



ntog02

GYNAECOLOGIE, ONCOLOGIE, PERINATOLOGIE EN VOORTPLANTINGSGENEESKUNDE

Vol. 126 | maart 2012

Gynaecoloog heeft een rol
bij het opsporen van hart- en
vaatziekten

Een dubbelzijdige extra-
uteriene graviditeit of toch
niet?

Acute pancreatitis in de
zwangerschap

Een vrouw met ruim 25 jaar
bestaande buikpijn - een case

Digitale gegevensuitwisseling
in perinatale zorg



simpel • schoon • snel ...

Vrouwen die een IVF of een ICSI-behandeling ondergaan hebben graag zo weinig mogelijk last van hun therapie. Daarom is er nu Lutinus®. Speciaal gemaakt voor luteale progesteronsuppletie middels vaginale toediening. **Simpel** in te brengen met de handzame applicator. **Schoon** dankzij zijn nagenoeg volledig oplosbare tabletvorm (carbonaat, geen olie). **Snel** omdat binnen 24 uur effectieve progesteronspiegels worden gerealiseerd (>10 ng/ml)¹.

Blake EJ, Norris PM, Dorman SF, Longsterth J, Yankov IV; Fertil Steril 2009.



Lutinus progesteronsuppletie **Speciaal voor vaginaal**

Volledige productinformatie vindt u elders in dit blad of op www.ferring.nl

U KENT FERRING GYNAECOLOGIE OOK VAN:



FERRING

PHARMACEUTICALS

Colofon

HOOFDREDACTIE

S.A. Scherjon, hoofdredacteur
W.M. Ankum, voorzitter deelredactie gynaecologie
J. van Eyck, voorzitter deelredactie perinatologie
V. Mijatovic, voorzitter deelredactie
voortplantingsgeneeskunde
I. van der Avoort, namens de NVOG
I.M.W. Ebisch, namens de VAGO

DEELREDACTIES

E.A. Boss, gynaecoloog, J.J. Duvekot, perinatoloog,
J.W. Ganzevoort, perinatoloog, S.V. Koenen,
perinatoloog, K.D. Lichtenbelt, klinisch geneticus,
A.C.J. Ravelli, epidemioloog, S. Repping,
voortplantingsgeneeskunde, E. Slager, gynaecoloog,
S.J. Tanahat, voortplantingsgeneeskunde,
F. van der Veen, voortplantingsgeneeskunde,
W.B. de Vries, kinderarts-neonataloge,
R.M.F. van der Weiden, voortplantingsgeneeskunde,
W.C.M. Weijmar Schultz, gynaecoloog-seksuoloog,
R.P. Zweemer, gynaecologisch oncoloog

S.F.P.J. Coppus, rubrieksredacteur NOBT
G.H. de Wet, redigeren abstracts
A.C.M. Louwes, bureauondersteuning NVOG

REDACTIESECRETARIAAT en UITGEVER
GAW ontwerp+communicatie (Jelle de Gruyter)
Generaal Foulkesweg 72, 6703 BW Wageningen
t 0317 425880 e ntog@nvog.nl

OPLAGE & VERSCHIJNING
1600 exemplaren, 10 x per jaar.

ABONNEMENTEN
Standaard € 190,- per jaar. Studenten € 84,- per jaar.
Buitenland € 286,- per jaar. Losse nummers € 26,-.
Abonnementen lopen per kalenderjaar (van 1 januari
t/m 31 december) en lopen automatisch door, tenzij
uiterlijk 30 dagen voor de vervaldatum schriftelijk
wordt opgezegd. Aanmelden en opzeggen van
abonnementen en adreswijzigingen s.v.p. doorgeven
aan de uitgever.

ADVERTENTIES
Brickx
Kranenburgweg 144, 2583 ER Den Haag,
t 070 3228437 i www.brickx.nl
dhr. E.J. Velema m 06 4629 1428 e eelcojan@brickx.nl

AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag
worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een
geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar
gemaakt, in enige vorm of enige wijze, hetzij
electronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen
of enige andere manier, zonder voorafgaande
schriftelijke toestemming van de uitgever.

Uitgever en auteurs verklaren dat deze uitgave op
zorgvuldige wijze en naar beste weten is samengesteld;
evenwel kunnen uitgever en auteurs op geen enkele
wijze instaan voor de juistheid of volledigheid van de
informatie. Uitgever en auteurs 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.nvog.nl

AFBEELDING OMSLAG
Moeder en kind, P  p   Grégoire, 1981
(www.pepegregoire.nl)

ISSN 0921-4011

Inhoud

- 57 Editorial**
S.A. Scherjon
- 59 Gynaecoloog heeft een rol bij het opsporen van hart- en vaatziekten**
R.Y. Schouten, A.H.E.M. Maas, B.C.J.M. Fauser
- 69 Casuïstiek - Een dubbelzijdige extra-uteriene graviditeit of toch niet?**
E.J. Oude Lohuis, G.J.E. Oosterhuis, E.M.J. Schutter
- 72 Acute pancreatitis in de zwangerschap**
C.J. Cederhout, J.P. de Leeuw en S. Abraham
- 23 Uitwendige versie van kinderen in stuitligging: vroeg of laat?**
S.M.T.A. Goossens, M. Pieters, M.H.B. Heres, F. A. ten Cate, F. Smits, F.J.M.E. Roumen
- 81 Een vrouw met ruim 25 jaar bestaande buikpijn - een case report**
C.M. van Bussel, N.A. Kianmanesh Rad, afdeling gynaecologie, IJsselland Ziekenhuis, Capelle aan den IJssel
- 83 Digitale gegevensuitwisseling in perinatale zorg 'Data met één druk op de knop de keten door'**
B. Naber
- 85 Ingezonden brief - Ontkenning**
F.M. Helmerhorst
Reactie
V. Mijatovic, H. de Vries en J.W. van der Slikke
- 87 125 jaar NVOG**
Van 'vrouwenkwaaltjes' tot ernstige gezondheidsklachten
- 90 Voortgangstoets - vragen**
- 91 Pico Bello**
Bevallen met een hernia, wat zeggen de experts?
J. de Haan, P.F. Teunissen, L.B. Uittenbogaard, V. Mijatovic*
- 95 Voortgangstoets - antwoorden**
- 96 NOBT**
- 97 Boekbesprekingen**
- 98 Eponiemen**
Onbloedige vergroting van het bekken door het kussen van Tjeenk Willink en de ligging van Jonges
A.T.M. Verhoeven

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. Zij stelt zich als doel de leden van de NVOG en andere specialisten, die werkzaam zijn op het gebied van de gynaecologie, perinatologie en voortplantingskunde, op de hoogte te houden van nieuwe ontwikkelingen op deze deelterreinen. Het NTOG probeert haar doel te bereiken door middel van vaste rubrieken, columns, commentaren, wetenschappelijke artikelen, congresverslagen en themanummers. De vereniging 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.

Schaatsers

S.A. Scherjon

foto Wim van Hof, www.gaw.nl



... congres in de Verenigde Staten afgezegd...

Het hoeft maar even streng te vriezen, zelfs al is het maar heel kort, en we weten zeker dat er een Elfstedentocht komt.

Voor sommigen krijgt het iets obsessiefs, zoals beschreven in de *De tocht van 2018*, het elfde hoofdstuk uit de verhalenbundel die alle leden kregen bij het 100-jarig bestaan van de in 1909 opgerichte Elfsteden Vereniging¹.

Er maakt zich een onrust van ons meester en niet alleen bij de Elfstedenrijders zelf. Onrust, die maakt dat zelfs televisiekijken weer spannend wordt, in een land waar voor programma's als *Boer zoekt Vrouw* de tv aan staat bij meer dan 5 miljoen kijkers! Een programma met – opvallend – vooral oude vijftigerjarennormen. Een programma zonder één enkele verwijzing naar erotiek (waar het nu juist eigenlijk om te doen is) – of geweld – trekt nu juist in een land als het onze zoveel kijkers. Vreemd!

Ik maakte ook de fout het zeker te weten dat de tocht door zou gaan. En hoewel er nog geen enkele andere tocht was uitgeschreven – zelfs niet over het ondiepe water van de Belter Wieden bij Giethoorn – heb ik mijn vlucht voor een congres in de Verenigde Staten afgezegd en boekte in plaats daarvan direct een hotel in Friesland voor een week. Dat dus op basis van één nacht strenge vorst, bijna -22°C gemeten in Marknesse. Wel ongelooflijk koud maar er was nog geen tocht verreden. Toch was er de grote verwachting. De hele route werd spontaan geveegd, door duizenden aanwonenden; stukken ijs werden ingebracht in de wakken en het liet Friesland, uitgebreid in de media, weer van één van zijn leukste kanten zien.

Schaatsen op natuurijs is een breed onderdeel van onze cultuur. Iedereen kan erover meepraten en meet zich een rol aan. In de rol van schaatser of kijker. Voor de televisie of plannenmakend om naar

Friesland te gaan. De provincie verwachtte zo'n 1,5 tot 2 miljoen bezoekers. Indrukwekkend om te zien dat op een door-de-weekse dag met ijs tienduizenden schaatsers voor een tocht naar het ijs getrokken worden.

Het hebben van een cultuur met de verschillende rollen die we daarin spelen is wat het menselijke onderscheid van andere wezensvormen.

Cultuur en het daarbij behorende gedrag (de rollen) worden bewust en onbewust ontwikkeld en dat is iets anders dan instinctmatige gedragspatronen, die kenmerkend zijn voor de dierenwereld. Bij cultuur hoort dus juist ook het spelen van bepaalde - min of meer afgesproken - rollen. Dat is dan geen onechtheid² - wat ik eigenlijk altijd aannam - of een (hysterische) gemaaktheid, maar het laat zien dat iemands identiteit mede afhankelijk is van de eigen rollen, ontstaan vanaf de vroege jeugd in onafhankelijkheid, met juist een kenmerkende eigenheid van die rollen³.

Met het ouder worden komt steeds duidelijker die eigen rol naar voren; hij wordt nu, in tegenstelling tot in de adolescentie, minder flexibel en ook minder variabel en ligt ook voor anderen vaster. Je rol en je gedrag worden voorspelbaarder. Kenmerkend voor bijvoorbeeld de specialistenopleiding is juist deze adolescentie, een uitgestelde⁴, waar impliciet

minder eigenheid van je rollen verwacht wordt en wat dan ook gemakkelijk kan conflicteren met de eigenheid in de persoonlijke ontwikkeling. De opleiding, en dat wordt natuurlijk ook nagestreefd, moet er juist op gericht zijn om je steeds prettiger en bewuster te gaan voelen in die wat vastere, eigen, maar ook verschillende rollen.

Die rol van schaatser, is één van mijn allerleukste! Tot mijn verbazing begreep iedereen die ik er over sprak heel snel dat ik mijn andere rollen (even) had laten vallen, en niet bij een congres zat, maar op het stralende, blauwe ijs stond.

Literatuur

1. Hielke Speerstra, *De Koude Kruistocht. Bornmeer, Gorredijk*. (2009) ISBN 978-90-5615-211-6
2. J.H. Thiel, *Onechtheid*. Boom Meppel (1970) p.241 e.v.
3. Helmuth Plessner, *Gesammelte Schriften IX*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main (1985) p.302 e.v. ISBN 3-518-56537-0
4. H.C. Rümke, *Levenstijdperken van de man*. De Arbeiderspers, Amsterdam (1973) p.93 e.v. ISBN 90 295 3678 0

Gynaecoloog heeft een rol bij het opsporen van hart- en vaatziekten

R.Y. Schouten, A.H.E.M. Maas, B.C.J.M. Fauser

Hart- en vaatziekten zijn wereldwijd doodsoorzaak nummer één bij vrouwen. In Nederland is dat niet anders. Vrouwen die zwangerschapshypertensie hebben gehad, maar ook vrouwen met polycysteus ovariumsyndroom of primair ovariële insufficiëntie en vrouwen met een vervroegde menopauze hebben een verhoogd risico op het krijgen van hart- en vaatziekten later in hun leven.^{1,2,3,4,5} Omdat deze patiëntencategorieën in eerste instantie tot het terrein van de obstetricus en de gynaecoloog behoren, zou juist deze discipline een belangrijke rol kunnen vervullen bij het vroegtijdig opsporen van vrouwen met een verhoogde kans op hart- en vaatziekten later in het leven.

Het mag een veelbelovend begin worden genoemd, dat zeven van de zeventig medisch experts aanwezig bij de Hart voor Vrouwen Werkconferentie obstetrici/gynaecologen waren.

Samen met cardiologen, huisartsen, internisten en wetenschappers vanuit andere disciplines kwamen ze eind januari 2011 bijeen voor een tweedaagse conferentie die als doel had de bewustwording te vergroten van hart- en vaatziekten bij vrouwen.

Enkele feiten op een rij om de aandacht voor hart- en vaatziekten bij vrouwen in perspectief te plaatsen:

- Er overlijdt minder dan 1 vrouw per dag in het verkeer.⁶ Om dit te voorkomen, besteedt de overheid meer dan 2 miljard euro per jaar. Dat is ruim 2,7 miljoen euro per dag⁷;
- Elke dag overlijden 9 vrouwen aan borstkanker.⁶ Het landelijk onderzoeksprogramma kost 49 miljoen euro per jaar, ruim 134.000 euro per dag⁸;
- Voor hart- en vaatziekten, met een sterfte van 57 vrouwen per dag, is geen landelijk preventiepro-



Dagvoorzitter: prof. dr. Wiek van Gilst.



Vertegenwoordigers kopgroep met voorzitter Gezondheidsraad Gunning-Schepers en dagvoorzitter Van Gilst.

gramma en dus geen geld.⁶ Geen cent.

- Per jaar overlijden meer vrouwen dan mannen aan hart- en vaatziekten (20.734 vrouwen en 18.275 mannen).⁶

Zoals dagvoorzitter van de werkconferentie, prof. dr. Wiek van Gilst het zei: "We kijken al tientallen jaren tegen een schreeuwende waarheid aan waar we niets mee doen."

Een ongezonde inhaalslag

In 2008 bedroeg de economische schade van hart- en vaatziekten bij mannen en vrouwen binnen de Europese Unie 192 miljard euro.⁹ De economische last van hart- en vaatziekten in Europa stijgt met de toename van het aantal diabetespatiënten en obesitas. De Wereldgezondheidsorganisatie verwacht dat deze financiële last tot 2030 verder toeneemt. Een steeds groter aandeel van deze last - die naast een financiële last ook een sterk verminderde kwaliteit van leven inhoudt - komt voor rekening van de Europese vrouw.

