

# ntog 02

## 2023

sinds 1889

GYNAECOLOGIE, ONCOLOGIE, PERINATOLOGIE EN VOORTPLANTINGSGENEESKUNDE



Met onder andere:

*Jaartheme 2023: Netwerkzorg // Een zeldzame complicatie door GBS: postpartum septische artritis van de heup // Tunnelvisie bij een jonge vrouw met vulvaire ulcera*



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR  
OBSTETRIE & GYNAECOLOGIE

PostNL - Port betaald

Retouradres Generaal Foulkesweg 72, 6703 BW Wageningen



## Colofon

### REDACTIE

J.W.M. Aarts, hoofdredacteur (j.w.m.aarts@amsterdamumc.nl)  
 W. Ganzevoort, voorzitter deelredactie perinatologie  
 S.M. Mourad, voorzitter deelredactie gynaecologie  
 S.J. Tanahatou, voorzitter deelredactie vpg  
 F. Vernooij, rubrieksredacteur Ob Gyn  
 R. van de Laar, rubrieksredacteur Ob Gyn  
 J. Nieuwstad, namens VAGO  
 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, gynaecoloog  
 C.H.J.R. Jansen, aios gynaecologie  
 R.L.M. Kurstjens, aios voortplantingsgeneeskundige  
 L.L. van Loendersloot, voortplantingsgeneeskundige  
 M.H. Mochtar, voortplantingsgeneeskundige  
 A.M. van Oers-Zandvliet, aios voortplantingsgeneeskundige  
 B.B. van Rijn, perinatoloog  
 W.A. Spaans, (uro)gynaecoloog

### UITGEVER & REDACTIESECRETARIAAT

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

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

Standaard € 220,-. Studenten € 96,00. Klinisch verpleegkundigen, lid van de NVOG € 96,00. Buitenland € 320,-. Studenten buitenland € 160,-.  
 Abonnementen lopen per jaar van 1 januari t/m 31 december.  
 Aanmelden en opzeggen van abonnementen en adreswijzigingen s.v.p. doorgeven aan de uitgever.

### ADVERTENTIES

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

### OPLAGE, VERSCHIJNING & VOLGENDE EDITIE

1.850 ex., 8 x per jaar.  
 NTOG vol.136#3 verschijnt 22 april 2023.

### AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID

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

Redactie en uitgever verklaren dat deze uitgave op zorgvuldige wijze en naar beste weten is samengesteld; uitgever en auteurs kunnen evenwel op geen enkele wijze instaan voor de juistheid of volledigheid van de informatie. Redactie en uitgever aanvaarden dan ook geen enkele aansprakelijkheid voor schade, van welke aard dan ook, die het gevolg is van bedoelde informatie. Gebruikers van deze uitgave wordt met nadruk aangeraden deze informatie niet geïsoleerd te gebruiken, maar af te gaan op professionele kennis en ervaring en de te gebruiken informatie te controleren.

### RICHTLIJNEN VOOR AUTEURS

Zie [www.ntog.nl](http://www.ntog.nl)

### BEELD OMSLAG

Modular Form 14 (2017),  
 Amanda MacDonald Stern,  
 foto Ben Lerman

### ADVERTEERDERS IN DIT NUMMER

Gedeon Richter | *Ryego*  
 Gedeon Richter | *Ganirelix*  
 Besins Healthcare | *Oestrogel Insert*  
 Besins Healthcare | *Oestrogel*

ISSN 0921-4011

## Inhoud

### Editorial

- 58 **Hoge bomen vangen veel wind**  
 dr. Wessel Ganzevoort, dr. Annemijn Aarts

### Bestuur NVOG

- 59 **De beste zorg voor iedereen**  
 prof. dr. Christianne de Groot, prof. dr. Judith Huirne en dr. Astrid Vollebregt

### Kort Nieuws

- 60 **Symposium Verborgen Verbonden over anonieme zaaddonors | In gesprek over kindbeschermingsmaatregelen rond de geboorte | Nederlandse Vereniging voor Evolutionaire Chirurgie nieuw leven ingeblazen | Reactie op Focus op Historie Catharina van Tussenbroek | Nieuw redactielid gezocht voor deelredactie perinatologie | Een beeld zegt meer dan duizend woorden | O wee | Gynfeud 19 | NTOG Kunstsalon**

### Actueel

- 63 **De routinepleister na een sectio: stop met plakken**  
 drs. R. Henschen, drs. G. de Krom

### Concreto

- 66 **Landelijke aios-enquête: één jaar (ont)regel de opleiding**  
 drs. S. de Vries, dr. M. Sijpkens, drs. C. Vermeulen

### Koepel Opleiding

- 68 **Veilig opleidingsklimaat**  
 drs. Juul Tissink, dr. Veronica Lopes van Balen

- 69 **Antwoorden Gynfeud 19**

### Ingezonden

- 70 **Miskramen en meer, ervaringen uit Engeland**  
 dr. Marie-Louise van der Hoorn

- 71 **Ingezonden reactie op Gynfeud 18**  
 Henry Dommerholt

### Column Netwerkwzorg

- 72 **Acht maanden jeuk in 15 minuten opgelost**  
 dr. Malou Schreurs

### Oorspronkelijke artikelen

- 74 **Familiaire voorgeschiedenis van vroeggeboorte bij vrouwen met een partus immaturus in de voorgeschiedenis**  
 drs. L. van Gils, prof. dr. M.A. Oudijk, dr. A.T. Lely *et al.*

- 80 **Adenocarcinoom in situ: verslept van cervix naar ovarium?**  
 dr. E.M. Sandberg, drs. M.M. Verbaan, dr. R. Natte *et al.*

- 84 **Een zeldzame complicatie door GBS: postpartum septische artritis van de heup**  
 drs. K. de Jong, drs. L.C.A. Vink-van Os, dr. J.C. Peerbooms

- 87 **'Grensoverschrijdend dokteren': aan de koffietafel met baiossen**  
 drs. H.J.M. Delagrang, drs. C. Deltour, dr. S.M. Mourad *et al.*

- 90 **Tunnelvisie bij een jonge vrouw met vulvaire ulcera**  
 drs. E.J.C. Hommersen, drs. M.J. Jonker, dr. E.A.M. Kuijper

### Boekbespreking

- 93 **Over tijd - Kantelpunten in de naorlogse geboortezorg**  
 Ank Louwes

- 93 **Is het B1?**

### Column

- 94 **Gezamenlijke besluitvorming?**  
 Thomas van den Akker

### Hora Est

- 95 **The revival of anatomy. The known, need to know and unknown**  
 Dorothea Maria (Dorien) Koppes

### Zuiderland & Janssen

- 96 **Geen verkeerde, wel een betere keuze?**  
 drs. Marcel Zuiderland

### OB GYN

- 98 **INFEXIT: implementatie van vaginale desinfectie voorafgaand aan sectio caesarea | Preventief Aspirine eerder stoppen? | Heeft maternale voorkeur voor inleiden bij 41 weken of afwachten tot 42 weken invloed op de uitkomst? | Electief inleiden bij 41 weken voor multiparae niet kosteneffectief**  
 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.

# Hoge bomen vangen veel wind

dr. Wessel Ganzevoort en dr. Annemijn Aarts

**De afgelopen maand ontvingen wij, samen met ruim driehonderd andere wetenschappers uit heel de wereld, e-mailberichten van een groep gynaecologen uit Egypte. In deze e-mails wordt onze collega prof. dr. Ben Willem Mol op een onprettige manier zwart gemaakt ten overstaan van zijn werkgever, zijn collega's en redacteurs van verschillende tijdschriften. Hij wordt in de e-mails beticht van malafide en frauduleus onderzoek.**

Het bleek te gaan om de Egyptische onderzoeksgroep die zelf multiple onderzoeken heeft gepubliceerd berustend op gefabriceerde data. Collega Mol kwam daar eigenlijk per toeval achter bij het reviewen van een artikel van deze groep.<sup>1</sup> Dit gaf aanleiding om verschillende studies van deze groep naar de uitkomsten van ovulatie-inductie (letrozol versus clomid) onder de loep te nemen.<sup>2</sup> Het bleek dat meerdere artikelen van deze groep serieuze integriteitsproblemen hebben. Tabellen kwamen identiek in meerdere publicaties terug, en er werden kanswaarden gerapporteerd die statistisch onmogelijk bleken te zijn. Dit zijn slechts enkele voorbeelden van de onmogelijkheden. Gevolg is dat nu meerdere van deze publicaties zijn teruggetrokken.

Dit bleek het topje van de ijsberg, want de laatste jaren duiken er vaker studies op die deels of compleet verzonnen zijn. U zult begrijpen: dit is een groot probleem. Veel van deze studies (of de reviews waarin ze voorkomen) vormen namelijk de basis voor onze richtlijnen. Behandeladviezen op basis van deze studies kunnen dus direct grote gevolgen hebben voor de patiëntenzorg. Precies hierom moeten we allemaal ons dit probleem aantrekken. En je gaat het pas zien als je het doorhebt. In een nog niet gepubliceerde Cochrane review over sildenafil bij foetale groei-restrictie voldeden 13 van de 21 artikelen die geïdentificeerd waren, niet aan

de trustworthiness criteria van de Cochrane, een nieuw instrument om bewust naar dit fenomeen te kijken. Al deze auteurs reageerden niet op benadering om toelichting te geven. Onduidelijk blijft dan of het onderzoek slecht uitgevoerd en opgeschreven is of verzonnen. Ook de auteurs van de recent ge-update Cochrane review over hysterectomie voor benigne aandoeningen (publicatie volgt in 2023), één van de meest geciteerde reviews, legden de geïncludeerde studies langs eenzelfde integriteitsladder. Van de 63 studies bleken 41 enige vorm van problemen op dit vlak te hebben. Er was bijvoorbeeld geen trial-registratie beschikbaar of er werd geen informatie verstrekt over de looptijd en follow-up van een studie of in wat voor tijdsbestek de inclusies van deze RCT's tot stand waren gekomen. Een meta-analyse waarbij de studies met de grootste zorgen werden uitgesloten, bracht 'gelukkig' geen andere conclusies van het review naar voren.

De reviewprocessen die artikelen ondergaan bij tijdschriften zijn onvoldoende om te voorkomen dat studies met serieuze integriteitsproblemen worden gepubliceerd. De tijdschriften hebben ook nog eens onvoldoende slagkracht om achteraf geïdentificeerde onwaarschijnlijkheden voortvarend aan te pakken.

Nu het werk van collega Mol (gesteund door een grote groep sympathisanten) de kat in het nauw drijft, worden de tegenaanvallen persoonlijk. Het is een moeizame barricade waar onze collega op is gaan staan, terwijl de persoonlijke winst afwezig is. Hoge bomen vangen veel wind. Wij als NTOG zijn maar een hele kleine vis, maar streven wel naar 'eerlijke' wetenschap. Wij roepen een ieder op om waar men kan collega Mol en de beweging te steunen door zich aan te sluiten, brieven mede te ondertekenen, en - ieder in de eigen expertise - mee te helpen om fraudu-

leuze artikelen uit de medische literatuur te krijgen.

## Referenties

1. Pelt, Stan van. Volkskrant 3 december 2021. Medici worstelen met een golf nepstudies. Deze gynaecoloog kwam verdachte onderzoeken uit Egypte op het spoor.
2. Bordewijk EM, Wang R, Askie LM, Gurrin LC, Thornton JG, van Wely M, Li W, Mol BW. Data integrity of 35 randomised controlled trials in women' health. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2020 Jun;249:72-83.

# De beste zorg voor iedereen

prof. dr. Christianne de Groot, prof. dr. Judith Huirne en dr. Astrid Vollebregt  
namens het NVOG-bestuur

**In het Nederlands zorgsysteem willen we de beste zorg leveren voor iedereen. Dat betekent dat we rekening moeten houden met verschillen tussen mensen zoals verschillen in gender, sociaaleconomische klasse en leeftijd, om maar een paar factoren te noemen. De verschillen in gender kennen we al heel lang; het vrouwenlichaam is anders dan het mannenlichaam.<sup>1</sup>**

Veel medische kennis uit onderzoek en diagnostiek is voornamelijk bij mannen verkregen. Hierdoor is er een gebrek of te beperkte kennis van het vrouwenlichaam en worden hormoongerelateerde klachten vaak niet herkend, met als gevolg dat vrouwen leven met een minder goede gezondheid en minder kwaliteit van leven.

Op 18 januari werd in de stadshoorn van Hoorn een energiek symposium georganiseerd door de stichting Voices for Women om meer aandacht te vragen voor het kennishiaat rondom vrouwelijke aandoeningen: Eva = geen Adam. Ook minister Kuipers heeft recent een reactie gegeven op de ingediende petitie aan Tweede Kamer. De petitie die bijna 56.000 keer is ondertekend, geeft aan dat er 'te weinig onderzoek wordt gedaan naar het vrouwelijk lichaam'. De minister erkent het probleem van gebrek aan kennis over het vrouwenlichaam en vrouwspecifieke aandoeningen. Daarom stimuleert hij het verzamelen van deze informatie langs twee lijnen: 1. Aandacht voor sekse en gender als regulier onderdeel van onderzoek; en 2) Een maatschappelijke agenda voor vrouwspecifieke aandoeningen.

Naast het wetenschappelijk onderzoek dat ZonMw zal stimuleren, hebben wij als NVOG de handschoen opgepakt voor de ontwikkeling van een onderzoeksagenda, een implementatieagenda en een maatschappelijke agenda voor vrouwspecifieke aandoeningen.

De NVOG-projectgroep 'Maatschappelijke acceptatie van vrouwspecifieke aandoeningen, optimale diagnostiek en behandeling' onderstreept de noodzaak van de onderbouwing dat de kennis over vrouwspecifieke aandoeningen, zoals menstruatieproblemen, bekkenbodemp Problemen, endometriose, overgangsproblemen en vulvaire problemen, bij heel veel mensen inclusief zorgverleners tekortschiet en verbeterd kan en moet worden.

Naast het vragen van aandacht voor deze problematiek en het verbeteren van onderwijs is het ook belangrijk om in te zetten op het doen van wetenschappelijk onderzoek en het vragen van aandacht voor innovatie gericht op de verbetering van vrouwspecifieke problemen. Nog altijd gaan er veel meer financiële middelen en aandacht uit naar onderzoek bij mannen. Hier moet verandering in komen. Maar ook wordt de zorg voor vrouwspecifieke problemen nog niet altijd serieus genoeg genomen. Er is onder invloed van de juiste zorg op de juiste plek een massale verschuiving van deze zorg naar vele zelfstandige behandelcentra (ZBC's). Vanuit het perspectief de juiste zorg op de juiste plek is dat een goede ontwikkeling, omdat laagcomplexere zorg niet altijd een hoogcomplexere infrastructuur nodig heeft. Anderzijds is en blijft de inbedding van de gynaecologie in de academische centra essentieel om de last resortfunctie uit te kunnen voeren en in te kunnen zetten op het genoemde onderwijs, innovatie en het uitvoeren van klinische en fundamenteel onderzoek samen met de netwerkpartners.

Het is een kans voor de NVOG om hier een belangrijke invulling aan te geven. Wij pleiten er daarom ook voor dat de academische ziekenhuizen hun regierol hierin nemen<sup>2</sup> om dit samen met de samenwerkende topklinische ziekenhuizen (STZ's), de algemene ziekenhuizen

en ZBC's vorm te geven. De ontwikkeling en/of versterking van regionale netwerken alsmede de rol van de UMC's als academische motor voor de regio van deze zorg is noodzakelijk.

## Referenties

1. <https://www.patiëntenfederatie.nl/dit-doen-wij/gender-en-gezondheid>
2. Kamerstuk 33278, nr. 8 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen (officieelbekendmakingen.nl)

## Contact

Christianne de Groot  
cjdegroot@amsterdamumc.nl

## Symposium Verborgen Verbonden over anonieme zaaddonors



Op maandag 22 mei vindt in Utrecht een symposium plaats over het spanningsveld tussen anonimiteit en het bekend zijn van mannen die voor 2004 hun sperma doneerden. Het programma omlijst de boekpresentatie van *Verborgen Verbonden* waarin ruim twintig anonieme anonieme zaaddonors vertellen over de tijd van toen en welke invloed hun donatie heeft op het leven van nu.

Decennialang bleef de stem van deze mannen ongehoord. Soms ongewild, maar vaak ook bewust, omdat niemand mocht weten van hun geheim. Niet zelden zelfs hun partner en kinderen. Ze waren nagenoeg onvindbaar, maar nu vertellen ze openhartig hoe zij het doneren in de jaren zeventig, tachtig en negentig hebben ervaren en waarom zij hun sperma ter beschikking stelden.

Onder leiding van moderator Frénk van der Linden (journalist, auteur) spreken donorkind Maaïke Janssen-Janssen, familiedetective Els Leijns en onderzoeker Esther Bergsma. Tot slot laten twee anonieme donors zich interviewen. Meer informatie en bestellen van tickets via [www.verborgenverbonden.nl](http://www.verborgenverbonden.nl).

## Nederlandse Vereniging voor Evolutionaire Chirurgie nieuw leven ingeblazen

De Nederlandse Vereniging voor Endoscopische Chirurgie (NVEC) wordt na een stilte van een aantal jaren nieuw leven ingeblazen. Meer dan dertig jaar na de eerste laparoscopische ingrepen

bevindt de chirurgie zich midden in een technologische stroomversnelling van beeldgestuurde interventies, robotica, nanotechnologie, virtuele simulatie, XR, deep learning, advanced imaging, 3-D printing, robotica en duurzaamheidsvragen in het kader van de green deal voor de zorg 3-0.

De afkorting van de vereniging blijft onveranderd, maar voluit geschreven gaat de NVEC op 11 april verder als Nederlandse Vereniging Evolutionaire Chirurgie. De NVEC werd in 2001 opgericht door medisch specialisten, operatieassistenten en ingenieurs om de ontwikkeling en invoering van minimaal invasieve chirurgie te stimuleren, ervaringen uit te wisselen en te leren van elkaar. De leden van de vereniging komen uit disciplines als heelkunde, urologie en gynaecologie en richt zich op iedereen die zich met chirurgische innovaties bezighoudt.

De aftrap van de vernieuwde NVEC vindt plaats op 11 april in de Beurs van Berlage in Amsterdam met het congres *Imagine the future OR*. Onderwerpen als beeldgestuurde chirurgie, augmented reality, fluorescentie 3D en smart glasses passeren de revue.

Zie [www.nvec.nl](http://www.nvec.nl) voor meer informatie en inschrijving.

## Reactie op Focus op Historie Catharina van Tussenbroek

Collega dr. J. de Graaff brengt graag ook een eerder gepubliceerd artikel over Catharina van Tussenbroek onder de aandacht van de NTOG lezers, namelijk NTOG #130; pp 107-109 dat hij samen met drs. M.A.C. Lubsen-Brandsma schreef.

## Nieuw redactielid gezocht voor deelredactie perinatologie

Vanwege het vertrek van een van de redactieleden is de deelredactie perinatologie op zoek naar een enthousiast nieuw lid. Gynaecologen of aiossen gynaecologie met affiniteit met de perinatologie worden uitgenodigd om te reageren en voor 25 april een e-mail met een korte motivatie te sturen naar de hoofdredacteur:

[j.w.m.aarts@amsterdamumc.nl](mailto:j.w.m.aarts@amsterdamumc.nl).

## In gesprek over kinderbeschermingsmaatregelen rond de geboorte

Afgelopen december vond de succesvolle live online talkshow 'In gesprek over kinderbeschermingsmaatregelen rond de geboorte' plaats. Deze talkshow wordt herhaald op dinsdag 7 maart van

# Owee

## Spruiten

De voedselkoeriers brengen met veel compassie de dienbladen met eten rond in het hele ziekenhuis. Patiënten kunnen online bestellen en een korte tijd later wordt bij hun kraamsuite aangeklopt. Het blijft wel uitkijken gebleden dat zij niet ongelegen langskomen. Een geplastificeerd A4, opgehangen aan de deur, met de tekst 'Eerst melden bij de verpleging', moet dat voorkomen.

Onlangs ging dat, in mijn optiek, mis. Ik bezocht een ongefotuneerd stel na een zwangerschapsbeëindiging. Op het nachtkastje zag ik een kleine foetus, dobberend in een schaalje water, met daarnaast een dampend bord warm eten (onder andere spruiten). De koerier had niets gemerkt tijdens de aflevering, maar ik krijg dit beeld niet van mijn netvlies.

**Mieke Kerkhof** *gynaecoloog, JBZ*

*Zelf iets opmerkelijks, grappigs, wetenswaardigs, ontroerends meegemaakt? Stuur uw tekst naar [m.kerkhof@jbz.nl](mailto:m.kerkhof@jbz.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.*

TWEEDE LANDELIJKE  
**GYNAEGAMES**

VRIJDAG 26 MEI 2023

VOOR MEER INFORMATIE  
EN INSCHRIJVEN GA NAAR  
[GYNAEGAMES.NVOG.NL](http://GYNAEGAMES.NVOG.NL)

16.00 tot 18.00 uur. Tijdens en na de uitzending kunnen via de chat direct vragen worden gesteld aan twee onderzoekers van TNO en onderling over de talkshow worden gediscussieerd. Een (voorlopige) ondertoezichtstelling (OTS) tijdens de zwangerschap of een uithuisplaatsing (MUHP) kort na de geboorte zijn ingrijpende beslissingen.

Niet alleen voor vrouwen en hun naasten, ook op betrokken zorgverleners en professionals hebben deze situaties vaak een flinke impact. Een goede samenwerking tussen het medisch domein (verloskundige zorgverleners) en het sociale domein (jeugdbescherming, GGZ) is dan cruciaal. Maar hoe doe je dat? TNO ontwikkelde samen

met het Amsterdam UMC een protocol en draaiboek voor de samenwerking en uitvoering van een kindbeschermingsmaatregel rond de geboorte. Aanmelden kan door een mail te sturen naar [suze.jans@tno.nl](mailto:suze.jans@tno.nl) of [remy.vink@tno.nl](mailto:remy.vink@tno.nl). Je ontvangt rond 1 maart een Zoom-link. Accreditatie: KNOV 1.5 A-punt. Deelname is gratis.

# Gynfeud 19

G<sub>2</sub>

## 1. Wat is het meervoud van 'in memoriam'?

- a. in memoriae
- b. in memoriams
- c. in memoria
- d. in memoriaries

## 2. Wat is het syndroom van Carpenter

- a. bijnaam voor een zwangere van een dichoriale gemelli met verschillend geslacht (het zangduo The Carpenters was dit namelijk ook)
- b. autosomaal overervende stembandafwijkingen
- c. autosomaal recessief craniosynostosesyndroom
- d. hamertenen en hallux valgus aan beide voeten

De goede antwoorden zijn te vinden op pagina 69.

*dr. J. Lind*



## NTOG Kunstsalon

Amanda MacDonald Stern wil door middel van schoonheid via haar kunst een gevoelig thema bespreekbaar maken. Ze maakte een serie handgeblazen glaskunstwerken getiteld *modular forms*. Door schoonheid trekt het de aandacht en ondanks (of misschien dankzij) de abstractie roept het direct allerlei associaties op. *Modular form 14* is een sierlijk, sereen en harmonieus beeld. Met het gebalanceerde lijnenspel creëert de kunstenaar kalmte, maar het geheel is tegelijkertijd ook spannend. Het prikkelt en zet aan tot verder kijken en interpreteren. Verschillende tinten roze associëren gemakkelijk met het vleeselijke, het lichamelijke. In het langgestrekte deel zijn drie vormen te ontdekken. Een ronde, gladde buitenrand met daarbinnen een trechtervorm uitmondend in een ronde knop en een piramidevorm met afgeronde punt. Bovenop het geheel bevindt zich een bolvormige deksel, waardoor de inwendige bolling als het ware gespiegeld wordt in de buitenvorm. De organische vormen hebben een ambigu aspect, ze relateren zowel aan vrouwelijke als aan mannelijke vormen. Het beeld doet mogelijk ook denken aan een moederfiguur met nieuw leven dat inwendig vorm krijgt. Daarbinnen wordt het geslacht bepaald door genetische aanleg, straks in de buitenwereld wordt het gender bepaald, wat zich meer verhoudt tot sociale, culturele en psychologische factoren. De binnenvorm hoeft niet altijd overeen te komen met de uiteindelijke uitwendige vorm.



Hedendaagse kunstenaars zijn van nu en vaak is hun kunst verankerd in actuele maatschappelijke vraagstukken. Genderdiversiteit en inclusiviteit is een voorbeeld van een urgent thema dat niet zelden beladen is. Sommige kunstenaars kiezen ervoor om zo'n onderwerp op een provocerende en confronterende manier uit te drukken, zodat het schuurt en ongemak teweegbrengt. Het forceert de kijker op die manier na te denken over waarom je dat gevoel krijgt. Het risico is dan dat mensen zich van het werk afkeren. Kunst waarin een impliciete, esthetische manier van uitdrukken wordt gevolgd heeft dat risico niet.

Dit werk van MacDonald Stern laat de kijker geduldig ondervinden dat het loont om verder te kijken dan de eerste verschijning, verder dan de buitenste vorm. Het dekseltje zit dicht en dat is niet erg, als je zelf maar open staat. Het kunstwerk moedigt aan te reflecteren. Sta ik zelf open voor de innerlijke vorm van mensen? Doe ik moeite om verder te kijken? En als iemand anders is dan in eerste instantie gedacht, hoe voel ik me daar dan bij?

Daar gaat dit kunstwerk over. Menselijke relaties, empathie en acceptatie van ambiguïteit, gevat in een prachtig glazen vaasje. Kwaliteiten die relevant zijn voor mensen in het algemeen en voor dokters in het bijzonder! Wij behandelen immers iedereen en moeten ons in korte tijd verdiepen in de mens tegenover ons. Via schoonheid en introspectie kan kunst bijdragen aan het verbeteren van het empathisch vermogen. Hedendaagse kunst voor hedendaagse dokters!

**dr. Daphne Voormolen, arts foetale geneeskunde WKZ**

[www.stichtingkunstsalon.nl](http://www.stichtingkunstsalon.nl)

## Een beeld zegt meer dan duizend woorden

In de vorige editie van het NTOG is de rubriek Placenta Pathologie gelanceerd. Deze rubriek zal afwisselend verschijnen met de rubriek Gynaepicture. In Gynaepicture geven we ruimte aan casuïstiek waarin beeldmateriaal een grote rol speelt. Denk aan beelden van de diagnostiek (zoals echo, CT, MRI), therapie (bijvoorbeeld laparoscopie-beelden) en/of follow-up (zoals afbeeldingen van weefsel, histologie of pathologie). Beeldvorming is vandaag

de dag essentieel voor de klinische praktijk in de verloskunde en gynaecologie. Bij vrijwel elke casus is diagnostiek zoals echografie, CT of MRI bijna niet meer weg te denken. Ook tijdens therapie, zoals een diagnostische of therapeutische laparoscopie, worden beelden vastgelegd en preparaten regelmatig gefotografeerd. De beelden zijn daarnaast ook een belangrijk hulpmiddel om elkaar te onderwijzen en om van elkaar te leren. Uit vergelijkende studies over onderwijs met alleen tekst en onderwijs met tekst aangevuld met relevante visuele ele-

menten is gebleken dat afbeeldingen het leerproces sterk verbeteren. De gemiddelde leerwinst is liefst 89%! Van dit gegeven wil de redactie van het NTOG graag gebruikmaken. De rubriek Gynaepicture is daarom terug van weggeweest en blazen we een nieuw leven in. Dus hebt u leuke casuïstiek die voor deze rubriek in aanmerking komt? Wij zien die graag tegemoet. Stuur uw foto of afbeelding met een korte begeleidende tekst van maximaal 500 woorden naar [j.w.m.aarts@amsterdamumc.nl](mailto:j.w.m.aarts@amsterdamumc.nl); indien van toepassing met toestemming van uw patiënt.



