dus ook het aantal potentiële donoren.¹⁴ In Nederland is de productie van RhDQuin[®], dat gemaakt werd uit plasma van Nederlandse donoren, recent gestopt. Daarnaast werd ook al Rophylac[®] gebruikt binnen het landelijke preventieprogramma en voor intraveneuze toediening van grotere hoeveelheden anti-D, indien er sprake was van een grote FMT. Rophylac[®] wordt geproduceerd door het wereldwijd actieve bedrijf CSL. Tot op heden is nog niet gelukt effectieve synthetische monoclonale anti-D preparaten te produceren.

Afloop casus en reflectie

Bij verdere controles, twee dagen na de opname voor stomp buiktrauma, en een week later bij de geplande derdelijns echo (GUO-II), was steeds geen aanwijzing voor foetale anemie op basis van de PSV meting in de ACM. Bij de GUO-II wordt een musculair ventrikelseptum defect gezien, waarvoor een afspraak één maand postpartum bij de kindercardioloog werd geadviseerd.

De persisterende goede foetale conditie, bij een veronderstelde forse FMT eerder in de zwangerschap, zorgde uiteindelijk voor heroverweging van de eerder veronderstelde diagnose. Dientengevolge bleek dat de gevonden uitkomst van de Kleihauer-Betke test niet op basis van foetale HbF-cellen berustte, maar het gevolg was van het verhoogde percentage maternaal HbF bij de heterozygote bèta-thalassemie. Bij de reguliere prenatale screening erythrocytenimmunisatie

(PSIE) bij 27 weken werden geen relevante irregulaire antistoffen gevonden, anders dan verwacht na toediening van anti-D eerder in deze zwangerschap. Na anti-D-profylaxe in de zwangerschap blijven de anti-D antistoffen namelijk altijd nog een tijd aantoonbaar. In deze casus was de gevonden anti-D titer 1:1. Een titer <1:4 wordt, in het geval van een gemelde anti-D-toediening in de zwangerschap, gezien als passend bij deze anti-D-profylaxe. Patiënte kreeg bij 30 weken volgens protocol opnieuw 1000 IE anti-D. Zij beviel bij 41 weken zwangerschapsduur spontaan van een zoon in goede conditie.

Naar aanleiding van deze casus hebben we in onze kliniek de communicatie tussen de gynaecologen in de klinische praktijk en de laboratoriumspecialist klinische chemie geëvalueerd. Het bleek dat de klinische zorgverleners onvoldoende op de hoogte waren van de invloed van maternaal HbF op de uitkomst en interpretatie van de Kleihauer-Betke test. Anderzijds werd door het laboratorium de test uitgevoerd en een afwijkende uitslag doorgegeven, zonder te reflecteren op de mogelijke foutieve interpretatie door het aanwezige maternaal HbF, omdat gegevens hieromtrent voor het laboratorium niet beschikbaar waren. Om in het vervolg deze fouten te voorkomen zijn scholingen gegeven aan alle klinische zorgverleners en zijn werkafspraken gemaakt, waarbij het systeem bij aanvraag van een Kleihauer-Betke test actief navraagt of er sprake is van hemoglobinopathieën bij de patiënt. Bij twijfel wordt laagdrempeliger overlegd tussen de zorgverlener en de laboratoriumspecialist klinische chemie.

Leerpunten

- De Kleihauer-Betke test geeft het percentage HbF-bevattende erythrocyten aan dat is gevonden in maternaal bloed. Bij het interpreteren van de uitslag van deze testen moet men beducht zijn op de mogelijkheid dat HbF van maternale oorsprong kan zijn en dus geen foetomaternale transfusie weerspiegelt.
- Alleen dual-parameter flowcytometrie maakt betrouwbaar onderscheid tussen HbF-bevattende cellen van foetale of maternale oorsprong en kan in specifieke gevallen worden overwogen.
- Vaar niet uitsluitend op laboratoriumuitslagen, maar combineer deze met de klinische presentatie van de patiënt. Als deze niet met elkaar kloppen, heroverweeg dan (multi-disciplinair) je diagnose. Bij verdenking op foetale anemie is een peak systolic velocity van de arteria cerebri media (PSV-ACM) de gouden standaard.
- Ga bewust om met anti-D-toediening. Realiseer dat dit wereldwijd een schaars product is en dat het nog steeds gaat om een menselijk plasmaproduct met een kleine, maar niet uit te sluiten kans op overdracht van infecties of een hemolytische reactie.

Referenties

1. Noulard, D.P.A. van den, Mooij, R., Laar, R. van de & Broen, K.C.J. Diagnostiek naar foetomaternale transfusie. NTOG. 2020;133:246-9.
2. Pasman SA, van den Brink CP, Kamping MA, Adama van Scheltema PN, Oepkes D, Vandenbussche FP. Total blood volume is maintained in nonhydropic fetuses with severe hemolytic anemia. Fetal Diagn Ther. 2009;26(1):10-5.