Zoals bleek uit de EUROASPIRE III-enquête, is de toename van hart- en vaatziekten bij Europese vrouwen voor een belangrijk deel te wijten aan een verandering in leefstijl. Meer jonge vrouwen zijn gaan roken en meer vrouwen hebben overgewicht, terwijl bij een toenemend aantal vrouwen ten opzichte van mannen diabetes en hypertensie wordt vastgesteld.¹⁰ Vrouwen zijn dus bezig met een ongezonde inhaalslag.

Wat voor de man geldt, geldt niet voor de vrouw

De traditionele risicofactoren voor hart- en vaatziekten hebben een verschillende impact op mannen en vrouwen. Zo zijn er aanwijzingen dat jonge vrouwen die roken meer kans hebben op een hartinfarct dan mannen. Onderzoek uit 1998 spreekt zelfs van zestig procent meer risico.¹¹ In een recente meta-analyse van bijna vier miljoen patiënten werd een relatief risico (RR) van 1,25 (95% CI, 1.12-1.29) op coronaire hartziekten gevonden voor rokende vrouwen ten opzichte van rokende mannen.¹²

Psychosociale factoren zoals stress lijken eveneens voor mannen en vrouwen anders samen te hangen met het risico op hart- en vaatziekten. Echter, inconsistente relaties tussen hart- en vaatziekten en stress vragen om meer onderzoek.¹³

De 30-dagen- en éénjaars mortaliteit bij vrouwen met een myocardinfarct onder de 65 jaar is bijna tweemaal zo hoog als bij mannen, terwijl zij minder ernstige obstructieve afwijkingen hebben aan de coronairvaten.¹⁴ Dit noemen wij de zogenaamde 'gender-paradox'. Naast het langere tijdsdelay bij vrouwen vóór aankomst in het ziekenhuis, spelen genderverschillen in de pathofysiologie van het myocardinfarct hierbij waarschijnlijk een rol.¹⁵

Diastolisch hartfalen komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Bij diastolisch hartfalen is het hart niet goed in staat zich met bloed te vullen in de fase van relaxatie. Belangrijke oorzaken van diastolisch



prof.dr. Bart Fauser, hoogleraar voortplantingsgeneeskunde.

hartfalen bij vrouwen zijn diabetes type 2 en hypertensie. Vrouwen met diabetes type 2 hebben een bijna tweemaal zo grote cardiovasculaire sterfttekans als mannen met diabetes.¹⁶

Het proces van atherosclerose lijkt bij vrouwen zeven tot tien jaar later te beginnen dan bij mannen. De endogene hormoonstatus voor de menopauze speelt hierbij een rol, maar de relatie tussen vrouwelijke geslachtshormonen en cardiovasculaire aandoeningen wordt nog steeds onvoldoende begrepen. Na de menopauze verslechtert het risicoprofiel van vrouwen voor hart- en vaatziekten. De bloeddruk en het cholesterolgehalte worden dan hoger en ook diabetes komt vaker voor. In de jaren na de menopauze stijgt de systolische bloeddruk meer bij vrouwen dan bij mannen in dezelfde leeftijdscategorie en hypertensie leidt bij vrouwen tot meer cardiovasculaire complicaties.¹⁷

Mannen hebben vaker de klassieke vorm van obstructieve atherosclerose met locale stenosen in een of meerdere coronairvaten. Vrouwen hebben, vooral op middelbare leeftijd, minder obstructieve afwijkingen met een diffuser patroon van atherosclerose langs de vaatwand. Obstructieve afwijkingen treden vooral op na het 65e jaar.⁹

Het risico van hart- en vaatziekten bij vrouwen is in het verleden vaak onderschat omdat de perceptie heerste dat zij 'beschermde' zouden zijn tegen cardiovasculaire aandoeningen.¹⁸ Dit had te maken met de hypothese dat op jonge leeftijd oestrogenen een gunstig effect hebben op het voorkomen van athero-

sclerose, terwijl na de menopauze het risico op hart- en vaatziekten sterk toeneemt. In observationele studies, zoals de Nurses Health Study (1990 - 1999) werd gevonden dat het gebruik van oestrogenen na de menopauze beschermend werkte op het ontstaan van cardiovasculaire gebeurtenissen.^{19,20} In de later uitgevoerde gerandomiseerde studies, zoals de HERS en Women's Health Initiative Studie werd echter het tegendeel gevonden.^{21,22}

Een andere diagnostiek en behandeling

Er zijn duidelijke genderverschillen in presentatie van klachten bij een acuut myocardinfarct. Naast de hoofdklachten van pijn op de borst komen vasovegetatieve symptomen zoals misselijkheid en transpireren en bovenbuik klachten meer voor bij vrouwen dan bij mannen.²³ Omdat vrouwen gemiddeld ouder zijn dan mannen ten tijde van een myocardinfarct wordt er op jongere leeftijd minder vaak aan gedacht en kan de diagnose worden gemist.²⁴ Ook een zich ontwikkelende hypertensie kan een veelheid aan klachten geven, zoals vermoeidheid, pijn op de borst, opvliegers, en hartkloppingen, die bij vrouwen veelal aan de menopauze worden toegeschreven.²⁵ Omdat de niet-invasieve diagnostiek van atherosclerose een lagere sensitiviteit en specificiteit heeft bij vrouwen dan bij mannen is de diagnostiek van coronariairlijden bij vrouwen lastiger. Vrouwen ondergaan minder vaak hartkatheterisaties en blijken minder goed behandeld te worden na een doorgemaakt cardiovasculair incident.²⁶



Workshop onderzoek.

Een taak voor de gynaecoloog?

De gynaecologie biedt wellicht uitkomst. Dat wil zeggen, ze kan een belangrijke taak vervullen in het tijdig opsporen van (risicofactoren voor) hart- en vaatziekten juist omdat er vrouwspecifieke klachten zijn.

Zwangerschap

Er is in toenemende mate bewijs dat een zwangerschap beschouwd kan worden als een 'stresstest' voor hart- en vaatziekten op latere leeftijd.²⁷ Daarbij staat het ter discussie of hypertensieve stoornissen tijdens de zwangerschap als risicofactor voor hart- en vaatziekten beschouwd moeten worden gezien of dat bijvoorbeeld hypertensie in de zwangerschap een uiting is van een onderliggende genetische predispositie voor hart- en vaatziekten.²⁸

Pre-eclampsie vergroot de kans op het later ontwikkelen van cardiovasculaire risicofactoren als hypertensie en diabetes.^{2,29} Het relatieve risico op hart- en vaatziekten gerelateerd aan een vroege pre-eclampsie varieert tussen de 2,2 en 7,7.² Dit is vergelijkbaar met gevestigde risicofactoren als diabetes en familiale hypercholesterolemie die een relatief risico hebben van respectievelijk 3,5 en 8,5.^{18,30} Resultaten van de ARIC-studie suggereren op basis van gegevens bij meer dan 25.000 vrouwen dat er een overlappende etiologie is tussen insulineresistentie en hypertensie. In totaal 5,6% van de vrouwen met zwangerschapsdiabetes ontwikkelde diabetes op latere leeftijd en het risico op hypertensie nam zelfs toe met 26%.³¹

Vrouwen met één of meerdere spontane miskramen

hebben eveneens een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Daarbij blijkt bij veel van deze vrouwen een verhoogde familiale predispositie aanwezig te zijn.^{32,33}

Polycysteus ovariumsyndroom

Polycysteus ovariumsyndroom wordt veelal gekenmerkt door cyclusstoornissen en infertiliteit. Bij een deel van deze vrouwen is er sprake van overgewicht. Naast verhoogde androgeen spiegels, wordt vaak tevens hyperinsulinemie, dyslipidemie en soms hypertensie gezien. Bij deze vrouwen komt op latere leeftijd het metabool syndroom en type 2 diabetes vaker voor.³⁴ Kleine studies laten bij polycysteus ovariumsyndroom eveneens afwijkingen zien in het vasculaire systeem (arteriële stijfheid, grotere intima-mediadikte van de carotis, calcificatie van de coronairvaten). Algemeen wordt dan ook aangenomen dat er bij deze vrouwen sprake is van een duidelijk verhoogd risico op het ontstaan van hart- en vaatziekten op latere leeftijd. Zo laat recent onderzoek zien dat postmenopauzale vrouwen met in jongere jaren onregelmatige menses en een hoge testosteronconcentratie meer kans hebben op cardiovasculaire gebeurtenissen.³⁵ Dit is een extra argument voor het hogere cardiovasculair risico bij vrouwen met het polycysteus ovariumsyndroom.³⁶ Resultaten zijn echter tegenstrijdig, want ook een zeer lage testosteronspiegel wordt geassocieerd met een verhoogd cardiovasculair risico.³⁷ Langdurige, prospectief opgezette follow-upstudies met voldoende patiënten aantallen zijn daarom nodig om het verband tussen PCOS en

Multidisciplinaire Kopgroep Genderverschillen bij hart- en vaatziekten

- prof. dr. Inez de Beaufort, hoogleraar gezondheidsethiek
- prof. dr. Michaela Diamant, hoogleraar diabetologie
- prof. dr. Pieter Doevendans, hoogleraar cardiologie
- prof. dr. Bart Fauser, hoogleraar voortplantingsgeneeskunde
- prof. dr. Arie Franx, hoogleraar gynaecologie-perinatologie
- prof. dr. Christianne de Groot, hoogleraar Verloskunde-Perinatologie
- dr. Karin Kaasjager, internist-nefroloog-vasculair geneeskundige
- prof. dr. Jaap Kappelle, hoogleraar neurologie i.h.b. de ischemische hersenziekten
- dr. Ed de Kluiver, arts
- dr A.H.E.M.Maas, cardioloog
- prof. dr. Saskia Middeldorp, hoogleraar inwendige geneeskunde i.h.b. trombose en hemostase
- dr. Yvo Roos, neuroloog
- prof. dr. Gerard Pasterkamp, hoogleraar experimentele cardiologie
- dr. Ron Pieters, hoofd huisartsopleiding
- prof. dr. Jolien Roos-Hesselink, hoogleraar cardiologie, i.h.b. congenitale hartziekten bij volwassenen
- prof. dr. Yvonne van der Schouw, hoogleraar epidemiologie van chronische ziekten
- prof. dr. Ben Willem Mol, klinisch evaluatieonderzoek in de verloskunde, gynaecologie en fertiliteit
- drs. Rebecca Schouten, gezondheidspsycholoog, projectmanager (secretaris)
- prof. dr. Maarten Simoons, emeritus-hoogleraar cardiologie (voorzitter)
- prof. dr. Paul Stuyt, internist, directeur medisch-specialistische vervolgoopleidingen

cardiovasculair risico overtuigend aan te tonen.

Toenemend wordt de noodzaak gevoeld om hier actief te zijn op het gebied van secundaire preventie.³⁸

Primair ovariële insufficiëntie

Primair ovariële insufficiëntie - voorheen primair ovarieel falen genoemd - betreft een conditie waarbij vrouwen voor hun veertigste levensjaar geconfronteerd worden met uitval van ovariumfunctie en derhalve verlaagde oestrogeen (en wellicht ook androgeen) productie. Deze vrouwen hebben, naast climacteriële klachten, een verhoogd risico op osteoporose, vermindering van kwaliteit van leven, seksuele disfunctie, maar naar nu steeds duidelijker blijkt eveneens een verhoogde kans op hart- en vaatziekten (hartinfarct, hersenbloeding) en Alzheimer.³⁹ Er is sprake van een verkorte levensverwachting. Alhoewel oestrogeensuppletie wordt aanbevolen, blijken veel vrouwen hier voortijdig mee te stoppen. Van een gestructureerde cardiovasculaire risicoschatting, en follow-up is in Nederland bij deze vrouwen geen sprake. In welke mate langdurige hormoonsubstitutietherapie deze lange termijn complicaties kan voorkomen is nog onduidelijk. Vooralsnog is evenmin bekend of naast oestrogeensuppletie ook androgeensuppletie zinvol is.

Menopauze

Epidemiologisch onderzoek laat zien dat de levensverwachting van vrouwen met een vroege menopauzale transitie (< 40 jaar) twee jaar korter is dan die

van vrouwen met een normale of late menopauze.⁴⁰

Ook is een vroegtijdige menopauze geassocieerd aan meer angineuze klachten na een myocard infarct.⁴¹ Vooralsnog ontbreken echter voldoende langetermijngegevens uit prospectief onderzoek naar de relatie tussen een vroege menopauze en hart- en vaatziekten. De daling in endogene oestrogeenspiegels op middelbare leeftijd leidt onder andere tot een toename in insulineresistentie en hoger worden van het totaal- en LDL-cholesterol. Daarnaast wordt het renine-angiotensine-systeem meer geactiveerd, waardoor de plasmarenine-activiteit toeneemt en de bloeddruk stijgt.⁴² Deze metabole veranderingen leiden er uiteindelijk toe dat vrouwen na het 65e jaar meer cardiovasculaire risicofactoren hebben dan mannen van dezelfde leeftijd.

Perimenopauzale vasomotore klachten kunnen een zich ontwikkelende hypertensie maskeren en wijzen op een verhoogd cardiovasculair risicoprofiel.⁴³ In een recente analyse van de Women's Health Observational Study werd bij meer dan 60.000 vrouwen gevonden dat vasomotore klachten die in de late menopauze optreden geassocieerd zijn met een verhoogd risico (HR 1,23 - 95% CI 1.00-1.52), terwijl klachten in de vroege menopauze (rond de LM) eerder wijzen op een lager risico voor hart- en vaatziekten (HR 0,89 - 95% CI 0,81-0,97).⁴⁴

Hoe nu verder?

Voor een goede zorg voor vrouwen met hart- en vaatziekten is een tijdige en juiste diagnose van levens-

belang. De aanwezigen op de werkconferentie waren het roerend met elkaar eens: het ontbreekt op alle niveaus aan overleg en coördinatie. Daarnaast zijn er te weinig financiële middelen voor dit thema beschikbaar en staat het onderwerp laag op de politieke agenda. Bovendien leidt superspecialisatie ertoe dat er te weinig overzicht is over de patiënt als geheel. Tenslotte is er geen goed vergoedingssysteem voor multidisciplinair werken.⁴⁵

Kortom, er valt nog een wereld te winnen. Vandaar dat tijdens de werkconferentie gewerkt is aan het opstellen van een agenda voor het versnellen, verbreden en verdiepen van onderzoek naar genderverschillen in de pathofysiologie, preventie, diagnostiek en behandeling van hart- en vaatziekten; de kennisontwikkeling van (aankomende) beroepsgroepen over hart- en vaatziekten bij vrouwen en genderverschillen en als laatste, de multidisciplinaire preventie, diagnostiek en behandeling voor vrouwen met (een grote kans op) hart- en vaatziekten in Nederland te verbeteren. Een zogeheten Multidisciplinaire Kopgroep Genderverschillen bij hart- en vaatziekten is tijdens en na de conferentie opgericht om aan te zetten tot uitvoering van deze agenda.