# De routinepleister na een sectio: stop met plakken

drs. R. Henschen *aios gynaecologie*

drs. G. de Krom *gynaecoloog*

beiden *Zuyderland Medisch Centrum, Heerlen*

**Het is niet zinvol om op primair gesloten chirurgische wonden een pleister te plakken. Dit standpunt werd op 1 maart 2020 vastgelegd in de ZE&GG implementatieagenda, een gezamenlijk initiatief van alle partijen in de medisch specialistische zorg. Inventarisatie door ons onder verloskunde afdelingen in Nederland leert dat in een groot deel van de ziekenhuizen nog pleisters worden geplakt op sectio caesarea-wonden. We onderbouwen waarom het niet zinvol is om een pleister te plakken op een sectiowond. We beschrijven de huidige praktijk in verloskundig Nederland en we geven aanbevelingen voor de toekomst.**

## Introductie

Uit onderzoek blijkt dat het overbodig is om op primair chirurgische wonden, zoals sectio- of laparoscopie wonden, pleisters te plakken. Dit standpunt werd op 1 maart 2020 vastgelegd in de ZE&GG implementatieagenda; een gezamenlijk initiatief van alle partijen in de medisch specialistische zorg: Gebruik geen wondbedekker voor een primair gesloten wond.<sup>1</sup> In 2013 is de multidisciplinaire richtlijn voor acute wondzorg in de ketenzorg ontwikkeld, geïnitieerd door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde.<sup>2</sup> Deze richtlijn adviseert geen wondbedekker te gebruiken op een primair chirurgisch gesloten wond. Het met verbandmateriaal bedekken van chirurgisch gesloten wonden na een incisie leidt niet tot minder wondinfecties. Kort na de operatie ontstaat namelijk een fibrinelaag die de wond beschermt tegen micro-organismen van buiten.<sup>2</sup> Bovendien kan het verwisselen van klevend verbandmateriaal pijnlijk zijn.

Wat vindt de patiënte ervan? In een

Cochrane review naar wondbedekkers werden twee studies opgenomen die geen pleister vergeleken met wel een pleister. Deze toonden een gelijke patiënttevredenheid en gelijke pijnscores in beide groepen.<sup>3</sup>

Een wondbedekker dient uitsluitend te worden overwogen om exsudaat of transsudaat op te vangen of indien een patiënt hieraan de voorkeur geeft, ook al is deze geïnformeerd dat het bedekken van de wond het infectierisico niet vermindert en het verwijderen of verwisselen van verbandmateriaal extra pijn kan veroorzaken.<sup>1,2</sup>

Dat dit ook voor sectio caesarea-wonden geldt, wordt ondersteund door de volgende literatuur.

Een recente randomised controlled trial (RCT) van Tan et al. (2020) vergelijkt een groep zonder pleister na een sectio (n= 153) en een groep met pleister die na één dag werd verwijderd (n= 157).<sup>4</sup> Uit de resultaten blijkt dat er geen significant verschil werd gevonden ten aanzien van een oppervlakkige chirurgische wondinfectie veertien dagen na de ingreep: 2/153 (1,3%) versus 5/157 (3,2%) (RR 0,4 - 95% CI 0,1-2,1; p= 0,45). Ook was de patiënttevredenheid en pijnscores voor beide groepen gelijk. Een kanttekening bij deze studie is dat voor het sluiten van de huid de wond nog werd gedesinfecteerd met alcohol-chloorhexidineoplossing; een handeling die in Nederland niet altijd wordt verricht. Daarnaast had de studie onvoldoende power, omdat de prevalentie van wondinfecties lager was dan verwacht.<sup>4</sup>

In een andere RCT uit 2016 (Peleg et al.) werd gekeken naar de timing van het verwijderen van de wondpleister, namelijk 6 uur versus 24 uur na de sectio.<sup>5</sup> Dit liet geen significant verschil zien in het aantal wondcomplica-

ties c.q. infecties, wonddehiscentie of vorming van seromen/hematomen (13,8% versus 12,5%; odds ratio, 1,16; 95% CI 0,58-2,14). Bovendien was er meer patiënttevredenheid in de groep waar de pleister na 6 uur werd verwijderd. De reden hiervoor was dat de persoonlijke hygiëne, zoals douchen of wassen, eerder mogelijk is (75,6% versus 56,9%; odds ratio, 2,35; 95% CI 1,46-3,79).<sup>5</sup> Wel werd de wond in deze studie primair gesloten met agraves; dit in tegenstelling tot meestal oplosbaar hechtmateriaal in Nederland. De projectgroep Gynae Goes Green biedt duurzaamheidsinitiatieven aan en adviseerde reeds om te stoppen met het plakken van pleisters op primair gesloten chirurgische wonden.<sup>6</sup> Maar doen we dit ook?

## Huidige praktijk in verloskundig Nederland

Wij waren benieuwd hoeveel klinieken het ZE&GG standpunt 'gebruik geen wondbedekker voor een primair gesloten wond' hebben geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk voor de sectio's. Bij het raadplegen van internet en patiëntinformatiefolders van diverse ziekenhuizen worden patiënten nog veelvuldig geïnformeerd over het plakken van pleisters. Voorbeelden: 'Op de wond zit een pleister die er op de tweede dag wordt afgehaald', of 'Na de operatie zit er een pleister op de wond, deze blijft erop zitten tot na de eerste keer douchen. Daarna zal de pleister verwijderd worden'. We hebben alle ziekenhuizen met een verloskundeafdeling in Nederland benaderd om na te gaan of er pleisters worden geplakt na een sectio en wat de reden is om dit wel of niet te doen. In totaal werden 70 ziekenhuizen benaderd. Van deze 70 ziekenhuizen plakken 54 ziekenhuizen (77%)

standaard een pleister op de wond na een sectio. Bij doorvragen blijken hiervoor de voornaamste redenen (of een combinatie hiervan): routine of ook wel standaardbeleid (n= 40; 68%), wens patiënt voor bedekking van de wond (n= 4; 7%), tegen wondlekkage (n= 11; 18%), verminderen van het infectierisico/hygiëne (n= 3; 5%) en in een enkel geval bleef de reden onduidelijk (n= 1; 2%). Zes ziekenhuizen (8,6%) gaven aan te willen gaan stoppen met het plakken van pleisters in kader van duurzaamheid. In zestien ziekenhuizen (23%) worden er geen pleisters geplakt na een sectio. Redenen hiervoor zijn enerzijds om groene zorg na te streven en anderzijds omdat er geen klinische meerwaarde bestaat van het plakken van een pleister. In zeven van deze ziekenhuizen was deze verandering recent doorgevoerd, dat wil zeggen in de afgelopen drie maanden.

### Voordelen van geen pleisters plakken

De sectio caesarea is wereldwijd een van de meest uitgevoerde gynaecologische ingrepen. Er is een stijgende trend in het aantal sectio's, waarbij wereldwijd ongeveer 21,1% van de kinderen geboren wordt via een sectio caesarea.<sup>7</sup> In Nederland zijn er in 2020 162.687 vrouwen bevallen, van wie 17,3% via een sectio.<sup>8</sup> Dit betreft 28.145 sectio's in een jaar. Uit recent onderzoek van het RIVM blijkt dat de zorgkosten tot 2060, gemiddeld met 2,8% per jaar zullen toenemen. Het meeste geld, namelijk 96 miljard euro, gaat naar de zieken-

huiszorg.<sup>9</sup> De kosten van een chirurgische eilandpleister bedraagt ongeveer 22 eurocent. Dit betekent dat er bijna 6200 euro per jaar aan wondpleisters voor sectio's wordt uitgegeven. Hiermee stoppen bespaart zorgkosten. Daarnaast worden er per jaar 28.145 pleisters enkele dagen na de sectio weggegooid. Een pleister weegt 14 gram, wat resulteert in 394 kilogram afval. Uit een eerder artikel van het NTVG bleek dat een topklinisch ziekenhuis maar liefst 430.000 kg aan afval produceert.<sup>10</sup> Stoppen met het plakken van pleisters op sectiowonden kan een kleine bijdrage leveren aan het verminderen van deze enorme hoeveelheid afval. Daarnaast zullen er uiteindelijk minder pleisters worden geproduceerd, indien er minder gebruik van zal worden gemaakt. Dit zal bijdragen aan het duurzamer maken van deze ingreep.

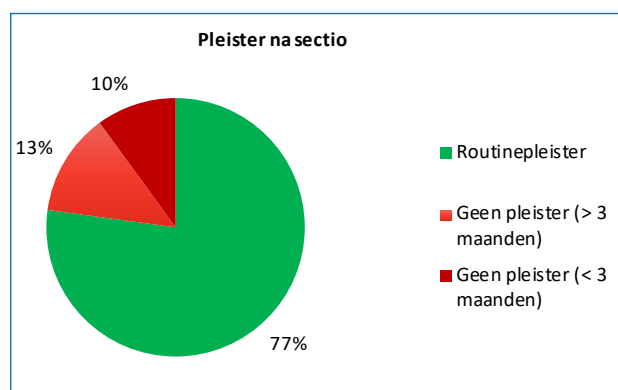
### Aanbevelingen voor implementatie

Dat er in zeven ziekenhuizen recent is gestopt met het plakken van pleisters na sectio en zes ziekenhuizen aangeven te willen gaan stoppen, toont aan dat de praktijk aan het veranderen is. Mogelijk door de aandacht die hiervoor is geweest door de projectgroep Gynae Goes Green of door de verdere implementatie van de richtlijn Wondzorg op operatieafdelingen en onder snijdende specialismen. Voor de ziekenhuizen die nog routine plakken doen wij aanbevelingen voor implementatie van dit advies in de praktijk. In 2018 verscheen een rapport van IQ healthcare over de implementatie van

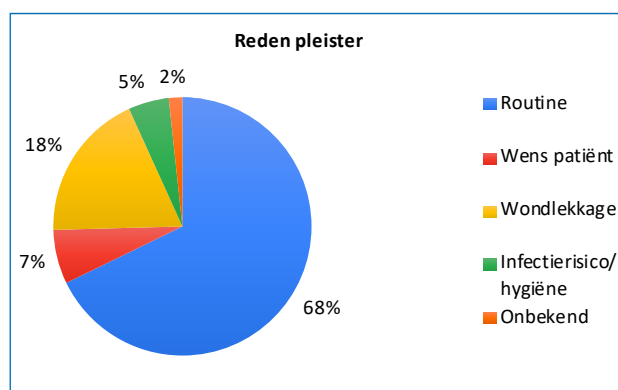
de multidisciplinaire richtlijn Wondzorg uit 2013.<sup>11</sup> Uit deze richtlijn heeft de richtlijnwerkgroep in 2014 de vijf 'Verstandige Keuzes bij een acute wond' gekozen. Verstandige Keuzes zijn evidence based aanbevelingen waarmee zorgverleners en patiënten samen beslissingen kunnen nemen over de best passende zorg. Eén van deze vijf Verstandige Keuzes was: gebruik geen wondbedekker voor een primair gesloten wond. IQ healthcare onderzoekt middels vragenlijsten de implementatie van deze Verstandige Keuzes.

Op de vragenlijst hebben 171 verpleegkundigen en 71 artsen gereageerd, werkzaam in 35 ziekenhuizen op de afdeling heelkunde, een chirurgische dagbehandeling of de spoedeisende hulp. 93% van de verpleegkundigen kent de aanbeveling 'gebruik geen wondbedekker voor een primair gesloten chirurgische wond'; 68% van de artsen kent deze aanbeveling. Van deze 68% volgt slechts twee derde de aanbeveling op. Uit interviews met zeventien verpleegkundigen, zes artsen en twintig patiënten kwamen enkele factoren naar voren die het opvolgen van de Verstandige Keuzes belemmerden. De belangrijkste factoren blijken een gebrek aan kennis, de werkomgeving, een onduidelijk beleid en de (veronderstelde) wensen van de patiënt.<sup>11</sup>

Ons vermoeden is dat dezelfde belemmerende factoren een rol spelen in het feit dat we nog pleisters plakken op sectiowonden. De aanbevelingen uit dit rapport zouden we kunnen gebruiken om ook voor de sectio's de



Figuur 1. Overzicht van het percentage ziekenhuizen dat wel of geen pleister plakt na een sectio



Figuur 2. Aantal en redenen voor het plakken van een pleister na een sectio

juiste richtlijn te implementeren. Ten eerste: vergroot de kennis over wondzorg. Bijvoorbeeld via een nieuwsbrief, scholing of posters op de afdeling. Herhaalde aandacht via verschillende kanalen helpt. Benadruk daarbij ook dat patiënten vertrouwen hebben in de keuzes die zorgverleners maken, bijvoorbeeld wanneer zij uitleggen dat een pleister niet noodzakelijk is. Ten tweede: richt de werkomgeving adequaat in. Zorg voor een inrichting, waardoor artsen en verpleegkundigen de aanbevelingen gemakkelijker kunnen opvolgen. Denk bijvoorbeeld aan een briefje bij het verbandmateriaal of het weghalen van de pleister op de OK-set. Ten derde: verwerk de aanbeveling in protocollen. Pas de protocollen aan en breng deze actief onder de aandacht. Protocollen behoren de juiste informatie te bevatten, goed vindbaar en leesbaar te zijn voor de zorgverleners die ermee werken en duidelijk te vermelden wie voor wat verantwoordelijk is.<sup>11</sup>

### Conclusie

Ondanks de huidige richtlijn Wondzorg in Nederland, resultaten uit literatuur en het opgenomen standpunt in de implementatieagenda ZE&GG, blijkt het gros van de Nederlandse ziekenhuizen (77%) nog routinematig pleisters te plakken na een sectio. Met het oog op de ontwikkelingen binnen

de groene zorg, de hoge zorgkosten en het ziekenhuisafval luidt het advies: stop met het plakken van pleisters op een sectiowond en doe dit enkel nog in het kader van patiëntwensen en lekkende wonden. Het volgen van de huidige richtlijn door geen pleisters meer te plakken na een sectio is duurzaam, bespaart zorgkosten en is medisch veilig met gelijke gezondheidsuitkomsten en mogelijk meer patiënttevredenheid.




### Referenties

1. Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG). Implementatieagenda gepast gebruik, juni 2022 [Internet]. Verkregen via: <https://www.zorgevaluatiegepastgebruik.nl/implementatieagenda/>. Geraadpleegd 29 augustus 2022
2. Federatie Medisch Specialisten. Richtlijnen-database. Wondzorg, materiaal primair gesloten niet lekkende wond; 2013 [Internet]. Verkregen via: [https://richtlijnen-database.nl/richtlijn/wondzorg/wondzorg\\_wondmaterialen/materiaal\\_primair\\_gesloten\\_niet\\_lekkende\\_wond.html](https://richtlijnen-database.nl/richtlijn/wondzorg/wondzorg_wondmaterialen/materiaal_primair_gesloten_niet_lekkende_wond.html). Geraadpleegd 29 augustus 2022.
3. Dumville, J.C., Walter, C.J., Sharp, C.A., & Page, T. Dressings for the prevention of surgical site infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2011; 7 (2)
4. Tan, P.C., Rohani, E., Lim, M.C.K., Win, S.T., & Omar, S.Z. A randomised trial of caesarean wound coverage: exposed versus dressed. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*; 2020; 127(10); 1250-1258.
5. Peleg, D., Eberstark, E., Warsof, S.L., Cohen, N., & Shachar, I.B. Early wound dressing removal after scheduled cesarean delivery: a randomized controlled trial. *American journal of obstetrics and gynecology*; 2016; 215(3); 388-e1.
6. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie. Koepel Gynaecoloog & Maatschap. Projectgroep Gynae Goes Green [Internet]. Verkregen via: <https://www.nvog.nl/koepels-en-pijlers/koepel-gynaecoloog-maatschappij/projectgroep-gynae-goes-green/>. Geraadpleegd 29 augustus 2022.
7. Betran, A. P., Ye, J., Moller, A. B., Souza, J. P., & Zhang, J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Global Health*; 2021; 6(6); e005671.
8. De Staat van Volksgezondheid en Zorg. Kerncijfers. Bevallingen 2020 [Internet]. Verkregen via: <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/bevallingen>. Geraadpleegd 29 augustus 2022.
9. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Zorguitgaven blijven tot 2060 stijgen, gemiddeld met 2,8 procent per jaar; 2020 [Internet]. Verkregen via: <https://www.rivm.nl/nieuws/zorguitgaven-blijven-tot-2060-stijgen-gemiddeld-met-28-procent-per-jaar>. Geraadpleegd 29 augustus 2022.
10. Heijnen, J. De OK als afvalfabriek. *Ned Tijdschr Geneesk* 2020; 164: D4830.
11. Verkerk E, Huisman-de Waal G, Oude Bos A, Overtoom L, Kool T en Dulmen S van. Implementatie van de Verstandige Keuzes bij een acute wond. Nijmegen; IQ health-care, 2018.

### Contact

r.henschen@zuyderland.nl

# Landelijke aios-enquête: één jaar (ont)regel de opleiding




  
**drs. S. de Vries** aios gynaecologie, cluster Groningen  
**dr. M. Sijpkens** aios gynaecologie, cluster Rotterdam  
**drs. C. Vermeulen** aios gynaecologie, cluster Maastricht  
*namens de VAGO-werkgroep Netwerk & Organisatie*

**Vorig jaar publiceerde de NVOG-projectgroep '(Ont)regel de opleiding' in de rubriek Concreto een samengestelde administratieve schraplijst.<sup>1</sup> Deze was bedoeld om aiossen gynaecologie en opleiders te stimuleren om oneigenlijke taken te schrappen. De VAGO-werkgroep Netwerk & Organisatie heeft recent landelijk geïnventariseerd welke acties inmiddels zijn ondernomen, zodat de tips and tricks hier gedeeld kunnen worden.**

Het verrichten van niet-medische taken is een bekende oorzaak van zowel verminderd werkplezier als burn-outklachten, beide zijn belangrijke thema's in de nationale enquête Gezond en Veilig werken van DJS in 2022.<sup>2,3</sup> Ook blijft er bij minder administratieve lasten en regeldruk meer tijd over voor de patiënt en voor opleidingsmomenten. Dit beide onderstreept de noodzaak om de implementatie van de vorig jaar opgestelde schraplijst te evalueren en te bevorderen. De schraplijst is destijds tot stand gekomen na een inventarisatie bij alle opleidingsclusters, en vervolgens landelijk verspreid in december 2021-februari 2022 per brief en via het NTOG aan alle aiossen en opleiders (tabel 1). Vanuit de VAGO-werkgroep Netwerk & Organisatie is een klein jaar later geïnventariseerd welke acties dit teweeg heeft gebracht.

## Methode

In het vierde kwartaal van 2022 is een vragenlijst verspreid onder aiossen van alle opleidingsclusters. De vragenlijst betrof onder andere vragen over de bekendheid van de schraplijst, de acties die zijn ondernomen en de obstakels waar aiossen tegenaan liepen in het proces.

## Resultaten

In totaal hebben we 30 reacties ontvangen, minimaal één reactie uit elk cluster, verspreid over 27 van de totaal 43 opleidingsziekenhuizen. Vijfentwintig van de respondenten (83,3%) had de schraplijst al eens eerder gezien en bij 20 respondenten (66,6%) was de schraplijst ook onder de aandacht geweest op de werkvloer. Veelal was de lijst op de agenda of PDCA-lijst gezet tijdens een aios-overleg, opleidingsvergadering of clustervergadering. Bij 33,3% was de schraplijst niet onder de aandacht gebracht of gebleven. Genoemde redenen waren prioriteit voor de LOGO-implementatie of het feit dat er door roosterkrapte of andere zaken er geen prioriteit werd gegeven.

Bij een derde van de ziekenhuizen zijn er naar aanleiding van de schraplijst daadwerkelijk concrete stappen genomen in het verminderen van de administratieve lasten. Mooie voorbeelden zijn onder andere de implementatie van een nieuw EPD, waardoor er minder overgetypt hoeft te worden, het doorbellen van benigne uitslagen door de doktersassistenten, het uitbesteden van de roosterfunctie,

verpleegkundigen die de intake verrichten bij nieuwe poliklinische patiënten, overdrachtslijstjes die digitaal uit het EPD gehaald kunnen worden, DBC-ondersteuning die foutmeldingen oplost, medicatieverificatie via de ziekenhuisapotheek en vermindering van de administratieve last van partus (tabel 2).

Voorbeelden waar nog aan gewerkt wordt zijn het afschaffen van een PowerPointpresentatie ten behoeve van de overdracht, het laten uitvoeren van de poliklinische medicatieverificatie door de apotheker en het uitbesteden van het onderwijsrooster. Helaas werd in twee derde van de reacties genoemd dat het schrappen van de administratielast (nog) niet geslaagd is. Meerdere keren werd het tekort aan ondersteunend personeel genoemd als oorzaak, waardoor taken niet bij de aiossen weggehaald konden worden, maar ook werd benoemd dat er geen ruimte was tijdens vergaderingen om het onderwerp te bespreken of dat de prioriteit lag bij het rondkrijgen van de roosters.

**Tabel 1. Schraplijst opgesteld door de projectgroep (Ont)regel de opleiding**

Schraplijst taken (Ont)regel de opleiding voor aiossen gynaecologie
Dubbel documenteren van medische gegevens
Overtypen van de verwijsbrief
Overtypen van de zwangerschapskaart
Medicatieverificatie van de thuismedicatie
Invoeren van de thuismedicatie
Bijhouden van een overdrachtsdocument en/of -lijstje
Maken van het werkrooster
Maken van het onderwijs- en praatjesrooster
Doorbellen van benigne uitslagen

**Tabel 2. Bestaande best practices, aangevuld naar aanleiding van de enquête**

Best practices die al geleid hebben tot minder administratieve lasten
De oprichting van werkgroepen die alle dossiers in Hix tegen het licht hebben gehouden om vervolgens alle administratieve taken/handelingen/registratiepaden te verbeteren
Het digitaal versturen van een recept in plaats van printen
Het doorgeven van uitslagen door doktersassistenten, geen bericht = goed bericht
Het afschaffen van het papieren partusboek
Het inzetten van studentassistenten op afdelingen voor administratieve en logistieke taken
Het invullen van LSFD of urogyn intake door verpleegkundigen of doktersassistenten
De controle, en aanvulling, van het zwangerschapsdossier bij AD 16wk door verpleegkundigen
Het invullen van de thuismedicatie en eventuele allergieën door een apotheekmedewerker
Het opzetten van een pilot waarbij patiënten zelf online de voorgeschiedenis, allergieën en medicatie in het EPD invullen
Het maken van een verloskunde dashboard waardoor alle relevante informatie van de patiënt in één oogopslag inzichtelijk is
Het delen van EPD <i>smartphrases</i> voor uniform gebruik
Het automatisch overnemen van notities uit de decursus in de brief
De <i>copy-paste</i> mogelijkheid voor pdf-documenten om zo de gegevens uit de verwijsbrief te kopiëren in het EPD
Terugkerend punt maken van administratieve lasten in de PDCA en agenderen van '(ont)regel de opleiding' tijdens opleidingsvisitaties
Inroosteren van voorbereidingstijd voor besprekingen
DBC-ondersteuning die foutmeldingen oplost
Uitbesteden van onderwijsrooster en/of dienstrooster naar secretariaat
Intake nieuwe poliklinische patiënten vooraf door doktersassistenten
Mogelijkheid overdrachtslijstjes vanuit EPD printen in plaats van zelf (over)typen

Wanneer wij vroegen naar tips voor collega-aiossen in het land werd voornamelijk genoemd om de schraplijst een terugkerend punt te maken in de PDCA. Zo wordt in elke vergadering tijd gemaakt om concrete veranderingen te kunnen realiseren en om te zorgen dat het schrappen leeft onder de aios-groep en de opleiders. Een verantwoordelijk gynaecoloog naast de aiossen als kartrekker benoemen was ook een voorbeeld. Daarnaast werd genoemd dat verdiepen in verandermodellen, bijvoorbeeld het 8-stappen verandermodel van Kotter, meer theoretische achtergrond geeft, zodat je met meer kennis het voortouw kan nemen.<sup>5</sup>

### Discussie

We zijn als werkgroep trots op alle initiatieven die in het land opgepakt zijn om de zorg efficiënter en doelmatiger in te richten. De resultaten laten zien dat er daadwerkelijk oplossingen zijn voor de hoeveelheid administratieve taken die niet alleen bij de

aiossen, maar bij het gehele team frustratie oproepen. Tabel 2 geeft een mooi overzicht van best practices, en wij roepen u allen op om hieruit inspiratie op te doen.

Helaas bevestigen onze resultaten dat het afschaffen van tijdrovende taken op zichzelf ook een tijdrovende klus is, waardoor we in een impasse dreigen te belanden. Door het niet prioriteren van de schraplijst, heeft men geen tijd om te organiseren dat men meer tijd krijgt voor medische taken; wat erg zonde is van de verspilde energie. We willen benadrukken dat het juist oplevert om nu te investeren in het anders inrichten van je takenpakket; daar heb je daarna elke dag profijt van. Het helpt om te beginnen met laaghangend fruit; als u naar deze voorbeelden kijkt ziet u vast iets wat u kunt meenemen naar uw eigen kliniek. 'Bijdragen aan- en omgaan met verandering' is ook opgenomen binnen de thema's van LOGO; dus het oppakken van iets uit de schraplijst kan zo in Reconcept (het digitale port-

folio voor aiossen). Daarnaast stellen wij voor om best practices van doorgevoerde veranderingen te delen op het LOGO&VAGO Forum, waar hiervoor reeds het topic 'Ontregel de opleiding' is aangemaakt.<sup>4</sup> We hebben allemaal ons vak gekozen voor de inhoud, maar we hebben zelf de meeste invloed op de invulling. Dus schrappen maar en laat dokters dokteren!

### Referenties

1. F. Yarde et al. (Ont)regel de Opleiding. NTOG 2022;135:15-17. Link online versie: [Ntog.nl/dynamic/media/3/documents/NTOG\\_2022\\_1\\_web.pdf](https://ntog.nl/dynamic/media/3/documents/NTOG_2022_1_web.pdf)
2. Federatie Medisch Specialisten "Meer uitval specialisten door toename niet-medische taken"  
Link: <https://demedischspecialist.nl/nieuws-overzicht/nieuws/meer-uitval-specialisten-door-toename-niet-medische-taken>
3. DJS Nationale a(n)ios enquête Gezond en veilig werken 2022. Link: <https://dejonge-specialist.nl/2022/nationale-anios-enquete-gezond-en-veilig-werken-2022>
4. VAGO Forum topic 'ontregel de opleiding'  
Link: <https://nvog-logo.nl/logo-vago-forum/>
5. Kotter, J. P. Leading Change. Boston: Harvard Business School Press, 1996.