3. Dziegiel MH, Koldkjaer O, Berkowicz A. Massive antenatal fetomaternal hemorrhage: evidence for long-term survival of fetal red blood cells. *Transfusion*. 2005 Apr;45(4):539-44.
4. Amato, A., Cappabianca, M.P., Perri, M., Zaghis I., Grisanti, P., et al. Interpreting elevated fetal hemoglobin in pathology and health at the basic laboratory level: new and known γ - gene mutations associated with hereditary persistence of fetal hemoglobin. *Int J Lab Hematol*. 2014 Feb;36(1):13-9.
5. Rochette, J., Craig, J. E. & Thein, S. L. Fetal hemoglobin levels in adults. *Blood Reviews*. 1994;8(4):213-24.
6. Porra V., Bernaud, J., Gueret, P., Bricca, P., Rigal, D., et al. Identification and quantification of fetal red blood cells in maternal blood by a dual-color flow cytometric method: evaluation of the Fetal Cell Count kit. *Transfusion*. 2007 Jul;47(7):1281-9.
7. den Besten, G., van der Weide, K., Schuerman, F.A.B.A., Michael Cotten C., Rondeel J.M.M. Establishing the cause of anemia in a premature newborn infant. *Lab Med*. 2018 Jul 5;49(3):e74-e77.
8. Pollock, J.M., & Bowman, J. M. Placental transfer of Rh antibody (anti-D IgG) during pregnancy. *Vox sanguinis*, 1982;43(6), 327-334.
9. Maayan-Metzger A, Leibovitch L, Schushan-Eisen I, Morag I. & Strauss T. Maternal anti-D prophylaxis during pregnancy and risk of hemolysis among preterm infants. *J Perinatol*. 2014 Dec;34(12):906-8. doi: 10.1038/jp.2014.134. Epub 2014 Jul 24. PMID: 25058747.
10. Gaines A.R., Disseminated intravascular coagulation associated with acute hemoglobinemia or hemoglobinuria following Rh0 (D) immune globulin intravenous administration for immune thrombocytopenic purpura. *Blood*. 2005;106:1532-1537.
11. Zorginstituut Nederland. Farmacotherapeutisch Kompas. Beschikbaar via <https://farmacotherapeutischkompas.nl>. Geraadpleegd 16 november 2021
12. Vos, A.S. de, Schoot, C.E. van der, Rizopoulos, D. & Janssen, M.P. Predicting anti-RhD titers in donors: Boosting response and decline rates are personal. *PLoS One*. 2018 Apr 26;13(4):e0196382.
13. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Draaiboek Prenatale Screening Infectieziekten en Erythrocytenimmunisatie (PSIE) 2018, Beschikbaar via <https://draaiboekpsie.nl/aandoeningen/erythrocytenimmunisatie-rhd-rhc-ia>. Geraadpleegd 14-4-2021
14. Reali, G., Forty years of anti-D immunoprophylaxis. *Blood Transfus*. 2007; 5: 3-6.

Samenvatting

Wij brengen het belang naar voren van - multidisciplinaire - heroverweging van een diagnose bij tegenstrijdigheden tussen laboratoriumuitslagen en kliniek aan de hand van een casus van een stomp buiktrauma bij een zwangere, bekend met heterozygote bèta-thalassemie. Belangrijkste leerpunten van deze casus zijn dat de uitslag van een Kleihauer-Betketest het percentage HbF-bevattende erythrocyten in matернаal bloed weergeeft. Bij het interpreteren van de uitslag moet men beducht zijn op de mogelijkheid dat deze HbF-bevattende erythrocyten van maternale oorsprong kunnen zijn. Alleen dual-parameter flowcytometrie maakt betrouwbaar onderscheid tussen HbF-bevattende erythrocyten van foetale en maternale oorsprong.

Trefwoorden

Kleihauer-Betke, flowcytometrie, foetomaternale transfusie, stomp buiktrauma, zwangerschap, anti-D

Summary

Illustrated by this case report of trauma in a pregnant patient with beta thalassemia minor, the importance of - multidisciplinary - reconsideration of a diagnosis is of vital importance, when laboratory results and clinical

presentation seem contradictory. This case report shows that the results of a Kleihauer-Betke test merely indicate the percentage of HbF-containing erythrocytes in maternal blood. When interpreting the results, one should consider the possibility of maternal origin of these HbF-containing erythrocytes. Only dual-parameter flow cytometry reliably discriminates between HbF-containing erythrocytes of foetal and maternal origin.

Keywords

Kleihauer-Betke, acid elution test, flowcytometry, trauma, pregnancy, Rh(D) immune globulin

Contact

Madelon Drysdale, m.drysdale@nwz.nl

Dankwoord

De auteurs willen prof. dr. Masja de Haas nadrukkelijk bedanken voor haar advies en bereidheid om mee te lezen bij het schrijven van deze bijdrage.

Verklaring belangenverstrengeling

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

Jeroen van Dillen is de wisselcolumnist van deze editie. Hij is gynaecoloog en UHD onderwijs in het Radboudumc in Nijmegen. Zijn professionele passies liggen binnen de verloskundige zorg, onderzoek en onderwijs. In zijn columns vertelt hij over het leren buiten de eigen grenzen; iets wat hem als oud-tropenarts niet vreemd is.



dr. Jeroen van Dillen

Grenzeloos patiëntgericht

'Tijdens dit gesprek vond ik dat je heel open luisterde naar wat de patiënte zelf wilde en probeerde om zoveel mogelijk mee te gaan in de wensen van de patiënte met duidelijke (medische) kaders. Vooral het goed afwegen van de verschillende keuzes op een heldere en overzichtelijke manier vond ik mooi om te zien en is iets wat ik zelf mee heb genomen uit het gesprek.'

Deze feedback ontving ik recent van een coassistent die een ochtend met mij meeliep, waarbij ik onder andere een 'Poli op Maat'-verwijzing zag. Ik vind het eigenlijk een absurde benaming, Poli op Maat, maar daarover later meer. Die ochtend sprak ik mw. A, een 29 jarige G2P0, AM 39 weken. Ze gebruikte aldomet in verband met zwangerschapshypertensie. Ze was bij AM 36 weken verwezen vanaf de eerstelijnsverloskundige en sindsdien onder onze controle in verband met milde en met medicatie stabiele PIH. Gezien de a-terme zwangerschapshypertensie met medicatie werd een inleiding van de baring besproken conform de richtlijn. De patiënte verzocht echter tot de mogelijkheid van een thuisbevalling en aangezien dat buiten de protocollen valt, werd er een afzonderlijk gesprek ingepland.

In een Poli op Maat-gesprek van een uur begon ik met de vraag achter de vraag. Hier benoemde de zwangere dat ze altijd al wilde proberen om thuis te bevallen en dat ze recent was overvallen met de medische indicatie. Met name de manier van communiceren, zonder discussie of nuancering, had ze vervelend ervaren. Ze had al haar overwegingen op papier gezet; voelde zich goed en de wens om spontaan en thuis de baring te starten - of zelfs te kunnen afronden - was heel waardevol voor haar. Veiligheid stond natuurlijk voorop, maar er was nu met name behoefte aan een open gesprek en meer uitleg. Ik opende en besprak de richtlijn met haar en samen namen we de resultaten en de tabellen van de Hypitat-studie nog eens door. Hoewel ik normaal gesproken de kernboodschap benoem dat a-terme inleiding van de baring verslechtering van de hypertensie voorkomt zonder dat het resulteert in meer interventies, was het hier goed om samen nog eens naar de absolute kansen te kijken en te wegen wat voor haar waardevol was: in de Hypitat-afwachtinggroep vindt de bevalling gemiddeld bij 40 weken plaats (14% na 41 weken) en begint 50% van de bevallingen spontaan.