Dit artikel is een eerste stap van de kopgroep in het vervullen van haar opdracht en we hopen dat dit een aanjager is van de discussie die gevoerd moet worden. Hoe kunnen de vrouwspecifieke risicofactoren als kansen worden benut bij de opsporing van cardiovasculaire ziekten? Het is duidelijk dat vooralsnog deze vraag sluitend zal worden beantwoord nog veel moet gebeuren. Laten we totdat het zover is beginnen in onze eigen spreekkamers en het agenderen in de eerste lijn.

Literatuur

1. Atsma F., M.L. Bartelink, D.E. Grobbee & Y.T. van der Schouw, *Postmenopausal status and early menopause as independent risk factors for cardiovascular disease: a meta-analysis*. Menopause 2006;13:265-79.
2. Bellamy L., J.P. Casas, A.D. Hingorani & D.J. Williams, *Pre-eclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: systematic review and meta-analysis*. Br Med J 2007;335:974-83.
3. Groot, P.C.M. de, O.M. Dekkers, J.A. Romijn, S.W.M. Dieben & F.M. Helmerhorst, *PCOS, coronary heart disease, stroke and the influence of obesity: a systematic review and meta-analysis*. Hum. Reprod. update 2011;17:495-500.
4. Jacobsen, B.K., I. Heuch & G. Kvåle, *Age at natural menopause and all-cause mortality: a 37-year follow-up of 19,731 Norwegian women*. Am J Epidemiol 2003;157:923-29.
5. Steegers, E.A.P., P. von Dadelszen, J.J. Duvekot & R. Pijnenborg, *Pre-eclampsia*. Lancet 2010;376:631-44.
6. Statline, Centraal Bureau voor de Statistiek. [Internet]. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek; c2011 [bijgewerkt 14 juli 2011; geciteerd 1 oktober 2011]. *Doodsoorzaken; korte lijst (belangrijke doodsoorzaken), leeftijd, geslacht*. Beschikbaar via http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=7052_95&D1=a&D2=0,I&D3=0&D4=38-41&HDR=G2,G1,G3&STB=T&VW=T
7. Post, N.A.M., E.W. de Bekker-Grob, J.P. Mackenbach & L.C.J. Slobbe, *Kosten van preventie in Nederland 2007*. Bilthoven: RIVM; 2010 In: Storm I, Aarts L, Maas JM, Bovendeur I. Wat zijn de kosten? Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. [Internet]. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM; c2011 [18 september 2007, versie 4.5, 22 september 2011; geciteerd 2 oktober 2011]. Beschikbaar via <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/van-ziekten-en-aandoeningen/letsels-en-vergiftigingen/verkeersongevallen/kosten/>
8. Fracheboud, J., H.J. de Koning & J.M. den Broeder, *Hoeveel geld is er beschikbaar en hoe wordt het verdeeld?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. [Internet]. Bilthoven: RIVM; c2011 [25 juni 2008, versie 4.5, 22 september 2011; geciteerd 2 oktober 2011]. Beschikbaar via <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/van-ziekten-en-aandoeningen/kanker/borstkanker/hoeveel-geld-is-er-beschikbaar-en-hoe-wordt-het-verdeeld/>
9. European Heart Network [Internet]. Cardiovascular Disease Statistics, European Cardiovascular Disease Statistics 2008. Brussel: European Heart Network AISBL [geciteerd 1 oktober 2011].

- Beschikbaar via <http://www.ehnheart.org/cvd-statistics.html>
10. Kotseva, K., D. Wood, G. de Backer, D. de Bacquer, K. Pyörälä & U., Keil for the EUROASPIRE Study Group, *Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries*. Lancet 2009;373:929-940.
 11. Prescott, E., M. Hippe, P. Schnohr, H.O. Hein & J. Vestbo, *Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study*. Br Med J 1998;316: 1043-47.
 12. Huxley, R. & M. Woodward, *Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies*. Lancet 2011 Aug 10; DOI:10.1016/S0140-6736(11)60781-2 PubMed PMID:21839503
 13. Low, C.A., R.C. Thurston & K.A. Matthews, *Psychosocial Factors in the Development of Heart Disease in Women: Current Research and Future Directions*. Psychosom Med 2010;72:842-54.
 14. Champney, K.P., P.D. Frederick, H. Bueno et al., *The joint contribution of sex, age and type of myocardial infarction on hospital mortality following acute myocardial infarction*. Heart. 2009;95:895-9.
 15. Kaul, P., P.W. Armstrong, S. Sookram, B.K. Leung, N. Brass & R.C. Welsh, *Temporal trends in patient and treatment delay among men and women presenting with ST-elevation myocardial infarction*. Am Heart J 2011;161:91-7.
 16. Huxley, R., F. Barzi & M. Woodward, *Excess risk of fatal coronary heart disease associated with diabetes in men and women: meta-analysis of 37 prospective cohort studies*. Br Med J 2006;332:73-78.
 17. Staessen, J.A., J.J. van der Heijden-Spek, M.E. Safar et al., *Menopause and the characteristics of the large arteries in a population study*. J Hum Hypertens 2001;15:511-8.
 18. Healy, B., *The Yentl Syndrome*. N Engl J Med 1991;325:274-276
 19. Stampfer, M.J. & G.A. Colditz, *Estrogen replacement therapy and coronary heart disease: a quantitative assessment of the epidemiologic evidence*. Prev Med 1991;20:47-63.
 20. American College of Physicians, *Guidelines for counseling postmenopausal women about preventive hormone therapy*. Ann Intern Med 1992;117:1016-1037.
 21. Hulley, S., D. Grady, T. Bush et al., *The Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) research group. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women* JAMA 1998;280:605-613.
 22. Writing group for the Women's Health Initiative Investigators, *Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial*. JAMA 2002;288:321-333.
 23. Dey, S., M.D. Flather, G. Devlin et al., *Sex-related differences in the presentation, treatment and outcomes among patients with acute coronary syndromes: the Global Registry of Acute Coronary Events*. Heart. 2009;95:20-6.
 24. Maas, A.H.E.M., A.L. Lagro-Janssen & M.J. de Boer, *Acute coronary syndrome bij vrouwen onder de 60 jaar*. Ned Tijdschr Geneesk. 2011;155:A3925.
 25. Maas, A.H. & H.R. Franke, *Women's health in menopause with a focus on hypertension*. Neth Heart J 2009;17:69-73.
 26. Daly, C., F. Clemens, J.L. Lopez-Sendon et al., *Gender Differences in the Management and Clinical Outcome of Stable Angina*. Circulation 2006;114:490-498.
 27. Magnussen, E.B., L.J. Vatten, G.D. Smith & P.R. Romundstad, *Hypertensive disorders in pregnancy and subsequently measured cardiovascular risk factors*. Obstet Gynaecol 2009;114:961-70.
 28. Rodie, V.A., D.J. Freeman, N. Sattar & I.A. Greer, *Pre-eclampsia and cardiovascular disease: metabolic syndrome of pregnancy? Atherosclerosis* 2004;175:89-202.
 29. Carr, D.B., K.M. Newton, K.M. Utzschneider, J. Tong, F. Gerchman, S.E. Kahn et al., *Preeclampsia and risk of developing subsequent diabetes*. Hypertens Pregnancy 2009;28:435-47.
 30. Umans-Eckenhausen, M.A., E.J. Sijbrands, J.J. Kastelein & J.C. Defesche, *Low-density lipoprotein receptor gene mutations and cardiovascular risk in a large genetic cascade screening population*. Circulation 2002;106:3031-6.
 31. Gress, T.W., F.J. Nieto, E. Shahar, M.R. Wofford & F.L. Brancati, *Hypertension and antihypertensive therapy as risk factors for type 2 diabetes mellitus. Atherosclerosis risk in Communities study*. N Engl J Med 2000;342:905-12.
 32. Kharazmi, E., L. Dossus, S. Rohrmann & R. Kaaks, *Pregnancy loss and risk of cardiovascular disease: a prospective population-based cohort study (EPIC- Heidelberg)*. Heart 2011;97:49-54.
 33. Smith, G.C.S., A.M. Wood, J.P. Pell & J. Hattie, *Recurrent miscarriage is associated with a family history of ischemic heart disease: a retrospective cohort study*. BJOG 2011;118:557-63.
 34. Moran, L.J., M.L. Misso, R.A. Wild & R.J. Norman, *Impaired glucose tolerance, type 2 diabetes and metabolic syndrome in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis*. Hum Reprod Update 2010;16:347-63.

35. Shaw L.J., C.N. Bairey Merz, R. Azziz et al., *Postmenopausal women with a history of irregular menses and elevated androgen measurements at high risk for worsening cardiovascular event-free survival: results from the National Institutes of Health-NHLBI sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation*. J Clin Endocrinol Metab 2008;93:1276-1284.
36. Fauser, B.C.J.M. & P. Bouchard, *Increased cardiovascular disease risk in life in women with PCOS* (editorial). J Clin Endocr Metab 2011; In Press
37. Sievers, C., J. Klotzsch, L. Pieper et al., *Low testosterone levels predict all-cause mortality and cardiovascular events in women: a prospective cohort study in German primary care patients*. Eur J Endocrinol 2010;163:699-708.
38. Fauser, B.C.J.M. et al., *Consensus on women's health aspects of PCOS; the Amsterdam ESHRE/ASRM sponsored 3rd PCOS consensus workshop group*. Fertility & Sterility 2011; In druk.
39. Vos, M. de, P. Devroey & B.C.J.M. Fauser, *Primary ovarian insufficiency*. Lancet 2010;376:911-21.
40. Ossewaarde, M.E., M.L. Bots, A.L. Verbeek et al., *Age at menopause, cause-specific mortality and total life expectancy*. Epidemiology 2005;16:556-62.
41. Parashar, S., K.J. Reid, J.A. Spertus, L.J. Shaw & V. Vaccarino, *Early menopause predicts angina after myocardial infarction*. Menopause 2010;17:938-45.
42. Schunkert, H., A.H. Danser, H-W Hense, F.H. Derkx, S. Kurzinger & G.A. Riegger, *Effects of estrogen replacement therapy on the reninangiotensin system in postmenopausal women*. Circulation 1997;95:39-45.
43. Maas, A.H.E.M. & A.L.M. Lagro-Janssen, red., *Handboek Gynaecardiologie. Vrouwspecifieke cardiologie in de praktijk*. 1e editie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2011.
44. Szmilowicz, E.D., J.E. Manson, J.E. Rossouw et al., *Vasomotor symptoms and cardiovascular events in postmenopausal women*. Menopause 2011;18:603-10.
45. Werkgroep Hart voor Vrouwen, *Verslag van de 24-uurs Werkconferentie Kennisontwikkeling hart- en vaatziekten bij vrouwen: Versnellen, verbreden, verdiepen!* 2011 20-21 jan; Zeist. Den Haag, Nederlandse Hartstichting, 2011.

Samenvatting

Hart- en vaatziekten zijn doodsoorzaak nummer één bij vrouwen, zowel wereldwijd als in Nederland. Vrouwen zijn nog altijd ondervertegenwoordigd in veel cardiovasculair onderzoek, terwijl er belangrijke verschillen tussen mannen en vrouwen bestaan. Het zijn juist de vrouwspecifieke risicofactoren die kansen bieden om hart- en vaatziekten bij vrouwen eerder te ontdekken en te gaan behandelen.

Onderzoek toont aan dat zwangerschapscomplicaties (vooral zwangerschapshypertensie), cyclusstoornissen (zoals het polycysteus ovariumsyndroom (PCOS), of primair ovariële insufficiëntie (POI)) en menopauze een rol spelen bij het ontwikkelen van cardiovasculaire aandoeningen later in het leven van een vrouw. Juist daarom denken wij dat obstetrici/gynaecologen een belangrijke rol kunnen vervullen bij het tijdig opsporen van vrouwen met een verhoogd risico en bij secundaire preventie van hart- en vaatziekten bij deze vrouwen.

Trefwoorden

hart- en vaatziekten, vrouwspecifieke risicofactoren, zwangerschapshypertensie, PCOS, POI, menopauze, hypertensie

Summary

Cardiovascular disease is the main cause of death

among women worldwide, including The Netherlands. Women are still underrepresented in many cardiovascular clinical trials, while important gender differences are present within most areas of heart disease. These differences offer opportunities to detect cardiovascular disease in women.

Various studies have shown that female-specific issues related to pregnancy (especially pregnancy induced hypertension), ovarian dysfunction (such as PCOS or POI) and menopause are important risk factors for the subsequent development of cardiovascular disease. Obstetricians/gynaecologists may therefore play an important role in the identification of women at risk and possibly in the secondary prevention of cardiovascular disease later in a woman's life.

Auteurs

Drs. R.Y. Schouten, projectleider Hart voor Vrouwen, projectmanager Implementatie, afdeling Kennis & Innovatie, Nederlandse Hartstichting, Postbus 300, 2501 CH Den Haag, r.schouten@hartstichting.nl
Dr. A.H.E.M. Maas, cardioloog gespecialiseerd in vrouwencardiologie, Isala Klinieken Zwolle
Prof. dr. B.C.J.M. Fauser, hoogleraar Voortplantingsgeneeskunde, Voorzitter Divisie Vrouw & Baby, Universitair Medisch Centrum Utrecht

Belangenverstrengelingen

Geen financiële belangenverstrengeling

Commentaar

J. Duvekot

De frequentere en met name ook andere pathologie die zich op cardiovasculair gebied voordoet bij vrouwen is nog onvoldoende opgehelderd. Het probleem lijkt de onderzoeksagenda voor de komende jaren met rasse schreden te naderen en te gaan bepalen. Behalve veel aandacht voor causale factoren, waarbij met name de relatie tussen vrouwelijke hormonen en vaatverslechtering dan wel vaatveroudering op de voorgrond zal staan, zal ook veel aandacht zijn voor preventief onderzoek naar beste methoden en het juiste moment voor interventie. Voor dergelijk onderzoek zullen grote cohorten, die langdurig gevolgd worden, nodig zijn. Gynaecologen zullen vrouwen die een hoger risicoprofiel hebben zoals voormalig pre-eclampsische vrouwen en vrouwen met prematuur ovarieel falen, moeten motiveren om met dit onderzoek mee te doen. Wanneer blijkt dat deze vrouwen inderdaad degenen zijn die de meeste kans maken op cardiovasculaire aandoeningen, is hiermee echter maar het topje van de ijsberg in zicht. Hoe gaan we die andere en veel grotere groep vrouwen monitoren en rubriceren in risicocategorieën? Wie gaat zich nu

verder bezighouden met deze groep vrouwen? Na zwangerschapscomplicaties lijkt het duidelijk dat er een plaats is voor de gynaecoloog-perinatoloog, die zowel de verbetering van de life-style als de voorbereiding voor een volgende zwangerschap begeleidt. Na de menopauze verdwijnt de vrouw uit de gynaecologische scope en zal zij ingebed moeten worden bij een preventieve specialist op cardiovasculair gebied. De vaatinternist lijkt voor deze taak op dit moment het meest geëigend, maar zal zich dan wel moeten omringen met diëtisten, fysiotherapeuten, trainers, psychologen en andere lifestyle-ondersteuners. In hoeverre de polypil dit voor een deel kan overnemen moet de toekomst leren.