# Veilig opleidingsklimaat

drs. Juul Tissink *aios gynaecologie*

dr. Veronica Lopes van Balen *aios gynaecologie*

beiden Maastricht UMC+

**Op 30 september organiseerde de Koepel Opleiding een webinar over de veiligheid van het klimaat van de opleiding tot gynaecoloog. Hierin kwamen verschillende aspecten ter sprake: wat wordt als veilig ervaren? Hoe zorg je zelf voor een veilige (leer)omgeving? Hoe ga je met onveilige situaties om, met wie bespreek je het? Welke instrumenten zijn er om een beter en veilig klimaat te borgen?**

Tom Brinkman, aios interne geneeskunde en bestuurslid van De Jonge Specialist (DJS), besprak onder andere de resultaten van de Peiling Veilig Opleidingsklimaat uit 2021. De aanleiding van deze peiling waren meerdere ernstige meldingen bij zowel de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) als De Jonge Specialist van individuele aiossen over onveilige situaties op de werkvloer. De peiling in 2021 stond enkele weken open, hier reageerden 398 aiossen uit allerlei disciplines op. De vragen gingen met name over het melden van een onveilige situatie: waar meld je dit (DJS, RGS, COC, opleider)? Wat is er nodig om dit veilig te kunnen melden? Helpen visitaties hierbij? Daarnaast besprak Tom Brinkman enkele resultaten van de enquête Gezond en Veilig werken van 2022. Enkele cijfers uit deze enquête:

- 30% van de aiossen kan niet vrijuit spreken over hun opleiding en werkomstandigheden,
- 40% is niet tevreden over hun opleidingsklimaat en durft niet vrijuit te praten met hun opleider,
- 30% ervaart ongewenst gedrag (28% door collega's of leidinggevende, 2% door patiënten),
- 40% ervaart een onjuiste bejegening door een supervisor,
- 46% ervaart seksistische opmerkingen.

Deze cijfers onderstrepen de noodzaak om de veiligheid van de opleiding een bespreekbaar onderwerp te maken.

## Haaien!

De tweede spreker was Moniek de Boer, gynaecoloog en coach-trainer, onder andere bekend van het boek *Het jaar van een A(N)IOS- van hoofd naar hart*. Ze besprak verschillende aspecten die sterk van invloed zijn op het opleidingsklimaat. Wat ze ons vooral wilde meegeven, was dat we ons bewust moeten zijn van de impact van subtiel ervaren onveiligheid op het leerklimaat, op onze veerkracht, op ons stressniveau en op de kwaliteit van de zorg. Dat een opleiding in essentie een onderlinge menselijke relatie is, met alle haken en ogen van dien, en dat een 'onderstroom veel vissen kan bevatten die op den duur toch haaien worden'.

## Open feedbackcultuur

Ten slotte bespraken Juul Tissink en Veronica Lopes van Balen hoe het cluster OOR ZON werkt aan een open feedbackcultuur en een veilig opleidingsklimaat. In dit cluster wordt gebruik gemaakt van meerdere toetsingsinstrumenten, zowel formeel als informeel. De formele toetsingsinstrumenten zijn de D-rect en MCTQ, waarmee inzichtelijk wordt gemaakt waar tips en tops liggen. Informele toetsingsmomenten zijn bijvoorbeeld de mini-visitatie (voorafgaand aan de regionale visitatie) en het jaarlijkse clustersymposium met clusterevaluaties. In de clusterevaluaties van 2022 (voor en door aiossen) werd de focus gelegd op de feedbackcultuur en daarmee samenhangend het opleidingsklimaat. De resultaten van deze evaluatie lieten zien dat hoewel het opleidingsklimaat door alle aiossen als veilig wordt ervaren, dit niet betekent dat er geen onveilige momenten zijn. Vijfentwintig procent van alle aiossen heeft wel eens

een onveilige situatie meegemaakt, direct gekoppeld aan een feedbackmoment. Daarnaast is er bij wederom 25% van de aiossen behoefte aan verandering van de feedbackcultuur. Tijdens het clustersymposium zijn deze resultaten niet alleen besproken met het hele cluster, maar werd meteen het moment benut om input te vragen aan zowel aiossen, gynaecologen als opleiders over mogelijke verbeterpunten. Het belangrijkste leerpunt was dat bewustwording en participatie bovenaan staan om samen iets te kunnen bereiken. Door het creëren van deze bewustwording kan het cluster OOR ZON nu verder met de puntjes op de i.

## Belangrijke onderlegger

De webinar werd afgerond met de boodschap dat een open feedbackcultuur als onderdeel van een veilig opleidingsklimaat een belangrijke onderlegger is van ons nieuwe landelijke opleidingsplan LOGO. Hierin wordt onder andere meer de nadruk gelegd op de dialoog en het begeleiden (coachen) van de aiossen door de gynaecoloog tijdens de opleiding, en minder op het beoordelen van aiossen door middel van het invullen van formulieren. Op de website van LOGO ([www.nvog-logo.nl](http://www.nvog-logo.nl)) wordt hier meer over toelichting in een video van Fedde Scheele (<https://nvog-logo.nl/het-opleidingsplan/feedback-en-toetsen/>). Dit is een belangrijke stap richting een open feedbackcultuur en daarmee naar een veilig opleidingsklimaat.

Alle informatie samenvattend, kunnen we een aantal zaken meenemen voor de nabije toekomst:

Adviezen voor de opleiders:

- Streef ernaar een rolmodel te zijn voor het gedrag dat je wil zien bij de aios.
- Durf je kwetsbaar op te stellen.
- Spreek stafleden aan op ongewenst gedrag.

- Bespreek bij het introductiegesprek met de aios de escalatieprocedure (bij wie kan de aios wat bespreken?).
- Overweeg (meerdere) systemen op te zetten: buddiesysteem (jongere a(n) ios-ouderejaars aios), mentor (aios-stafid die geen opleider is), coach (aios-onafhankelijke begeleider/coach).
- Zorg voor onderwijs aan aiossen en opleiders over feedback geven en ontvangen.

Adviezen voor de aiossen:

- Neem de regie in je eigen opleiding; maak dingen die je spannend vindt juist bespreekbaar.
- Durf je kwetsbaar op te stellen door je mening en ervaring te delen.
- Blijf jezelf persoonlijk ontwikkelen. Als je hierin vastloopt vraag dan om hulp.
- Streef naar een manier van denken waarbij je:
  - accepteert dat je fouten maakt en daarvan leert,
  - groeit door feedback van anderen toe te passen in de praktijk,
  - je laat inspireren door anderen en daardoor anderen inspireert.
- Succes en falen zijn niet de enige opties.

En bovenal: ga respectvol met elkaar om.

### Referenties

- Paul L.P. Brand, Fedde Scheele; Feedback in de medische opleiding, Ned Tijdschr Geneesk. 2022;166:D6708.
- Pim W. Teunissen, Harold G J Bok; Believing is seeing: how people's beliefs influence goals, emotions and behaviour, Medical Education 2013; 47: 1064-1072.
- Sargeant J, Armson H, Driessen E, et al. Evidence-informed facilitated feedback: the R2C2 feedback model. MedEdPORTAL. 2016;12:10387.
- [https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2022-05/tips\\_veilig\\_opleidingsklimaat.pdf](https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2022-05/tips_veilig_opleidingsklimaat.pdf)
- <https://nvog-logo.nl/het-opleidingsplan/feedback-en-toetsen/>

## Antwoorden Gynfeud 19

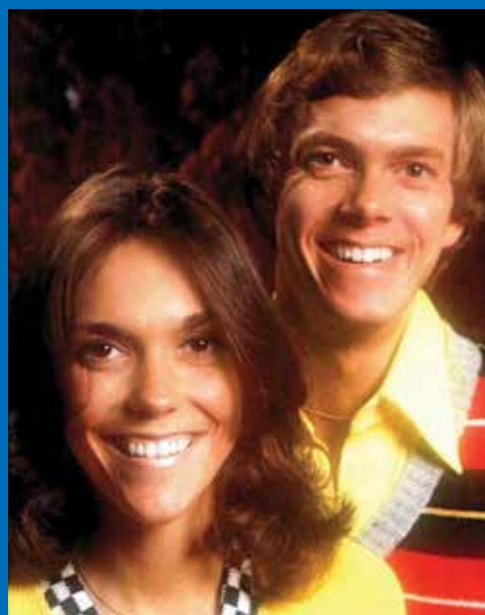
### Vraag 1. Antwoord b.

Hopelijk hoeft u niet vaak in memoriams te schrijven.

### Vraag 2. Antwoord: c.

Het syndroom van Carpenter is een zeer zeldzame aangeboren afwijking, ook wel acrocefalopolysyndactylie type 2 genoemd. Het wordt veroorzaakt door een afwijkingen in het DNA op het RAB23-gen. De Engelse arts dr. George Alfred Carpenter beschreef de aandoening in 1909 als eerste. Misschien is het wel een leuk idee om zoals bij antwoord a. wordt gesuggereerd in geval van een dichoriale gemelli met verschillend geslacht, dit een carpentersyndroom te noemen.

De dichoriale gemelli Karen en Richard Carpenter: The Carpenters. Bekend is hun hitsong *Close to you*.



# Miskramen en meer, ervaringen uit Engeland

dr. Marie-Louise van der Hoorn *gynaecoloog, LUMC*

**Met veel zin en gezonde zenuwen, kon ik in september 2022 eindelijk beginnen aan mijn reis naar Engeland. Daar heb ik in een maand drie grote herhaalde-miskraamklinieken bezocht, gesteund door het Oranje Stipendium.**

Ik begon met een gevoel dat iedereen wel kent: iemand ontmoeten waar je tegenop kijkt. Je doet je best om op tijd te zijn, voorbereid en een beetje nerveus. Voor mij is die persoon prof. dr. Siobhan Quenby, een van de grote namen in het herhaalde-miskramenonderzoek. Zij initieert veel internationaal miskramenonderzoek (waaronder een recente serie in *The Lancet*), is lid van de internationale richtlijncommissie en spreekster op grote internationale congressen. Vanwege mijn expertise in herhaalde miskramen genoeg reden om haar te ontmoeten en een inkijkje te krijgen in het herhaalde-miskramenwerk in Coventry.

## University Hospitals Coventry and Warwickshire

Omdat de begrafenis van the Queen plaatsvond op de eerste dag van mijn bezoek aan de University Hospitals Coventry and Warwickshire, was het ziekenhuis uitgestorven en draaide het diensttijden. Ik kon dus mooi rustig van tevoren kijken, waar ik de volgende dag moest zijn. Na twee trappen, langs de lift, stond ik pontificaal tegen over een levensgrote foto van prof. Quenby, met het onderschrift *'Proud of our World Class Miscarriage Research'*. Iets verder was de plek waar ik moest zijn. De eerste twee dagen waren formeel, ik heb een presentatie gegeven en liep haar spreekuur mee. Tijdens dit spreekuur, ondersteund door meerdere verloskundigen, spreekt Quenby heel veel patiënten met herhaalde miskramen. Ik was blij en enigszins trots te merken dat de zorg die ik aanbied vergelijkbaar



*London, Big Ben. Alle vlaggen hangen halfstok vanwege het overlijden van the Queen.*

is. Het digitale tijdperk hielp me verder te integreren, ik werd meegenomen naar online besprekingen en dacht mee met plannen voor miskraamonderzoek. Na drie dagen was het formele randje er af. We hebben samen hardgelopen, gegeten met de verpleegkundigen en verder onderzoek uitgedacht. Samen werkten we de lange lijst van miskraampatiënten af, waarin Quenby naast de richtlijnadviezen vooral ook *'lots and lots of sex'* adviseerde.

## Birmingham Womens Hospital

Vol energie en opgedane inspiratie vervolgde ik mijn reis naar het Birmingham Womens Hospital, waar ik een andere grote naam wilde ontmoeten, prof. dr. Arri Coomarasamy. Vooraf kreeg ik al de indruk dat hij een druk bezet man is; zijn out-of-office vermeldt dat hij alleen op de 12<sup>e</sup> en 22<sup>e</sup> van de maand zijn mail leest, zijn 'bordje' stond gedurende mijn bezoek op afwezig en zijn deur zat altijd dicht. Uiteindelijk heb ik hem alleen live gezien op een congres in Londen. Maar zoals wel vaker bij grote namen, daarachter schuilt een geolied team. Zijn team was geïnteresseerd, meedenkend en welwillend tot het delen van data en het opzetten van onderzoek. En net als in Nederland, de ideeën zijn er, tijd en geld soms wat minder.



*Birmingham Womens Hospital.*

## Het Londense UCL

Na het bezoek aan deze noordelijk gelegen ziekenhuizen, voelde het als thuiskomen in Londen. De mensen met wie ik daar had afgesproken, kende ik al vanuit een internationaal samenwerkingsverband. Prof. dr. David Williams is een Consultant Obstetric Physician, een internist die de maternale ziekten behandelt in de UCL. Vanuit onze gedeelde fascinatie voor chronische histiocytair intervillostis (CHI), een extreem zeldzaam en potentieel desastreus placentabeeld, hebben wij eerder een samenwerkingsverband opgezet. Tijdens mijn bezoek aan de UCL hebben we een tweedaags symposium over CHI georganiseerd. Met actieve inbreng van zowel patiënten en meerdere internationale en Nederlandse experts hebben we het gezamenlijke doel gesteld de zorg te verbeteren voor patiënten met een herhalingskans op CHI. Concreet gaan we met onder andere dr. Lotte van der Meeren (perinataal-patholoog LUMC/ EMC) toewerken naar een nieuw classificatiecriterium en verder werken we aan klinische database met internationale CHI-patiënten.

## Waardevol werkbezoeken

Voorafgaand aan mijn reis had ik niet kunnen bedenken dat ik zo veel zou kunnen halen uit werkbezoeken aan andere klinieken in het buitenland.



### Chronische histiocyttaire intervillositis (CHI)

De patiënt die na een gecompliceerd verlopen zwangerschap de pathologische diagnose CHI in de placenta krijgt, heeft een onzekere obstetrische toekomst. CHI wordt gekenmerkt door infiltratie van maternale macrofagen in de intervillieuze ruimte, vaak gepaard met massieve fibrine depositie. Het is sterk geassocieerd met slechte zwangerschapsuitkomsten: (extreme) foetale groeivertraging, (herhaalde) miskramen en IUVD. CHI is zeldzaam (6 op de 10.000 zwangerschappen) en het kent een hoge herhalingskans (25-100%). De diagnose kan nu alleen post partum gesteld worden. Het LUMC is een erkend expertisecentrum voor patiënten met CHI. Patiënten uit heel Nederland, waarbij CHI in de placenta gevonden is, kunnen worden verwezen. Zij krijgen een pre-conceptioneel adviesgesprek (desgewenst per videoconsult) en de placentapathologie wordt gereviseerd door een toegewijde placentapatholoog. Het beleid voor de toekomstige zwangerschap wordt gemaakt op basis van de adviezen van internationale experts.

Voor deze reis werd ik gesteund door het Oranje Stipendium en natuurlijk collega's die mijn afwezigheid hebben opgevangen.

Wil je meer weten over werken in ons vakgebied in Engeland, lees dan de blogs van Steven Giesbers, [www.ntog.nl/blog](http://www.ntog.nl/blog). Wil je meer weten over herhaalde miskramen of chronische histiocyttaire intervillitis, dan ben je meer dan welkom om contact op te nemen: [mlpvanderhoorn@lumc.nl](mailto:mlpvanderhoorn@lumc.nl).

# Ingezonden reactie op Gynfeud 18

Henry Dommerholt *gynaecoloog gepensioneerd*

Geachte collega Lind,

Met interesse lees ik altijd de rubriek Gynfeud in het *NTOG*. Over Gynfeud 18 in de aflevering van *NTOG* van februari 2023 heb ik een opmerking. Het is niets wereldschokkends, maar ik zou toch graag willen wijzen op het volgende met betrekking tot het meervoud van stadion. U stelt de vraag: wat is het meervoud van stadion? U vermeldt bij de antwoorden als meervoud stadions en stadii.

Stadions is correct als meervoudsvorm in het Nederlands. Het Oudgriekse meervoud van stadion is niet stadii. (Voor het gemak gebruik ik voor de Griekse woorden Latijnse letters): To stadion is een onzijdig zelfstandig naamwoord zoals ook in het Nederlands: het stadion.

Het meervoud van onzijdige substantiva in het Grieks eindigend op -on (en tevens bij de eventueel toegevoegde adiectiva) is -a. Dus: to dendron-ta dendra = de boom -de bomen (telkens de eerste naamval enkelvoud en meervoud weergegeven). to teknon-ta tekna = het kind- de kinderen. Zo ook to stadion-ta stadia = het stadion-de stadions.

Echter juist bij stadion is er nog een meervoudsvorm mogelijk: hoi stadioi.

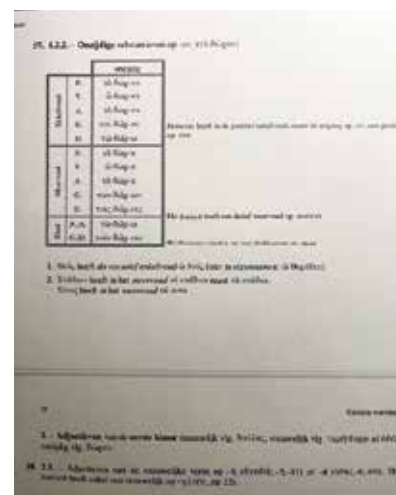
Dit is de meervoudsvorm van de mannelijke substantiva eindigend op -os. Dus: ho skopos-hoi skopoi = de kijker, opzichter- de kijkers, opzichters. Hoi stadioi is dus een uitzonderingsvorm, waarbij een onzijdig zelfstandig naamwoord in het meervoud ook als mannelijk zelfstandig naamwoord kan worden verbogen.

In het Latijn is het Griekse woord stadion overgenomen als stadium (een onzijdig zelfstandig naamwoord ook in het Latijn) met als meervoud ook stadia. De betekenis in het klassiek Latijn is zoals in het Grieks: 1. stadie als Griekse lengtemaat, circa 182 meter en 2. renbaan, metaforisch: wedstrijd (Woor-denboek Latijn/Nederlands, Amsterdam University Press, 1998).

Zie de bijgevoegde figuur 1 over de verbuiging van to doron-ta dora (de gift-de giften).

In de voetnoot 2. van deze bijlage staat: Stadion heeft in het meervoud hoi stadioi naast ta stadia. In de tweede figuur is dit ook te lezen: stadion, to, pluralis ook stadioi.

Het correcte antwoord op de vraag in Gynfeud over wat is het meervoud van stadion moet derhalve zijn: 1. stadions (Nederlands) en 2. stadia (volgens de normale verbuiging in het Grieks) of stadioi (als uitzondering in het Grieks).



### Reactie Jan Lind:

Bij kritische beschouwing van de antwoorden van Gynfeud 18 waarin gevraagd werd naar het meervoud van het woord stadion, blijkt uiteindelijk dat er drie antwoorden mogelijk zijn:

1. stadions (Nederlands meervoud)
2. stadia (onzijdig meervoud, Grieks)
3. stadioi (in dit geval is het een uitzonderingsuitgang in het meervoud, Grieks)

Het antwoord stadii vervalt.

Veel dank gaat uit naar collega Henry Dommerholt met zijn grondige kennis van de klassieken, voor het oplossen van deze breinkraker.

# Acht maanden jeuk in 15 minuten opgelost

**dr. Malou Schreurs** *gynaecoloog, ziekenhuis, locatie volgen namens het kernteam Netwerkgzorg*

Ik riep onlangs een patiënte binnen op mijn spreekuur. Toen ik vroeg wat ik voor haar kon doen begon ze te vertellen over haar vulvaire jeukklachten. Met de huisarts had ze vorig jaar van alles geprobeerd zonder evident resultaat. Acht maanden geleden verwees de huisarts haar naar de tweede lijn voor een consult. Omdat ze gek werd van de jeuk informeerde ze naar de wachttijd. Een wachttijd van gemiddeld acht tot tien maanden werd haar verteld. Dat was voor haar slikken, tenslotte kon ze niet meer stil zitten van de jeuk. Dan maar letterlijk blijven jeuken en wachten, wachten totdat ze de verlossende afspraakbrief kreeg en op een spreekuur belandde. Nadat ze haar verhaal had gedaan, keek ze me wanhopig aan of ik iets voor haar kon betekenen. Ik inspecteerde de vulva, zag een lichen simplex, gaf haar uitleg en legde haar een smeerregime uit met corticosteroïden en indifferente zalf. Een tijd later zag ik haar terug. Ze straalde: 'Dokter, het gaat echt heel goed, de jeuk is eindelijk weg! Na een paar dagen was het al over.' Daarna grapte ze: 'Toch interessant die zorg, ik moet acht maanden jeuk hebben om dit vervolgens in 15 minuten op te lossen.'

Ja, de zorg staat onder druk. Om deze druk te kunnen verlichten komen er geregeld allerlei populaire termen voorbij zoals: de juiste zorg op de juiste plek, samenwerking en wachtlijstvermindering. In het najaar van 2022 is het integraal zorgakkoord getekend door alle zorgpartijen in Nederland. Een 117 pagina tellend akkoord met veel initiatieven en voorstellen. Vooral samenwerking en netwerkgzorg lijken antwoorden te bieden om de zorg bereikbaar, passend en betaalbaar te houden. Er wordt echter ook erkend dat door de verschillende stelsels en bekostiging bij de verschillende zorgpartijen, de samenwerking een flinke uitdaging is. Het is voor ons dan ook

dé uitdaging om het netwerk om de gynaecoloog heen te inventariseren en bereikbaar te maken. De ziekenhuizen kampen met lange wachtlijsten, personeelstekorten en een hoog percentage ziekteverzuim, wat de lengte van de wachtlijsten niet ten goede komt. Meer zorg terug in de eerste lijn kunnen we eigenlijk niet verlangen van de huisarts, die al overbelast is door de vergrijzing en tekorten aan personeel. Kunnen we ze wel ondersteunen door kennisplatforms te introduceren voor de veelvoorkomende laagcomplexere zorg? PRISMA is al een krachtig kennisplatform voor huisartsen waardoor verwijzingen worden gereduceerd en er lopen meer digitale informatie-initiatieven, zoals bijvoorbeeld ook de digitale intercollegiale consulten, om de huisarts te ondersteunen.

Een andere uitbreiding van de netwerkgzorg in de gynaecologie lijkt te kunnen liggen in de opkomst van de zelfstandige behandelklinieken (ZBC's) voor de vrouw. Waar ze voor de gynaecologen uit de tweede lijn wellicht nog een wat onwennig imago lijken te hebben, vinden de patiënt en de huisarts langzamerhand de weg naar deze klinieken. Echter leert de ervaring dat er nog steeds een extensieve lobby nodig is vanuit een ZBC naar het ziekenhuis om een patiënte te kunnen verwijzen. Daar aangekomen moet een patiënte vaak de onderzoeken opnieuw ondergaan, wat de zorg inefficiënt en duurder maakt. Verwijzingen vanuit een ziekenhuis naar een ZBC zijn nog beperkt. Een extensieve samenwerking om efficiënte netwerken uit te zetten is er nog niet. Toch lijken de behandelklinieken een waardevolle schakel te kunnen zijn tussen de huisarts en het ziekenhuis. Bij een integrale samenwerking kan bekeken worden waar patiënte het snelst en het beste af is, en dus de juiste zorg op de juiste plek krijgt.

Terugkijkend naar mijn inmiddels jeukvrije patiënte, krabde ik mezelf eens achter het hoofd om na te gaan hoe ik dit sneller voor haar had kunnen regelen. Een kennisplatform had de huisarts wellicht al ondersteund en misschien zelfs een verwijzing voorkomen. Het kernteam Netwerkgzorg heeft dit volop onder de aandacht en momenteel worden alle bestaande initiatieven geïnventariseerd om deze meer toegankelijk te maken in heel Nederland. Daarbij, kan het ziekenhuis bij lange wachtlijsten niet bij hun regionale zelfstandige behandelklinieken inventariseren en daar samenwerkingsverbanden mee aangaan? Als we in de toekomst de zelfstandige behandelklinieken als een volwaardige partner inzetten, zorg uitruilen en zodoende de huisarts niet verder overbelasten, kunnen we toekomstbestendige en bereikbare zorg maken voor onze patiënten. Ook hiervoor zet het kernteam Netwerkgzorg zich dit jaar in: om de ZBC's te inventariseren en te zien waar samenwerkingsmogelijkheden liggen. Dan had mijn patiënte wellicht niet acht maanden hoeven krabben, voordat ze weer kon lachen. De gynaecologie is volop in beweging met initiatieven in de netwerkgzorg en mijn patiënte en ik zijn hoopvol voor een meer efficiënte en bereikbare zorg!



# Familiaire voorgeschiedenis van vroeggeboorte bij vrouwen met een partus immaturus in de voorgeschiedenis

drs. L. van Gils *destijds masterstudent Universiteit Utrecht; nu anios gynaecologie en obstetrie, Spaarne Gasthuis*

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

dr. A.T. Lely *associate professor-perinatoloog, UMC Utrecht*

dr. N.D. Paauw *aios gynaecologie en obstetrie, UMC Utrecht*

dr. A.M. van Eerde *klinisch geneticus, UMC Utrecht*

dr. B.M. Kazemier *destijds aios gynaecologie en obstetrie, Amsterdam UM; nu fellow perinatologie, UMC Utrecht*

**In Nederland bevalt jaarlijks 6,9% van alle vrouwen te vroeg. Vroeggeboorte is de voornaamste reden van neonatale morbiditeit en mortaliteit.<sup>1</sup> Vroeggeboorte kan spontaan plaatsvinden of worden geïnduceerd op foetale of maternale indicatie. Spontane vroeggeboorte heeft een multifactoriële oorzaak en kan het gevolg zijn van een infectie, placentapathologie of cervixinsufficiëntie.<sup>2</sup> Doordat er geen klachten zijn wordt cervixinsufficiëntie vaak te laat opgemerkt om een effectieve therapie in te zetten. Een vroeggeboorte in de familieanamnese lijkt een risicofactor te zijn. In dit onderzoek beschrijven wij de prevalentie van een familiale voorgeschiedenis van vroeggeboorte bij vrouwen met en zonder vermoeden op cervixinsufficiëntie in een eerdere zwangerschap om zo meer inzicht te krijgen in de erfelijkheid van vroeggeboorte.**

Bij cervixinsufficiëntie treedt er spontane verweking en dilatatie van de cervix op, gevolgd door prolaps van de vliezen in de vagina. Dit kan uiteindelijk leiden tot een partus immaturus. De incidentie van cervixinsufficiëntie is ongeveer 0,1-2,0%.<sup>3</sup> Er zijn sterke aanwijzingen dat genetische factoren, zoals het COL3A1-gen, bijdragen aan het ontstaan van een vroeggeboorte, maar er is (nog) geen (mono-)genetische oorzaak voor cervixinsufficiëntie beschreven.<sup>4-6</sup> Dochters van vrouwen die zelf te vroeg zijn geboren hebben een significant hoger risico om zelf te vroeg te bevallen.<sup>7,8</sup> Het primaire doel van deze studie was om de prevalentie van vroeggeboorte in de familie te onderzoeken bij vrouwen met een partus immaturus tussen de 16-24 weken zwangerschap in de voorgeschiedenis en in de familie van hun partners. Het secundaire doel was om families te identificeren met een hoge prevalentie van vroeggeboorte, om in de toekomst aanvullend genetisch etiologisch onderzoek te verrichten.