Waar ligt mijn dilemma nu eigenlijk? Is dit de grens opzoeken buiten de protocollaire zorg? Is dit een Poli op Maat-verzoek, of gewoon een vraag in het kader van gezamenlijk besluitvorming? Krijgt elke zwangere eigenlijk niet zorg op maat? Moeten we niet überhaupt van die term Poli op Maat af? Of is die 'maat' meer gericht op de tijdsmaat die we investeren in zo'n gesprek, want ik kan me voorstellen dat een gesprek van een uur niet overal even makkelijk te implementeren is... Anderszins, horen we in het kader van de landelijke campagne Samen Beslissen de zwangere te wijzen op alternatieven. Maar valt deze zorg buiten de richtlijn dan onder die alternatieven?

Kortom grenzeloos patiëntgerichte zorg (hier buiten de grens van het protocol) of zorg op maat: what's in a name? In het nagesprek met de coassistent begreep ik dat hij dusdanig zorg op maat nog niet veel was tegen gekomen. Dat gaf mij te denken en wil ik u als overweging meegeven: hoe vaak passeert u de grens van het protocol? Trouwens, ook even buiten de grens: feedback vragen aan de coassistent. Doet u dat wel eens?!

NB 1. Hoe liep het af? In overleg met de zwangere en eerstelijnsverloskundige werd gekozen voor expectatief beleid met regelmatig controles van de bloeddruk en proteïnurie. Tenslotte volgde bij 41+5 overname van de zorg en inleiding in verband met termijn, waarna een ongecompliceerde bevalling en kraambed.

NB 2. Na dit compliment volgde ook een TIP van de coassistent: time management...

Prevention and etiology of serous cancer of the female genital tract

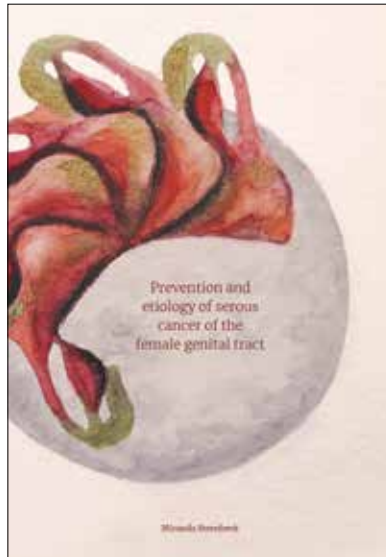
Promovendus **Miranda Steenbeek** | promotoren **dr. J.A. de Hullu, prof.dr. N. Hoogerbrugge-van der Linden, prof.dr. L.F.A.G. Massuger** | copromotor **prof.dr. R.P.M.G. Hermens** | 29-04-2022, Radboud Universiteit, Nijmegen

Waar gaat je proefschrift over?

De onderzoeken in mijn proefschrift gaan over de rol van de tubae in het ontstaan van het hooggradig sereus (ovarium) carcinoom. Er komt steeds meer wetenschappelijk bewijs dat dit type niet in het ovarium zelf ontstaat, maar in de tuba met een zogeheten STIC (sereus tubair epitheliaal carcinoom) als voorloper. Mijn proefschrift richt zich op de implicaties hiervan op preventie en etiologie van het hooggradig sereus carcinoom.

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

Dit zijn bijvoorbeeld de resultaten van de landelijke prospectieve TUBA-studie, waarin vrouwen met een *BRCA1/2* pathogene variant kiezen tussen de standaard salpingo-ovariëctomie en de alternatieve salpingectomie met uitgestelde ovariëctomie. Een jaar na de alternatieve methode blijkt de menopauze-gerelateerde kwaliteit van leven en het seksueel functioneren beter dan na de standaard methode. Het postoperatief gebruik van hormoonrestitutie maakt het verschil kleiner, maar neemt het niet weg. Er is nog geen ovariumcarcinoom of peritoneale carcinomatose opgetreden na de salpingectomie. Echter, door het aantal vrouwen in combinatie met de jonge leeftijd is er nog onvoldoende data over de veiligheid. Het is dus belangrijk dat de alternatieve methode nu alleen nog binnen studieverband wordt uitgevoerd. In hoofdstuk 9 hebben we met behulp van een individuele patiënt data meta-analyse aangetoond dat *BRCA1/2*-pathogene variant draagsters met een geïsoleerde STIC in het preparaat van de salpingo-ovariëctomie vaker een peritoneale carcinomatose ontwikkelen (Hazard ratio 33,9, 95%-BI 15, 6-73,9, $P < 0,001$). Na vijf jaar was het risico op een peritoneale carcinomatose met STIC 10,5% (95%-BI 6,2-17,2%), terwijl dit slechts 0,3% (95%-BI 0,2-0,6%) was bij vrouwen zonder STIC. Een hogere leeftijd tijdens de salpingo-ovariëctomie maakte



de kans op het vinden van een STIC groter, maar na STIC-diagnose, was de leeftijd geen verdere risicofactor. Het is belangrijk vrouwen te informeren over deze bevindingen, alhoewel we nog niet weten of een bepaalde behandeling of screening de morbiditeit en mortaliteit vermindert.

Wat is je voorstel voor vervolgonderzoek?