Uiteindelijk is het belangrijkste dat moet worden opgelost, de vraag of al onze inspanningen inderdaad leiden tot een effectieve verbetering van cardiovasculaire gezondheid ten opzichte van de onvermijdelijke erfelijke belasting. De resultaten van dit soort interventies bij bekende risicogroepen zoals hindoestanen, zijn vooralsnog hoopvol.



Bewezen effectiviteit bij de behandeling van Urge Urine Incontinentie^{1,2}

Referenties: 1. Wyndaele JJ, et al. Int J Clin Pract. 2009;63:560-7.

2. Wyndaele JJ, et al. BJU Int. 2011;107:603-11.

11.TOV.45.3 © Pfizer Limited 2011. Alle rechten voorbehouden. Aanmaakdatum: september 2011.



Doeltreffend bij Urge Urine Incontinentie^{1,2}

Een dubbelzijdige extra-uteriene graviditeit of toch niet?

E.J. Oude Lohuis, G.J.E. Oosterhuis, E.M.J. Schutter

Inleiding

De klassieke presentatie van een extra-uteriene graviditeit (EUG) is buikpijn en vaginaal bloedverlies na een periode van amenorroe. Indien er bij een serum hCG-waarde van 1500 U/l of hoger geen zwangerschap intra-uterien te zien is, moet rekening worden gehouden met een EUG. We presenteren een patiënte die binnen korte tijd twee maal een laparoscopie onderging waarbij beide keren een afwijkende tuba werd verwijderd.

Casus

Patiënt A, een 25 jarige nullipara, meldt zich op de spoedeisende hulp in verband met pijn rechts onder in de buik. Laboratorium onderzoek toont een positieve zwangerschapstest. Haar voorgeschiedenis vermeldt twee maal een diagnostische laparoscopie in verband met buikpijn, waarbij in 2009 een adnexitis is vastgesteld.

De anamnese is onduidelijk: patiënte weet haar laatste menstruatie niet. De laatste coïtus was ongeveer zes weken geleden. Zij is toen gestopt met de orale anticonceptiepillen waarna zij een bloeding gehad heeft. Nu is er geen vaginaal bloedverlies.

Bij onderzoek is er drukpijn rechts onder in de buik. Het serum hCG is 938 U/l. Op transvaginale echo is er een uterus van 73x42mm te zien met een streepvormig cavum zonder een intra-uteriene graviditeit. Beide adnexa zijn niet vergroot, maar er is wel vrij vocht in het cavum Douglasi.

Onder verdenking van een EUG wordt besloten een laparoscopie te verrichten, hoewel deze hCG-waarde een vroege intra-uteriene graviditeit niet uitsluit.

Er worden multipale adhesies gezien en wat bloed in de buik. De linker tuba wordt afgegeven als slank, maar niet functioneel gezien de vele adhesies, de rechter tuba is verdikt en zeker niet functioneel. Bovendien wordt een 2 cm grote zwelling gezien, die niet direct lijkt te passen bij een EUG. (fig. 1) Er wordt een tubectomie rechts verricht. (fig. 2) Het preparaat wordt voor PA gestuurd, maar er is geen cito PA-uitslag aangevraagd. Een afspraak voor poliklinisch vervolgen van

het hCG wordt pas gemaakt na twee weken.

Tien dagen later, voor de geplande controle, meldt patiënte zich opnieuw in verband met buikpijn, ditmaal in de gehele buik en misselijkheid. De buikpijn is sinds de OK licht aanwezig gebleven, maar deze heftige pijn is sinds een dag. De PA-uitslag van de eerste OK is nog niet gevalideerd. Het serum hCG is 6514 U/l. Bij echoscopie zijn uterus en adnexa conform eerdere echobeelden, maar is een vitale graviditeit links buiten de uterus gezien en ruim vrij vocht intra-abdominaal.

Bij laparoscopie wordt een verdikte linker tuba met stolsels aan de fimbriae gezien; waarop tubectomie links wordt verricht.

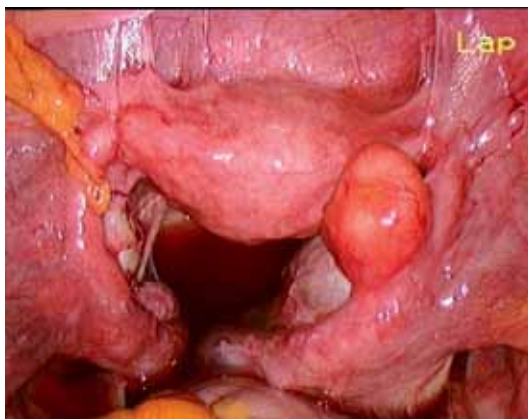
Bij pathologisch onderzoek wordt in de rechter tuba een benigne adenomatoïde tumor gevonden en geen aanwijzingen voor een EUG. Hierdoor kan een dubbelzijdige EUG uitgesloten worden. De linker tuba toont wel een EUG.

Patiënte wordt uitgebreid geïnformeerd over de bevindingen en ze wordt voorbereid op de noodzaak van IVF-behandelingen bij toekomstige kinderwens. Het klinisch herstel verloopt ongecompliceerd.

Beschouwing

Men spreekt van een EUG wanneer de ontwikkelende blastocyste innestelt op een andere locatie dan het endometrium van de uterus. De meest voorkomende locatie (98%) van een EUG is de tuba.¹

Een hCG-waarde van 938 U/l kan passen bij een vroege intra-uteriene graviditeit, want pas vanaf een waarde van 1500 U/l moet er een zwangerschapscijfer intra-uterien zichtbaar zijn.² Deze waarde ook kan passen bij een vroege EUG die daardoor mogelijk niet onderkend wordt. Een gecombineerde intra- en extra-uteriene graviditeit is zeldzaam, behalve bij vrouwen die een IVF-behandeling ondergaan, daar is de incidentie 1:3900.³ Een dubbelzijdige EUG is in de literatuur niet beschreven.



Beeld voorafgaand aan 1e OK, met rechts de afwijkende zwelling en links een normaal aspect van de tuba. Verder uitgebreide adhaesies zichtbaar.



Beeld na de 1e OK, waarbij tubectomie rechts is verricht.

De incidentie van een EUG is onbekend, aangezien een aantal spontaan resorbeert.¹ Risicofactoren voor een EUG zijn: een EUG in de voorgeschiedenis en tubopathologie zoals bijvoorbeeld na operaties aan de tuba of na een pelvic inflammatory disease (PID). Tevens is de kans dat er sprake is van een EUG groter als er een zwangerschap aanwezig is bij een intra-uterien contraceptivum.⁴ Een EUG kan tot een ernstige bloeding leiden: het veroorzaakt nog steeds 4-10% van alle zwangerschaps-gerelateerde moedersterftes.⁵ De klassieke manifestatie van een EUG is buikpijn en vaginaal bloedverlies na een periode van amenorroe.⁶ Aangezien de patiënte een incoherent verhaal vertelde was het lastig om zonder laparoscopie een EUG uit te sluiten.

Het klinische beeld van een EUG per-operatief is een verdikte tuba, vaak met bloedstolsels aan het fimbriële uiteinde. Een adenomatoïde tumor is het meest voorkomende benigne neoplasma van de tuba. Het ziet er uit als een verdikte tuba, echter geeft geen pijnklachten. In de literatuur is een dergelijke afwij-

king slechts twee keer eerder beschreven als toevalsbevinding naast een EUG in dezelfde tuba.^{7,8}

Dat patiënte klinisch opknapte na de eerste operatie is te verklaren doordat het bloed uit de buik gespoeld is. In retrospectie had het serum-hCG eerder vervolgd moeten worden, gezien de verdubbelings-tijd van hCG van 48 uur. Hierdoor had de EUG eerder opgespoord kunnen worden. Echter gezien de vele adhesies intra-abdominaal en de matig doorgankelijk ogende tuba bij de eerste operatie had een eerdere diagnose een tweede tubectomie waarschijnlijk niet kunnen voorkomen. Tevens had deze patiënte anders een grote kans gehad op een recidief EUG, gezien de hoeveelheid adhesies.

Conclusie

Met deze casus willen we benadrukken dat een afwijkende tuba niet altijd de klinische diagnose EUG bevestigt. Er kan ook een andere oorzaak aan ten grondslag liggen. Dit geldt zeker als de hCG-waarde nog niet boven de drempelwaarde van 1500 U/l gemeten ligt.

Literatuur

1. Bouyer, J., J. Coste, H. Fernandez, J.L. Pouly & N. Job-Spira, *Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases*. Hum.Reprod. 2002 Dec;17(12):3224-3230.
2. Kadar, N., G. DeVore & R. Romero, *Discriminatory hCG zone: its use in the sonographic evaluation for ectopic pregnancy*. Obstet.Gynecol. 1981 Aug;58(2):156-161.
3. Talbot, K., R. Simpson, N. Price & S.R. Jackson, *Heterotopic pregnancy*. J.Obstet.Gynaecol. 2011;31(1):7-12.
4. Kazandi, M. & V. Turan, *Ectopic pregnancy; risk factors and comparison of intervention success rates in tubal ectopic pregnancy*. Clin.Exp.Obstet. Gynecol. 2011;38(1):67-70.
5. Fylstra, D.L., *Tubal pregnancy: a review of current diagnosis and treatment*. Obstet.Gynecol.Surv. 1998 May;53(5):320-328.
6. Ankum, W.M., B.W. Mol, F. van der Veen & P.M. Bossuyt, *Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis*. Fertil.Steril. 1996 Jun;65(6):1093-1099.
7. Honore, L.H. & G.W. Korn, *Coexistence of tubal ectopic pregnancy and adenomatoid tumor*. J.Reprod.Med. 1976 Dec;17(6):342-344.
8. Inoue, T., K. Nabeshima, Y. Shimao, Y. Akiyama, T. Ohtsuka & M. Kono, *Tubal ectopic pregnancy associated with an adenomatoid tumor*. Pathol. Int. 2001 Mar;51(3):211-214.

Samenvatting

Achtergrond De klassieke manifestatie van een extra-uteriene graviditeit (EUG) is buikpijn en vaginaal bloedverlies na een periode van amenorroe. Bij een intacte zwangerschap moet vanaf een hCG-waarde van 1500 U/l een zwangerschapsring intra-uterien te zien zijn, anders moet er verder onderzoek verricht worden om een EUG uit te sluiten.

Casus Wij beschrijven een 25-jarige vrouw met een serum hCG van 938 U/l en buikpijn die binnen tien dagen tweemaal een tubectomie onderging. De afwijkende rechter tuba wordt verwijderd, maar blijkt achteraf een benigne adenomatoïde tumor te bevatten. Tien dagen later wordt de linker tuba verwijderd waarin wel een EUG zit.

Conclusie Een afwijkende tuba bevestigt niet altijd de klinische diagnose EUG, zeker als de serum hCG-waarde nog niet boven 1500 U/l is.

Trefwoorden

Extra-uteriene graviditeit, hCG-drempelwaarde, adenomatoïde tumor van de tuba.

Summary

Title A heterotopic ectopic pregnancy, or not?

Background The typical manifestation of an ectopic pregnancy is abdominal pain and vaginal bleeding after a period of amenorrhea. A vital pregnancy must be visible on ultrasound examination when a serum-hCG value is 1500 U/l or higher. Otherwise further examination is necessary to exclude an ectopic pregnancy. Laparoscopic surgery is a useful tool to detect and treat an ectopic pregnancy.

Case description We describe a 25 year old women with a positive pregnancy test (serum hCG 938 U/l) and abdominal pain. Under suspicion of an ectopic pregnancy surgery is performed and the tube on the right site is resected because an enlargement is visible. The patient is discharged the next day. Ten days later she presents again with abdominal pain and a viable ectopic pregnancy on the left sight of uterus is visible. Surgery is performed and tubectomy of the left tube is performed. Pathology reports show that the visible abnormality in the right tube appeared to be a benign adenomatoid tumor. The left tube contains pregnancy tissue.

Conclusion An abnormal tube does not always confirm the clinical diagnosis of an ectopic pregnancy. Particularly if the serum hCG-value is lower than the threshold of 1500 U/l. A tubal benign adenomatoid tumor is rare, but should be considered by the clinician. Follow-up of the hCG-value after three days is necessary if there is any doubt that the resected material did not contain the ectopic pregnancy.

Keywords

Ectopic pregnancy, hCG-threshold, tubal adenomatoid tumor.

Leerpunten

- Een EUG manifesteert zich meestal d.m.v. buikpijn en bloedverlies na een periode van amenorroe.
- Een serum hCG-waarde van 1500 U/l is het afkappunt waarop een intra-uteriene graviditeit echografisch zichtbaar moet zijn; indien dit niet zo is moet verder onderzoek gedaan worden om een EUG uit te sluiten.
- Een afwijkende tuba bij een verhoogd serum-hCG kan ook veroorzaakt worden door een andere oorzaak dan een EUG, bijvoorbeeld een benigne adenomatoïde tumor
- De verdubbelingstijd van serum-hCG bij een intacte zwangerschap is 48 uur, dus bij twijfel over het gerececeerde materiaal bij de operatie is het tijdig vervolgen van het serum-hCG geïndiceerd.

Auteurs

E. J. Oude Lohuis, MSc, ANIOS

Dr. G.J.E (Jur) Oosterhuis, gynaecoloog

Dr. Eltjo M. J. Schutter, gynaecoloog

Allen

Medisch Spectrum Twente, afd. obstetrie en gynaecologie, Enschede.