## Methode

In deze prospectieve cohortstudie werd tussen 13 april 2021 en 13 juli 2021 een oproep gedaan, via sociale media, aan vrouwen met een partus immaturus in de voorgeschiedenis om via onze website (onderzoeknaarextremevroeggeboorte.nl) een Nederlandstalige vragenlijst in te vullen over hun obstetri-

sche voorgeschiedenis, hun eigen familiegeschiedenis en die van hun partner. Er werd tweemaal een reminder gestuurd indien de vragenlijst onvolledig was ingevuld. Middels deze vragenlijst werd tevens toestemming gevraagd om vrouwen te contacteren voor eventueel vervolgonderzoek. De METC van het AMC beoordeelde het onderzoek als niet WMO-plichtig (referentienummer W21149#21.164).

Vrouwen met een leeftijd >16 jaar met een eenling of een meerlingzwangerschap met een partus immaturus tussen de 16-24 weken zwangerschapsduur in de voorgeschiedenis werden geïnccludeerd na het afronden van de gehele vragenlijst. Exacte duplicaten werden verwijderd. Exclusie criteria waren een iatrogene vroeggeboorte of een intra-uteriene foetale sterfte. Een partus immaturus (<24 weken zwangerschap) die anamnestic begon met asymptomatische dilatatie (pijnloze ontsluiting) van de cervix en/of prolaberende vliezen werd gecategoriseerd als suggestief voor cervixinsufficiëntie. Een partus immaturus die begon met het spontaan breken van de vliezen, contracties, bloedverlies of op onbekende wijze, werd gecategoriseerd als niet suggestief voor cervixinsufficiëntie (figuur 1).

De volgende basiskarakteristieken werden vergeleken tussen vrouwen met en zonder cervixinsufficiëntie: leeftijd ten tijde van afname van de vragenlijst, amenorroeduur eigen geboorte vrouw, aantal curettages, miskramen en zwangerschapsafbrekingen in de voorgeschiedenis, cervicale/intra-uteriene operaties of keizersneden in de voorgeschiedenis, bindweefselaandoening bij de vrouw of een familielid en consanguïniteit. Daarnaast werden de maternale leeftijd, amenorroeduur en het aantal tweelingen geboren bij de eerste partus immature vergeleken tussen deze twee groepen.

De uitkomstmaat was een positieve familieanamnese voor vroeggeboorte gedefinieerd als  $\geq 1$  familieleden met een spontane en/of iatrogene vroeggeboorte <37 weken zwangerschapsduur. Tot de eerstegraads verwanten behoorden moeder en zussen. Grootmoeders en tantes werden beschouwd als tweedegraads verwanten en nichten als derdegraads verwanten. Statistische analyses werden uitgevoerd met SPSS met de Student's t-test of Chi-kwadraattest waarbij een  $p < 0,05$  als significant werd beschouwd.

**Tabel 1. Basislijnkarakteristieken van alle vrouwen met een partus immaturus**

	Alle vrouwen (n=172)		Suggestief voor CI (n=56)		Niet suggestief voor CI (n=116)		P-waarde
	Aantal (n)	Percentage (%)	Aantal (n)	Percentage (%)	Aantal (n)	Percentage (%)	
Maternale leeftijd ten tijde van afname vragenlijst in jaren (mean, SD)	33	19-62	33	25-62	34	19-58	0,34
Amenorroeduur eigen geboorte vrouw							0,76
24-27 weken	1	0,60	0	0	1	0,86	
28-31 weken	3	1,7	2	3,6	1	0,86	
32-36 weken	18	10	6	11	12	10	
>37 weken	145	84	47	84	96	83	
Onbekend	5	2,9	1	1,8	4	3,5	
Een curettage in de VG	63	37	27	48	36	31	<b>0,022</b>
Meerdere curettages in de VG	18	10	9	16	9	7,8	0,11
Cervicale behandeling in de VG: conisatie	6	3,5	3	5,4	3	2,6	0,39
Intra-uteriene chirurgie in de VG A	6	3,5	3	5,4	3	2,6	0,39
Sectio caesarea in de VG	5	2,9	2	3,6	3	2,6	0,66
Gediagnostiseerde bindweefselaandoening	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Bindweefselaandoening in de familie	4	2,3	1	1,8	3	2,6	0,47
Ehlers danlos syndroom	3	1,7	0	0,0	3	2,6	
Hypermobiliteitsyndroom	1	0,58	1	1,8	0	0,0	
Consanguiniteit	2	1,2	0	0,0	2	1,7	
Maternale leeftijd tijdens eerste partus immaturus	29	17-40	29	19-40	30	17-39	0,39
Amenorroeduur eerste partus immaturus							0,62
16-18+6 weken	36	21	11	20	25	22	
19-21+6 weken	52	31	20	36	32	28	
22-24+0 weken	78	45	24	43	54	47	
Onbekend	6	3,5	1	1,8	5	4,3	
Aantal tweelingen geboren bij eerste partus immaturus	34	20	13	23	21	18	0,43

CI = Cervicale insufficiëntie, Partus immaturus = geboorte tussen 16 - 24 weken

$p < 0,05$  is statistisch significant

A Intra-uteriene chirurgie: septate uterus verwijderd (n=2), endometriose verwijderd (n=1), hysteroscopie bij een myoom (n=2), septate uterus verwijderd bij inclusief een myoom (n=1)

1) intra-uteriene chirurgie, CI groep: septate uterus (n=1), endometriose verwijderd (n=1), hysteroscopie bij een myoom (n=1)

2) intra-uteriene chirurgie, niet CI: septate uterus (n=1), hysteroscopie bij een myoom (n=1), septate uterus verwijderd inclusief een myoom (n=1)

## Resultaten

Er waren 386 aanmeldingen om de vragenlijst in te vullen. Vrouwen bij wie er sprake was van iatrogene vroeggeboorte (n=4), zwangerschapsafbreking (n=21) of intra-uteriene foetale sterfte (n=8) werden geëxcludeerd. Na verwijdering van duplicaten (n=3) en eliminatie van onvolledige vragenlijsten (n=178) werden uiteindelijk 172 vrouwen geïncludeerd (figuur 1). Van deze 172 vrouwen had 33% (n=56) een partus immaturus verdacht voor cervixinsufficiëntie en was 67% (n=116) niet verdacht voor cervixinsufficiëntie (tabel 1). In totaal had 7,6% van de geïncludeerde vrouwen (n=13) >1 partus immaturus in hun voorgeschiedenis. Van de 172 vrouwen werd 13% zelf te vroeg geboren (<37 weken) (tabel 1). Er was geen significant verschil in het aantal behandelingen van de cervix tussen de twee groepen. Het aantal vrouwen met een curettage in de voorgeschiedenis was significant hoger in de cervixinsufficiëntie-groep (48% cervixinsufficiëntie versus 31% geen cervixinsufficiëntie,  $p=0,022$ ). Geen van de vrouwen had zelf een bind-

weefselaandoening (tabel 1). De meeste vrouwen hadden naast een partus immaturus geen andere graviditeit in hun obstetrische voorgeschiedenis (35%). Er waren significant meer primipara aanwezig in de cervixinsufficiëntie-groep (48% cervixinsufficiëntie versus 29% geen cervixinsufficiëntie,  $p=0,018$ ) (tabel 2).

Een positieve familieanamnese voor vroeggeboorte bij de vrouw was aanwezig in 24% (n=41) van de vrouwen (tabel 3), waarvan 27% in de cervixinsufficiëntiegroep versus 22% zonder cervixinsufficiëntie,  $p=0,75$ . Vroeggeboorten werden het meest gerapporteerd in eerstegraads familieleden (20%). Er waren 11 vrouwen met >1 familielid met een vroeggeboorte (tabel 3). Het aantal vrouwen met >1 familielid verschilde niet significant tussen de twee groepen (11% cervixinsufficiëntie versus 4,3% geen cervixinsufficiëntie,  $p=0,18$ ). Een positieve familieanamnese voor vroeggeboorte kwam in 3% voor in de familie van de partner (3,0%) en er was geen significant verschil tussen de twee groepen (3,6% cervixinsufficiëntie versus

**Tabel 2. Obstetrische voorgeschiedenis van alle vrouwen met een immature partus**

	Alle vrouwen (n=172)		Suggestief voor CI (n=56)		Niet suggestief voor CI (n=116)		P-waarde
	Aantal (n)	Percentage (%)	Aantal (n)	Percentage (%)	Aantal (n)	Percentage (%)	
Aantal vrouwen							
Een miskraam <12 weken	70	41	25	45	45	39	0,51
Meer dan een miskraam <12 weken	25	15	11	20	14	12	0,25
Een miskraam 12-16 weken	19	11	7	13	12	10	0,66
Meer dan een miskraam 12-16 weken	4	2,3	2	3,6	2	1,7	0,60
Een zwangerschapsafbreking	13	7,6	6	11	7	6,0	0,36
Meer dan een zwangerschapsafbreking	1	0,60	0	0,0	1	0,86	
Alleen een immature partus	61	35	27	48	34	29	<b>0,018</b>
Immature partus en partus tussen 24-36 weken	41	24	9	16	32	27	0,13
Immature partus en partus >37 weken	52	30	13	23	39	34	0,22
Immature partus, partus tussen 24-36 weken en >37	18	10	7	13	11	9,5	0,60

CI = cervicale insufficiëntie, partus immaturus = geboorte tussen 16-24 weken  
*p*<0,05 is statistisch significant

2,6% geen cervixinsufficiëntie, *p*=0,82) (tabel 3). Een vroeggeboorte kwam ook in de familie van de partner het vaakst voor bij eerstegraads verwanten (1,7%).

## Discussie

### Primaire uitkomsten

Deze studie beschrijft de prevalentie van vroeggeboorte in de familie van vrouwen met een partus immaturus. De prevalentie van vroeggeboorte was in de familie van de vrouw 24% en 3,0% in die van hun partner. Dit verschil is niet significant tussen vrouwen met en zonder CI. Vroeggeboorten werden in beide families het vaakst beschreven bij eerstegraads familieleden.

### Sterke punten en beperkingen van het onderzoek

Dit is de eerste studie die de familieanamnese voor vroeggeboorte over drie generaties evalueert bij vrouwen met een partus immaturus, waarbij specifiek gekeken wordt naar vrouwen met cervixinsufficiëntie. Doordat vrouwen zichzelf konden aanmelden via sociale media en de vragenlijst alleen in het Nederlands beschikbaar was, is er mogelijk sprake van selectiebias. Opvallend is ook dat de meeste vrouwen in ons cohort alleen een partus immaturus in hun obstetrische voorgeschiedenis hebben zonder andere preterm of a terme partus. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat deze groep vrouwen recent bevallen zijn, waardoor zij zich de gebeurtenis beter herinneren. Dit kan ook tot selectiebias hebben. Er is mogelijk sprake van informatiebias, omdat we de gegevens via een vragenlijst verkregen hebben. De diagnose cervixinsufficiëntie is niet met zekerheid te stellen, omdat er geen dossieronderzoek verricht is. Er is ook niet gevraagd naar cervixlengte metingen. Informatie over familieleden die minder dicht bij de vrouw staan kan moeilijker te herinneren zijn en geleid hebben tot een onderschatting van het aantal vrouwen met een positieve familieanamnese voor vroeggeboorte.<sup>9</sup> Daarnaast is het aannemelijk dat wij vrouwen met een partus immaturus <16 of >24 weken zwangerschap hebben uitgesloten die wel cervixinsufficiëntie hadden, omdat de diagnose cervixinsufficiëntie zich niet beperkt tot het tweede trimester. Er is ook geen onderscheid

gemaakt tussen iatrogene en spontane vroeggeboorte bij het uitvragen van de familieanamnese van vroeggeboorte. Een andere beperking van deze studie is dat gegevens over risicofactoren voor vroeggeboorte, zoals etniciteit en roken, niet werden verzameld en daarom niet in de analyses konden worden meegenomen.<sup>10</sup> Daarnaast blijkt uit de resultaten dat het aantal vrouwen met een curettage in de voorgeschiedenis significant hoger was in de cervixinsufficiëntiegroep. Echter, door het retrospectieve karakter van dit onderzoek is het onbekend of de behandelingen aan de cervix voorafgaand aan de partus immaturus plaatsvonden of daarna. Hierdoor was het niet mogelijk om het effect van een curettage in de voorgeschiedenis op het risico op een spontane vroeggeboorte te bepalen.

### Relatie met bestaande literatuur

Er is nog weinig onderzoek verricht naar de prevalentie van cervixinsufficiëntie over meerdere generaties. Een studie onderzocht het aantal eerstegraads familieleden met cervixinsufficiëntie onder vrouwen met cervixinsufficiëntie (*n*=165) en zonder cervixinsufficiëntie (*n*=121). Zij vonden dat 27% van de vrouwen met cervixinsufficiëntie ten minste een eerstegraads familielid met cervixinsufficiëntie had.<sup>11</sup> In de groep vrouwen zonder cervixinsufficiëntie had geen enkele vrouw een familielid met cervixinsufficiëntie. In onze studie heeft 24% van de vrouwen met cervixinsufficiëntie een positieve familieanamnese voor vroeggeboorte en heeft 20% van de vrouwen ten minste één eerstegraads familielid die een vroeggeboorte heeft meegemaakt. Het is echter onbekend of deze vroeggeboorten veroorzaakt werden door cervixinsufficiëntie, omdat dit niet is uitgevraagd, waardoor het niet mogelijk is om de resultaten van onze studie te vergelijken met bovenstaand onderzoek.

Het is bekend dat dochters van vrouwen die zelf te vroeg zijn geboren een significant hoger risico hebben om zelf te vroeg te bevallen.<sup>7,8</sup> Dit komt overeen met de resultaten van onze studie, waarin vroeggeboorten het meest gerapporteerd werd in eerstegraads familieleden (20%). Onderzoek naar het risico van een positieve familieanamnese voor vroeggeboorte in tweede- of derdegraads verwanten op spontane vroegge-

**Tabel 3. Zelf gerapporteerde familieanamnese van vrouwen met een immature partus wel en niet suggestief voor cervix insufficiëntie**

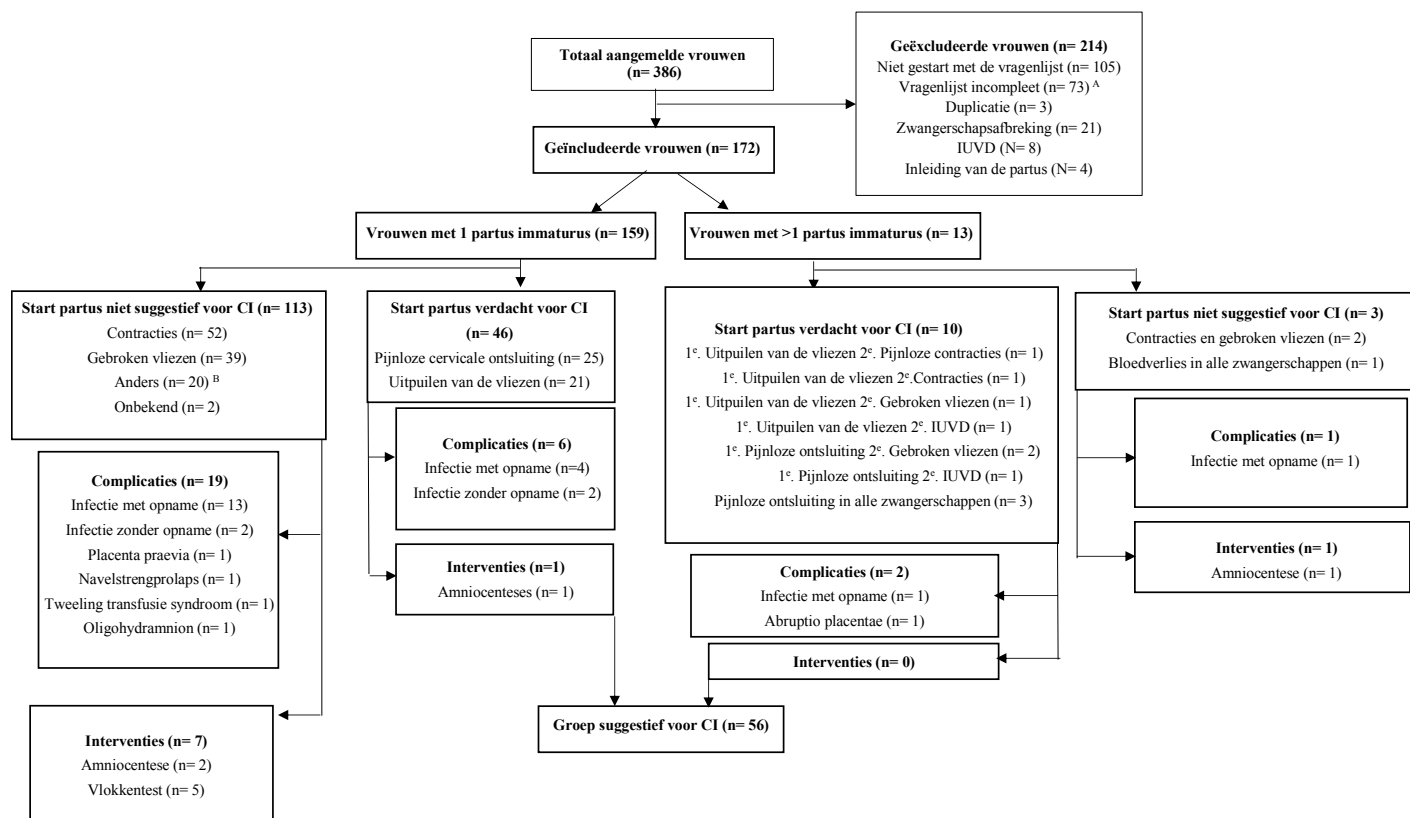
	Alle vrouwen (n=172)		Suggestief voor CI (n=56)		Niet suggestief voor CI (n=116)		P-waarde
	Aantal (n)	Percentage (%)	Aantal (n)	Percentage (%)	Aantal (n)	Percentage (%)	
<b>Positieve familieanamnese in de vrouw haar eigen familie</b>	41	24	15	27	26	22	0,75
Positieve familieanamnese in 1ste graad familielid	34	20	12	21	22	19	0,84
Moeder	30	17	11	20	19	16	
Zus	7	4,1	3	5,4	4	3,5	
Positieve familieanamnese in 2de graad familielid	11	6,4	5	8,9	6	5,2	0,34
Oma (maternaal)	3	1,7	2	3,6	1	0,86	
Oma (paternaal)	3	1,7	1	1,8	2	1,7	
Tante (maternaal)	4	2,3	2	3,6	2	1,7	
Tante (paternaal)	2	1,2	1	1,8	1	0,86	
Positieve familieanamnese in 3de graad familielid	3	1,7	2	3,6	1	0,86	0,25
Nicht (maternaal)	2	1,2	2	3,6	0	0,0	
Nicht (paternaal)	1	0,58	0	0,0	1	0,86	
Positieve familieanamnese in meerdere familieleden	11	6,4	6	11	5	4,3	0,18
Twee familieleden	9	5,2	4	7,1	5	4,3	
Drie familieleden	1	0,58	1	1,8	0	0,0	
Vier familieleden	1	0,58	1	1,8	0	0,0	
<b>Positieve familieanamnese in de familie van de partner</b>	5	2,9	2	3,6	3	2,6	0,82
Partner heeft een immature partus met een andere vrouw	1	0,58	1	1,8	0	0,0	
Positieve familieanamnese in 1ste graad familielid	3	1,7	1	1,8	2	1,7	1,0
Moeder	2	1,2	1	1,8	1	0,86	
Zus	1	0,58	0	0,0	1	0,86	
Positieve familieanamnese in 2de graad familielid	1	0,58	1	1,8	0	0,0	
Oma (maternaal)	1	0,58	1	1,8	0	0,0	
Oma (paternaal)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Tante (maternaal)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Tante (paternaal)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Positieve familieanamnese in 3de graad familielid	1	0,58	1	1,8	0	0,0	
Nicht (maternaal)	1	0,58	1	1,8	0	0,0	
Nicht (paternaal)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Positieve familieanamnese in meerdere familieleden	1	0,58	1	1,8	0	0,0	
Twee familieleden	1	0,58	1	1,8	0	0,0	
<b>Positieve familieanamnese in de familie van de vrouw en in die van haar partner</b>	2	1,2	2	3,6	0	0,0	
Twee familieleden	1	0,58	1	1,8	0	0,0	
Vijf familieleden	1	0,58	1	1,8	0	0,0	

Positieve familieanamnese = een of meer familieleden met een vroeggeboorte voor de zwangerschapsduur van 37 weken  
*p*<0,05 is statistisch significant

boorte is daarentegen nog weinig onderzocht. Een retrospectieve cohortstudie (n=23.816 vrouwen) toonden aan dat een positieve familiegeschiedenis voor vroeggeboorte bij tweedegraads familieleden (oma of tante) het risico op spontane vroeggeboorte significant verhoogt (RR 1.34 (CI 1.01-1,74)).<sup>12</sup> Na sub-analyse voor nullipara en multipara zonder eerdere vroeggeboorte bleek het risico op een spontane vroeggeboorte in

beide groepen niet significant verhoogd (nullipara 1,09 (CI 0,65-1,76) en multipara 1,44 (CI 0,86-2,32)). In deze studie werd geen onderscheid gemaakt tussen vrouwen met en zonder een vroeggeboorte in hun eigen voorgeschiedenis.<sup>12</sup> In onze studie zijn alleen vrouwen met een immature partus geïncludeerd, waardoor het niet mogelijk was om een risicoscore te ontwikkelen. Het risico van een positieve familie-

**Figuur 1. Flowchart patienten selectie**



CI = cervicale insufficiëntie, Partus immaturus = geboorte tussen 16-24 weken, IUVD = Intra uterine vruchtdood

<sup>A</sup> Incomplete vragenlijsten werden voornamelijk afgebroken omdat het geen partus immaturus in de anamnese betrof

<sup>B</sup> Start partus niet suggestief voor CI, anders = bloedverlies (n= 9), pijn, bloedverlies en contracties (n= 9), slijmprop (n= 2)

anamnese voor vroeggeboorte in tweede- of derdegraads verwanten op spontane vroeggeboorte blijft daarom onbekend.

**Klinische implicaties en ideeën voor verder onderzoek**

Het secundaire doel van deze studie was om families te identificeren met een hoge prevalentie van vroeggeboorte, om in de toekomst aanvullend genetisch etiologisch onderzoek te verrichten. Indien het mogelijk is om een genetische etiologie voor familiale cervixinsufficiëntie te vinden, zouden er preventieve interventies onderzocht kunnen worden om direct een eerste vroeggeboorte in deze groep te voorkomen. Een recente meta-analyse identificeerde 12 genen die primair in verband staan met cervixinsufficiëntie, waarvan sommige genen geassocieerd zijn met bindweefselaandoeningen zoals het Marfan syndroom, maar er is nog geen gen ontdekt dat direct voor cervixinsufficiëntie predisponeert.<sup>6</sup> In onze studie rapporteerden 26 vrouwen met cervixinsufficiëntie een vroeggeboorte in enig familielid en er werden 11 families met >3 familieleden met een vroeggeboorte in de voorgeschiedenis geïdentificeerd. Wij veronderstellen dat grotere studies voldoende families zouden kunnen identificeren om genetisch onderzoek te verrichten naar de genetische etiologie voor familiale cervixinsufficiëntie.

Tot die tijd is het enige wat we primipara vrouwen kunnen bieden het routinematige screenen op een korte cervix bij het

structureel echoscopisch onderzoek bij 20 weken. Een korte cervix <25 mm is sterk geassocieerd met een vroeggeboorte. Een recente meta-analyse uit 2018 laat zien dat vaginale progesteron een effectieve interventie is bij vrouwen met een korte cervix en zowel vroeggeboorte als een slechte gecombineerde neonatale uitkomst reduceert.<sup>13</sup> Hierop is de module Progesteron in 2019 toegevoegd aan de NVOG-richtlijn Preventie vroeggeboorte.<sup>14</sup> Vrouwen met een cervixinsufficiëntie in het bijzonder zouden baat kunnen hebben bij de implementatie van universele cervixlengte meting bij de SEO, zeker als de familieanamnese positief is voor vroeggeboorte. De toegevoegde waarde van het aanleggen van een cerclage bij een extreem korte cervix <10-15 mm zonder eerdere vroeggeboorte in de voorgeschiedenis is op dit moment nog onvoldoende onderzocht. Het aanleggen van een tertiaire of noodcerclage bij asymptomatische dilatatie en/of prolaberende vliezen lijkt effectief, alhoewel de bewijsvoering mager is.<sup>15</sup> Wij pleiten voor goed opgezette multicenter RCT's om het effect van een noodcerclage bij deze beide groepen te onderzoeken met als uitkomstmaat een gecombineerde slechte neonatale uitkomst.

**Conclusie**

Concluderend toonden wij aan dat een familiale voorgeschiedenis van vroeggeboorte bij 24% van de vrouwen in hun eigen familie voorkwam en bij 3% in de familie van hun partner. Dit



verschilde niet significant tussen vrouwen met en zonder cervixinsufficiëntie. In beide families werden vroeggeboorten het vaakst beschreven bij eerstegraads familieleden. Verder onderzoek is geïndiceerd naar de genetische invloed op vroeggeboorte en preventieve behandelmogelijkheden voor cervixinsufficiëntie.