Om de veiligheid van de salpingectomie met uitgestelde ovariëctomie te onderzoeken hebben we de internationale TUBA-WISP II-studie opgezet (www.tuba-wisp.nl). De studie is gestart in samenwerking met professor Karen Lu (MD Anderson, Houston) en loopt inmiddels in vijftien Nederlandse ziekenhuizen en negen ziekenhuizen in Italië, Noorwegen en Polen. Op dit moment zijn ruim duizend van de drieduizend vrouwen geïncludeerd in de studie. We nodigen gynaecologen uit om vrouwen met een *BRCA*-pathogene variant te verwijzen naar een van de deelnemende ziekenhuizen. Op die manier zullen we zo snel mogelijk weten of een salpingectomie met uitgestelde ovariëctomie een veilig alternatief is voor de salpingo-ovariëctomie.

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

Denkt u dat alle preneoplastische laesies

te herkennen zijn op basis van morfologische criteria in een H&E coupe door een patholoog?

Dat verwacht ik niet, waarschijnlijk zijn er al moleculaire/(epi)genetische/immunologische veranderingen aan de STIC voorafgegaan die nog geen morfologische veranderingen geven, of subtiele veranderingen die we met het blote oog of onder de microscoop niet kunnen waarnemen. Hierin speelt ook een rol hoe ervaren de patholoog is met het herkennen van geïsoleerde STIC-laesies, bij vrouwen in de algemene populatie wordt het slechts in 0,1% van de patiënten gevonden en ook bij vrouwen met een *BRCA*-pathogene variant is dit in minder dan 3-5% van de preventief verwijderde tubae.

Potentieel zou dit proces geoptimaliseerd kunnen worden door artificial intelligence. Enerzijds om de sensitiviteit te verhogen, maar wellicht ook om onderscheid te maken in welke STIC meer of minder risico geeft op een peritoneale carcinomatose. Daarnaast worden STIC's gemist door sampling error. Volgens de Nederlandse richtlijn worden preventief verwijderde tubae van hoogrisicovrouwen ingesloten volgens het SEE-FIM-protocol, er wordt dan van elke 3-5 mm een coupe gemaakt. In onze studie lagen de afmetingen van STIC's tussen de 0,1-8 mm, een STIC kan dus alsnog precies tussen twee coupes in liggen. Het SEE-FIM-protocol verkleint de kans op sampling error, maar neemt het niet helemaal weg. Samenvattend verwacht ik dat we nog niet voldoende kennis hebben om alle preneoplastische laesies vast te stellen, maar deels zullen er ook nog laesies gemist worden die in tweede instantie of bij diepere coupes wel gezien zouden kunnen worden.

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

K*tkanker

Ank Louwes

*K*tkanker* is gemaakt door vijftig vrouwen *from all walks of life* tussen de 20 en 100 jaar met kanker. Het boek toont krachtige, inspirerende fotoportretten en korte persoonlijke verhalen, aangevuld met meer dan honderd tips met praktische adresjes, handige websites en slimme adviezen.

Initiatiefneemster Sarah Stam was zelfstandig ondernemer in de muziekindustrie toen zij in november 2020 de diagnose uitgezaaide eierstokkanker, stadium 3c, kreeg. Als dertigjarige had zij tijdens haar ziekteproces veel behoefte aan hoop en inspiratie van andere vrouwen. Er bleek veel medische informatie over kanker, maar minder bronnen over het alledaagse leven met en na kanker, zowel praktische als emotionele ondersteuning. Ze vond bijvoorbeeld geen enkele bron hoe een litteken of stoma eruit zou komen te zien of hoe je je werk en leven weer oppakt. Rolmodellen, zowel blanke als vrouwen van kleur, vond zij niet.

Aanleiding om op zoek te gaan naar vijftig vrouwen die de zichtbare en onzichtbare littekens van kanker

bespreekbaar willen maken en tegelijk willen bijdragen aan een meer diverse en representatieve informatievoorziening voor alle vrouwen met kanker. Niet alleen ervaringen over het medische traject komen in het boek aan de orde, maar juist ook over de periodes erna, de nazorg. Hoe pak je je leven op na die medische molen? Hoe ga je door als alle onbevanging weg is? Wat doet de ziekte met je vrouwelijkheid en seksualiteit?

Mooie bijkomstigheid van het boek is dat alle winst naar twee onderzoeken gaat die focussen op kanker bij vrouwen. Het AOOCR-project (de 'Archipelago of Ovarian Cancer Research' (AOOCR) zet zich in om behandeling, overleving en kwaliteit van leven van vrouwen met eierstokkanker te verbeteren) en het POWER-project (in dit onderzoeksproject wordt geprobeerd om de nazorg voor vrouwen met eierstokkanker te verbeteren en personaliseren, met het oog om dit later door te kunnen voeren voor alle patiënten met gynaecologische kanker en eventuele andere kankers).

Een boek dat enerzijds een plaatsje op



de leestafel in de dagbehandeling Oncologie verdient, zodat iedere vrouw met kanker er haar voordeel mee kan doen, en anderzijds een eyeopener voor medisch professionals kan zijn.

K*tkanker

S. Stam et al

Prijs 29,99 euro

ISBN 9789463494298

Uitgeverij Blossom Books

Is het B1?

Meer dan 2 miljoen Nederlanders hebben moeite met lezen. Er zijn zes taalniveaus: A1 (laagste) tot en met C2 (hoogste). 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?

Narcose

Is dit B1? Nee! Het woord 'narcose' is niet B1. Vaak wordt ook nog gesproken van algehele narcose. Deze toevoeging maakt het voor mensen nog onbegrijpelijk. Ook de mededeling dat een operatie 'gebeurt onder' algehele narcose, is verwarrend. Beter kunt u de zin actief maken en het woord narcose vervangen: U bent in diepe slaap (en voelt geen pijn). Omdat het een veel gebruikte term is binnen het ziekenhuis, kunt u er eventueel ook voor kiezen hem wel te gebruiken, maar dan ook uit te leggen dat dit een diepe slaap betekent.