Correspondentie

E. J. Oude Lohuis, MSc

e.oudelohuis@mst.nl

Acute pancreatitis in de zwangerschap

C.J. Cederhout, J.P. de Leeuw en S. Abraham

Abdominale pijn is een veel voorkomende klacht in de zwangerschap. Bij deze klacht moet niet alleen gedacht worden aan obstetrische oorzaken zoals HELLP, pre-eclampsie en acute lever steatose, maar ook aan cardiovasculaire oorzaken, renale oorzaken en gastro-intestinale oorzaken, zoals pancreatitis.

Hoewel acute pancreatitis in de zwangerschap een onschuldige diagnose lijkt, kan het beeld zich ontwikkelen tot een ernstige aandoening met multi-orgaanfalen met de dood tot gevolg. Een vroegtijdige diagnose met een adequate behandeling van ernstige pancreatitis is dan ook van groot belang.

De bedoeling van dit artikel is aan de hand van drie patiëntpresentaties, aan te tonen dat de diagnose acute pancreatitis als mogelijkheid moet worden overwogen bij de evaluatie van zwangeren die zich presenteren met buikpijn.

Patiëntencasus

Patiënt A, een 33-jarige vrouw, gravida 2 para 1, werd bij een termijn van 41 5/7 week verwezen wegens sinds één nacht bestaande bovenbuikklachten rechts en een bandgevoel. Een week eerder had zij dezelfde klacht ook gehad, die toen spontaan verdween. De bloeddruk bedroeg 122/85 mmHg en onderzoek van het abdomen toonde drukpijn rechtsboven in de buik. Bij vaginaal toucher bleek er 2 cm ontsluiting te zijn. Bij laboratoriumonderzoek werden om 8 uur een verhoogd alkalisch fosfatase (190 U/L), verhoogde transaminasen (ASAT 126 U/L, ALAT 110 U/L) en een verhoogd LDH (360 U/L) vastgesteld. Herhaling van laboratoriumonderzoek om 16 uur toonde: AF 206 U/L, ASAT 122 U/L, ALAT 120 U/L en LDH 397 U/L. Differentiaal diagnostisch werd gedacht aan HELLP. Bij een amenorroeduur van 41 6/7 week werd patiënte ingeleid door middel van amniotomie en oxytocine intraveneus, waarna een dochter werd geboren. In verband met ruim vaginaal bloedverlies (1200 cc) kreeg patiënte Methergin toegediend.

Postpartum bleef patiënte continue pijn in epigastrio en rechterbovenbuik houden met daarbij koliekpijn. Laboratoriumonderzoek toonde een verhoogd CRP (49 mg/L), een leukocytose ($26,4 \times 10^9/L$ met 7% staven), een verhoogde concentratie bilirubine (bilirubine 65 $\mu\text{mol/L}$, geconjugeerd bilirubine 43 $\mu\text{mol/L}$) en een verhoogd amylase (2475 U/L). Op een echo abdo-

men werden multipale kleine stenen in de galblaas en mogelijk ook in de galwegen gezien. Differentiaal diagnostisch werd gedacht aan een biliaire pancreatitis bij cholecystolithiasis met cholestase passend bij choledocholithiasis met cholangitis.

Patiënte kreeg infuus, adequate pijnstilling en niets per os. Een dag later daalden de laboratoriumwaarden en verbeterde het klinisch beeld, waardoor aangenomen werd dat een spontane steenpassage had plaatsgevonden. Na introductie van voeding, kon patiënte twee dagen later met ontslag. Anderhalve maand later vond een laparoscopische cholecystectomie plaats.

Patiënt B, een 30-jarige primigravida, werd bij een amenorroeduur van 25 2/7 week opgenomen met klachten van een gespannen bovenbuik en een toename van de fundushoogte van 8 centimeter in drie dagen. Er waren geen klachten van misselijkheid, braken of koorts. Differentiaal diagnostisch werd gedacht aan HELLP, of een beginnende pyelitis gravidarum. Lichamelijk en echografisch onderzoek lieten geen afwijkingen zien. Het laboratoriumonderzoek toonde, behalve een verhoogd CRP (158 mg/L) en een leukocytose ($14,4 \times 10^9/L$), geen afwijkingen. Het cardiotocogram was variabel met een basisfrequentie van 150/min. De klachten verminderden snel en na drie dagen kon patiënte met antibiotica naar huis.

Bij een amenorroeduur van 28 weken presenteerde patiënte zich met plots ontstane heftige pijn boven in de buik, gepaard met misselijkheid, braken en bewegingsdrang. Patiënte had geen koorts of mictieklachten. Bij lichamelijk onderzoek werd een gespannen buik gezien met drukpijn in epigastrio, rechts meer dan links. De fundusstand was conform de amenorroeduur en de uterus was niet drukpijnlijk. Het CTG toonde geen afwijkingen. Laboratoriumonderzoek toonde een leukocytose ($21,7 \times 10^9/L$), een normaal CRP (7 mg/L) en een verhoogd amylase (7785 U/L). De leverfuncties waren niet afwijkend. Differentiaal diagnostisch werd gedacht aan cholelithiasis, cholecystitis en appendicitis, waarbij echter geen rekening werd gehouden met het verhoogde amylase. Echografisch werden geen aanwijzingen voor appendicitis, galblaasproblematiek, of stuwung van de nieren gevonden, wel werd een licht gezwollen, homogene pancreas gezien. Op basis van het verhoogde amy-

lase, later die dag gestegen naar 8121 U/L, werd de diagnose acute pancreatitis gesteld. De daling van het CRP valt te verklaren door de eerdere behandeling met antibiotica, tevens kan het amylase in acute situatie eerder stijgen dan het CRP. Patiënte werd opgenomen op de Intensive Care. Voor de pancreatitis kreeg ze niets per os, ruim infuus, parenterale voeding, zuurremming en pijnstilling. Er werd Cefuroxim gestart vanwege een verontreinigd urinesediment met verdenking op een urineweginfectie. Patiënte heeft in verband met heftige pijn enkele dagen morphine per PCA-pomp gehad. Drie dagen later (na het weekend) werd op een MRI-scan een licht exsudatieve pancreatitis gezien. Bij verrichting van de MRI-scan werd geen Gadolinium toegediend.

Patiënte kreeg een voedingssonde en werd overgeplaatst naar de afdeling met een amylase van 351 U/L. Aldaar daalde het amylase geleidelijk en verdwenen de klachten. Na twee weken kon ze zonder klachten, met een fraai cardiotocogram en een groeiecho zonder afwijkingen, naar huis. Concluderend was er sprake van een niet-biliaire pancreatitis.

Bij poliklinische nacontrole was patiënte klachtenvrij. Bij een zwangerschapsduur van 40 5/7 week is zij middels een vacuümextractie, vanwege een niet-vorderende uitdrijving, bevallen van een gezonde dochter met een gewicht van 3870 gram.

Patiënt C, een 35-jarige primigravida, werd bij een amenorroeduur van 32 5/7 week opgenomen met klachten van pijn in de buik en een bandgevoel, gepaard met misselijkheid en braken. De bloeddruk bedroeg 145/90 mmHg. Bij vaginaal toucher was sprake van een stugge, verstreken portio met een vinger-top ontsluiting en staande vliezen. Cardiotocografie (CTG) was fraai en er waren goede kindsbewegingen. Laboratoriumonderzoek toonde een verhoogd CRP (16 mg/L), een leukocytose ($20,7 \times 10^9/L$ met 7% staven), een verhoogd alkalisch fosfatase (157 U/L), verhoogde transaminasen (ASAT 127 U/L, ALAT 103 U/L) en een sterk verhoogd amylase (5935 U/L). De urine bevatte een spoor eiwit, 3+ hemoglobine en 1+ leukocyten, nitrietest was negatief. Patiënte werd opgenomen onder verdenking van een acute pancreatitis. Differentiaal diagnostisch werd gedacht aan beginnende HELLP, cholecystitis en appendicitis. Patiënte kreeg infuus, er werd een vochtbalans en labcontrole afgesproken. Patiënte bleef bij opname veel pijn houden voornamelijk centraal en onder in de buik, met daarbij wisselende pyrosisklachten. Aanvullend laboratoriumonderzoek duidde op cholestase met een verhoogde concentratie bilirubine (bilirubine 23 $\mu\text{mol/L}$, geconjugeerd bilirubine 10 $\mu\text{mol/L}$), hetgeen kan passen bij obstructie van de galwegen door bijvoorbeeld galstenen. De overige labwaarden waren status quo. Een echo abdomen toonde verwijde galwegen. De diagnose biliaire pancreatitis werd ge-

steld. Patiënte kreeg ruim infuus, niets per os, Omeprazol en pijnstilling door middel van Pethidine. In de drie daarop volgende dagen steeg het CRP naar 199 mg/L. De pijnklachten namen snel af. Er werd gestart met een vloeibaar dieet, wat geleidelijk werd uitgebreid. Op de vijfde opnamedag was er kortdurend een geconjugeerde hyperbilirubinemie (bilirubine 60 $\mu\text{mol/L}$, geconjugeerd bilirubine 41 $\mu\text{mol/L}$) met een reactieve stijging van het amylase (849 U/L) en lichte leverfunctiestoornissen.

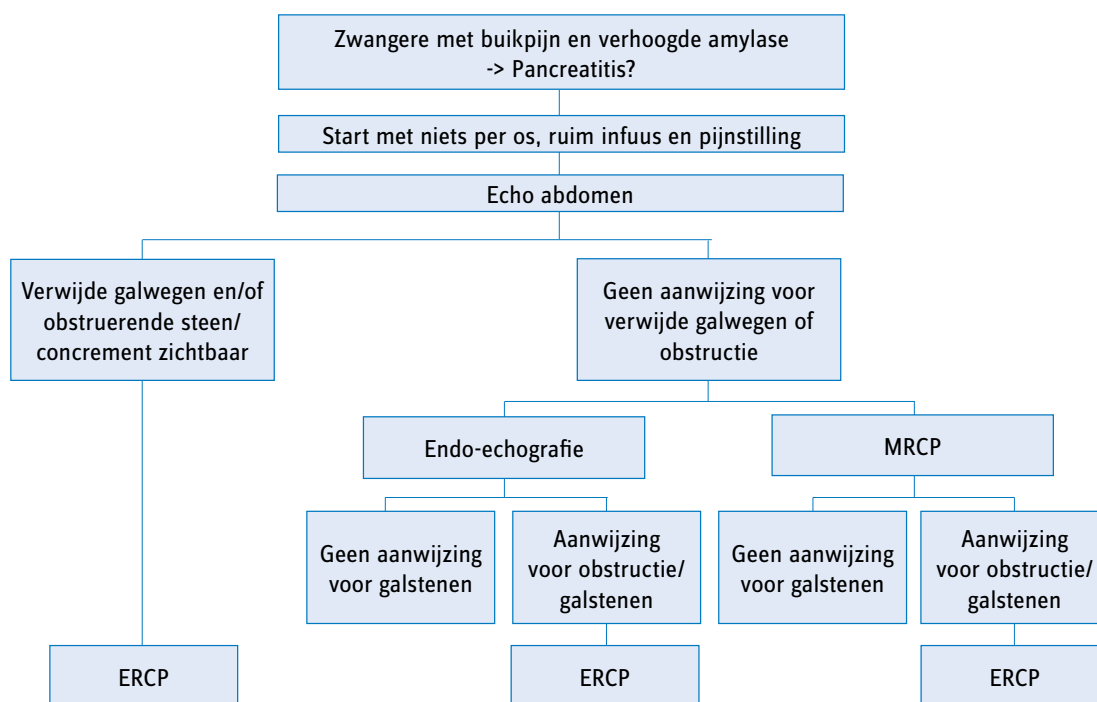
Patiënte ging zonder klachten, maar met persisterend verhoogd amylase in serum en urine, met ontslag. Bij poliklinisch vervolg door de internist werd getwijfeld aan de diagnose biliaire pancreatitis en werd eerder gedacht aan een doorgemaakte idiopathische, dan wel zwangerschapsgerelateerde pancreatitis waarvoor expectatief beleid werd gevoerd.

Bij een amenorroeduur van 39 weken kwam patiënte spontaan in partu en is bevallen van een gezonde dochter met een gewicht van 3360 gram. 4 maanden na de bevalling werd patiënte opgenomen op de afdeling interne geneeskunde in verband met koliekaanvallen. In het laboratoriumonderzoek bleek sprake van cholestase (bilirubine 92 $\mu\text{mol/L}$, geconjugeerd bilirubine 62 $\mu\text{mol/L}$, ASAT 589 U/L, ALAT 535 U/L, LDH 422 U/L, AF 140 U/L). Bij echo abdomen bleek sprake van een galblaas met sludge, een slanke ductus choledochus en intrahepatisch minuscule concrementen. Bij magnetische resonantie cholangio-pancreatografie (MRCP) werden slanke galwegen gezien zonder evidente concrementen. Onder conservatief beleid knapte patiënte snel op. Vanwege de recidiverende klachten werd een laparoscopische cholecystectomie verricht. PA van de galblaas toonde cholecystolithiasis.

Bespreking

Beschreven werden ziektegeschiedenissen van drie vrouwen, die tijdens de zwangerschap een acute pancreatitis doormaakten. In alle bovengenoemde casus waren problemen met zowel het stellen van de diagnose als het gevolgde beleid.