## Referenties

1. Van Zijl M.D, Koullali B, Oudijk M.A, Ravelli A.C.J, Mol BWJ et al. Trends in preterm birth in singleton and multiple gestations in the Netherlands 2008-2015: A population-based study. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 247, 111-115(2020).
2. Goldenberg R.L, Culhane J.F, Iams J.D & Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet.* 2008;371(9606):75-84.
3. Wang S.W, Ma L.L, Huang S, Liang L & Zhang J.R. Role of Cervical Cerclage and Vaginal Progesterone in the Treatment of Cervical Incompetence with/without Preterm Birth History. *Chin Med J (Engl).* 2016;129(22):2670-5.
4. Plunkett J & Muglia LJ. Genetic contributions to preterm birth: implications from epidemiological and genetic association studies. *Ann Med.* 2008;40(3):167-95.
5. Clausson B, Lichtenstein P & Cnattingius S. Genetic influence on birthweight and gestational length determined by studies in offspring of twins. *Bjog.* 2000;107(3):375-81.
6. Volozonoka L, Rots D, Kempa I, Kornete A, Rezeberga D et al. Genetic landscape of preterm birth due to cervical insufficiency: Comprehensive gene analysis and patient next-generation sequencing data interpretation. *PLoS One.* 2020;15(3):e0230771.
7. Boyd H.A, Poulsen G, Wohlfahrt J, Murray J.C, Feenstra B et al. Maternal contributions to preterm delivery. *Am J Epidemiol.* 2009;170(11):1358-64.
8. Porter T.F, Fraser A.M, Hunter C.Y, Ward R.H & Varner M.W. The risk of preterm birth across generations. *Obstet Gynecol.* 1997;90(1):63-7.
9. Clarke P.M, Fiebig D.G & Gerdtham U.G. Optimal recall length in survey design. *Health Econ.* 2008;27(5):1275-84.
10. Koullali B, Oudijk M.A, Nijman T.A, Mol B.W & Pajkrt E. Risk assessment and management to prevent preterm birth. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2016;21(2):80-8.
11. Warren J.E, Silver R.M, Dalton J, Nelson L.T, Branch D.W et al. Collagen 1Alpha1 and transforming growth factor-beta polymorphisms in women with cervical insufficiency. *Obstet Gynecol.* 2007;110(3):619-24.
12. Koire, A, Chu, D.M & Aagaard, K. Family history is a predictor of current preterm birth. *Am. J. Obstet. Gynecol. MFM* 3, 100277 (2021).
13. Romero R, Conde-Agudelo A, Da Fonseca E, O'Brien J.M, Cetingoz 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 Feb;218(2):161-18
14. NVOG-richtlijn Preventie recidief spontane vroeggeboorte 2019.
15. Chatzakis C, Efthymiou A, Sotiriadis A & Makrydimas G. Emergency cerclage in singleton pregnancies with painless cervical dilatation: A meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020 Nov;99(11)

## Samenvatting

Dit onderzoek beschrijft de prevalentie van een familiäre voorgeschiedenis van spontane vroeggeboorte (<37 weken zwangerschap) bij vrouwen met een partus immaturus (<24 weken zwangerschap) in de voorgeschiedenis om meer inzicht te krijgen in de erfelijkheid van vroeggeboorte. Middels een online vragenlijst werd informatie verzameld over hun obstetrische voorgeschiedenis, hun eigen familiegeschiedenis en die van hun partner. Vrouwen werden verdeeld in twee groepen op basis van de suggestiviteit voor cervixinsufficiëntie als oorzaak voor de partus immaturus. Hierbij werd asymptomatische dilatatie van de cervix en/of prolaberende vliezen gecategoriseerd als cervixinsufficiëntie en spontaan gebroken vliezen, contracties of bloedverlies niet. Van de 172 geïncludeerde vrouwen werd 33% ingedeeld in de groep met cervixinsufficiëntie en 67% in de groep zonder cervixinsufficiëntie. De prevalentie van vroeggeboorte in de familie van de vrouw was 24% en 3,0% in die van hun partner. Er was geen significant verschil tussen vrouwen met en zonder cervixinsufficiëntie. Vroeggeboorten werden het vaakst beschreven bij eerstegraads familieleden.

## Trefwoorden

vroeggeboorte, partus prematurus, partus immaturus, cervixinsufficiëntie, familiäre voorgeschiedenis, erfelijkheid

## Summary

The aim of this study was to gain new insights into the heritability of spontaneous premature birth (sPTB) (<37 weeks

of gestation) in women with a sPTB (<24 weeks of gestation) in their history. Information on their obstetric history, their own and their partner's family history of PTB was collected through an online questionnaire. Women were divided into two groups based on the suggestiveness of cervical insufficiency as a cause for the partus immaturus. Asymptomatic dilatation of the cervix and/or protruding membranes were categorized as cervical insufficiency and spontaneously rupture of membranes, contractions or blood loss were not. Of the 172 women included, 33% were classified in the group with cervical insufficiency and 67% in the group without cervical insufficiency. The prevalence of PTB in the women's own family was 24% and 3,0% in their partner's family. There was no significant difference between women with or without cervical insufficiency. A history of PTB was most reported in 1st-degree relatives.

## Keywords

preterm birth, immature birth, cervical insufficiency, family history, heritability

## Contact

L. van Gils, l.vangils1@amsterdamumc.nl

## Verklaring belangenverstrengeling

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

# Adenocarcinoom in situ: versleept van cervix naar ovarium?

dr. E.M. Sandberg *aios obstetrie en gynaecologie*  
 drs. M.M. Verbaan *aios obstetrie en gynaecologie*  
 dr. R. Natte *patholoog*  
 drs. A.M.L.D. van Haaften-de Jong *gynaecoloog*  
 allen HagaZiekenhuis

**De incidentie van adenocarcinoom in situ (AIS) wordt geschat op 2,4/100.000 vrouwen. Een AIS is meestal multifocaal en bevindt zich over het algemeen dieper in de endocervix, uit het zicht van de colposcoop.<sup>1</sup> Hierdoor is behandeling en de follow-up niet altijd evident. Na een behandeling middels conisatie of liexcisie zal gelet worden op de snijranden vrij zijn en zal patiënte nauw opgevolgd worden of een hysterectomie ondergaan. Alhoewel dit voor de meeste van ons reeds bekende informatie is, zullen waarschijnlijk weinigen AIS associëren met afstandsmetastasen. In onderstaande casus beschrijven wij een zeldzaam beloop.**

## Casus

Een 60-jarige patiënte, BMI 35, para 2 met in de voorgeschiedenis een hysteroscopische myoomresectie en een heupoperatie, wordt in 2018 verwezen naar het colposcopiespreekuur in verband met een afwijkende uitstrijk afgenomen in het kader van het bevolkingsonderzoek. Er is sprake van een Pap 3a2 (P1C1A2), high risk HPV-positief, waarbij ook wordt aangegeven dat er atypische cellen aanwezig zijn en een hooggradige afwijking niet uit te sluiten valt. De atypische cellen waren niet van cilindrisch of van endometriale afkomst.

Bij de colposcopie kleurt de onderlip wit aan na het aanbrengen van azijnzuur. Er worden drie bipten afgenomen in dat gebied. Tevens wordt er een pipelle afgenomen. Uit het pathologisch onderzoek van de bipten wordt een AIS beschreven. In de pipelle wordt atypisch weefsel gevonden en op basis van de kleuring kan worden aangenomen dat het weefsel afkomstig is van de endocervix.

Er wordt een paar weken later een ongecompliceerde liexcisie verricht. Er wordt gekozen voor een diagnostische liexcisie gezien de atypische cytologische uitslag. Uit het pathologisch onderzoek wordt de AIS van de endocervix wederom gevonden. Er bestaat twijfel of de AIS niet verder reikt in de uterus gezien het feit dat er in de afgenomen pipelle ook atypie wordt gezien afkomstig uit de endocervix. Er zijn geen aanwijzingen dat er sprake is van micro-invasie. Om die reden wordt besloten tot een simpele uterus extirpatie.

Een klein half jaar later (maart 2019, delay op verzoek van patiënte) wordt een ongecompliceerde vaginale uterus extirpatie verricht. Het pathologisch onderzoek beschrijft een uterus met een AIS die de gehele isthmus inneemt en overgrijpt op de endocervix en het begin van het cavum uteri. Differentialia diagnostisch wordt gedacht aan een sereus endometrium intra-epi-

theliaal carcinoom.<sup>2</sup> Het preparaat wordt naar het Leids Universitair Medisch Centrum gestuurd voor revisie, waarbij ook geconcludeerd wordt dat het een AIS betreft, hrHPV-45 positief en dat er geen sprake is van een maligniteit. Na een ongecompliceerde controle een jaar na de hysterectomie (vanwege het eerdere ongewone beloop) wordt patiënte in 2020 ontslagen uit follow-up.

In augustus 2021 meldt patiënte zich op de spoedeisende hulp wegens benauwdheidsklachten. Een CT-scan bevestigt de diagnose longembolie en patiënte start met antistolling (Apixaban). In september 2021 wordt patiënte gezien op de polikliniek gynaecologie met progressieve buikpijnklachten. Op de transabdominale echo en later de CT-scan wordt een multicysteuze afwijking gezien van 10x15 centimeter vanuit het rechter adnex. Er worden geen andere maligne kenmerken gezien. De tumormarkers (CA-125, CA-19,9, Inhibine A+B, Oestradiol) zijn normaal behoudens een verhoogd CEA (15, referentie <5) en Inhibines A (17) en B (14) (referentie <8 bij postmenopauzale patiënte).

Patiënte wordt besproken in het regionale multidisciplinair overleg gynaecologie-oncologie, waarbij een proeflaparotomie met vriescoupe wordt afgesproken. Tijdens de poliklinische preoperatieve work-up in oktober van dat jaar meldt patiënte dat zij visusklachten heeft. Zij wordt diezelfde dag nog verwezen naar de neurologie en vasculaire geneeskunde. Ze blijkt bij onderzoek en beeldvorming onder antistolling een herseninfectie te hebben doorgemaakt. In november 2021 ondergaat patiënte met bridging een proeflaparotomie door een gynaecoloog met oncologisch aandachtsgebied (GOA) en een gynaecologische oncoloog (GO) uit het LUMC. Zoals op beeldvorming al werd gezien, is het rechter adnex vergroot maar ligt los in de buik. Bij inspectie in het abdomen worden er geen andere afwijkingen gezien. De peroperatief ingestuurde vriescoupe toont een sereus cystadenoom, waardoor wordt besloten om enkel beide adnexen te verwijderen en af te zien van stadiering. De conclusie van het definitieve pathologisch onderzoek is echter een adenocarcinoom, passend bij een metastase van de eerdere laesie in cervix. Er is sprake in de tumor in het ovarium van stromale invasie (in tegenstelling tot de laesie in de cervix). In beide laesies (cervix en ovarium) wordt HPV-type 45 aangetoond. In figuur 1 en 2 worden de pathologische coupes getoond van de AIS in de cervix en het adenocarcinoom in het ovarium (figuur 1 en 2) en het macroscopisch beeld van het rechter ovarium (figuur 3). De aanvullende PET-CT laat geen bijzonderheden zien en besloten wordt om geen aanvullende

behandelingen te doen en om patiënte te volgen. Hier werd voor gekozen gezien perioperatief en op beeldvorming er geen aanwijzingen waren voor verdere metastases. In maart 2022 heeft patiënte in het kader van een follow-up controle een PET-CT gehad, waarbij er geen suspecte laesies gezien worden. Het CEA en Inhibines wat preoperatief verhoogd waren, zijn genormaliseerd. Ook het lichamelijk onderzoek op de polikliniek is zonder bijzonderheden. Patiënte zal verder poliklinisch gevolgd worden.

## Bespreking

### Algemeen

Adenocarcinoom in situ (AIS) van de cervix is een premaligne afwijking in de glandulaire cellen van de cervix. Ongeveer de helft (55%) van de patiënten met AIS heeft ook CIN-laesies. Ondanks het invoeren van het bevolkingsonderzoek wordt er een vooralsnog onbegrepen stijging gezien van het aantal AIS.<sup>1,3</sup> In tegenstelling tot de CIN-afwijkingen, wordt AIS even vaak veroorzaakt door het HPV-type 16 als type 18, gevolgd door HPV-type 45.<sup>1</sup>

### Behandeling

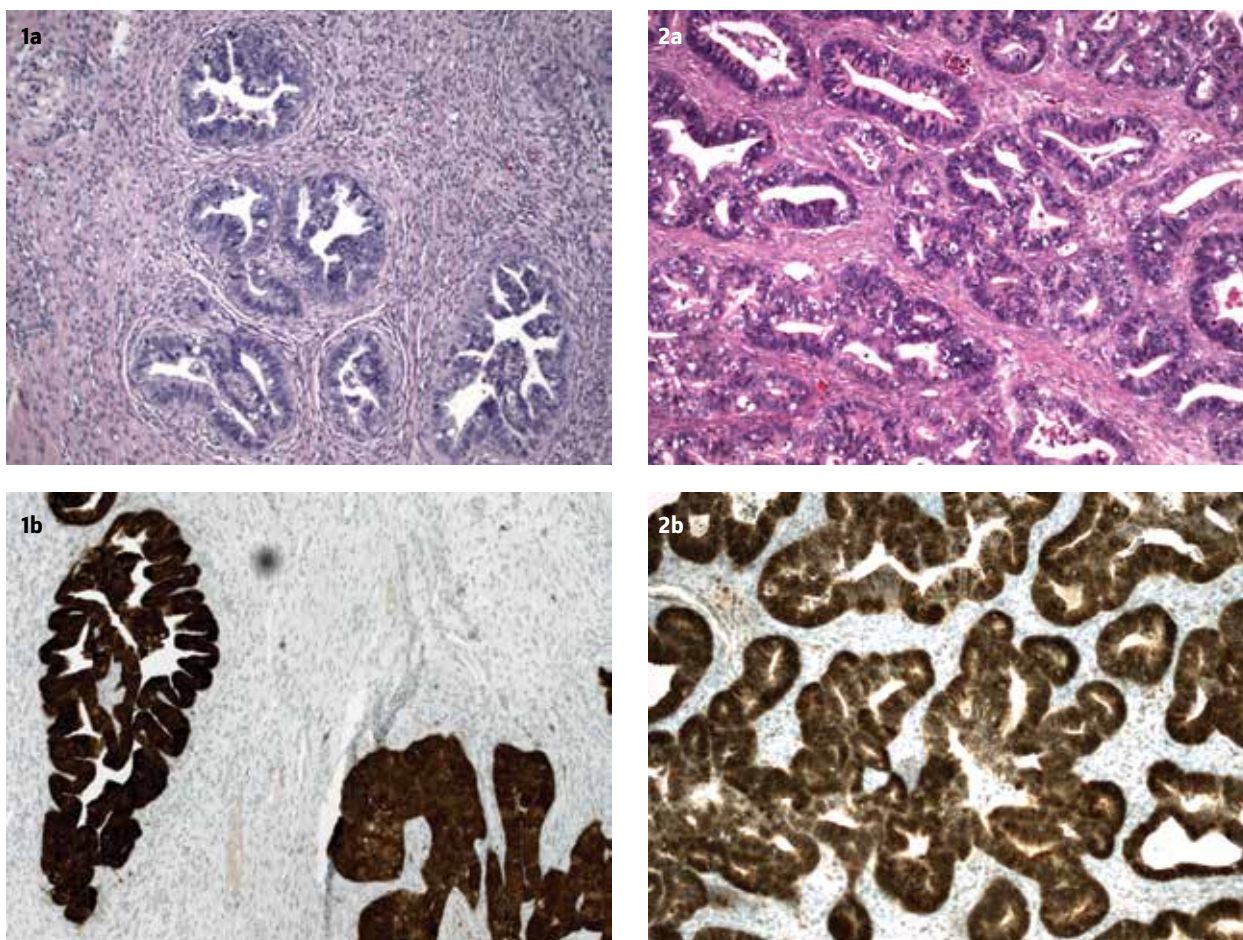
De Amerikaanse richtlijn adviseert aan vrouwen met AIS en een afgesloten kinderwens om een hysterectomie te onder-

gaan.<sup>4</sup> De achterliggende gedachte is dat de meestal multifocale en diep gelegen afwijkingen van een adenocarcinoom en ook lokaal recidief gemist worden, zeker omdat vrouwen over het algemeen geen tot weinig klachten hebben. In Nederland wordt bij een AIS een conservatieve behandeling in de vorm van een bij voorkeur conisatie of lisexcisie verantwoord geacht.<sup>1</sup> Deze aanbeveling uit onze richtlijn komt mede door een meta-analyse waarbij een conisatie met negatieve snijranden een recidief kans van 3% liet zien een kans op een adenocarcinoom van <1%.<sup>5</sup> Bij onze patiënte is aanvankelijk pro diagnose een lisexcisie verricht.

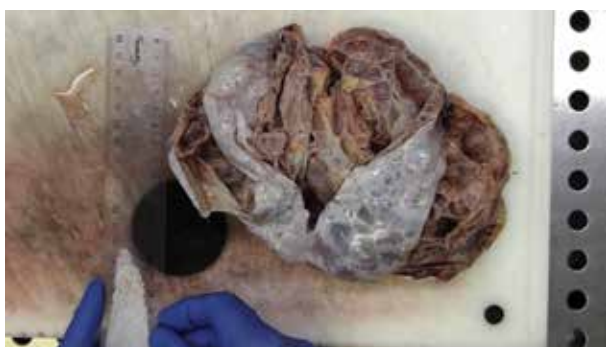
### Verslepingstheorie

Metastasen op afstand bij AIS zonder stromale invasie worden in bovenstaande afwegingen niet of nauwelijks meegenomen gezien de extreme zeldzaamheid. Omdat een AIS een niet-invasieve ziekte is, is er geen kans op lymfogene of hematogene gemetastaseerde ziekte. Voor het ontstaan van metastasen in het ovarium bij een AIS wordt eerder gedacht aan de verslepingstheorie, ook wel *transtubal spread* genoemd. Via de tubae, zou de laesie retrograad in of op het ovarium terecht komen en zich vanaf daar verder uitbreiden (figuur 4).<sup>6</sup>

In de literatuur zijn er twaalf casussen beschreven van metastasen bij AIS.<sup>6</sup> In de meeste gevallen betrof het een unilaterale



Figuur 1a+b en 2a+b. 1. Microscopie van de AIS in de cervix en 2. in het adenocarcinoom in het ovarium. Beide tonen een vergelijkbare cytonucleaire morfologie en architectuur. Beide zijn sterk blokvormig immuunhistochemisch positief voor p16, hetgeen in deze context een pseudomarker is voor een hoog risico HPV-geïnduceerde tumor. Beide tumoren tonen middels PCR ook een overeenkomstig hoog risico HPV-type (type 45). (vergroting 100x).



Figuur 3. Macroscopisch beeld van het opengesneden vergrote rechter ovarium met multipele kleine en grotere dunwandige cysten

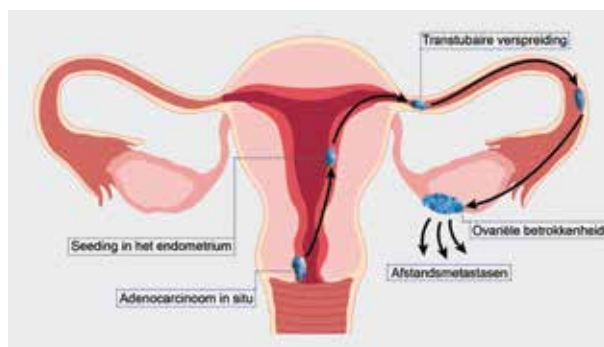
ovariële laesie van meer dan 12 centimeter. Het ovariumoppervlak was glad en de laesies werden beschreven als een solide massa. Bij twee patiënten werden verdere metastasen gezien in de longen waarbij gedacht wordt dat door het invasieve karakter van het adenocarcinoom in het ovarium, de tumor zich wel lymfogeen dan wel hematologisch kan verspreiden. De gemiddelde tijd tot het ontdekken van de metastasen was 26 maanden (2 tot 84 maanden) na initiële diagnose van de AIS. In één casus werden tumormarkers bepaald die net zoals in onze casus niet afwijkend waren. De meest patiënten ondergingen een adnexectomie gevolgd door adjuvante behandeling, meestal chemotherapie. In 96% van de gevallen werd hetzelfde HPV-type gezien in de cervix als in het ovarium. Voor zover bekend, waren alle patiënten op één na in leven en zonder teken van recidief gemiddeld 63 maanden na diagnose (9-156 maanden).

#### Behandeling bij verslepte AIS

Over de behandeling van een verslepte AIS is geen eenduidig beleid, daar cijfers over ziekte vrij interval en mortaliteit ontbreken. Onze patiënte is enkel chirurgisch behandeld, terwijl andere in de literatuur beschreven casussen aanvullend werden behandeld. Tijdens ons multidisciplinair overleg is hier uitgebreid over gediscussieerd, maar is bij onze patiënte van adjuvante behandeling afgezien gezien de normale bevindingen per operatief en op de beeldvorming. Er kan gedacht worden dat bij de oorspronkelijke AIS in de cervix er mogelijk ook al sprake zou kunnen zijn van (microinvasief) adenocarcinoom. Voor een adenocarcinoom van de cervix wordt de kans op ovariële metastasen geschat tussen 0,7-3,4%.<sup>7</sup> Dit lijkt in onze casus en de beschreven casussen in de literatuur zeer onwaarschijnlijk. In onze casus werd geen adenocarcinoom in de cervix gezien in verschillende preparaten (lixectomie en uterusextirpatie), ook niet na revisie door de patholoog zowel in de tweede als derde lijn. Theoretisch gezien bestaat er kans dat er toch sprake was van invasieve groei. De coupes zijn vier micrometer dik en de plakjes weefsel waar deze coupes van gesneden worden, zijn 3-4 millimeter. Hiermee is invasieve groei zo onwaarschijnlijk mogelijk gemaakt.

#### Follow-up

De vraag die zich nu voordoet is of het beleid bij AIS en in het bijzonder de follow-up aangepast dient te worden. Gezien de



Figuur 4. Schematische weergave van de 'transtubal spread', nagetekend van Horn et al.<sup>4</sup>

zeldzaamheid van deze metastasen lijkt dit niet in eerste instantie noodzakelijk. Wel is het belangrijk zich te realiseren dat een AIS die zich al heeft uitgebreid naar het isthmus dan wel het cavum, mogelijk een verhoogd risico op de eerder genoemde *transtubal spread* vormt.<sup>6</sup> In retrospect hadden wij tijdens de uterusextirpatie mogelijk ook een bilaterale adnexectomie kunnen verrichten. Destijds was de afweging om vanwege de hoge BMI van patiënte een zo min mogelijk invasieve ingreep te verrichten.

In het algemeen zou voor deze specifieke groep met een AIS die al verder ingroeit in het cavum wellicht extra alertheid geïndiceerd zijn. Gezien de zeldzaamheid van de versleping lijkt echter aanpassing van het huidige follow-up beleid niet geïndiceerd. Echter, gezien de summiere beschikbare literatuur zou ons advies zijn alle beschreven casussen op landelijk niveau prospectief te verzamelen.

#### Conclusie

Een AIS in de cervix kan in zeldzame gevallen verslept worden naar het ovarium. Indien de laesie beperkt is tot het ovarium en verwijderd wordt, lijkt de prognose goed. Met dit case report hopen wij collega's op de hoogte te brengen dat een (uitgebreide) AIS zich lokaal kan verspreiden. Gezien de beschreven toename van de incidentie AIS, gaan we dit zeldzame beloop mogelijk in de toekomst vaker zien. Omdat data over de prognose en de optimale behandeling ontbreken, pleiten wij ervoor om in ieder geval alle casus landelijk te verzamelen zodat hier verder van geleerd kan worden.

#### Referenties

1. Richtlijn CIN, AIS en VAIN, via [www.richtlijndatabase.nl](http://www.richtlijndatabase.nl), beoordeeld op 07-09-2021
2. Slaager C., Hofhuis W, Hoogduin K., Ewing-Graham P., van Beekhuizen H. Serous endometrial intraepithelial carcinoma (SEIC): Current clinical practice in The Netherlands. *Eur J of Obst & Gynecol and Repr Biology.* 2021: 25-29
3. Horst, J. van der., Siebers A.G., Bulten J., Massuger L.F., de Kok I.M.C.M. Increasing incidence of invasive and in situ cervical adenocarcinoma in the Netherlands during 2004-2013. *Cancer Med.* 2017; 6(2): 416-423
4. Teoh D., Musa F., Salani R, Huh W., Jimenez E. Diagnosis and Management of Adenocarcinoma in Situ A Society of Gynecologic Oncology Evidence-Based Review and Recommendations. *Obstet Gynecol.* 2020; 135(4): 869-878.

5. Baalbergen, A., Molijn, A.C., Quint, W.G.V., Smedts, F., Helmerhorst, T.J. M. Conservative Treatment Seems the Best Choice in Adenocarcinoma In Situ of the Cervix Uteri Journal of Lower Genital Tract Disease: 2015, Volume 19, Issue 3: 239-243.
6. Horn L.C, Höhn A.K, Stark S, Eienkel J, Borte G. & et al. Endocervical adenocarcinoma in situ (AIS) with ovarian and pulmonary involvement: report of a case and review of the literature suggesting a "seed and soil hypothesis". J Cancer Res Clin Oncol 2019;145(8):2061-2069.
7. Shimada M., Kigawa J., Nishimura R, Yamaguchi S, Kuzuya K., & et al. Ovarian metastasis in carcinoma of the uterine cervix. Gynecol Oncol 2006;101(2):234-7

### Samenvatting

Een 60-jarige patiënte ondergaat een lisexcisie en uiteindelijk een vaginale uterusextirpatie wegens AIS in de cervix. Twee jaar later wordt een ovariële afwijking van 15 centimeter gezien. Na de proeflaparotomie blijkt uit het definitief pathologie verslag dat er sprake is van een adenocarcinoom in het ovarium. Dit adenocarcinoom komt immunohistochemisch overeen met de eerder vastgestelde AIS in de cervix en in beide preparaten wordt HPV-type 45 aangetroffen. Voor het ontstaan van metastasen in het ovarium bij een AIS wordt gedacht aan de verslepingstheorie, ook wel transtubal spread genoemd. Via de tubae, zou de laesie retrograad in of op het ovarium terecht komen en zich vanaf daar verder uitbreiden. Dit is een uiterste zeldzaam beloop: in de literatuur zijn twaalf vergelijkbare casussen beschreven. Met dit case report hopen wij collega's op de hoogte te brengen dat een (uitgebreide) AIS zich lokaal kan verspreiden. Omdat data over de prognose en de optimale behandeling ontbreken, pleiten wij ervoor om alle casussen landelijk te verzamelen zodat hier verder van geleerd kan worden.

### Trefwoorden

adenocarcinoom in situ, cervix, transtubal spread

### Summary

A 60-year-old patient undergoes a loop excision of the cervix and subsequently a vaginal uterus extirpation due to adenocarcinoma in situ (AIS) in the cervix. Two years later,

an ovarian mass of 15 centimeters is found. She undergoes a laparotomy and the final pathologic report states an adenocarcinoma in the ovary. This adenocarcinoma corresponds immunohistochemically to the previously resected AIS in the cervix. HPV45 is also found in both samples. The development of metastases in the ovary from an AIS in the cervix is extremely rare: only twelve comparable cases have been described in the literature. To understand this progression, the 'transtubal spread' theory is considered. Via the tubes, the lesion retrogrades into or onto the ovary and spreads from there. With this case report we hope to inform colleagues that an (extended) AIS can spread locally. Because data on the prognosis and optimal treatment are lacking, we suggest a nationwide registration of cases so that further lessons can be learned.

### Trefwoorden

adenocarcinoma in situ, cervix, transtubal spread

### Contact

Evelien Sandberg, e.m.sandberg@lumc.nl

### Toestemming van patiënte voor publicatie

Patiënte heeft toestemming gegeven voor de publicatie van de casus.