Bron: www.ishetb1.nl

Correspondentieadres: m.twisk@bovenij.nl

Richtlijn Meerlingzwangerschap

drs. A.A. de Ruigh *redacteur*

dr. A.W. Kastelein *redacteur*

In juli 2022 verscheen een update van de richtlijn Meerlingzwangerschap. We bespreken hier (de achtergrond van) de belangrijkste wijzigingen, waaronder **modus partus bij een grote meerling, optimale termijn bevalling van monochoriale en dichoriale tweelingen en verkorting van het geboorte-interval bij meerlingzwangerschap. Voor de volledige richtlijn gaat u naar www.richtlijnen-database.nl.**

Van elke 1000 zwangerschappen in Nederland zijn er jaarlijks ongeveer 15 een tweelingzwangerschap. Spontane drielingzwangerschappen zijn zeldzamer en komen zo'n 20-25 keer per jaar voor. Bij een meerlingzwangerschap bestaat er een hogere kans op klachten en complicaties tijdens zwangerschap en bevalling, waardoor intensieve(re) begeleiding in tweede of derde lijn noodzakelijk is. De richtlijn Meerlingzwangerschap beschrijft onder andere monitoring/begeleiding van de zwangerschap waarbij de flow-chart is geüpdatet. Daarnaast zijn er wijzigingen doorgevoerd op onderstaande thema's en is er patiëntinformatie ontwikkeld.

Modus partus drieling zwangerschap

Een belangrijke wijziging in de richtlijn is de optie voor modus partus bij een drielingzwangerschap. In de beschikbare literatuur is het niet duidelijk of er verschillen zijn tussen een geplande vaginale baring en een sectio caesarea op de geformuleerde uitkomstmaten (GRADE zeer laag). Alle geïncludeerde studies betreffen retrospectieve cohort-studies, wat het gebrek aan bewijskracht verklaart. In onderzoeken uit 2016 en 2019 worden significante verschillen gevonden in morbiditeit ten nadele van de vaginalebaringgroep, waarbij significantie echter verdwijnt wanneer wordt gecorrigeerd voor zwangerschapsduur.^{4,5} Bij gebrek aan

Samenvatting en wat is nieuw in de richtlijn Meerlingzwangerschap

- Kom in een gesprek tussen zorgverlener en zwangere en haar partner tot een afgewogen keuze over de **modus partus bij een drielingzwangerschap**.
- Streef bij een ongecompliceerde **monochoriale diamniotische tweelingzwangerschap** een bevalling **tussen 36+0 en 37+0** na.
- Bij een ongecompliceerde **dichoriale tweelingzwangerschap** dient de mogelijkheid van een electieve **bevalling tussen 37+0 en 38+0 en expectatief beleid tot 39+0 besproken te worden**.
- Bespreek de kans op neonatale (respiratoire) **morbiditeit** en (intra-uteriene) **mortaliteit** wanneer de afweging inleiden versus afwachten wordt besproken bij tweelingzwangerschappen.
- Indien het geboorte-interval tussen kind 1 en kind 2 langer dan 30 minuten lijkt te gaan duren, weeg dan individueel af of vermindering van de kans op neonatale acidose bij het tweede kind opweegt tegen de nadelen van een obstetrische interventie.
- Geef **niet routinematig tranexaminezuur** postpartum om hemorragia postpartum te voorkomen bij vrouwen die zwanger waren van een meerling.

bewijs voor vaginale partus dan wel sectio, geeft de richtlijn aan dat dit een beslissing moet zijn die gezamenlijk genomen moet worden door de zwangere en de zorgverlener. In de praktijk zal dit waarschijnlijk betekenen dat de meeste vrouwen (en ook zorgverleners) kiezen voor een sectio.

Optimale termijn bevalling - ongecompliceerde monochoriale tweeling (MCDA)

Tussen 36 en 37 weken overschrijdt het risico op intra-uterien overlijden het risico op neonatale morbiditeit bij ongecompliceerde MCDA-zwangerschappen. Het electief inleiden van MCDA-zwangerschappen tussen 36-37 weken verkleint daarmee de kans op intra-uteriene sterfte, maar geeft wel meer kans op neonatale morbiditeit. Het valt daarom te overwegen om pas in te leiden in de tweede helft van de 37e week (36+4 t/m 36+6). Hier dient de zwangere over voorgelicht te worden, waarna tot gezamenlijke besluitvorming gekomen kan worden.

Optimale termijn bevalling - ongecompliceerde dichoriale tweeling (DCDA)

Ook bij DCDA-zwangerschappen moet rond 37 weken zwangerschap het intra-uteriene risico op sterfte afgewogen te worden tegen het extra-uteriene risico op neonatale morbiditeit. De richtlijn adviseert om bij een ongecompliceerde DCDA-zwangerschap het beleid na 37+0 weken te bespreken met de zwangere en haar partner, waarbij er een keuze gemaakt moet worden tussen een inleiding tussen 37+0 en 38+0 weken, dan wel expectatief beleid tot 39+0 weken (zoals in de oude richtlijn stond). Dit advies wordt onder andere gebaseerd op een grote meta-analyse uit 2016 waarin de zwangerschapsduur bij bevalling werd afgezet tegen (neonatale) uitkomsten per week amenorroeduur.⁸ De kans op intra-uteriene sterfte wordt bij 37 weken geschat op 3,4 per 1000 en loopt bij 38 weken op naar 10,6 per 1000 zwangerschappen (en bij 39 weken naar 9,3 per 1000). Daarentegen is het risico op ernstige neona-

tale morbiditeit en mortaliteit na 37 weken steeds lager (de kans op neonatale sterfte wordt bij 37 weken geschat op 2,2 per 1000 en neemt af naar 1,1 per 1000 zwangerschappen bij 39 weken).

Verkorting geboorte-interval bij meerlingzwangerschap

Er dient onderscheid gemaakt te worden tussen een kort (<30 min) en lang (>30 min) geboorte-interval, waarbij het de vraag is of verkorting van het geboorte-interval de uitkomsten van het tweede kind kan verbeteren. Op basis van de beschikbare literatuur is dat niet duidelijk, wat voor een groot deel komt omdat er alleen observationele studies werden gevonden met een lage bewijskracht. Verkorting van het geboorte-interval heeft mogelijk wel een gunstig effect op het voorkomen van (ernstige) acidose (gedefinieerd als een pH < 7,00 of pH < 7,10). Er lijkt echter geen verschil te zijn in NICU-opnames en ook de langetermijneffecten zijn niet beschreven na een kort of lang geboorte-interval. Bovendien werd in de studies geen onderverdeling gemaakt op basis van chorioniciteit en werd niet gecorrigeerd voor zwangerschapsduur. Wanneer een kort geboorte-interval wordt nagestreefd, dient hierop geanticipeerd te worden (in kaart brengen foetale conditie, ligging, eventuele uitwendige versie, starten/verhogen oxytocine).