In de eerste casus werd de diagnose van een acute biliaire pancreatitis initieel gemist en werd enkel aan een gynaecologische diagnose als verklaring voor de buikpijn gedacht. Ook in de tweede casus duurt het even voordat de diagnose gesteld wordt. Pancreatitis hoort in de differentiaal diagnose bij buikpijn in de zwangerschap. Acute pancreatitis komt voor bij 1 op de 1.000-12.000 zwangerschappen, waarvan 55% van de gevallen in het derde trimester van de zwangerschap optreedt.^{1,3} De grote spreiding in gegevens over het voorkomen in de literatuur is te wijten aan het feit dat de artikelen verschillende tijdsperiodes en lokaties beschrijven.⁴ Ter vergelijking; in de totale Nederlandse bevolking komt acute pancreatitis voor bij 1 op 5.000-62.500 mensen.⁵ De incidentie van



pancreatitis neemt toe naarmate de amenorroe duur vordert, maar treedt zelden postpartum op.¹

In alle casus is in verband met de zwangerschap een conservatief beleid gevoerd, hetgeen aanleiding geeft tot discussie. In de eerste casus wordt gedacht aan choledocholithiasis met pancreatitis en cholangitis. Het beleid bestaat uit infuus, pijnstilling en niets per os. Volgens de huidige richtlijnen voor een acute biliaire pancreatitis in Nederland zou een endoscopische retrograde cholangiopancreatografie (ERCP) met zo nodig sfincterotomie op korte termijn aangewezen zijn.⁶ In deze casus wordt echter helemaal niet gesproken over een ERCP, terwijl een ERCP wel veilig uitgevoerd kan worden in de zwangerschap.^{7,8} Na verbetering van de klachten wordt patiënte naar huis ontslagen en anderhalve maand daarna vindt een cholecystectomie plaats. In de derde casus wordt tijdens de zwangerschap een biliaire pancreatitis vastgesteld. Ook hier wordt geen ERCP overwogen. In de richtlijn wordt de behandeling van een acute pancreatitis in de zwangerschap en het eventueel verrichten van een ERCP tijdens de zwangerschap niet specifiek vermeld. Mogelijk is uit angst voor eventuele consequenties besloten om geen ERCP te verrichten in de beschreven casus. Een ERCP met eventuele sfincterotomie is veilig uit te voeren tijdens de zwangerschap in elk trimester, waarbij wel wordt aangeraden om bij röntgenstraling en fluoroscopie voorzorgsmaatregelen te nemen (figuur 1).^{7,8} Het is raadzaam om ook in de zwangerschap endoscopisch of chirurgisch in te grijpen, want zwangeren met een biliaire pancreatitis die conservatief behandeld zijn, hebben een verhoogd risico op een recidief.⁹

In de tweede casus wordt vroegtijdig gestart met antibiotica. Onderzoek heeft uitgewezen dat voor an-

tibiotica geen plaats is in de behandeling van acute pancreatitis, tenzij er sprake is van een ernstige pancreatitis met cholangitis of geïnfecteerde necrose.^{6,10} Profylactisch gebruik van antibiotica bij een acute pancreatitis vermindert de kans op geïnfecteerde pancreasnecrose niet.¹¹ Bij het vermoeden op geïnfecteerde pancreasnecrose dient eerst een punctie te worden verricht voor microbiologisch onderzoek alvorens te starten met antibiotica.

In het kader van diagnostiek wordt in de tweede casus een MRI zonder gadolinium verricht. Het gebruik van Gadolinium houdend contrastmiddel wordt ont-raden, omdat Gadolinium de placenta passeert. Via de placenta komt de Gadolinium in de blaas van de foetus, waarna het via het vruchtwater uiteindelijk ingeslikt en gereabsorbeerd kan worden in het foetale maag-darmstelsel.¹² Een MRI-scan is alleen zinvol met Gadolinium om de mate van pancreatitis af te beelden. Een necrotiserende pancreatitis was bij patiënte in deze casus dus niet uit te sluiten op basis van de MRI zonder Gadolinium.

Conclusie

Indien kritisch naar alle besproken casus wordt ge-keken, kunnen verschillende verbeterpunten opge-merkt worden. Er waren problemen met het stellen van de diagnose acute pancreatitis, hetgeen ook con-sequenties heeft gehad voor het verdere beleid. Bij nagaan van de huidige richtlijnen voor acute pan-creatitis blijkt er geen advies ten aanzien van diag-nostiek of behandeling in de zwangerschap te zijn. Hoewel de diagnostiek en behandeling van een acute pancreatitis bij zwangeren in essentie niet verschilt van de strategie bij niet-zwangeren, zou het raad-zaam zijn om hier ook in de richtlijn aandacht aan

te besteden. Mogelijk heeft onwetendheid over de te volgen strategie bij een pancreatitis in de zwangerschap in deze casus geleid tot verkeerde diagnostiek en uitgestelde behandeling.

Literatuur

1. Fukami, T., H. Chaen, H. Imura, K. Sudou & F. Eguchi, *Acute pancreatitis occurring in the early postpartum period: a case report*. J Perinat Med 2003;31(4):345-349.
2. Maringhini, A., M.R. Lankisch, A.R. Zinsmeister, L.I. Melton & E.P. Dimagno, *Acute pancreatitis in the postpartum period: a population-based case-control study*. Mayo Clin Proc. 2000;75(4):361-364.
3. Ramin, K.D., S.M. Ramin & S.D. Richey, *Cunningham FG. Acute pancreatitis in pregnancy*. Am J Obstet Gynecol. 1995;173(1):187-91.
4. Eddy, E.J., M.D. Gideonsen, J.Y. Song, W.A. Grobman & P. O'Halloran, *Pancreatitis in Pregnancy: a 10 year retrospective of 15 Midwest hospitals*. Obstet Gynecol. 2008;112(5):1075-1081.
5. Spanier, B.W., M.G. Dijkgraaf & M.J. Bruno, *Epidemiology, aetiology and outcome of acute and chronic pancreatitis: An update*. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2008;22(1):45-63.
6. Richtlijn Nederlands Genootschap van Maag-Darm-Leverartsen 'Richtlijn acute pancreatitis' 2005.
7. Pasquale, L., L. Caserta, A. Rispo, et al. *Endoscopic management of symptomatic choledocholithiasis in pregnancy without the use of radiations*. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2007;11(5):343-6.
8. Chong, V.H. & A. Jaliha, *Endoscopic management of biliary disorders during pregnancy*. Hepatobiliary Pancreat Dis Int. 2010;9(2):180-5.
9. Hernandez, A., M.S. Petrov, D.C. Brooks, P.A. Banks & S.W. Ashley, *Tavakkolizadeh A. Acute Pancreatitis and Pregnancy: A 10-Year Single Center Experience*. J Gastrointest Surg. 2007;11(12):1623-1627.
10. Stimac, D. & G. Poropat, *Rational therapy of acute pancreatitis*. Dig Dis. 2010;28(2):310-6.
11. Villatoro, E., M. Mulla & M. Larvin, *Antibiotic therapy for prophylaxis against infection of pancreatic necrosis in acute pancreatitis*. Cochrane Database Syst Rev; (5):CD002941.
12. Levine, D., *Obstetric MRI*. J Magn Reson Imaging. 2006;24(1):1-15.

Samenvatting

Drie zwangere vrouwen presenteren zich met pijn in de bovenbuik, veroorzaakt door acute pancreatitis. Een 33-jarige vrouw presenteerde zich bij een amenorroeëduur van 41 5/7 week met bovenbuikklachten. Postpartum bleef de buikpijn aanhouden. Een andere patiënte, een 30-jaar oude vrouw, presenteerde zich bij een amenorroeëduur van 28 weken met buikpijn, misselijkheid, braken en bewegingsdrang. Echografisch werd een gezwollen pancreas gezien. Een 35-jarige vrouw presenteerde zich bij een amenorroeëduur van 32 5/7 week met buikpijn, misselijkheid en braken. Bij echografie werden verwijde galwegen geconstateerd. In alle casus waren er problemen met het stellen van de diagnose pancreatitis met als gevolg daarvan problemen bij de diagnostiek en behandeling. Diagnostiek en behandeling wijkt niet af van de strategie bij niet-zwangere patiënten. Pancreatitis hoort in de differentiaal diagnose bij zwangere vrouwen met buikpijn. Een vroegtijdige diagnose en adequate behandeling is cruciaal.

Trefwoorden

Acute pancreatitis, zwangerschap, diagnostiek, behandeling

Summary

Three pregnant women presented with upper abdominal pain caused by acute pancreatitis. A 33-year old woman presented at 41 5/7 weeks of amenorrhoea with upper abdominal pain. Postpartum abdominal pain remained. The other patient, a 30-year

old woman presented after 28 weeks of amenorrhoea with abdominal pain, nausea, vomiting and the impulse to move. Ultrasound examination demonstrated a swollen, homogenous pancreas. A 35-year old woman presented after 32 5/7 weeks with abdominal pain, nausea and vomiting. Ultrasound examination demonstrated enlarged biliary ducts. In all cases there were problems with diagnosing pancreatitis with problems for diagnostics and treatment as a consequence. Diagnosis and treatment is not different from the strategy in non-pregnant women. Pancreatitis should be considered as a diagnosis in pregnant women with abdominal pain. Early diagnosis and adequate treatment is crucial.

Keywords

Acute pancreatitis, pregnancy, diagnosis, treatment

Auteurs

Drs. C.J. Cederhout, destijds coassistent gynaecologie, Rijnland Ziekenhuis Leiderdorp, (momenteel ANIO interne geneeskunde)
Dr. J.P. de Leeuw, gynaecoloog, Rijnland Ziekenhuis Leiderdorp
Dr. S. Abraham, maag-darm-leverarts, Rijnland Ziekenhuis Leiderdorp

Belangenverstrengeling

Gemelde (financiële) belangenverstrengeling: geen.

Correspondentie

C.J. Cederhout (karincederhout@gmail.com)

Uitwendige versie van kinderen in stuitligging: vroeg of laat?

S.M.T.A. Goossens, M. Pieters, M.H.B. Heres,
F. A. ten Cate, F. Smits, F.J.M.E. Roumen

Een stuitligging ten tijde van de bevalling kan men proberen te voorkomen door uitwendige versie. Onduidelijk is wat de beste termijn is voor een dergelijke versie. De Early External Cephalic Version2 (EECV2), een internationaal multicentrisch gerandomiseerd onderzoek, beschreef meer kinderen in schedelligging nadat de versie vroeg verricht werd, maar dit had geen invloed op het aantal keizersneden en premature geboorten. In de Nederlandse subgroep werd wél een significant hoger percentage premature bevallingen gevonden in de vroegeversiegroep.

Inleiding

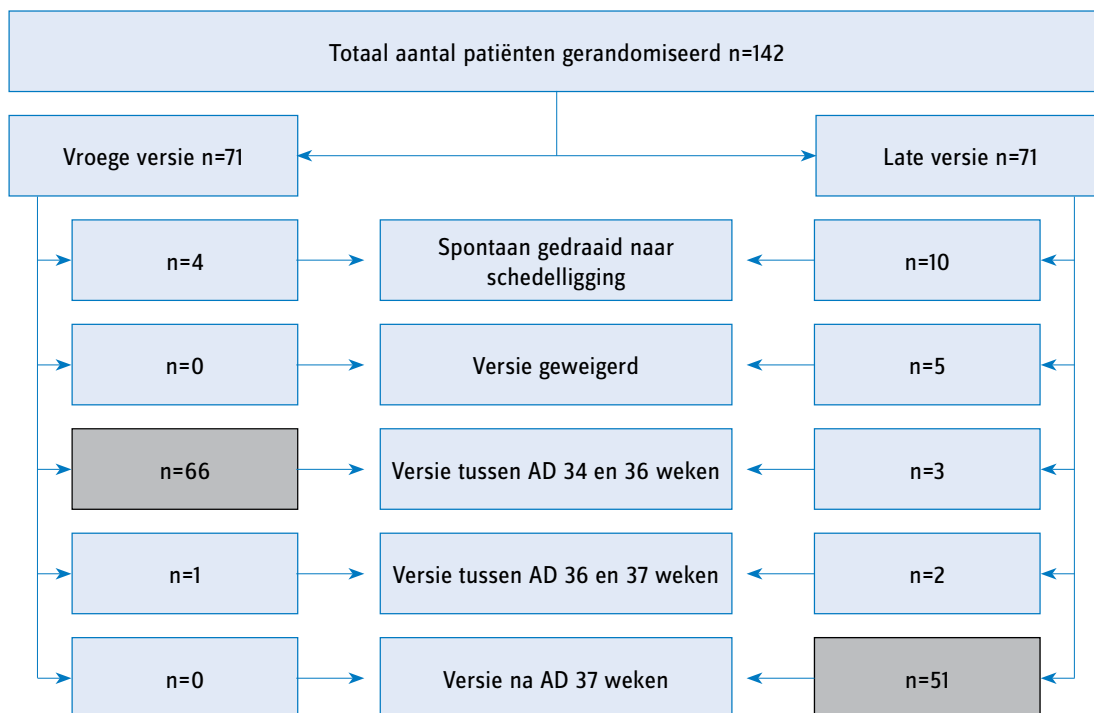
In 3-4% van alle à terme zwangerschappen ligt het kind in stuitligging. Dit percentage is hoger bij een kortere amenorroeduur (AD) en neemt daarna af.¹

Een poging tot vaginale geboorte is bij een stuitligging voor de baby risicovoller dan een electieve keizersnede.² Daarom worden baby's in stuitligging tegenwoordig steeds vaker via een keizersnede geboren.³ Een eerdere keizersnede heeft echter soms nadelige gevolgen voor volgende zwangerschappen.⁴ Het is daarom belangrijk een stuitligging ten tijde van de bevalling te voorkomen, bijvoorbeeld door middel van uitwendige versie (versie). Het verrichten van een poging tot versie à terme leidt tot een substantiële daling van het aantal sectio's.⁵ Aan de procedure worden echter verschillende complicaties toegeschreven.⁶

Onduidelijk is wat de beste termijn is voor een versie: het vroeger in de zwangerschap verrichten is gemakkelijker en zou dus meer kans van slagen heb-

	Vroege versie (n=71)		Late versie (n=71)	
Leeftijd moeder (jaren) (gemiddelde, min.-max.)	30,3	(18,9-40,5)	31,0	(17,7-44,3)
Lengte moeder (cm) * (gemiddelde, min.-max.)	169	(152-185)	169	(155-181)
Gewicht moeder (kg) * (gemiddelde, min.-max.)	80	(50-117)	78	(56-112)
Pariteit (n, %)				
0	41	(57,7)	40	(56,3)
1-4	30	(42,2)	30	(42,3)
>4	0	(0)	1	(1,4)
Amenorroeduur (n, %)				
33+0-33+6	3	(4,2)	3	(4,2)
34+0-34+6	22	(31)	23	(32,4)
35+0-35+6	46	(64,8)	45	(63,4)
Een of meer keizersneden in anamnese (n, %)	6	(8,5)	2	(2,8)
Placenta lokalisatie op de voorwand (n, %)**	29	(40,8)	31	(43,7)
Type stuit bij meest recente echo (n, %)				
Volkomen	11	(15,5)	10	(14,1)
Onvolkomen	56	(78,9)	57	(80,3)
Dwars/voetligging	2	(2,8)	3	(4,2)
Onbekend	2	(2,8)	1	(1,4)
* Vroege versie (n=69) / Late versie (n=70) **Vroege versie (n=69) / Late versie (n=69)				

Tabel 1: Basiskarakteristieken van deelnemers aan vroege en late uitwendige versie (versie) bij randomisatie



Figuur 1. Randomisatie schema. De grijs gearceerde aantallen ondergingen de poging tot uitwendige versie volgens protocol.