### Verklaring belangenverstrengeling

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

# Een zeldzame complicatie door GBS: postpartum septische artritis van de heup

drs. K. de Jong *anios gynaecologie, Albert Schweitzer Ziekenhuis, Dordrecht; thans Erasmus MC, Rotterdam*

drs. L.C.A. Vink-van Os *gynaecoloog, Albert Schweitzer Ziekenhuis, Dordrecht*

dr. J.C. Peerbooms *orthopedisch chirurg, Albert Schweitzer Ziekenhuis, Dordrecht*

**Postpartum septische artritis is een zeldzame diagnose, die kan leiden tot ernstig invaliderende complicaties. Deze casus beschrijft het beloop van een septische artritis van de heup op basis van groep-B-streptokokken (GBS) die postpartum is ontstaan na een ongecompliceerde bevalling. Het is van belang om deze diagnose tijdig te herkennen om ernstige complicaties te voorkomen, waarbij samenwerking tussen diverse specialisten essentieel is.**

## Casus

Patiënte H, een 33-jarige primigravida, was onder controle in de tweede lijn wegens diabetes gravidarum met metforminegebruik. Haar voorgeschiedenis vermeldt een lisexcisie vanwege cervicale intra-epitheliale neoplasiegraad 2. De zwangerschap verliep ongecompliceerd. Bij een zwangerschapsduur van 38 weken en 2 dagen werd de bevalling ingeleid. Vanwege een pijnstillingsverzoek werd bij 4 cm ontsluiting epidurale analgesie gegeven, de plaatsing van de epiduraalkatheter verliep ongecompliceerd. Na een ongecompliceerde uitdrijving van één uur en 5 minuten beviel mevrouw van een dochter van 3018 gram (p31), een tweedegraads ruptuur werd gehecht. Het postpartum beloop verliep ongecompliceerd en patiënte kreeg dezelfde dag ontslag.

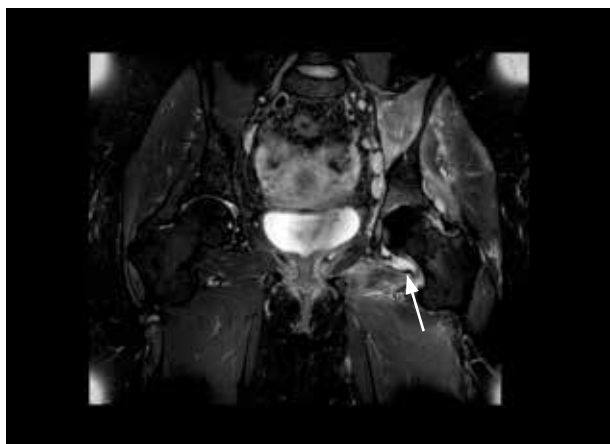
Op de vijfde dag postpartum bezocht patiënte het spoedspreekuur van de gynaecologie wegens sinds drie dagen pijn in de linker lies met uitstraling naar de linker bil. Bij lichamenlijk onderzoek kon patiënte staan en lopen, flecteren van de linker heup was niet mogelijk. Differentiaal diagnostisch werd er gedacht aan een hernia inguinalis, hematoom ter plaatse, peeslaesie en diep veneuze trombose, die werden uitgesloten door aanvullend onderzoek middels een X-heup en echografie. Er werd in eerste instantie niet aan een infectie gedacht, waardoor er geen laboratoriumonderzoek was ingezet. Na medebeoordeling door de neuroloog en anesthesioloog werd gedacht aan pijnklachten ten gevolge van overrekking van de peesaanhechting ontstaan durante partu. Patiënte kreeg pijnstillers mee en fysiotherapie werd geadviseerd.

Wegens aanhoudende pijnklachten werd patiënte vier weken postpartum verwezen door de gynaecoloog naar de orthopedisch chirurg. Bij het lichamenlijk onderzoek was er sprake van pijn bij extensie van de linker heup, passieve flexie gaf geen klachten. Zowel de exorotatie als de endorotatie van de linker heup was pijnlijk. De röntgenopname van de heup links liet geen afwijkingen zien. Vanwege het ontbreken van

een duidelijke diagnose werd aanvullend een MRI van de heup verricht (figuur 1). Deze liet aanwijzingen zien voor een artritis, bestaand uit gewrichteffusie en tekenen van synovitis, gering oedeem van de femurkop en het collum, kraakbeenverlies en aangrenzend oedeem van het acetabulum. Naar aanleiding van de MRI werd laboratoriumonderzoek ingezet en een echogelegeide punctie van de heup verricht. Het laboratoriumonderzoek liet een verhoogd CRP zien van 106 mg/l (<5 mg/l) en leukocyten van  $8,8 \cdot 10^9/l$  ( $4,3-10 \cdot 10^9/l$ ), een bezinking van 126 mm (<20 mm), trombocyten van  $504 \cdot 10^9/l$  ( $150-400 \cdot 10^9/l$ ). Bij de echografie van de heup werd troebel vocht geaspireerd, waarbij het Gram-preparaat aanwezigheid van gram-positieve coccen in ketens toonde. Op basis van verdenking septische artritis werd besloten om de linker heup te spoelen middels de voorste benadering volgens Hueter, waarbij er peroperatief kweken werden afgenomen. Na een uitgebreide nettoyage, werd het kapsel van de heup aan de voorzijde open gelaten. Direct postoperatief werd gestart met amoxicilline/clavulaanzuur 2000/200mg 4 dd intraveneus. Postoperatief daalde het CRP naar 29 mg/l en de bezinking naar 74 mm, leukocyten waren  $10,2 \cdot 10^9/l$ . Tijdens de opname waren er klinisch geen tekenen van infectie. De antibiotische dosering werd omgezet naar amoxicilline 3 dd 750 mg per os waarna ontslag van klinische opname volgde. Uit het heuppunctaat en de kweken van het vocht verkregen tijdens de arthrotomie kwam een GBS (*S. agalactiae*) gevoelig voor amoxicilline. De behandeling van patiënte werd gecontinueerd met amoxicilline 750 mg 3 dd gedurende 6 weken.

Bij poliklinische controle negen dagen na de ingreep toonde het laboratoriumonderzoek verdere daling van de infectieparameters. Twee weken na de ingreep was er sprake van klinische verbetering en was het laboratoriumonderzoek genormaliseerd (CRP 7 mg/l, leukocyten  $5,1 \cdot 10^9/l$ ).

Vier maanden postpartum en drie maanden na het spoelen van de heup, bezocht patiënte de polikliniek in verband met toename van de pijnklachten en werd er een punctie van de linker heup verricht op de operatiekamer onder röntgen-doorlichting. Het punctaat bevatte leukocyten  $145 \cdot 10^6/l$  en de aanvullende kweek toonde geen groei van micro-organismen. De X-heup (figuur 2) liet in tegenstelling tot de eerder gemaakte röntgenopnames een volledige versmalling van de gewrichtsspleet zien. Een half jaar postpartum werd een totale heupprothese geplaatst vanwege de radiologische bevindingen en de pijnklachten die patiënte ervoer (figuur 3).



Figuur 1. MRI heup. T2 gewogen opname

De operatie werd uitgevoerd, nadat tot tweemaal toe een steriele punctie van de heup geen bacteriële groei liet zien. De ingreep is ongecompliceerd verlopen en postoperatief kon patiënte de heup goed belasten.

### Discussie

Septische artritis van de heup postpartum veroorzaakt door GBS is een zeldzame diagnose. De GBS is een bekende verwekker van neonatale sepsis. In Nederland worden vrouwen gescreend op dragerschap bij risicofactoren zoals (dreigende) vroeggeboorte en langdurig gebroken vliezen.<sup>1</sup> Onze patiënte was vanwege het ontbreken van risicofactoren tijdens de zwangerschap niet getest op GBS-dragerschap. Maternale GBS-infectie kan zich tevens presenteren als sepsis.<sup>2</sup> Mogelijk heeft hematogene verspreiding van de GBS geleid tot de septische artritis van de heup.<sup>3</sup> In eerder beschreven case reports werd de diagnose laat herkend en ontstond ernstige coxartrose, waardoor een totale heupprothese werd verricht.<sup>4,5</sup> In andere landen wordt er meer routinematig gescreend op GBS.<sup>6</sup> Het is vooralsnog onbekend of hiermee maternale complicaties voorkomen kunnen worden.

Een septische artritis van de heup postpartum veroorzaakt door GBS is een zeldzame diagnose met een invaliderend beloop. Het is belangrijk deze diagnose tijdig te herkennen en adequaat te behandelen om schade aan de heup te voorkomen. Onze casus onderschrijft het belang van beeldvormende diagnostiek bij klachten. Omdat in een vroeg stadium afwijkingen nog niet aantoonbaar hoeven te zijn op de echo, is ons advies om bij aanhoudende klachten te verwijzen naar een orthopedisch chirurg.



Figuur 2. X-heup



Figuur 3. X-heup. Status na totale heupprothese

### Referenties

1. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Richtlijn Preventie en behandeling van early-onset neonatale infecties. 2017.
2. Hall J, Adams NH, Bartlett L, Seale AC, Lamagni T, Bianchi-Jassir F, Lawn JE, Baker CJ, Cutland C, Heath PT, Ip M, Le Doare K, Madhi SA, Rubens CE, Saha SK, Schrag S, Sobanjo-Ter Meulen A, Veckmans J, Gravett MG. Maternal Disease With Group B Streptococcus and Serotype Distribution Worldwide: Systematic Review and Meta-analyses. *Clin Infect Dis*. 2017 Nov 6;65(suppl\_2):S112-S124.
3. Brandenberger AW, Hauser R, Bronz LB. Postpartum periarticular hip abscess with later coxitis caused by group B streptococcus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1992;255-7.
4. Kumar V, Desai A, Alva A, Board TN. Group B streptococci as an unusual cause of septic arthritis of the hip: association with childbirth. *BMJ Case Rep*. 2013;8.
5. Mehta AD, Beebe KS, Seigerman DA, Koerner JD, Hwang JS, Patterson FR. Septic Arthritis of the Hip Caused by Group B Streptococcus in a Postpartum Patient: A Case Report. *JBSJ Case Connect*. 2012;2.
6. Rao GG, Khanna P. To screen or not to screen women for Group B Streptococcus (*Streptococcus agalactiae*) to prevent early onset sepsis in newborns: recent advances in the unresolved debate. *Ther Adv Infect Dis*. 2020 Jul 13;7.

### Samenvatting

Postpartum septische artritis is een zeldzame diagnose, die kan leiden tot ernstig invaliderende complicaties. Patiënte H, een 33-jarige primigravida, presenteerde zich postpartum met pijnklachten van haar linker heup.

Na consultatie van diverse specialisten werd de diagnose niet direct herkend. Uiteindelijk bleek er sprake van een septische artritis van de heup op basis van groep-B-streptokokken (GBS). Ondanks behandeling van de artritis middels operatief spoelen en antibiotica ontstond snel secundaire coxartrose, waarvoor een totale heupprothese werd geplaatst. Een septische artritis van de heup postpartum veroorzaakt door GBS is een zeldzame diagnose met een invaliderend beloop. Het is belangrijk deze diagnose tijdig te herkennen en adequaat te behandelen om schade aan de heup te voorkomen.

### Trefwoorden

GBS, septische artritis, postpartum complicaties

### Summary

Postpartum septic arthritis of the hip is a rare diagnosis with severe consequences. Patient H, a 33-year-old primigravida, presents with postpartum pain of the left hip. After consulta-

tion with different medical specialists, the diagnosis was not recognised. Eventually, the diagnosis was septic arthritis of the hip due to Group-B-streptococcus (GBS). Even though the patient was treated with antibiotics and arthrotomy, she developed severe coxarthrosis and received a total hip replacement. Septic arthritis of the hip postpartum due to GBS is a rare diagnosis and can have severe consequences. It is essential to recognise this diagnosis at an early stage to prevent further damage to the hip.

### Keywords

GBS, septic arthritis, postpartum complications

### Contact

drs. K. de Jong, k.dejong@erasmusmc.nl

### Toestemming van patiënte voor publicatie

Patiënte heeft toestemming gegeven voor de publicatie van de casus en tekst en figuren akkoord bevonden.

### Verklaring belangenverstremming

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



# 'Grensoverschrijdend dokteren': aan de koffietafel met baiossen

**drs. H.J.M. Delagrance** *ex-baios (Belgische aiós uit Leuven) in Isala Ziekenhuis, Zwolle; nu fellow perinatologie, UMCG*

**drs. C. Deltour** *ex-baios (Belgische aiós uit Gent) in Isala Ziekenhuis, Zwolle*

**dr. S.M. Mourad** *gynaecoloog, Isala Ziekenhuis, Zwolle*

**drs. J.R. Dijkstra** *gynaecoloog en opleider, Isala Ziekenhuis, Zwolle*

**We zitten vandaag samen met een 'tasje' koffie met twee Belgische (ex-)aiossen. Ze kwamen de grens over om een deel van hun opleiding in Nederland te volgen. Hoe vonden ze dat? Begrepen ze de Nederlanders wel en de Nederlanders wel deze Belgen? Het Nederlands en Vlaams bleken toch wel best verschillende talen. Lees hier met welke taalkwesties ze geconfronteerd werden.**

## Hoe ben je in Nederland beland?

Het Isala ziekenhuis in Zwolle werkt reeds meerdere jaren samen met enkele Vlaamse universiteiten van België. Zowel UGent, KULeuven en UAntwerpen stuurden tot op heden jaarlijks een assistent voor een periode van één of twee jaar. Bij sommige universiteiten is het een vrije keuze om een deel van je opleiding in het buitenland te doen, bij andere universiteiten is het verplicht. Er zijn ook andere ziekenhuizen in Nederland die een samenwerkingscontracten met de Belgische universitaire ziekenhuizen, bijvoorbeeld klinieken in Tilburg, Eindhoven en Enschede.

## Zijn er verschillen tussen Nederland en België wat betreft de (geboorte)zorg?

Zeker! De (geboorte)zorg in Nederland is best anders georganiseerd in vergelijking met België.

1. In Nederland is de zorg sterker gecentraliseerd. Er zijn strikte afspraken rondom verwijzingen naar specifieke behandelcentra. Bijvoorbeeld een vulvair plaveiselcarcinoom moet in een tertiair centrum behandeld worden.
2. In België is er geen verplichte verwijzing van de eerste lijn (huisarts of verloskundige) naar een specialist of spoedgevallen noodzakelijk. Patiënten kunnen dus zelf kiezen of ze naar een specialist willen, ook als ze nog niet eerder met hun probleem naar de huisarts gingen.
3. Op obstetrisch vlak is er in Nederland een duidelijk onderscheid tussen eerste, tweede, derde en vierde lijn, waarbij een thuisbevalling geen vreemd begrip is. In België bevat quasi iedereen in het ziekenhuis en onder begeleiding van een gynaecoloog. Belgische verloskundigen (vroedvrouwen genoemd) hebben een meer begeleidende functie en mogen in het ziekenhuis niet zelfstandig een partus doen. Dit maakt het in Nederland vaak uitdagender, gezien je een grotere blootstelling hebt aan meer complexe/pathologische casussen.
4. Thuis bevallen is echt wel Nederlands cultureel erfgoed. In België is dit niet gangbaar en zijn er maar enkele vroedvrouwen die het aanbieden.

5. Senologie (operaties aan de borst) zowel voor benigne als maligne aandoeningen gebeuren in heel wat ziekenhuizen in België door een gynaecoloog en vormt dus ook een aanzienlijk deel van de opleiding.

6. De mentaliteit is ook verschillend. In België is er vaker nog een erg hiërarchische structuur: 'Geachte professor'. In Nederland is er meestal een opener en directere cultuur: je spreekt je collega's aan met de voornaam, zelfs de co-assistent kan zijn zeg doen, en ook de patiënte is niet op zijn mondje gevallen. Deze soms verplicht kritische houding helpt je scherp te blijven en te reflecteren over je handelen.

## Wat zien jullie als voordelen van de Nederlandse opleiding?

Je kan als assistent je vaardigheden en verantwoordelijkheden stap per stap uitbreiden. Dit wordt gestimuleerd door het systeem van autorisatie. De gynaecologen alhier maken ook deel uit van een opleidingsziekenhuis en zijn meer teaching minded. In Nederland laten supervisors gemakkelijker de assistent een volledige ingreep uitvoeren, ook wanneer het een lastige procedure is. Ouderejaars assistenten krijgen hier bijvoorbeeld een eigen OK-programma met DLS of doen samen met een jongerejaars de sectio's. In België ligt dit vaak moeilijker; gynaecologen hebben vaak hun eigen privé-patiënten, waar ze de ingreep dan liever zelf doen. Een te assertieve houding wordt er ook niet altijd geapprecieerd. Ook als ouderejaars in België is je supervisor bij elke ingreep aanwezig, ook bij een (fysiologische) bevalling.

## Wat zien jullie als de nadelen van de Nederlandse opleiding?

Het systeem van de anios. Op zich is een jaar ervaring opdoen voor je opleiding prima, zo kan je het in levenden lijve ondervinden of gynaecologie helemaal iets voor jou is. Echter, sommige collega's zijn jarenlang anios, werken hard en worden dan in the end niet aanvaard. Ik zou pleiten voor een maximum aantal jaar anios-schap. Ook zou het interessanter kunnen zijn als anios ook andere relevante vaardigheden op te doen zoals bijvoorbeeld enige tijd op de chirurgie werken.

Ook wordt naar onze mening als buitenstaander soms te veel focus gelegd op het behalen van een doctoraat. Onderzoek moet je vooral gaan doen als je het leuk vindt en niet omdat je dan op die manier gemakkelijker in opleiding komt.

### Wat vind je de vreemdste Nederlandse gewoonte?

Bij de lunch karnemelk en een broodje kroket voorschotelen en die dan ook nog eens tezamen opeten/drinken.

### Taalkwesties op de werkvloer

- Poepen in België heeft een heel andere betekenis, met name seks hebben. Ik vind het dus nog steeds vreemd om te vragen hoe gaat het poepen? Andersom zeg ik bij de echo bij een stuit, hier ligt de poep, bedoel ik de billen, denken patiënten dat er poep/stoelgang in het vruchtwater zit.
- In de middag afspreken? Middag begint bij ons direct na 12 uur.
- Het getal zeven is ZEVEN en niet ZEUVVEN zoals hier soms wordt uitgesproken.
- De kogeltang noemen we de Pozzi, de knopsonde de hystero-meter en de Franse haakjes de Farabeufs.
- We spreken van een tabletje cytotec 'opsteken' eerder dan inbrengen.
- We bestellen frietjes (geen patat, want dat is aardappel).
- We gaan graag sporten zoals lopen (i.p.v. hardlopen).
- We houden van uitgaan (i.p.v. gaan stappen).
- We houden van een aperitief met een pintje (i.p.v. een borrel met een biertje).
- Wij gaan patiënten toeren (i.p.v. visite lopen).
- Bij ons is iemand in arbeid, niet in partu, en als ze hard gaat bloeden (vloeien) dan heb je een postpartum bloeding, geen fluxus.
- Anderzijds krijgen we soms opgetrokken wenkbrauwen of complimenten van Nederlandse kant over onze woordkeuze: zo liggen er soms veel 'materniteiten op de afdeling (i.p.v. kraamvrouwen) en liggen moeder en kind genoeglijk te knuffelen op de óntwaakkamer'(i.p.v. recovery).'

### Welke Nederlandse gewoonte zou je graag terugzien in de opleiding in België?

De meer proactieve teaching minded manier. Vooraf bespreken met de assistente: wat wil je doen bij deze ingreep? In plaats van 'nee er is geen tijd, dit is een privépatiënte, het is te moeilijk....' Het systeem van autorisatie zou al een goede stap in deze richting zijn. Zo moet je niet bij elke dienst met een nieuw team je opnieuw bewijzen. Op het vlak van chirurgische vaardigheden zou het mogelijk zijn daarmee sneller stappen vooruit te zetten.

### Welke Belgische gewoonte zou je graag terugzien in de opleiding in Nederland?

Het is ook af en toe oké om gewoon hard te werken. Zeker als heel het team er 100 procent voor gaat en hard zwoegt kan dit ook erg leuk zijn.

Wees eerlijk, bluffen helpt niemand verder. Enkele assistenten zijn dusdanig assertief dat ook wanneer ze een ingreep nog niet eerder gedaan hebben, erg zelfzeker zijn en volmondig bevestigen dat ze het al kunnen.

### Wat zijn volgens ons de voordelen van de Belgische opleiding?

België is zeker ook niet op alle vlakken een vreselijk oord.



Baiossen en aiossen tijdens een weekendje weg op 27 november 2022

Tijdens de opleiding van geneeskunde krijgen we heel veel leerstof ingestampt. Veel van buiten leren kunnen we dan ook goed. Dit heeft als voordeel dat we theoretisch vaak beter onderlegd zijn dan onze Nederlandse collega's. We zijn niet bang om een tandje bij te steken of extra uren te presteren. We zien ook dat onze supervisors veel overuren maken, dus er wordt minder over geklaagd. Het aantal assistenten met een burn-out/opleiding stoppen is in België ook niet hoger dan in Nederland.

Als gynaecoloog heb je je eigen (privé)patiënten. Dit heeft zeker ook zijn charme/voordelen. Je begeleidt een vrouw eigenlijk door alle levensfasen heen: van de eerste menses, naar de eerste seksuele ervaringen, zwangerschap, tegenslagen zoals borstkanker, de grillen van de overgang en het eerste bolgevoel bij een prolaps. Je kent je patiënten daarom erg goed. Dat zorgt er dan ook voor dat patiënten gemakkelijker vertrouwen hebben, want je bent 'hun' gynaecoloog.

### Wat zien wij als de nadelen van de Belgische opleiding?

Sociaal, gezinsleven en extra-curriculaire activiteiten zijn nu eenmaal niet altijd even makkelijk te volbrengen met een gemiddelde 60-uur werkweek.

Enmaal gynaecoloog mag je het allemaal zelf doen, de stap naar volledige zelfstandigheid is in België vaak groter, omdat je als aios vaak nog alles onder supervisie doet. Daardoor kan er toch wat onzekerheid zijn om dan helemaal zelfstandig te opereren en te handelen wanneer je echt 'gynaecoloog' bent.

### Wat is het verschil in opleidingsduur?

In België is de opleiding gynaecologie vijf jaar, maar dit wordt over enkele jaren zes jaar. Het deeltijds werken tijdens het assistentschap is in België wettelijk gezien mogelijk, maar het wordt praktisch nooit gedaan. In Nederland is de opleiding zes jaar, met de mogelijkheid tot differentiatie de laatste twee jaar. In beide landen is er de laatste jaren een tendens naar super-specialiseren, daarom zijn er vaak assistenten die na hun opleiding zich verder verdiepen door het vervullen van een fellowship.

### Wat zijn verschillen in protocollen/richtlijnen en nascholing?

Nederland is een meester in protocollen. Weet je het standaard beleid niet, nou even kijken op de interne database van het ziekenhuis, [www.nvog.nl](http://www.nvog.nl) of [richtlijnen.nhg.org](http://richtlijnen.nhg.org). In

België is het aantal protocollen erg beperkt en meestal ook lokaal bepaald.

Nascholing in België bestaat uit een aantal verplichte en facultatieve cursussen. Deze zijn erg goedkoop in vergelijking met Nederland (40 euro voor één dag bijvoorbeeld). Indien je als Belg wel een internationaal congres/cursus wil volgen, is de terugbetaling erg afhankelijk van welke plek en universiteit je werkt/studeert.

Kortom, hoewel België en Nederland dicht bij elkaar liggen, verschilt het opleidingscurriculum zowel inhoudelijk als qua terminologie behoorlijk. Echter staan dokters erom bekend vaak hun grenzen te verleggen en kunnen we enorm veel van elkaar leren.... En de vele ontstane vriendschappen en bezoeken over en weer van de Nederlandse en Belgische a(n)iossen, getuigen er in elk geval van dat, ondanks de verschillen, we ook gewoon veel op elkaar lijken!

# Reactie van de VAGO op 'Grensoverschrijdend dokteren'

Joost Nieuwstad  
namens de VAGO



Uitwisseling van aiossen uit verschillende landen, in dit geval samenwerking met Belgische aiossen (baiossen), kan een enorme verrijking voor de opleiding betekenen. Dat aiossen veel van elkaar kunnen leren blijkt onder andere uit de jaarlijkse ENTOG-uitwisseling.<sup>1</sup>

De manier waarop wij in Nederland worden opgeleid tot gynaecoloog is vooruitstrevend. Het landelijke opleidingsplan LOGO, waarin volgens EPA's en thema's opgeleid wordt, behoort dan ook tot een van de meest innovatieve binnen Europa. Hierin is de Nederlandse 'teaching-minded' opleidingscultuur een vereiste.

De nadelen van ons systeem, die Delagrangé en Deltour in hun artikel beschrijven, zijn echter zowel herkenbaar als zorgwekkend. Zo neemt het aantal hoepels waar de aiossen doorheen moet springen om die felbegeerde opleidingsplek te bemachtigen steeds meer toe. Dit begint zelfs al op de middelbare school en zorgt ervoor dat de prestatiedruk en stress bij jonge (nog niet eens) dokters enorm hoog kan worden.

Daartegenover staat dat wij in Nederland vooroplopen als het gaat om de veranderingen ten aanzien van een goede werk-privébalans.<sup>2</sup> We hebben in Nederland hardwerkende aiossen die zich 100% inzetten voor de zorg en hun opleiding. Een opleiding met voldoende compensatie voor gemaakte uren en ruimte voor ontwikkeling binnen en buiten het vakgebied maakt dat een aios zich kan ontwikkelen tot een mentaal en fysiek fitte gynaecoloog die breed georiënteerd en voorbereid is op het veranderende medische vak van de toekomst. Ik ben trots op de NVOG, het LOGO en

de VAGO die zich hier hard voor maken.

Tot slot: de Nederlandse aiossen bluffen niet, alhoewel dit wel zo kan voelen als baios. Juist de veilige opleidingsomgeving in Nederland met een superviserend gynaecoloog die naast of achter je staat, zorgt ervoor dat de aios verantwoordelijkheid krijgt (en neemt) om te leren en toe te werken naar zelfstandigheid, terwijl er tegelijkertijd veilige en betrouwbare zorg gegeven wordt. Het portfolio Reconcept met bekwaamheidsniveaus van de aios heeft hierin een belangrijke functie.<sup>3</sup>

### Referenties

1. F. Boekhorst, Opleiding: de stand van zaken over de grens, NTOG nov 2022.
2. Boterenbrood et al., VAGO Enquête Bevlogen zijn bevlogen blijven, NTOG feb 2022.
3. <https://nvog-logo.nl/het-opleidingsplan/epas/>

# Tunnelvisie bij een jonge vrouw met vulvaire ulcera

drs. E.J.C. Hommersen *anios gynaecologie*

drs. M.J. Jonker *dermatoloog*

dr. E.A.M. Kuijper *gynaecoloog*

*allen Spaarne Gasthuis Haarlem*

**Vulvaire ulcera kunnen verschillende oorzaken hebben, waarbij een seksueel overdraagbare aandoening (SOA) hoog in de differentiaaldiagnose staat. Wij beschrijven de casus van een 30-jarige patiënte die zich presenteerde met acuut ontstane pijnlijke vulvaire ulcera na een episode van algehele malaise. Een SOA werd uitgesloten en het klinisch beeld, met name de *kissing lesions*, was suggestief voor Lipschütz ulcus. Dit is een zeldzame aandoening die geassocieerd wordt met het Epstein-Barr virus (EBV).**

## Casusbespreking

Een 30-jarige patiënte, met een blanco voorgeschiedenis, presenteerde zich met acuut ontstane, snel progressieve, pijnlijke ulcera op de labia minora en pusachtige fluor. Patiënte meldde sinds vijf dagen bestaande klachten van algehele malaise met eenmalig subfebriele temperatuur (38,2 °C). Behoudens één, niet-pijnlijke aft in de mond en af en toe klachten van branderige ogen (zoals bekend bij haar hooikoorts) had ze geen andere klachten. Sinds tien jaar heeft patiënte een vaste monogame relatie en bij haar partner was geen sprake van genitale klachten. Ze gebruikte geen medicijnen behalve paracetamol tegen de pijn.