Referenties

1. van Zijl MD, Koullali B, Naaktgeboren CA, et al. Pessary or Progesterone to Prevent Preterm delivery in women with short cervical length: the Quadruple P randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017; 17(1): 284.
2. Jarde A, Lutsiv O, Park CK, et al. Preterm birth prevention in twin pregnancies with progesterone, pessary, or cerclage: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2017; 124(8): 1163-73.
3. Romero R, Conde-Agudelo A, Da Fonseca E, et al. Vaginal progesterone for preventing preterm birth and adverse perinatal outcomes in singleton gestations with a short cervix: a meta-analysis of individual patient data. *Am J Obstet Gynecol* 2018; 218(2): 161-80.
4. Lappen JR, Hackney DN, Bailit JL. Maternal and neonatal outcomes of attempted vaginal compared with planned cesarean delivery in triplet gestations. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 215(4): 493 e1-6.

Wat moet u weten voor de voortgangstoets?

Vraag: Welke interventies ter preventie van een vroeggeboorte moeten standaard besproken worden bij een meerling zwangerschap (zonder cervixlengte verkorting)?

- A. Pessarium
- B. (Vaginale) progesteron
- C. Cerclage
- D. Geen van bovenstaande.

Antwoord: D. Het routinematig plaatsen van een pessarium of een cerclage of het toedienen van progesteron bij vrouwen met een meerling zwangerschap wordt niet zinvol geacht. Indien er sprake is van een asymptomatische cervixlengte verkorting, kan in studieverband een interventie gestart worden.¹

Pessarium bij meerling zwangerschap, 'ongeselecteerde' populatie

In een grote meta-analyses door Jarde et al. in 2017 wordt geen positief effect gezien van pessariumplaatsing in de 'ongeselecteerde' populatie, dat wil zeggen in vrouwen met een meerling zwangerschap zonder een korte cervixlengte.² Jarde et al. laat geen significant effect zien op vroeggeboorte < 37 weken (RR 0,96, 95% BI: 0,86-1,07) en geen effect op een 'slechte perinatale uitkomst' (RR 0,89, 95% BI: 0,57-1,38).²

Progesteron bij meerling zwangerschap met verkorte cervixlengte

In de literatuur wordt mogelijk wel een effect gezien van dagelijkse vaginale progesteron toediening in meerling zwangerschappen met een verkorte cervix < 25mm (kans op vroeggeboorte < 33 weken: RR 0,69, 95% BI: 0,51-0,93).³ Tevens was het effect significant voor de andere afkapwaarden van vroeggeboorte met uitzondering van een vroeggeboorte < 28 weken, waar geen effect van progesteron werd gezien (RR 0,51, 95% BI: 0,24-1,08).³

Cerclage bij meerling zwangerschappen

Op basis van de huidige literatuur lijkt een cerclage niet effectief te zijn bij vrouwen met en zonder verkorting van de cervixlengte.^{2,6,7}

Samenvattend stelt de richtlijn dat in de ongeselecteerde meerlingzwangerschappen er voorsnog geen interventie gevonden is met een gunstig effect op de preventie van vroeggeboorte of op een slechte perinatale uitkomst. Mogelijke trends in de literatuur wijzen in de richting van het pessarium en pleiten mogelijk voor vaginale progesterontoediening in een geselecteerde groep patiënten met cervixlengteverkorting.

Derhalve wordt geadviseerd bij een verkorte cervixlengte patiënten voor te lichten over de Quadruple P (QP)-studie waarin vrouwen worden gerandomiseerd tussen een pessarium of vaginale progesterontoediening bij een verkorte cervixlengte. In het kader van de QP-studie wordt geadviseerd om bij patiënten met een meerlingzwangerschap de cervixlengte te meten in het tweede trimester en bij verkorting patiënten te counsellen en indien gewenst, te includeren in de studie (zorgevaluatienederland.nl/evaluations/quadruple-p).¹

5. Mol BW, Bergenhenegouwen L, Velzel J, et al. Perinatal outcomes according to the mode of delivery in women with a triplet pregnancy in The Netherlands. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2019; 32(22): 3771-7.
6. Rafael TJ, Berghella V, Alfirevic Z. Cervical stitch (cerclage) for preventing preterm birth in multiple pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; (9): CD009166.
7. Saccone G, Rust O, Althuisius S, Roman A, Berghella V. Cerclage for short cervix in twin pregnancies: systematic review and meta-analysis of randomized trials using individual patient-level data. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015; 94(4): 352-8.
8. Cheong-See F, Schuit E, Arroyo-Manzano D, et al. Prospective risk of stillbirth and neonatal complications in twin pregnancies: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2016; 354: i4353.



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

Staat het plannen van de zwangerschap gelijk aan een actieve voorbereiding op de zwangerschap?

Uit eerder onderzoek is gebleken dat vrouwen die hun zwangerschap plannen meer geneigd zijn om hun preconceptionele leefstijl aan te passen. Maar zien we dit ook in Nederland? En in hoeverre hebben gezondheidsopvattingen invloed op de mate van preconceptionele gezondheid? Dit onderzochten wij in onze secundaire analyse van de APROPOS-II studie.¹ In totaal hebben 1.077 zwangere vrouwen uit tien eerstelijnsverloskundigenpraktijken aan dit onderzoek meegedaan door aan het begin van hun zwangerschap een vragenlijst in te vullen. De vragenlijst omvatte vragen over onder andere preconceptionele gezondheid en de mate van planning, aan de hand van de gevalideerde London Measure of Unplanned Pregnancies (LMUP)-vragenlijst. De resultaten lieten zien meer dan 85% van de zwangerschappen in ons cohort gepland was. Opvallend is dat het merendeel van de vrouwen punten liet

liggen op de vraag over preconceptionele leefstijlaanpassingen. Wij vonden dat slechts 70% van de vrouwen met geplande zwangerschappen op correcte wijze foliumzuur gebruikte en de helft van de vrouwen met een geplande zwangerschap alcohol gebruikte op enig moment in de zwangerschap.