	Vroege versie (n=71)	Late versie (n=71)	P
Presentatie bij geboorte			0,239
Hoofdligging	37 (52,1)	29 (40,8)	
Geen hoofdligging	34 (47,9)	42 (59,2)	
Wijze van geboorte			0,313
Keizersnede	34 (47,9)	41 (57,7)	
Primair vanwege stuitligging	31 (43,7)	36 (50,7)	
Secundair bij schedelliging	3 (4,2)	5 (7,0)	
Vaginale geboorte	37 (52,1)	30 (42,2)	
Spontaan schedelliging	32 (45,1)	24 (33,8)	
Vaginale kunstverlossing	3 (4,2)	3 (4,2)	
Vaginale stuitgeboorte	2 (2,8)	3 (4,2)	
Plaats van bevallen			0,562
Ziekenhuis	66 (92,9)	63 (88,7)	
Thuis	5 (7,0)	8 (6,5)	
Complicaties na randomisatie			
Abnormaal bloedverlies / abruptio + interventie	2 (2,8)	1 (1,4)	1,000
Abnormaal CTG waarvoor bevalling noodzakelijk	1 (1,4)	1 (1,4)	1,000
PROM	1 (1,4)	5 (7,0)	0,209
Premature weeënactiviteit	7 (9,9)	0 (0)	0,013
CTG afwijkingen voor partus	7 (9,9)	3 (4,2)	0,326
Amenorroeduur bij geboorte			0,028
34+0-34+6	0 (0)	0 (0)	
35+0-35+6	1 (1,4)	0 (0)	
36+0-36+6	5 (7,0)	0 (0)	
≥ 37+0	65 (91,5)	71 (100,0)	
Geboorte binnen 48 uur na versie	1 (1,4)	1 (1,4)	1,000

Tabel 2: Uitkomstmaten in aantal en tussen haakjes percentage

ben, maar mogelijk ook de kans op een premature geboorte vergroten. De kans op terugdraaien naar stuitligging is bij een vroege versie mogelijk groter.⁶ Om deze vraag te beantwoorden werd de Early External Cephalic Version 2 (EECV2) trial opgezet, een internationaal multicentrisch gerandomiseerd onderzoek, waarvan de resultaten recent gepubliceerd werden.⁷

Methoden

In de EECV2 studie konden vrouwen geïncludeerd worden die zwanger waren van een eenling die niet in schedelliging lag, tussen een AD van 34 weken en 0 dagen en 36 weken en 0 dagen. Vrouwen met een contra-indicatie voor een vaginale bevalling of voor een versie werden uitgesloten. Nadere inclusiecriteria en methoden staan beschreven in het originele artikel.⁷

De vrouwen werden gerandomiseerd in twee groepen: in de vroegeversiegroep werd een versie verricht tussen een AD van 34 weken en 0 dagen en 36 weken en 0 dagen, in de lateversiegroep werd een versie verricht na een AD van 37 weken en 0 dagen. De primaire uitkomstmaat van de EECV2 studie was het percentage niet-schedelligingen bij de geboorte. De andere uitkomstmaten waren het aantal keizersneden, ernstige foetale complicaties (doodgeboorte of sterfte binnen 7 dagen na geboorte), prematuur gebroken vliezen, abruptio placentae, partus prematurus, cardiotocogram (CTG) afwijkingen, en de opvattingen van de deelnemers over versies. De resultaten werden geanalyseerd volgens intention to treat.

In Nederland werd tussen 1 januari 2005 en juli 2008 aan de EECV2 studie deelgenomen door het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis in Amsterdam, het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+) en het Atrium Medisch Centrum Parkstad.

Wij beschrijven hieronder de resultaten van alle patiënten die in deze Nederlandse centra aan het onderzoek deelgenomen hebben.

Voor de statistische analyse werd gebruik gemaakt van PASW statistics versie 18.0. De groepen werden vergeleken met behulp van de Fisher's exact test voor categorische data en de student's t test voor normaal verdeelde continue variabelen. Voor de basiskennmerken werd gebruikt gemaakt van beschrijvende methoden.

Resultaten

Er werden 142 patiënten gerandomiseerd in Nederland, verdeeld over de drie ziekenhuizen. Basiskennmerken van de deelnemers aan vroege en late versie bij randomisatie zijn beschreven in tabel 1. Er waren geen significante verschillen tussen beide groepen. In Figuur 1 staat het randomisatie schema beschreven met per groep de diverse verrichtingen. In de vroegeversiegroep werd in 66 van de 71 (93,0%) gevallen ook daadwerkelijk een versie op het juiste tijdstip verricht. In de lateversiegroep gebeurde dit in 51 van de 71 (71,8%) gevallen. In de late versiegroep draaiden meer kinderen spontaan naar schedelliging voordat ze een versie konden ondergaan (10 vs. 4). Ook werd in deze groep de versie vaker geweigerd (5 vs. 0).

De geboortegegevens staan beschreven in tabel 2. In de vroegeversiegroep lagen meer kinderen bij geboorte in hoofdligging en bevielen minder vrouwen middels een keizersnede, maar deze verschillen waren niet significant.

In geen van beide groepen was er sprake van ernstige foetale complicaties zoals doodgeboorte of sterfte binnen zeven dagen na de geboorte. In de vroegeversiegroep werd in 76% van de gevallen een tocolyticum gebruikt, in de late groep in 62% van de gevallen ($p=0,825$).

Bij de vroegeversiegroep was in zeven gevallen tekenen van voortijdige weeën activiteit. In deze groep vond zes maal een premature bevalling plaats, in de late groep geen enkele maal ($p = 0,028$). Zoals vermeld in tabel 3, hadden deze zes patiënten ook daadwerkelijk een poging tot versie gehad. Overigens

Patiënt	Leeftijd bij randomisatie (jaren)	Pariteit	BMI kg/m ²	Placenta lokalisatie	Type stuit bij meest recente echo	AD bij partus (weken + dagen)	Tijd tussen versie en partus (in dagen)
1	28,8	0	37,8	Niet op voorwand	Onvolkomen	35 + 6	1
2	33,7	0	24,8	Op voorwand	Onvolkomen	36 + 4	9
3	35,4	0	25,3	Op voorwand	Onvolkomen	36 + 5	9
4	27,9	0	27,7	Niet op voorwand	Onvolkomen	36 + 5	21
5	39,6	0	28,0	Niet op voorwand	Onvolkomen	36 + 4	11
6	27,2	1	28,4	Op voorwand	Onvolkomen	36 + 6	8

Tabel 3: Gegevens van moeders van prematuur geboren kinderen. Alle patiënten waren gerandomiseerd in de groep vroege uitwendige versie. Geen van deze uitwendige versies was succesvol.

was deze bij geen van hen succesvol. De versie werd bij allen verricht na toedienen van een tocolyticum. In één geval werd de versie een dag vóór de bevalling verricht, bij de vijf andere patiënten begon de bevalling acht of meer dagen na de versie procedure. De patiënten waren afkomstig uit alle drie de Nederlandse centra.

Omdat een relatief groot gedeelte van de patiënten uiteindelijk een andere behandeling kreeg dan waarvoor ze gerandomiseerd waren, werd nog een as treated analyse verricht. Deze leverde geen nieuwe significante verschillen op.

Bespreking

In het internationale onderzoek werden in totaal 1533 vrouwen geanalyseerd: 765 in de vroegeversiegroep en 768 in de lateversiegroep.⁷ In de vroegeversiegroep presenteerden zich bij de bevalling significant minder kinderen in stuitligging dan in de lateversiegroep (41,1% vs. 49,1%; RR 0,84, 95% CI 0,75, 0,94; P = 0,002). Desondanks verschilde het aantal keizersneden tussen de twee groepen niet significant. Ook het aantal premature geboorten verschilde in de internationale studie niet significant tussen beide groepen (6,5% vs. 4,4%; RR 1,48, 95% CI 0,97, 2,26; P = 0,07).⁸

Vervolgens werd een meta-analyse verricht met de gepoolde resultaten van de pilotstudie samen met de resultaten van de EECV2 studie.^{7,8} In de vroegeversiegroep was het aantal keizersneden net niet significant lager (53,7% vs. 58,1%; RR 0,93, 95% CI 0,85, 1,00, P = 0,06), terwijl het aantal premature geboorten (6,8% vs. 4,6%; RR 1,47, 95% CI 1,00, 2,16, P = 0,05) in de vroegeversiegroep wel significant hoger was, echter met een ruim betrouwbaarheidsinterval.⁷ Hoewel het een kleine subgroep betrof waarvoor geen separate powerberekening werd gedaan vonden wij in de Nederlandse bijdrage aan de EECV2 studie ook een significant hoger percentage premature geboorten in de vroegeversiegroep. De zes prematuur geboren kinderen uit het Nederlandse cohort hadden allen een (mislukte) poging tot versie ondergaan. Ook de zeven premature kinderen uit het internationale cohort die binnen 48 uur na de versie geboren werden, hadden een mislukte versie poging ondergaan.⁹ Dit suggereert een relatie tussen een mislukte poging tot vroege versie en een premature partus. Bij vijf van de zes premature Nederlandse kinderen begon de baring echter pas langer dan een week na de versiepoging. Ook is het percentage van 8,5% prematuren in de vroegeversiegroep niet extreem hoog. In 2006 werd immers in Nederland 5,0% van alle eenlingen die bij 32 weken nog niet geboren waren, vervolgens tussen 32 en 37 weken geboren.¹⁰ Het percentage prematuren in de EECV2 studie was lager dan het gemiddelde percentage prematuren in de VS.¹¹ Wellicht komt dit door het feit,

dat zwangeren met een duidelijk verhoogd risico van een premature geboorte in deze studie werden geëxcludeerd.⁹ Overigens hebben wij geen duidelijke verklaring waarom de Nederlandse resultaten verschillen van de internationale groep.

Een publicatie met een predictiemodel ten aanzien van de succesansen van een versiepoging, gedestilleerd uit de data van de EECV2 studie, wordt op korte termijn verwacht.

Conclusie

Zowel in de EECV2-studie als in de meta-analyse, leidde een versie tussen 34 en 36 weken weliswaar tot een afname van het aantal kinderen in stuitligging aan het begin van de baring, maar niet tot een afname van het aantal keizersneden. De meta-analyse en de Nederlandse subgroep toonden echter een verhoogde kans op premature geboorte na een vroege versie. De kinderen die prematuur geboren werden hadden weinig complicaties, maar de gevolgen van (rand-) prematuriteit mogen niet onderschat worden. Hoewel een gedeelte van de prematuren langer dan een week na de versiepoging geboren werden, lijkt het ondergaan van een niet-succesvolle vroege versie de kans op een premature partus iets te vergroten. Het lijkt daarom van belang om een goede inschatting van de succeskans van een versie te maken, wanneer deze voor een amenorroeduur van 36 weken overwogen wordt.

Literatuur

1. Hickok, D.E., D.C. Gordon, J.A. Milberg, M.A. Williams & J.R. Daling, *The frequency of breech presentation by gestational age at birth: a large population-based study*. Am J Obstet Gynecol. 1992 Mar;166(3):851-2.
2. Hannah, M.E., W.J. Hannah, S.A. Hewson, E.D. Hodnett, S. Saigal & A.R. Willan, *Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial*. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet. 2000 Oct21;356(9239):1375-83.
3. Rietberg, C.C., P.M. Elferink-Stinkens & G.H. Visser, *The effect of the Term Breech Trial on medical intervention behaviour and neonatal outcome in The Netherlands: an analysis of 35,453 term breech infants*. BJOG. 2005 Feb;112(2):205-9.
4. Mozurkewich, E.L. & E.K. Hutton, *Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999*. Am J Obstet Gynecol. 2000 Nov;183(5):1187-97.
5. Hofmeyr, G.J., *External cephalic version facilitation for breech presentation at term*. Cochrane Database Syst Rev. 2000 (2):CD000184.
6. Hutton, E.K. & G.J. Hofmeyr, *External cephalic version for breech presentation before term*.

- Cochrane Database Syst Rev. 2006 (1):CD000084.
7. Hutton, E.K., M.E. Hannah, S.J. Ross, M.F. Delisle, G.D. Carson, R. Windrim et al., *The Early External Cephalic Version (ECV) 2 Trial: an international multicentre randomised controlled trial of timing of ECV for breech pregnancies*. BJOG. 2011 Apr;118(5):564-77.
 8. Hutton, E.K., K. Kaufman, E. Hodnett, K. Amankwah, S.A. Hewson, D. McKay et al., *External cephalic version beginning at 34 weeks' gestation versus 37 weeks' gestation: a randomised multicenter trial*. Am J Obstet Gynecol. 2003 Jul;189(1):245-54.
 9. Hutton, E., *Early versus late external cephalic version*. BJOG. 2011 Sep;118(10):1272-3.
 10. Nederland SPR. Perinatale Zorg in Nederland 2006. Utrecht: Stichting Perinatale Registratie Nederland [serial on the Internet]. 2008.
 11. Love L., N. Saravanabhava & J. Marasinghe, *Early versus late external cephalic version*. BJOG. 2011 Sep;118(10):1272.

Samenvatting

Een stuitligging ten tijde van de bevalling kan men proberen te voorkómen door uitwendige versie. Onduidelijk is wat de beste termijn is voor een dergelijke versie. De Early External Cephalic Version2 (EECV2), een internationaal multicentrisch gerandomiseerd onderzoek, werd om deze reden opgezet. Zowel in de EECV2-studie als in de meta-analyse van deze studie met de eerdere pilotstudie, leidde een versie tussen 34 en 36 weken tot een afname van het aantal kinderen in stuitligging aan het begin van de baring, maar niet tot een afname van het aantal keizersneden. De meta-analyse en de Nederlandse subgroep toonden echter een verhoogde kans op premature geboorte na een vroege versie. Hoewel een gedeelte van de prematuren langer dan een week na de versiepoging geboren werden, lijkt het ondergaan van een niet-succesvolle vroege versie de kans op een premature partus iets te vergroten. Het lijkt daarom van belang om een goede inschatting van de succeskans van een versie te maken, wanneer deze voor een amenorroeduur van 36 weken overwogen wordt.

Trefwoorden

uitwendige versie, stuitligging, vroege versie, late versie

Summary

Adverse outcomes are increased for babies in breech position, which may be prevented by external cephalic version (ECV). As the optimal gestational age (GA) to perform ECV is unsure, the randomised Early External Cephalic Version 2 (EECV2) trial was designed, comparing early ECV (GA of 34-36 weeks) with late ECV (GA of >37 weeks). In the early ECV group, more fetuses were in cephalic po-

sition, but the percentage of caesarean sections and premature births was not significantly different. In the Netherlands, 142 women participated in the EECV2. We found a significant higher percentage of premature birth after early ECV (8.4% vs. 0.0%; $P=0.028$). Most of these births occurred one week or later after ECV, and all ECVs had been unsuccessful, suggesting a relationship between unsuccessful early ECV and preterm delivery. Therefore, we suggest to carefully estimate the chances of success when considering an ECV before a GA of 36 weeks.