Bij lichamelijk onderzoek werd een niet zieke, zeer pijnlijke vrouw gezien, zonder koorts. Aan de binnenzijde van de labia minora en op de grens met het labium majus rechts werd een drietal ovaalvormige ulcera gezien, met een verheven en scherp begrensde erythemateuze rand en centraal wit/geel beslag. Daarnaast waren verspreid over de binnenzijde van de

labia minora enkele vesikels van een paar millimeter groot zichtbaar en pusachtige fluor (afbeelding 1).

Differentiaal-diagnostisch werd gedacht aan een SOA zoals herpes simplex of syfilis. Ter diagnostiek werd een banale kweek en een SOA PCR afgenomen, waarna patiënte met aanvullende pijnstilling naar huis is gegaan.

Twee dagen later werd patiënte teruggezien met een onveranderd beeld. Pijnstilling middels paracetamol en ibuprofen was niet afdoende en tramadol werd toegevoegd. Patiënte had ook problemen met uitplassen, waarvoor een verblijfskatheter werd geplaatst. Na overleg met de dermatoloog werd de differentiaaldiagnose uitgebreid met: Lipschütz ulcus, een secundaire bacteriële superinfectie of Morbus Behçet. Omdat Lipschütz ulcus geassocieerd wordt met een primaire EBV-infectie werd aanvullende serologie ingezet. Zowel de banale kweek als de SOA-screening was negatief, serologie toonde een door gemaakte EBV-infectie. Aangezien patiënte geen bijkomende klachten had, werd Morbus Behçet minder waarschijnlijk geacht. De werkdiagnose Lipschütz ulcus werd gesteld op basis van het klinisch beeld, voorafgegaan door een episode van prodromale verschijnselen en exclusie van andere aandoeningen.

Er werd gestart met topicale corticosteroïden (clobetasol creme) volgens een afbouwschema. In de loop van tien dagen verbeterden de klachten zodanig dat de pijnmedicatie gestaakt en de blaaskatheter verwijderd konden worden.



Afbeelding 1. Ulcera op beide labia minora en rand labium majus rechts



Afbeelding 2. Beeld na tien dagen

Tabel 1. Differentiaaldiagnose vulvaire ulcera

Infectieus	Niet infectieus
<b>Seksueel overdraagbaar</b>	<b>Auto-immuun/inflammatoir</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Herpes simplex type I en II</li> <li>- Syfilis</li> <li>- HIV</li> <li>- Chancroïd</li> <li>- Lymphogranuloma venereum</li> <li>- Granuloma inguinale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ziekte van Behçet</li> <li>- Wegeners granulomatosis</li> <li>- Ziekte van Crohn</li> <li>- Lichen planus</li> <li>- Lichen sclerosus</li> <li>- Blaaziekten (pemphigus vulgaris, cicatricieel pemfigoïd)</li> <li>- Hidradenitis suppurativa</li> <li>- Pyoderma gangrenosum</li> <li>- Lipschütz ulcus</li> <li>- Complexe aftose (idiopathisch of secundair)</li> </ul>
<b>Niet seksueel overdraagbaar</b>	<b>Maligniteit</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Virussen (o.a. Epstein-Barr virus, cytomegalovirus, influenza Vari-cella zoster virus)</li> <li>- Bacteriën (secundaire bacteriële infectie, tuberculose)</li> <li>- Schimmels/gisten (Candida)</li> <li>- Parasitair (Amoebiasis, Leishmaniasis)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plaveiselcelcarcinoom</li> <li>- Melanoom</li> <li>- Basaalcelcarcinoom</li> <li>- Leukemie</li> <li>- Lymfoom</li> </ul>
	<b>Medicamenteus</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medicamenteus geïnduceerde eruptie (o.a. NSAID)</li> <li>- Stevens-Johnson syndroom</li> <li>- Toxische epidermale necrolyse</li> </ul>
	<b>Externe factoren</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contactallergie</li> <li>- Traumatische beschadiging</li> <li>- Seksueel misbruik</li> </ul>

## Beschouwing

### Vulvaire ulcera

Acuut ontstane genitale ulcera kennen een brede differentiaal-diagnose (tabel 1)<sup>1-4</sup> met zowel infectieuze als niet infectieuze aandoeningen. De meest voorkomende oorzaken zijn genitale herpes en syfilis.<sup>1</sup> Het is van belang om naast SOA's ook alert te zijn op relatief zeldzamere aandoeningen zoals de ziekte van Behçet, Lipschütz ulcus of een medicamenteus geïnduceerde eruptie.

### Lipschütz ulcus

Lipschütz ulcus is een zeldzame aandoening die gekarakteriseerd wordt door acuut ontstane pijnlijke, scherp afgeborene ulcera van >10 mm groot, met centraal een necrotisch gebied, vaak voorafgegaan door een episode met griepachtige verschijnselen.<sup>4</sup> De ulcera bevinden zich meestal op de labia minora, maar kunnen zich ook manifesteren in de vagina, rond de introïtus of op de labia majora en het perineum.<sup>2</sup> Vaak is er sprake van een symmetrisch verspreidingspatroon waarbij de ulcera elkaar spiegelen; de zogenaamde *kissing ulcera*. Een deel van de vrouwen heeft ook inguinale lymfadenopathie of secundaire mictieklachten zoals dysurie of een retentieblaas.<sup>2,4</sup> Een systematisch review uit 2020 laat zien dat bijna 90% van de patiënten jonger zijn dan 20, voor het overgrote deel niet seksueel actief zijn en dat de laesies geassocieerd zijn met een vóórangaande of gelijktijdig verloopende infectieziekte.<sup>4</sup> Vaak werd geen specifieke verwekker gevonden, maar er is wel een associatie met een primo EBV-infectie.<sup>3,4</sup> Daarnaast zijn er enkele case reports die een verband beschrijven met andere infecties zoals het cytomegalovirus, mycoplasma-soorten, influenza A en B en recent ook COVID-19.<sup>3-5</sup>

De pathogenese van acuut ontstane genitale ulcera en de relatie met een eventuele infectie is nog onbekend. De hypothese is dat het ulcus een hypersensitieve reactie is op een infectie elders in het lichaam.<sup>3,6</sup> Hierbij worden immuuncomplexen gevormd die neerslaan in de vaten van de huid, gevolgd door complementactivatie, micro-thrombi en weefselnecrose<sup>6,7</sup>, of er ontstaat een systemische immuunrespons waarbij cytotoxische T-cellen gerekruteerd worden, die een ontstekingsreactie op gang brengen wat zich uit in oedeem, erythem en genitale ulceratie.<sup>3</sup>

Lipschütz ulcus is een diagnose die gesteld wordt op basis van het klinische beeld en per exclusionem. De diagnostiek is erop gericht om veel voorkomende oorzaken, zoals een SOA (met name herpes) uit te sluiten.<sup>2</sup> Bij verdenking op een primaire EBV-infectie zou serologie ingezet kunnen worden om de diagnose te ondersteunen.<sup>3</sup> Een biopt draagt niet bij aan de diagnose, maar moet worden overwogen bij verdenking op specifieke dermatologische oorzaken (zoals pyoderma gangrenosum) of ter uitsluiting van een maligniteit.<sup>2,4,7</sup> De ulcera genezen gemiddeld binnen twee weken maar in ieder geval binnen zes weken zonder restschade.<sup>4,8</sup> Behandeling is daarom ook primair gericht op vermindering van de klachten (pijnstilling, wondzorg en hygiëne adviezen).<sup>4</sup> Topicale corticosteroiden zouden kunnen bijdragen door het ontstekingsproces te remmen en de pijn te verminderen<sup>7,8</sup>, er is echter nog te weinig onderzoek gedaan om hier een eenduidig advies over te kunnen geven.<sup>4</sup>

### Beschouwing casus

Bij een jonge vrouw met vulvaire ulcera wordt als oorzaak snel gedacht aan een SOA. In deze casus stond dit hoog in de differentiaaldiagnose, omdat het om een seksueel actieve

vrouw ging, waardoor in eerste instantie een zekere tunnelvisie ontstond. Vulvaire ulcera hebben echter een uitgebreide differentiaaldiagnose en daarnaast staan pijnklachten bij ulcera gerelateerd aan SOA's, lang niet altijd op de voorgrond. De juiste diagnose is uiteraard van belang om een patiënte een adequate behandeling en de juiste informatie over het beloop en de prognose te kunnen geven. Aangezien Lipschütz ulcus geassocieerd wordt met een primaire EBV-infectie en patiënte griepachtige verschijnselen vertoonde, werd serologie ingezet welke een reeds doorgemaakte infectie liet zien. De literatuur laat zien dat er vaak geen specifieke verwekker wordt aangetoond en het heeft ook geen invloed op de behandeling, dus serologisch onderzoek kan achterwege worden gelaten.

### Conclusie

Bij vulvaire ulcera past een brede differentiaaldiagnose. Als een SOA is uitgesloten en de klachten voorafgegaan worden door een episode van algehele malaise, moet aan Lipschütz ulcus gedacht worden. Deze zeldzame aandoening kenmerkt zich door acuut ontstane pijnlijke vulvaire ulcera die vaak symmetrisch voorkomen (*kissing lesions*). Er wordt een associatie beschreven met een primaire EBV-infectie, maar serolo-

gisch onderzoek draagt niet bij aan de behandeling. Een snelle juiste diagnose is van belang voor een adequate therapie en goede informatievoorziening aan de patiënte.

### Referenties

1. Roett MA, Mayor MT, Uduhiri KA. Diagnosis and management of genital ulcers. *Am Fam Physician*. 2012;85(3):254-262.
2. Bandow GD. Diagnosis and management of vulvar ulcers. *Dermatol Clin*. 2010;28(4):753-763. doi:10.1016/j.det.2010.08.008
3. Sehgal VN, Pandhi D, Khurana A. Nonspecific genital ulcers. *Clin Dermatol*. 2014;32(2):259-274. doi:10.1016/j.clindermatol.2013.08.024
4. Vismara SA, Lava SAG, Kottanattu L, et al. Lipschütz's acute vulvar ulcer: a systematic review. *Eur J Pediatr*. 2020;179(10):1559-1567. doi:10.1007/s00431-020-03647-y
5. Márcia C, Jacyntho DA, Lacerda MI. COVID-19 related acute genital ulcer : a case report. 2022;(January). doi:10.31744/einstein
6. Sárdy M, Wollenberg A, Niedermeier A, Flaig MJ. Genital ulcers associated with Epstein-Barr virus infection (ulcus vulvae acutum). *Acta Derm Venereol*. 2011;91(1):55-59. doi:10.2340/00015555-0979
7. Huppert JS. Lipschutz ulcers: Evaluation and management of acute genital ulcers in women. *Dermatol Ther*. 2010;23(5):533-540. doi:10.1111/j.1529-8019.2010.01356.x
8. Lehman JS, Bruce AJ, Wetter DA, Ferguson SB, Rogers RS. Reactive nonsexually related acute genital ulcers: Review of cases evaluated at Mayo Clinic. *J Am Acad Dermatol*. 2010;63(1):44-51. doi:10.1016/j.jaad.2009.08.038

### Samenvatting

Vulvaire ulcera kennen een uitgebreide differentiaaldiagnose waarbij al snel aan een SOA gedacht wordt. We beschrijven een casus van een 30-jarige gezonde vrouw die zich presenteerde met acuut ontstane pijnlijke vulvaire ulcera na een periode van griepachtige verschijnselen. Middels diagnostiek werd een SOA uitgesloten. De werkdiagnose Lipschütz ulcera werd gesteld op basis van het klinische beeld en per exclusionem. Deze aandoening komt met name voor bij jonge vrouwen, die nog niet seksueel actief zijn en kenmerkt zich door acuut ontstane pijnlijke vulvaire ulcera. Lipschütz ulcera worden geassocieerd met een virale of bacteriële infectie en kunnen een zeldzame manifestatie zijn van een primaire EBV-infectie. De behandeling bestaat uit pijnstilling en wondverzorging en kan zo nodig aangevuld worden met topicale corticosteroiden. De aandoening geneest doorgaans spontaan binnen enkele weken zonder restschade.

### Trefwoorden

acute vulvaire ulcera, Lipschütz ulcera, Epstein-Barr virus

### Summary

Differential diagnosis of vulvar ulcers is broad, and they are mostly known, in relation to sexually transmitted diseases (STD). We describe a 30-year-old healthy woman who developed acute painful vulvar ulcers after an episode of influenza-like symptoms. Diagnostics ruled out a STD. The diagnosis acute genital ulceration, also called Lipschütz ulcer, was made based on clinical diagnosis and exclusion of other

causes of genital ulceration. This condition is particularly common in young women, most of them not yet sexually active and is characterised by acute painful vulvar ulcers often preceded by an episode of influenza-like symptoms. Lipschütz ulcers have been associated with a viral or bacterial infection and can be a rare manifestation of an acute EBV-infection. Treatment is primarily supportive and consists of pain relief and wound care and can be extended with topical corticosteroids if necessary. The condition is self-limiting, and healing of vulvar ulceration occurs within a few weeks, mostly without residual damage.

### Keywords

acute vulvar ulceration, Lipschütz ulcer, EBV

### Contact

E.A.M. Kuijper, a.kuijper@spaanegasthuis.nl

### Toestemming van patiënte voor publicatie

Patiënte heeft toestemming gegeven voor de publicatie van de casus en de tekst is akkoord bevonden.

### Dankwoord

Wij bedanken onze patiënte voor het geven van toestemming voor het delen van haar casus.

### Verklaring belangenverstrengeling

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

# Over tijd - Kantelpunten in de naoorlogse geboortezorg

Ank Louwes

Het vooruitzicht op een goede afloop van een zwangerschap en bevalling is voor de huidige generatie zwangere vrouwen in ons land aanmerkelijk gunstiger dan die van hun moeders en grootmoeders. Nieuwe wetenschappelijke inzichten en de verbeterde kwaliteit van zorg aan moeder en kind zijn hiervoor de meest aannemelijke verklaringen. Maar hoe zit dat precies? Aan de hand van veertien aansprekende thema's, waaronder de detectie van aangeboren afwijkingen van het (ongeboren) kind, vroeggeboorte en thuisbevalling, proberen gepensioneerd gynaecoloog Hajo Wildschut en jurist/voormalig journalist Marjanke Spanjer in *Over tijd - Kantelpunten in de naoorlogse geboortezorg* de intergenerationele verschillen in de uitkomst van de zwangerschap en bevalling te duiden. Wat zijn de kantelpunten die in de naoorlogse geboortezorg het verschil hebben gemaakt? In hoeverre heeft de huidige generatie ouders in ons land baat bij de medisch-technologische en organisatorische vernieuwingen in de geboortezorg? En waar schuurt het nog?

Elk hoofdstuk heeft eenzelfde heldere opbouw. Het start met een aansprekende quote, verhalen uit de praktijk, kantelpunten, achtergronden en beschouwing. Ter afsluiting van ieder hoofdstuk gingen de auteur 'te rade bij' een gynaecoloog, neonatoloog, verloskundige of andere betrokkene die toonaangevend werk heeft verricht voor de zorg aan moeder en kind voor en rond de bevalling.

Het boek is geschreven voor zorgprofessionals die geïnteresseerd zijn in de historische achtergrond van en de kritische reflectie op de hedendaagse geboortezorg: eerste- en tweedelijnsverloskundigen, huisartsen, basisartsen, artsen-in-opleiding, gynaecologen, verpleegkundigen, kraamverzorgenden, kinderarts-neonatologen en jeugdartsen.

## Over tijd - Kantelpunten in de naoorlogse geboortezorg

Hajo Wildschut en Marjanke Spanjer

Prijs € 19,99

ISBN 9789490951733

Uitgeverij 20/10 Uitgevers



## Is het B1?

*Meer dan twee 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?*

## Complicatie

**Is dit B1? Nee!** Het woord 'complicatie' is niet B1. Uiteraard wil je als hulpverlener een patiënt goed informeren over wat er mogelijk mis kan gaan bij een operatie of handeling. Dan kunt u beter gebruik maken van de woorden 'risico' of 'problemen die kunnen ontstaan'.

Bron: [www.ishetb1.nl](http://www.ishetb1.nl)

Correspondentieadres: [m.twisk@bovenij.nl](mailto:m.twisk@bovenij.nl)

*Thomas van den Akker is gynaecoloog-perinatoloog in het Leids Universitair Medisch Centrum en hoogleraar Global Maternal Health aan het Athena Instituut van de Vrije Universiteit. Op deze plek reflecteert hij van tijd tot tijd op de staat van ons vak, waarbij het zijn intentie is de ingewikkelde kanten niet te schuwen.*



**Thomas van den Akker**

## Gezamenlijke besluitvorming?

De overdragende aios kijkt enigszins bedrukt. De vrouw kwam binnen met een dreigende vroeggeboorte: ruim 24 weken zwanger van haar derde kind, een geschat gewicht van 600 gram. En nou had het paar - tegengesteld aan de verwachting van de dokter - besloten het kind niet actief te willen laten opvangen bij geboorte! Wellicht beeldde ik het me in, maar ik leek bij de aios erachteraan te horen: '...erg toch?' We hadden nog zo 'volledig gecounseld', hadden gezegd dat het kind toch écht zou komen te overlijden als we die opvang niet zouden geven, dat er ook een kleine kans was op slechts geringe handicaps door de extreme vroeggeboorte, dat we altijd nog konden stoppen met de beademing als we zagen dat het slecht ging... Anderzijds hadden we óók gemeld dat een groot deel van de overlevers ernstige beperkingen zou hebben. Dat moesten ze wel weten als het kind straks tot die categorie zou behoren...

De ouders waren duidelijk geweest: 'Wij gunnen dit kind, onze andere kinderen en onszelf niet zó'n grote kans op een, in onze ogen, slechte uitkomst.' Na de overdracht vang ik in de wandelgang nog wat flarden op van ongemakkelijke nagesprekken: 'moeilijkheid... mondigheid... maakbaarheid...'

Een rondvraag langs de collega's leert vervolgens dat velen hetzelfde zouden kiezen als deze ouders. Waar de overgrote meerderheid van de ouders tegenwoordig kiest voor actieve opvang, zeggen veel dokters - in ieder geval buiten de spreekkamer - dat ze dat zelf níét zouden doen. Het is een ongemakkelijke spagaat: artsen vinden het moeilijk om voor hun patiënten niet te doen wat wel kan. Tegelijkertijd zeggen velen liever af te zien van wat kan op het moment dat ze zélf voor de keus zouden staan.

Volgens de richtlijn Extreme vroeggeboorte zijn beide opties goed: opvang is een mogelijkheid, niet opvangen ook. Er zijn wat meer of minder onderbouwde factoren die kunnen helpen in de besluitvorming, zoals de geschatte groei of ingewerkte corticosteroiden. Maar als er géén harde reden is om af te zien van medisch ingrijpen, hetgeen door de medicus kritisch beoordeeld zou moeten worden, is het tot en met 25 weken en 6 dagen aan de ouders om mee te beslissen. Pas vanaf 26 weken is de standaard: opvangen. Hoe komt het dan dat het ons tóch zo veel moeite kost met een dergelijke keuze rond de grens van levensvatbaarheid om te gaan? Ik zou denken dat er in ieder geval twee fenomenen aan ten grondslag liggen. Ten eerste, onze angst voor afrekening. Wat als die ouders straks terugkomen op hun besluit? 'Niets doen', want zo voelt dat, en het omgaan met de emoties van de betrokkenen rond die keuze vinden we ingewikkeld. Liever nu maar aan de slag en achteraf zeggen: 'We hebben er alles aan gedaan, het is helaas niet gelukt.' Soortgelijke angst klinkt vaak ook door in het bespreken van eventuele sectio-bereidheid tussen 24 en 26 weken. Een keizersnee voor foetale nood, bij deze termijn? 'Als u dat wilt, doen wij dat.'

Toch is het wrang. In het licht van de aanzienlijke kans op overlijden of ernstige beperkingen, maken we - uit angst zélf verantwoordelijkheid te dragen voor de uitkomst - de ouders op deze manier medeverantwoordelijk. Gedeelde smart is half schuldgevoel. Is het daarom dat gesprekken in ons vak steeds vaker 'counseling' heten? Misschien vinden we het stiekem soms wel prettig te kunnen beweren dat we in deze tijd niet meer 'paternalistisch' mogen zijn. De patiënt mag kiezen! En, als we eerlijk zijn, vinden we het ook best fijn om dat voorafgaand aan de uitkomst alvast in de status te mogen noteren...

Natuurlijk, een alternatief is lastig te bedenken. Terug naar de tijd van 'alleen de dokter beslist' is wenselijk noch haalbaar. En het feit dat al het mogelijke is gedaan voor de overleving van hun kind, is voor sommige ouders een troostrijke gedachte. Anderen hadden hun kind liever een andere manier van overlijden gegund. Toch kan ik me niet onttrekken aan de gedachte dat er een tweede reden voor ons ongemak is: onze eigen angst voor het omgaan met de dood... En daarmee ook de dood van het veel te vroeg geboren kind dat rustig in de armen van zijn ouders overleed.

*Meediscussieren over het beleid rond extreme vroeggeboorte? Kom op donderdag 9 november 2023 naar het symposium georganiseerd door de WPMZ en de sectie neonatologie van de NVK over de zorg op de grens van levensvatbaarheid (in Utrecht).*



# The revival of anatomy

## *The known, need to know and unknown*

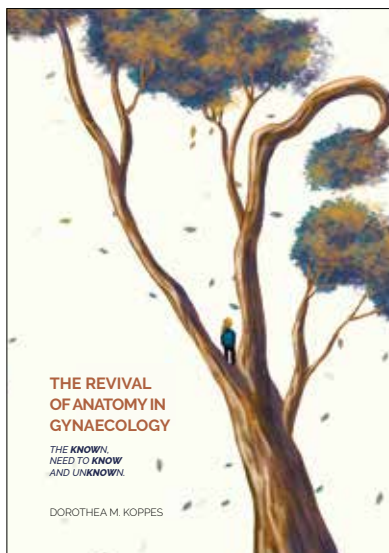
Promovendus **Dorothea Maria (Dorien) Koppes** | promotoren **prof. dr. R.F.P.M Kruitwagen, prof. dr. F. Scheele** | copromotoren **dr. K.J.B. Notten, dr. A.N Schepens-Franke** | 10-11-2022, Maastricht University

### *Waar gaat je proefschrift c.q. onderzoek over?*

Mijn proefschrift gaat over de rol van anatomie in de dagelijkse praktijk van de gynaecologie. Iedereen is het erover eens dat een arts niet zonder anatomie kan. Tegelijkertijd is de afgelopen decennia het medisch onderwijs sterk veranderd en heeft anatomieonderwijs een steeds minder prominente rol gekregen. Opleiders en klinici geven aan bezorgd te zijn dat geneeskundestudenten en arts-assistenten (a(n)iossen) slecht voorbereid zijn als het op anatomie aankomt, medisch studenten en a(n)iossen zelf zijn onzeker over hun anatomische kennis en ook op medico-legaal gebied wordt een toename van het aantal claims met betrekking tot gebrek aan anatomische kennis beschreven. Gekeken naar de literatuur blijkt dat deze zorgen vooral op meningen gebaseerd zijn. In dit proefschrift hebben we gekeken wat er bekend is over het huidig gemeten kennisniveau, wat je als gynaecoloog behoort te weten als het om de anatomie gaat en hoe we hiermee omgaan in de praktijk.

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

Ons onderzoek heeft laten zien dat anatomie niet alleen belangrijk is omdat het zo hoort vanuit de traditie, maar omdat het ook daadwerkelijk nut heeft voor de dagelijkse praktijk, ons gevoel van self-efficacy\* en verkrijgen van respect. Tegelijkertijd is de tijd die, zowel binnen het formele onderwijs in de opleiding als informeel op de werkvloer, wordt besteed aan anatomie gering. Om deze tegenstelling tussen het belang en het verkrijgen van anatomische kennis te verkleinen hebben we de aios en gynaecoloog uit de praktijk nodig. Door samen tijdens de alledaagse werkzaamheden aandacht te besteden aan anatomie wordt enerzijds



het belang benadrukt en anderzijds een continu leermoment voor anatomie gecreëerd.

### *Wat is de meerwaarde van je onderzoek voor de individuele patiënt?*

Dit proefschrift laat zien dat in het gehele proces van de diagnostiek, shared decision making en behandeling de patiënt gebaat is bij een dokter die een goede, voor zijn vak belangrijke, anatomische kennis bezit en die handvatten geeft om dit te bereiken.

### *Wat is je voorstel voor vervolgonderzoek?*

We hebben op basis van de landelijk verplichte voortgangstoets (VGT) gekeken naar de anatomische kennis van aios gynaecologie. De VGT test echter maar één component van kennis: de theoretische kennis. Het gaat alleen uiteindelijk om de praktijk. Een etnografische studie naar het gebruik en de consequenties van wel/ geen goede anatomische kennis zou een mooie vervolgstudie zijn. Al dan niet aangevuld met Nederlands onderzoek naar schadeclaims gerelateerd aan anatomische kennis binnen de gynaecologie.

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

Moeten we niet, analoog aan de plastische chirurgie, een anatomische kennisstoets verplicht stellen en daar consequenties aan verbinden?

Als er iets is wat ik geleerd heb de afgelopen jaren is, dat er binnen de onderwijskunde voor alles iets te zeggen valt. Je kunt toetsen en daar consequenties aan verbinden. Assistenten zullen dan zeker gaan studeren, maar daarbij moet je je wel afvragen of dat de motivatie is die je wilt hebben. Er ontstaat namelijk een externe motivator die dwingt iets te leren om een ander doel, in opleiding blijven, te behalen. Waarbij je op dat punt voorbij kunt gaan aan het werkelijke doel: anatomische kennis vergaren. En zonder herhaling zal deze kennis ook snel weer vergaan. Anderzijds kan er door iets te doen of verplicht te stellen tijd voor worden vrijgemaakt en kan het nut worden ingezien. Assistenten geven ook aan dat ze enige toetsing best prettig vinden als richtlijn van wat ze moeten weten en bevestiging van hun kennis. De beste manier is allicht informeel toetsen op de werkvloer.

### *Wat is de beste stelling uit je proefschrift?*

Opereren zonder adequate anatomische kennis berust op de Pipi Langkous strategie.

*\*self-efficacy is iemands geloof in zijn/haar mogelijkheden om te slagen in een specifieke situatie of een taak te volbrengen. Dit speelt een belangrijke rol in hoe een individu bepaalde taken en uitdagingen adequaat.*

**Jouw recent verdedigde proefschrift ook in deze rubriek? Mail naar de rubrieksredacteurs Annemijn Aarts en Rafli van de Laar via [ntog@gaw.nl](mailto:ntog@gaw.nl)**



# Geen verkeerde, wel een betere keuze?

drs. Marcel Zuijderland

**Onder druk van christelijke partijen en belangenorganisaties voor kinderen met het downsyndroom, heeft Noordhoff – een uitgeverij van lesmateriaal voor scholen – in een persbericht op 9 februari laten weten een toetsvraag te schrappen. Het ging om een vraag die werd ingeleid met een citaat uit een column voor Medisch Contact van de Vlaamse epidemioloog Luc Bonneux:**

'Nu de screening van de NIPT-test veilig is geworden zou hij moeten worden ingezet om zoveel mogelijk te voorkomen dat er nog kinderen met deze aandoening worden geboren. Denemarken heeft het begrepen, maar Nederland verzaakt zijn preventieplicht, wat blijkt uit het feit dat hier nog steeds meer kinderen met Downsyndroom worden geboren dan nodig is.'