De deelnemers beantwoordden ook veertien stellingen over hun gezondheidsopvattingen. Vrouwen met een ongeplande zwangerschap waren het significant vaker (helemaal) eens met de stellingen: 'toen wij gingen proberen een kindje te verwekken, dachten wij "we zien het wel"' en 'er zijn te veel regels over wat allemaal wel en niet gezond is tijdens de zwangerschap' (figuur 1). We zagen ook dat ongezond preconceptioneel gedrag in relatie stond met de gezondheidsopvatting: 'Ik vond mijzelf gezond genoeg, dus ik had geen informatie nodig over gezond zwanger worden'. Deze laatste groep, die zichzelf 'genoeg gezond' vond voor preconceptionele zorg (49%), hebben wij verder onderzocht. Wat hoe gezond is deze groep nu echt? Het bleek dat meer dan 30% van de

vrouwen in deze groep over- of ondergewicht had, slechts 9% een adequate dagelijkse groente-inname had en 55% alcohol gebruikte op enig punt in de zwangerschap.

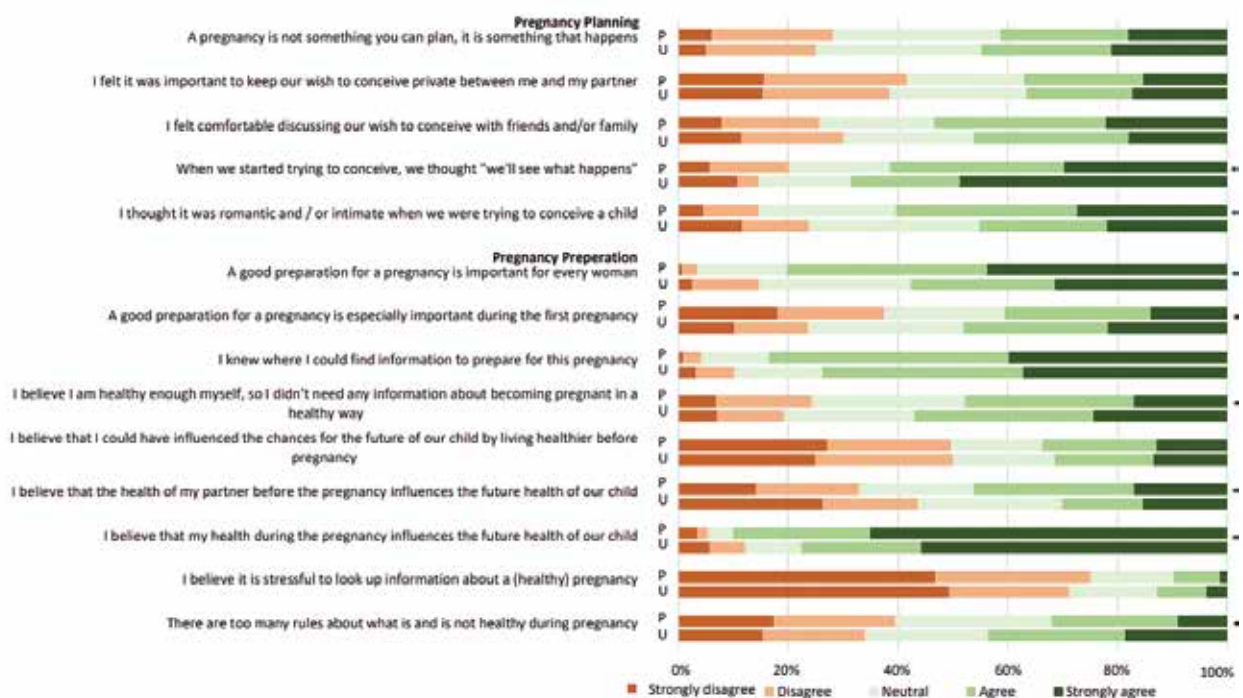
Ons onderzoek toonde aan dat zwangere vrouwen de neiging hebben hun eigen gezondheidsstatus te overschatten, terwijl ze wel degelijk verscheidene risicofactoren hebben voor ongunstige zwangerschapsuitkomsten. Bevindingen uit onze studie onderstrepen de behoefte aan innovatieve gezondheidsbevorderende interventies om preconceptionele zorg beter op de kaart te zetten en daarmee de gezondheid van de reproductieve doelgroep te verbeteren.

drs. V.Y.F. Maas

Referentie

1. Maas VYF, Poels M, de Kievit MH, et al. cPlanning is not equivalent to preparing, how Dutch women perceive their pregnancy planning in relation to preconceptional lifestyle behaviour change - a cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2022 Jul 19;22(1):577.

Figuur 1. Stellingen over gezondheidsopvattingen onder vrouwen met geplande en ongeplande zwangerschappen



Bovenste staaf zijn de geplande zwangerschappen (P), onderste staaf de ongeplande zwangerschappen (U); * significant verschil op basis van de Mann Whitney U-test.

Hyaluronzuur tegen intra-uteriene adhesies?

Na curettage ontwikkelt ongeveer 20% van de vrouwen intra-uteriene adhesies. Deze adhesies zijn geassocieerd met een lagere zwangerschapskans en langere duur tot het krijgen van een kind.² De Franse HYFACO-groep heeft daarom gerandomiseerd onderzocht of het achterlaten van hyaluronzuurgel na curettage het risico op intra-uteriene adhesies reduceert.³

In deze multicentre studie werden 343 vrouwen geïncludeerd die een curettage ondergingen in verband met een niet vitale graviditeit bij een amenorroeduur tussen zeven en veertien weken. De vrouwen werden gerandomiseerd naar infusie van hyaluronzuur (Hyalobarrier©) direct na curettage of alleen curettage zonder infusie. Na twee maanden werd bij iedereen een hysteroscopie verricht.

In de hyaluronzuurgroep werden significant minder vaak intra-uteriene adhesies gevonden dan bij de controlegroep (9,1% versus 18,4%, $p=0,02$). Slechts 110 vrouwen beantwoordden na een jaar de vraag of zij zwanger waren geworden. Van deze vrouwen was in de gel-groep 69,8% binnen een jaar zwanger, in de controlegroep 57,4%, een niet-significant verschil ($p=0,18$).

Deze resultaten zijn in lijn met die van de Nederlandse Prevention of Adhesions Post Abortion (PAPA)-studie.² Wel werden in de PAPA-studie alleen vrouwen geïncludeerd die al eerder een curettage hadden ondergaan. In de huidige studie was dat 40% van de populatie.

Zowel in de PAPA- als in de HYFACO-studie werden intra-uteriene adhesies bij de hysteroscopische controle verwijderd. Buiten studieverband wordt een hysteroscopie na curettage alleen op indicatie verricht en worden adhesies daardoor niet standaard verwijderd. Mogelijk dat het effect van gel op zwangerschapskansen in de dagelijkse praktijk dus groter is dan in deze studies is gevonden. Het zou interessant zijn de kosteneffectiviteit van hyaluronzuurgel te bepalen in een studiepopulatie die niet standaard een hysteroscopie krijgt na curettage.

De auteurs van de HYFACO-studie

stellen voor hyaluronzuurgel alvast als een eerste stap in te zetten bij patiënten met risicofactoren voor adhesies, zoals vrouwen met fertiliteitsproblemen.

FV

Referenties

2. Hooker AB, de Leeuw RA, Twisk JWR, Brölmann HAM, Huirne JAF. Reproductive performance of women with and without intrauterine adhesions following recurrent dilatation and curettage for miscarriage: long-term follow-up of a randomized controlled trial. *Hum Reprod.* 2021 Jan 1;36(1):70-81.
3. Sroussi J, Bourret A, Pourcelot AG, et al, HYFACO group. Does hyaluronic acid gel reduce intrauterine adhesions after dilation and curettage in women with miscarriage? A Multicentric randomized controlled trial (HYFACO Study). *Am J Obstet Gynecol.* 2022 Jun 3;S0002-9378(22)00439-

HyFoSy of HSG tijdens het OFO?

In de FOAM-studie zijn behandelstrategieën gebaseerd op hysterosalpingo-foam sonografie (HyFoSy) of op hysterosalpingografie (HSG) vergeleken.⁴ Deze gerandomiseerde studie werd verricht in 26 Nederlandse ziekenhuizen. Subfertiele vrouwen tussen de 18 en 41 jaar oud die tijdens hun OFO waren gepland voor een tubatest werden geïncludeerd en ondergingen zowel HyFoSy als HSG, in gerandomiseerde volgorde. Bij vergelijkbare resultaten van de tubatesten kregen vrouwen een behandeling aangeboden volgens het lokale protocol. In het geval van verschillende resultaten werden vrouwen gerandomiseerd voor een behandelstrategie op basis van de uitkomst van de HyFoSy of een op basis van die van het HSG. De primaire uitkomst was doorgaande zwangerschap die leidde tot een levendgeborene binnen twaalf maanden na randomisatie.

Tussen mei 2015 en januari 2019 ondergingen 1.026 vrouwen HyFoSy en HSG. In 97 (9,5%) van de vrouwen was HyFoSy inconclusief, 30 (2,9%) hadden een inconclusief HSG en in 9 (0,9%) waren beide tests inconclusief. In 747 vrouwen (73%) met conclusieve testen waren de resultaten vergelijkbaar. In 143/1.026 vrouwen (14%) met conclusieve testen waren de resultaten verschillend. Hiervan werden er 105 geran-

domiseerd voor een behandelstrategie op basis van de resultaten van het HyFoSy of op die van de HSG. In deze groep hadden 22 van de 54 vrouwen (41%) met een behandelstrategie op basis van HyFoSy en 25 van de 51 vrouwen (49%) met een behandelstrategie op basis van HSG een doorgaande zwangerschap die leidde tot een levendgeborene (verschil -8%; 95% CI: -27% tot 10%). Ook andere zwangerschapsuitkomsten waren vergelijkbaar tussen de twee groepen. In de totale groep leidde een behandelstrategie op basis van HyFoSy tot een levendgeborene in 474 van de 1026 vrouwen (46%) versus 486 van de 1026 (47%) voor behandelstrategie op basis van HSG (verschil -1,2%; 95% CI: -3,4% tot 1,5%). Significante non-inferioriteit van HyFoSy ten opzichte van HSG kon niet worden aangetoond ($p = 0,27$).

De gemiddelde pijnscore voor HyFoSy op de 1-10 VAS-schaal was 3,1 (SD 2,2) en de gemiddelde VAS-pijnscore voor HSG was 5,4 (SD 2,5) (p voor verschil $<0,001$).

Deze studie toonde aan dat het verrichten van een HyFoSy of HSG tijdens het OFO leidt tot vergelijkbare zwangerschapsuitkomsten, terwijl HyFoSy gepaard gaat met aanzienlijk minder pijn voor de vrouw. Hoewel we een lichte daling van de zwangerschapsuitkomsten niet konden uitsluiten met een behandelstrategie op basis van HyFoSy in plaats van HSG, stellen we een twee-stappen beleid voor. Gezien de vergelijkbare uitkomsten en lagere pijnscores, kan HyFoSy de voorkeur hebben als eerste keus tuba tijdens het OFO. In het geval van mogelijke tuba-pathologie of inconclusieve resultaten, kunnen aanvullende testen worden gedaan. Aangezien alle vrouwen beide tubatesten ondergingen, konden we geen conclusie trekken over een direct therapeutisch effect van beide testen.

dr. N. Van Welie

Referentie

4. Welie N, van, Van Rijswijk J, Dreyer K, et al. Can hysterosalpingo-foam sonography replace hysterosalpingography as first-choice tubal patency test? A randomized non-inferiority trial. *Hum Reprod.* 2022 May 3;37(5):969-979.