De commotie startte op 7 februari met een post op Instagram van Susanne Blomsteel. Noordhoff wilde een foto van Blomsteel en haar dochter Pippi met het syndroom in een lesboek plaatsen. Blomsteel schreef dat ze zich vereerd voelde, maar 'met al wat lessen achter de rug' eerst de begeleidende tekst wilde lezen. Haar hart brak, schrijft ze, toen ze het las. Haar post kreeg meer dan duizend "likes". Stichting Downsyndroom en Upside Down schreven een verontwaardigde brief naar Noordhoff. Mirjam Bikker van de CU stelde Kamervragen, en Diederik van Dijk van de SGP twitterde dat elk lesboek moet beginnen met de boodschap dat 'ieder mens van waarde is en elk leven er mag zijn'.

Noordhoff bezwijkt, en schrapt de toetsvraag. In het persbericht legt de uitgever uit dat ze er geen kwaad mee bedoelden. Ze zeggen dat context/concept-onderwijs tegenwoordig een belangrijk uitgangspunt is. Leerlingen wordt gevraagd 'opgedane theoretische/conceptuele kennis toe te passen en te gebruiken bij interpretatie van actuele kwesties/contexten'. De uitge-

ver benadrukt dat ze zich niet inhoudelijk achter de mening van Bonneux scharen, maar dat ze leerlingen slechts wilden vragen hun licht over zijn mening te laten schijnen. Toch schrappen ze de toetsvraag omdat het onderwerp gevoelig ligt, en ze 'op geen enkele wijze mensen willen kwetsen met hun lesmateriaal'.

## Bevestiging standpunt

Het blad *Volzin* benaderde Bonneux voor een reactie. Hij was verontwaardigd, maar niet vanwege het schrappen. Hij beweerde: 'Dat heb ik nooit geschreven.' De betreffende tekst bleek inderdaad een parafrase van Bonneux' tekst door Guido de Wert, Wybo Dondorp en Martina Cornel die in *Medisch Contact* reageerden op zijn column.<sup>1</sup> Dat neemt niet weg dat Bonneux achter de inhoud van zijn column staat: het is beter dat met behulp van prenatale diagnostiek en selectieve abortus 'in de toekomst kinderen met downsyndroom niet meer worden geboren, en (hopelijk) vaak worden vervangen door gezonde kinderen zonder beperking'. 'Ik blijf achter ieder woord staan en heb niets toe te voegen', vertelt hij aan *Volzin*.

De Wert, Dondorp en Cornel merken op dat Bonneux in zijn column niet duidelijk maakt wat hij bedoelt met die morele plicht om 'zwakzinnig leven' te voorkomen. Ze vragen zich of hij meent dat het toekomstig kind moet worden beschermd tegen de zwakzinnigheid, of de samenleving die 'als geheel beter af is als minder kinderen met kostbare handicaps worden geboren'? In de begindagen van de prenatale diagnostiek werd dat laatste motief onomwonden aangehaald ter rechtvaardiging van het aanbod. Ter illustratie een citaat uit het artikel *The preventability of Down's syndrome* (1971) van de epidemiologen Mervyn Susser en Zena Stein. Mensen met downsyndroom verkeren volgens hen in:

'... a state of permanent dependence

that imposes a severe burden on their families and on existing forms of social organization. The goal of public health in such a situation must be prevention, and preferably primary prevention, that is, reduction of the incidence of the disorder by action taken before it becomes manifest' (Stein, Susser, 1971: 650-51).

Vervolgens stellen ze: 'Should a diagnosis of Down's syndrome have been made by intrauterine aspiration, it should be mandatory to offer the mother the choice of a therapeutic abortion' (Stein, Susser 1971: 657). Op dit preventiemotief kwam allengs sterke kritiek. Veelal feministische auteurs beweerden dat zwangere vrouwen zich gedwongen konden voelen de 'juiste beslissing' te nemen, dat wil zeggen prenatale diagnostiek en selectieve abortus van een gewenste zwangerschap. En 'disability advocates' wezen op het discriminatoire signaal dat van het aanbod uitging. Het aanbod zou suggereren dat mensen met een beperking niet welkom zijn in de wereld en dat hun leven het niet waard is te worden geleefd.

## Reproductieve autonomie

Deze kritiek werd ter harte genomen en sindsdien wordt het aanbod van prenatale diagnostiek uitsluitend met een beroep op 'respect voor reproductieve autonomie' gerechtvaardigd. Het doel van het aanbod is zwangere vrouwen (en partners) te faciliteren in het maken van een 'weloverwogen reproductieve keuze'. De vraag of ze het kind wil behoeden voor een 'zwakzinnig leven' wordt voortaan aan haar eigen geweten overgelaten. Gezien het invasieve en belastende karakter van prenatale diagnostiek en selectieve abortus van een gewenste zwangerschap, is het goed te verdedigen dat er geen expliciete (of impliciete) morele druk op een zwangere vrouw wordt uitgeoefend om de 'juiste

<sup>1</sup> De auteurs spreken in de parafrase overigens van België, en niet van Denemarken. Het is niet duidelijk waarom Noordhoff het door 'Denemarken' heeft vervangen.

beslissing' te nemen. Maar het valt wel te betreuren dat sindsdien de vraag of het toekomstige kind zelf niet behoed mag worden tegen een bestaan met aangeboren beperkingen volledig lijkt verstomd; iedere poging die vraag te onderzoeken wordt bij voorbaat gesmoord onder een salvo van moralistische kritiek. De knieval van Noordhoff is in dat opzicht veelzeggend.

### 'Erger dan niet bestaan'

Nu is het zonder meer lastig om te bepalen of dat toekomstige kind wel wordt beschermd met een selectieve abortus na een positieve uitslag. Zoals de Wert, Dondorp en Cornel opmerken: 'Het kind wiens bestaan daarmee wordt voorkomen, had immers niet geboren kunnen worden zonder die handicap.' Ze stellen dat zo'n morele plicht alleen aannemelijk is wanneer het om beperkingen of ziekten gaat in de uiterst zeldzame categorie: 'erger dan niet-bestaan'. Terecht merken de auteurs op dat het moeilijk te verdedigen valt om downsyndroom in deze categorie te plaatsen.

Maar het euthanasiecriterium 'erger dan niet bestaan' uitsluitend als maatstaf hanteren om het toekomstige kind te beschermen, doet geen recht aan onze intuïties onder welke condities we het waard vinden een leven 'niet te laten beginnen'. De filosoof David Benatar:

'... while most people think that living life without a limb does not make life so bad that it is worth ending, most (of the same) people also think it is better not to bring into existence somebody who will lack a limb. We require stronger justification for ending a life than for not starting one' (Benatar 2006; p 23).

### Redelijk welzijn

In de literatuur wordt vaak van de standaard van 'redelijk welzijn' gesproken. De NVOG hanteert die standaard bijvoorbeeld in haar modelprotocol 'Mogelijke morele contra-indicaties bij vruchtbaarheidsbehandelingen'. Ervan uitgaande dat het ongebooren leven nog niets heeft te verliezen als de zwangerschap voortijdig wordt afgebroken, dan is 'redelijk welzijn' een aannemelijk criterium om het toekomstig kind te

behoeden voor een bestaan dat onder dat niveau zal uitkomen. Omdat volgens het NVOG-protocol een arts 'door het bieden van die hulp causaal betrokken is bij het tot stand brengen van het gewenste kind, mag verwacht worden dat zij tevens rekening houdt met het welzijn van dat toekomstige kind'. Maar de toekomstige ouders zijn per definitie 'causaal betrokken' bij het tot stand brengen van een gewenst kind. Het is dan op zijn zachtst gezegd merkwaardig dat van hen niet verwacht mag worden te reflecteren op hun morele verantwoordelijkheid naar het welzijn van hun toekomstige kind.

Of die reflectie dan ook meteen prenatale diagnostiek en selectieve abortus verlangt, is niet vanzelfsprekend. Wellicht is het dat voor Bonneux, maar hij houdt dan geen rekening met het ethisch karakter van een kinderwens. Met een kinderwens wordt een kind bij wijze van spreken 'uitgenodigd' om het in de wereld en het leven van zijn ouders te ontvangen. Als ze het met een zwangerschap 'binnenlaten' dan kunnen we niet verwachten dat een vrouw haar kind daarna zou moeten 'verstoten', omdat het geen 'redelijk welzijn' staat te wachten.

### Poot stijf houden

Maar dat geen 'verkeerde keuze' is om van prenatale diagnostiek af te zien en de kans op een kind onder het niveau van 'redelijk welzijn' voor lief te nemen, betekent niet dat het geen 'betere keuze' kan zijn om op het aanbod in te gaan en de zwangerschap te beëindigen na een positieve uitslag. Gezien het tragische karakter van zo'n keuze is het onkies om onomwonden van een 'betere keuze' te spreken. Dat laat onverlet, dat de overweging of het toekomstige kind niet beter af is als een bestaan onder het niveau van 'redelijk welzijn' wordt voorkomen, een legitieme is. Noordhoff had haar poot stijf moeten houden, en hun toetsvraag moeten handhaven. Het is goed om leerlingen - de burgers van morgen - te laten nadenken over dit thema. Gezien de wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen zullen we de komende jaren tijdens, en zelfs al vóór de zwan-



©marcjanjanssen.com

gerschap, steeds meer te weten kunnen komen over de medische conditie van het toekomstige kind. Deze ontwikkelingen vereisen een maatschappelijk debat en een open houding. Die mogen we niet laten gijzelen door het moralistisch imperialisme van de christelijke partijen en verenigingen als Upside Down.

### Referenties

- Benatar, D. (2006). Better Never to Have Been : The Harm of Coming into Existence. Oxford Oxford University Press -10-12.  
Stein, Z., & Susser, M. (1971). The Preventability of Down's Syndrome. HSMHA Health Reports, 86(7), 650

#### De auteur

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

#### De cartoonist

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



## INFEXIT: implementatie van vaginale desinfectie voorafgaand aan sectio caesarea



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

Infecties als endometritis, wondinfectie en koorts e.c.i. blijven veel voorkomende complicaties post sectio te zijn. Hierdoor zijn er meer en/of langere (her)opnames, is er meer antibioticagebruik en, indien onbehandeld, zijn er mogelijk ernstige gevolgen voor de maternale morbiditeit.

Met Value Based Healthcare wordt gestreefd naar een optimale verhouding tussen waarde van zorg voor patiënten en het reduceren van de zorgkosten door het ontwikkelen van verbeteracties. Naar aanleiding van de meta-analyse van Roeckner et al.<sup>1</sup> is in het OLVG vaginale desinfectie, middels povidonjodium 1%, voorafgaand aan een sectio geïmplementeerd.<sup>2</sup> Er is gekeken in hoeverre het is gelukt om deze interventie als verbeteractie toe te voegen aan het protocol en wat het effect is geweest op het aantal post sectio infecties en heropnames.

Vanaf september 2019 is vaginaal desinfecteren toegevoegd aan het sectio-protocol. Er zijn twee periodes van een jaar met elkaar vergeleken: het jaar voorafgaand (n= 1384) en het jaar volgend op (n= 1246) de toevoeging. Bij 85,6% van de sectio's heeft vaginale desinfectie plaatsgevonden. Middels een intention-to-treat-analyse blijkt dit te leiden tot een significante daling in endometritis bij vrouwen met gebroken vliezen voorafgaand aan de sectio 3,4% versus 1,3% (p= 0,02). Een per-protocolanalyse liet daarnaast ook een significante daling in endometritis zien voor vrouwen die voorafgaand aan de sectio in de actieve ontsluitingsfase zaten (4,7% versus 0,0%, p= 0,01). Voor wondinfectie en koorts e.c.i. waren de uitkomsten vergelijkbaar. De daling van het aantal patiënten met endometritis heeft geleid tot significant minder heropnames (27 (2,0%) versus 10 (0,9%), p= 0,04). De kosten voor vaginale desinfectie liggen rond de 500 euro per duizend vrouwen. Deze kosten bestaan uit de povidonjodium en gazen. Extra OK-tijd is niet berekend, omdat de interventie vaak tegelijkertijd met andere activiteiten op de OK plaats-

vond. Door het verminderen van de heropnames werd er een kostenreductie van 18.000 tot 50.000 euro per duizend vrouwen gerealiseerd.

Als conclusie stellen we dat de implementatie van de verbeteractie adequaat is verlopen en heeft geleid tot een verbetering in patiëntuitkomsten en kostenreductie. Daarom is ons advies om deze relatief gemakkelijke en goedkope interventie toe te voegen aan sectio protocollen.

### Referenties

1. Roeckner JT, Sanchez-Ramos L, Mitta M, Kovacs A, Kaunitz AM. Povidone-iodine 1% is the most effective vaginal antiseptic for preventing post-caesarean endometritis: a systematic review and network meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2019 Sep; 221(3):261.e1-261.e20.
2. Cobelens STM, van den Berg K, van Pampus M. INFEXIT: Implementing vaginal disinfection prior to cesarean section. *EJOG.* 2022 Dec; 279, 55-59.

## Preventief Aspirine eerder stoppen?

Acetylsalicylzuur (Aspirine®) vermindert de incidentie van pre-eclampsie met 62%.<sup>3</sup> De Nederlandse richtlijn 'Hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap' adviseert daarom acetylsalicylzuur tussen een amenorroeduur (AD) van 12 tot 36 weken bij vrouwen met een verhoogd risico op pre-eclampsie. Het idee hier achter is dat de placenta-vaanleg wordt geoptimaliseerd door vermindering van (uiter aard) trombocytenaggregatie, maar ook oxidatieve stress en inflammatie en (daar)door een verbetering van de aanleg van spiraalarteriën, invasie van het trofoblast en vorming van chorion villi. Een nadeel van Aspirine-gebruik is een verhoogd risico op bloedingen, met name peripartum.

Daarom werd in de Spaanse multicenter gerandomiseerde StopPRE-studie onderzocht of Aspirine ook eerder kon worden gestopt.<sup>4</sup> Hiervoor werden 936 vrouwen met een verhoogd risico op pre-eclampsie geanalyseerd.

Tussen de 24 en 28 weken werd de *soluble fms-like tyrosine kinase-1* tot *placental growth factor* (sFlt-1:PIGF)-ratio gemeten. Deze ratio is verhoogd bij uteroplacentaire ischemie en is

geassocieerd met pre-eclampsie enkele weken voordat het klinisch gediagnosticeerd wordt.<sup>5</sup> Als zwangeren een normale sFlt-1:PIGF-ratio hadden, werden zij gerandomiseerd naar stoppen of doorgaan met Aspirine. De incidentie van premature pre-eclampsie bleek 1,48% (7/473) in de groep die stopte versus 1,73% (8/463) in de groep die doorging met Aspirine (absolute verschil -0,25% [95%BI, -1,86% tot 1,36%]). Tenminste één bloedingcomplicatie trad op bij 8,0% van de zwangeren in de stopgroep versus in 12,7% in de groep die doorging (absolute verschil -4,71% [95%BI, -8,61% tot 0,81%]).

Recrutering voor de studie werd voortijdig afgebroken want er waren drie placenta-abruptio's in de groep zwangeren die doorging met Aspirine (versus geen in de stopgroep) en de incidentie van pre-eclampsie later in de zwangerschap bleek, verrassend genoeg, hoger in de groep vrouwen die Aspirine bleven gebruiken (13,3% [37/278] versus 8,2% [23/282] in de stopgroep, p= 0,05). Mogelijk dat doorgaan met Aspirine bij zwangeren met een normale sFlt-1:PIGF-ratio dus juist schadelijker is, en niet alleen vanwege het bloedingsrisico. De auteurs concluderen op basis van deze uitkomsten dat bij zwangeren met een normale sFlt-1:PIGF-ratio tussen AD 24 en 28 weken stoppen met Aspirine niet inferieur is aan doorgaan, en mogelijk zelfs minder schadelijk.

FV

### Referenties

3. Rolnik DL, D. Wright, LC Poon, et al. Aspirin versus placebo in pregnancies at high risk for preterm preeclampsia. *N Engl J Med.* 2017;377(7): 613-622.
4. Mendoza M, E Bonacina, P Garcia-Manau, et al. Aspirin Discontinuation at 24 to 28 Weeks' Gestation in Pregnancies at High Risk of Preterm Preeclampsia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2023 Feb 21;329(7):542-550.
5. Levine RJ, SE Maynard, C Qian, et al. Circulating angiogenic factors and the risk of preeclampsia. *N Engl J Med.* 2004;350(7):672-683.

## Heeft maternale voorkeur voor inleiden bij 41 weken of afwachten tot 42 weken invloed op de uitkomst?

In 2019 zijn de uitkomsten van de INDEX-trial gepubliceerd, een gerandomiseerd onderzoek naar perinatale uitkomsten na electieve inleiding bij 41 weken versus een afwachterend beleid tot 42 weken.<sup>6</sup> Naast deze trial werd een prospectief cohortonderzoek uitgevoerd onder vrouwen die in aanmerking kwamen voor deelname aan de trial maar niet gerandomiseerd wilden worden. Tussen 2012 en 2016 werden er 3.642 laagrisico vrouwen met een ongecompliceerde eenlingzwangerschap bij 41(-2/+1) weken geïncludeerd. Van deze vrouwen prefereerden 59,7% (n= 2.174) een afwachterend beleid en 10,2% (n= 372) inleiden bij 41 weken. Van 30,1% (n= 1.096) was onduidelijk welke voorkeur zij hadden of welk beleid er was gevolgd. Deze laatste groep werd niet meegenomen in de cohortanalyse, maar is apart beschreven in het artikel.

De primaire uitkomst was conform de trial een samengestelde ongunstige perinatale uitkomst (perinatale sterfte, Apgarscore < 7 na 5 minuten, arteriële pH < 7,05, meconium-aspiratiesyndroom, plexus brachialis laesie, intracraniale bloeding en/of opname op een neonatale intensive care unit). De co-primaire slechte perinatale uitkomst omvat dezelfde uitkomsten met Apgarscore na 5 minuten < 4 in plaats van < 7.<sup>7</sup> Sectio was een belangrijke secundaire uitkomstmaat.

Een ongunstige perinatale uitkomst werd gevonden bij 1,1% (4/372) van de inleidgroep en 1,9% (42/2.174) van de afwachtergroep (aRR 0,56; 95% BI 0,17-1,79). Een slechte perinatale uitkomst trad op bij 0,3% (1/372) van de inleidgroep versus 1,0% (22/2.174) van de afwachtergroep (adjRR 0,39; 95% BI 0,05-2,88). Er was geen sprake van antepartumsterfte in het totale cohort (n= 3.642) en er was één neonatale sterfte in de groep met onbekende voorkeur/beleid.

Subgroepanalyse naar pariteit liet bij nulliparae hogere incidenties zien van

ongunstige perinatale uitkomsten dan bij multiparae vrouwen. Bij nulliparae was de kans op een slechte perinatale uitkomst 1,8% (3/170) in de inleidgroep versus 2,6% (30/1.134) in de afwachtergroep (aRR 0,58; 95% BI 0,14-2,41). Het percentage sectio's bij nulliparae was significant hoger in de inleidgroep ten opzichte van de afwachtergroep (21,1% versus 15,1%; aRR 1,41; 95% BI 1,01-1,97). Bij multiparae was de kans op een slechte perinatale uitkomst 0,5% (1/201) in de inleidgroep versus 1,1% (11/1.039) in de afwachtergroep (aRR 0,54; 95% BI 0,07-24,19). De kans op een sectio was vergelijkbaar tussen beide groepen multiparae.

Deelnemers aan de trial hadden voorname-lijk een voorkeur voor inleiden (74,6%) terwijl deelnemers aan de cohortstudie juist vaker een voorkeur voor afwachten hadden (71,5%).<sup>8</sup> De incidenties van een ongunstige en slechte perinatale uitkomst waren in deze cohortstudie lager dan in de trial. Ongunstige uitkomst bij de inleidgroep: cohort 1,1% en trial 1,7%. In de afwachtergroep respectievelijk 1,9% en 3,1%. Slechte uitkomst bij de inleidgroep: cohort 0,3% en trial 0,4%. In de afwachtergroep 1,0% en 1,3%. Uit de INDEX-preferentiestudie bleek dat vrouwen met een voorkeur voor inleiding bij 41 weken angstiger waren en een lagere kwaliteit van leven hadden in vergelijking met vrouwen met een voorkeur voor een afwachterend beleid tot 42 weken.<sup>9</sup> Inherent aan het type onderzoek kon in deze cohortstudie onder laagrisico zwangeren het beleid van voorkeur van de vrouw worden gevolgd. Mogelijk was er sprake van zelfselectie die kan hebben bijgedragen aan de betere uitkomsten bij het cohort vergeleken met de trial.

A. Bruinsma, J. Keulen, J. Kortekaas, J. van Dillen, R. Duijnhoven, P. Bossuyt, A. van Kaam, J. van de Post, B.W. Mol, E de Miranda

### Referenties

- Keulen, J.K.J., A. Bruinsma, J.C. Kortekaas, et al. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management until 42 weeks (INDEX): multicentre, randomised non-inferiority trial. *BMJ*. 2019;364:l344.
- Bruinsma, A., J.K.J. Keulen, J.C. Kortekaas, et al. Elective induction of labour and expectant management in late-term preg-

nancy: A prospective cohort study alongside the INDEX randomised controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. 2022;16:100165.

- Keulen, J.K.J., P.T. Nieuwkerk, J.C. Kortekaas, et al. What women want and why. Women's preferences for induction of labour or expectant management in late-term pregnancy. *Women Birth*. 2020.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee Opinion No. 644: The Apgar Score. *Obstet Gynecol*. 2015;126(4):e52-5.

## Electief inleiden bij 41 weken voor multiparae niet kosteneffectief

In de kosten-effectiviteitsanalyse van de INDEX-trial werd de kosteneffectiviteit van het inleiden van de baring bij 41 weken en een afwachterend beleid tot 42 weken beoordeeld. De belangrijkste uitkomstmaten waren de directe medische kosten (€), de samengestelde ongunstige perinatale uitkomst (perinatale sterfte, Apgarscore < 7 na 5 minuten, arteriële pH < 7,05, meconium-aspiratiesyndroom, plexus brachialis laesie, intracraniale bloeding en/of een opname op een neonatale intensive care unit (NICU)) en slechte perinatale uitkomst (met Apgarscore na 5 minuten < 4 in plaats van < 7) zoals in de INDEX-trial en de INDEX-cohortstudie.<sup>10,11</sup> De gemiddelde kosten bedroegen € 3.858 in de inleidgroep en € 3.723 in de afwachtergroep (gemiddeld verschil € 135; 95% BI € -235 tot € 493). Antepartumkosten waren hoger in de afwachtergroep (€ 105) vergeleken met de inleidgroep (€ 14) door meer consulten. De intrapartumkosten waren hoger in de inleidgroep (€ 2.888) vergeleken met de afwachtergroep (€ 2.462) door de langere verblijfsduur in het ziekenhuis (in uren). De postpartumkosten waren lager in de inleidgroep € 965 vergeleken met € 1.155 in de afwachtergroep door de lagere kosten van neonatale opname.

De verhouding tussen het verschil in kosten tussen een beleid met electieve inleiding bij 41 weken en een afwachterend beleid tot 42 weken en het verschil in effect – in dit geval de perinatale uitkomsten – werd berekend en uitgedrukt in de incrementele kosteneffectiviteitsratio (IKER). De IKER's om één extra ongunstige en slechte perina-

tale uitkomst te voorkómen bedroegen respectievelijk € 9.436 en € 14.994. Er werd een kosteneffectiviteit-aanvaardbaarheidscurve gemaakt om de kosteneffectiviteit te beoordelen voor een reeks bedragen (€) als drempelwaarde. Hieruit bleek dat inleiden bij 41 weken 80% kans heeft om kosteneffectief te zijn bij een betalingsbereidheid (*willingness-to-pay*) van € 22.000 ter preventie van één ongunstige perinatale uitkomst en € 50.000 ter preventie van één ernstige perinatale uitkomst.

Uit subgroepanalyse naar pariteit bleek een betalingsbereidheid om één ongunstige perinatale uitkomst te voorkomen voor nulliparae van € 47.000 en voor multiparae van € 190.000. Om één slechte perinatale uitkomst te voorkomen zou de betalingsbereidheid € 62.000 voor nulliparae en € 970.000 voor multiparae vrouwen moeten zijn. Voor multiparae zal dat niet kosteneffectief zijn. Dit lijkt in lijn met de meta-analyse van de individuele patiëntdata (IPD-MA) van de SWEPIIS en INDEX-trials waarin geconcludeerd werd dat inleiden bij 41 weken de kans op een ernstige perinatale uitkomst verlaagt voor nulliparae ( $p = 0,004$ ), maar niet voor multiparae ( $p = 0,35$ ).<sup>12</sup>

De uitkomsten van de kosten-effectiviteitsanalyse van de INDEX-trial suggereren dat inleiden van de baring bij 41 weken kosteneffectief zou kunnen zijn voor nulliparae, terwijl het onwaarschijnlijk is dat het kosteneffectief is voor multiparae. De mate van kosteneffectiviteit wordt echter mede bepaald door de kenmerken van de populatie. In de INDEX-trial hadden de meeste vrouwen een voorkeur voor inleiden bij 41 weken, in de INDEX-cohortstudie hadden de meeste vrouwen een voorkeur voor afwachten. Vrouwen met een voorkeur voor afwachten hadden lagere angstscores en een hogere kwaliteit van leven ( $p < 0,001$ ).<sup>13</sup> Het cohortonderzoek had lagere incidenties ongunstige en slechte perinatale uitkomsten. Een lagere incidentie zal doorwerken in de mate van kosteneffectiviteit.

*A. Bruinsma, J. Keulen, R. van Eekelen, M. van Wely, J. Kortekaas, J. van Dillen, J. van de Post, B. Willem Mol, E. de Miranda*

## Referenties

10. Keulen, J.K.J., A. Bruinsma, J.C. Kortekaas, et al. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management until 42 weeks (INDEX): multicentre, randomised non-inferiority trial. *BMJ*. 2019;364:l344.
11. Bruinsma A., J.K.J. Keulen, J.C. Kortekaas. Elective induction of labour and expectant management in late-term pregnancy: A prospective cohort study alongside the INDEX randomised controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. 2022;16:100165.
12. Alkmark, M., J.K.J. Keulen, J.C. Kortekaas, et al. Induction of labour at 41 weeks or expectant management until 42 weeks: A systematic review and an individual participant data meta-analysis of randomised trials. *PLoS Med*. 2020;17(12):e1003436.
13. Keulen, J.K.J., P.T. Nieuwkerk, J.C. Kortekaas, et al. What women want and why. Women's preferences for induction of labour or expectant management in late-term pregnancy. *Women Birth*. 2020.