Keywords

external cephalic version, breech

Auteurs

Drs. S.M.T.A. Goossens, Aios Obstetrie & Gynaecologie Atrium Medisch Centrum Parkstad, Pb 4446, 6401 CX Heerlen, simonegoossens@gmail.com t 045-5766513, f 045-5766625

Drs. M. Pieters, gynaecoloog Maastricht Universitair Medisch Centrum, Maastricht

Dr. M.H.B. Heres, gynaecoloog, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam

Drs. F.A. ten Cate, gynaecoloog, Máxima Medisch Centrum, Veldhoven

Dr. F. Smits, gynaecoloog

Dr. F.J.M.E. Roumen, gynaecoloog, Atrium Medisch Centrum Parkstad, Heerlen

Belangenverstrengeling

Alle auteurs waren betrokken bij de implementatie en dataverzameling van de EECV2-studie in de betreffende ziekenhuizen.

Een vrouw met ruim 25 jaar bestaande buikpijn – een case report

C.M. van Bussel, N.A. Kianmanesh Rad, afdeling gynaecologie,
IJsselland Ziekenhuis, Capelle aan den IJssel

Op de operatiekamers werken volgens protocol: het lijkt allemaal zo normaal. Een mevrouw meldt zich bij de polikliniek gynaecologie met al jaren bestaande buikpijn. Een oorzaak was tot nu toe nog altijd niet gevonden of, beter gezegd, niet grondig genoeg onderzocht. Deze case-report laat weer eens zien hoe belangrijk de protocollen op de operatiekamer zijn. Bovendien illustreert het hoe belangrijk het is om iedere keer met een nieuwe blik naar problemen te kijken en niet klakkeloos de bevindingen van de vorige arts over te nemen.

Inleiding

Een 66-jarige vrouw meldt zich op de polikliniek gynaecologie in verband met chronisch buikpijn. De buikpijn is gelokaliseerd in het midden van de onderbuik, wat mevrouw omschrijft als een zeurend gevoel. Uit de anamnese blijkt dat mevrouw al ruim 25 jaar last heeft van deze pijn en dat de pijn geleidelijk aan toeneemt. Bij het lichamelijk onderzoek wordt een zwelling op de vaginatop gevoeld bij een pijnlijk vaginaal toucher.

De verwijsbrief van de huisarts maakt melding van een vaginale uterusextirpatie in 1983 in een ziekenhuis elders. Mevrouw vertelt ons dat zij twee keer eerder geanalyseerd is in andere ziekenhuizen in verband met haar buikpijn.

Verleden

Er wordt correspondentie opgevraagd van de door patiënte bezochte ziekenhuizen. In voorgaande correspondentie gedateerd uit 1983 zou mevrouw een vaginale uterusextirpatie hebben ondergaan. Vanwege toenemende buikpijnlachten was zij in 1999 naar een andere polikliniek gynaecologie doorverwezen waar bij onderzoek een stukje portio werd beschreven. Met behulp van een diagnostische laparoscopie werd zij verder onderzocht.

De conclusie was dat de uterus en de adnexa niet afwijkend waren.

Vanwege persisterende onderbuik klachten heeft zij zich in 2003 wederom gemeld op een andere polikliniek gynaecologie. Aldaar werd alleen een echo onderbuik gemaakt waarop een kleine uterus met verkalkingen en normale adnexa werden beschreven. Uiteindelijk wordt mevrouw, ten einde raad, naar de polikliniek gynaecologie van ons ziekenhuis verwezen door de huisarts.

Heden

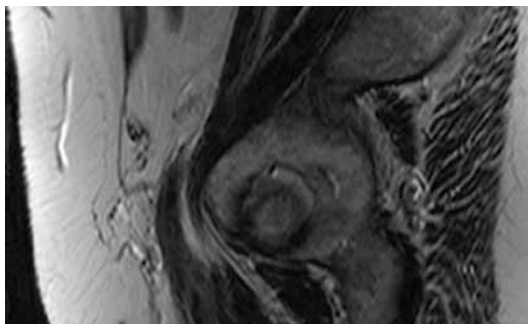
Bovenstaande bevindingen waren dusdanig verwarrend dat er door ons besloten werd nadere beeldvormende diagnostiek te verrichten. Op de transvaginale echo werd een ronde, wisselend echoarme en echodense afwijking gezien. Hierop werd besloten om een MRI van het abdomen te maken. De conclusie van de MRI was: 'hoogstwaarschijnlijk een afwijkende adnex' (figuur a). Opvallend was dat de afwijking erg bolrond was, waardoor de gedachte rees dat er misschien wel sprake kon zijn van een corpus alienum, die achtergelaten kon zijn tijdens de vaginale uterusextirpatie van 1983. Er werd een X-BOZ verricht en hierop werd een duidelijk loodlijntje gezien, passend bij een gaas. Een diagnostische laparoscopie volgde. Hier kwam een bolvormige structuur à vue, daar waar normaliter de uterus zou zitten (figuur b). De bolvormige structuur was geperitonealiseerd. Bij het openen van de structuur kwamen verpulverde stukjes gaas naar buiten. Door middel van een Pfannenstielincisie is het ingekapselde gaas met ontstekingsbal op de vaginatop verwijderd.

Histologisch onderzoek luidde: 'lichaamsvreemd dubbelbrekend materiaal passend bij gaas'. Na 4 dagen opname op de afdeling gynaecologie mocht mevrouw naar huis.

Bij de poliklinische controle vertelde mevrouw het erg vervelend te vinden dat haar dit overkomen is, maar zag af van verdere handelingen, omdat beide gynaecologen van het verleden inmiddels met pensioen zijn. Het belangrijkste voor haar was dat haar buikpijn eindelijk helemaal is verdwenen.

Diagnose

Chronisch buikpijn op basis van een ingekapseld gaas op vaginatop na een vaginale uterusextirpatie in het verre verleden.



Figuur a: De MRI Abdomen. De MRI toont een bolronde afwijking op de plaats waar normaal gesproken de uterus zich zou bevinden.



Figuur b: Laparoscopisch beeld kleine bekken. Bij de diagnostische laparoscopie werd een geperitonealiseerde, bolronde structuur gezien, waar een blauw lijntje aan de onderkant doorheen schemerde.

Conclusie

In deze casus zijn er een cascade van fouten gemaakt met ruim 25 jaar buikpijn als gevolg. Dit had voorkomen kunnen worden door de volgende punten:

- Juiste gazentelling tijdens de vaginale uterusextirpatie.
- Bij aanhoudende buikpijn na een operatie, moet er altijd gedacht worden aan een corpus alienum.
- Het opvragen van gegevens betreffende eerdere behandelingen in andere ziekenhuizen. Wanneer in het eerste ziekenhuis in 1999 de moeite was genomen om voorgaande correspondentie op te vragen, was men tijdens de diagnostische laparoscopie niet tot de conclusie gekomen dat er nog een uterus in situ was.

Literatuur

Een literatuur research in PubMed leverde 95 hits op bij 'Retained Gauze' en 182 hits bij 'Gossypiboma'. Gossypiboma is de benaming voor chirurgische complicaties ontstaan door corpora aliena, zoals bijvoorbeeld een chirurgisch gaas, die per ongeluk achter zijn gelaten in het lichaam van de patiënt. De artikelen die uiteindelijk bruikbaar bleken te zijn waren allen case reports waarbij een patiënt chronisch klachten overhield na een operatie. De klachten bleken gebaseerd te zijn op achtergebleven chirurgisch materiaal bij de desbetreffende operatie. De laatst beschreven case report is van november 2011. Dit gegeven laat maar weer eens zien dat het probleem van achtergebleven chirurgisch materiaal nog altijd actueel is en nog altijd veel aandacht en secuur werken verdient.

Samenvatting

Een 66-jarige vrouw met chronisch buikpijn wordt doorverwezen naar de polikliniek gynaecologie. Haar medische voorgeschiedenis vermeldt onder andere een uterusextirpatie. Na een aantal diagnostische onderzoeken wordt lichaamsvreemd materiaal gevonden wat gaas blijkt te zijn. Dit gaas is niet verwijderd bij de uterusextirpatie van ruim 25 jaar geleden.

Trefwoorden

Chronisch onderbuikspijn, vaginale uterusextirpatie, laparoscopie, gaas

Summary

A 66-year old female with chronic abdominal pain visits the outpatient clinic of the department of gynaecology. In the past her uterus had been removed. After a number of examinations a foreign body was found. It proved to be a gauze, which

had not been removed during a vaginal hysterectomy 25 years ago.

Auteurs

Afdeling gynaecologie, IJsselland Ziekenhuis, Capelle aan den IJssel

C.M. van Bussel, co-assistent, Erasmus Universiteit Rotterdam

Drs. N.A. Kianmanesh Rad, gynaecoloog

Belangenverstrengeling

Er is geen sprake van financiële belangenverstrengeling.

Correspondentie

Henry Moorepassage 224,
2907 MG, Capelle aan den IJssel
catelijnevanbussel@gmail.com
t 06 24208648

‘Data met één druk op de knop de keten door’

B. Naber

Eind 2010 stuurde verloskundigen praktijk 'De 9 Maanden' uit Harderwijk als eerste digitale data naar PRN, Praeventis en RIVM. Met deze druk op de knop hoefden de verloskundigen gegevens niet meer los aan te leveren bij PRN, Praeventis en Peridos. Het was een eerste, belangrijke stap op weg naar een volwaardig digitaal dossier: het zogenaamde PWD. Met dit PWD kunnen verleners van verloskundige zorg in de nabije toekomst digitaal, beveiligd en op uniforme manier gegevens uitwisselen.



PWD

Het PWD is een belangrijk middel om de samenwerking in de perinatale ketenzorg te verbeteren. Het is één van de adviezen van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte om de relatief hoge babysterfte in Nederland te verminderen.

Stapsgewijze invoering

Omdat het onmogelijk is alle gegevens meteen volledig in te voeren, is er gekozen voor een stapsgewijze invoering. Hierbij wordt per jaar een nieuw deel aan de PWD-dataset toegevoegd (een release). Met de implementatie van de eerste release van het PWD wordt de uitwisseling van gegevens niet beperkt tot basale cliëntgegevens: de focus ligt juist op zorginhoudelijke en medische informatie die van cruciaal belang is in en rondom (acute) overdrachtsituaties.

Remko Hoekstra is projectleider van het PWD, namens de NVOG en de KNOV. Hij benadrukt het relatieve gemak van het PWD: "Iedere verloskundige en gynaecoloog blijft met z'n eigen patiënt-informatiesysteem werken. Softwareleveranciers, zoals BMA gaan de nieuwe stappen inbouwen in de software waar de zorgverleners al mee werken. Natuurlijk zal het voor iedereen even wennen zijn, maar het digitaal versturen van gegevens zal snel een automatisme worden en onderdeel zijn van het dagelijks werk van een gynaecoloog. En het grote voordeel is dat het tijd bespaart. Aparte (handmatige) invoering van gegevens is dan niet meer nodig."

Snellere hielprik

Verloskundige praktijken zijn gestart met de eerste fase van het PWD, waarbij enkele elektronische berichten kunnen worden verstuurd. Deze berichten zorgen ervoor dat allerlei zorgprocessen, zoals de hielprik en de gehoortest, sneller in gang worden gezet. Daarnaast kunnen hiermee de gegevens elektronisch aan PRN worden geleverd. Op termijn is het voordeel van het PWD dat ook andere partijen in de zorgketen, zoals de kinderarts en JGZ, zicht krijgen op de voor hen relevante data.

Een troef voor Peristat

De wens om digitale gegevensuitwisseling klinkt al langer en kreeg een impuls door het adviesrapport van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte. De communicatie tussen zorgverleners moest beter, daar is iedereen het wel over eens.

Ook hebben verloskundige zorgverleners met de vastlegging van correcte gegevens een troef in handen bij het hard maken van hun prestaties. Belangrijk voor niet alleen feedback op eigen handelen zoals via de PRN-jaarverslagen en VOKS/LVR Insight, maar in toenemende mate ook voor (eigen) wetenschappelijk onderzoek en grote internationale vergelijkingen als Peristat.

‘Maar één keer inkloppen’

Harold Mous is lid van de NVOG-commissie EPD en lid van de KNOV-NVOG-werkgroep die bezig is met het PWD. Hij is nauw betrokken bij het tot stand komen van de dataset voor de acute zorg, waarvan de pilots in 2012 gedraaid gaan worden. Mous: "Vanuit de NVOG zijn we al sinds 2004 bezig met digitale gegevensuitwisseling. Maar we waren nog nooit zo ver. Met de PWD-werkgroep hebben we de afgelopen maanden grote stappen kunnen zetten. Er ligt nu een duidelijke structuur voor een groot deel van de verloskundige zorg."

Mous ziet grote voordelen in het PWD: "Ten eerste hoeft je ieder gegeven straks maar één keer in te voeren of aan te vinken en dit gegeven is daarna voor de hele zorgketen, inclusief PRN, PAN en het RIVM beschikbaar. Ten tweede kun je straks sneller en adequater over gegevens beschikken die vanuit de bron komen."

Wat kunt u al doen?

De PWD-werkgroep van de KNOV en de NVOG heeft de afgelopen tijd gesprekken gevoerd met de software-leveranciers in de tweede lijn over het aanpassen van de software voor het PWD. Maar omdat de kracht van de boodschap in de herhaling zit, is het van belang dat u als gynaecoloog zelf bij uw ICT-leverancier en de directie van uw ziekenhuis aangeeft dat u graag zou zien dat de mogelijkheid van gegevensuitwisseling moet worden geboden, omdat hiermee het werkproces en de patiëntveiligheid gebaat is.

Weinig tijd nodig

Circe Ouwerkerk, samen met Ellen Willemsen verloskundige bij praktijk De 9 Maanden uit Harderwijk: "Wij waren prettig verrast dat het overgrote deel van onze cliënten meteen toestemming gaf voor het versturen van de elektronische gegevens, inclusief BSN. Deze toestemming hebben we nodig om het geboorteberticht en de andere berichten digitaal te versturen. We vertellen de zwangere in twee of drie zinnen hoe de situatie zit. De vrouw gaat dan eigenlijk altijd akkoord. Dit gesprek is voor ons een extra handeling, maar een handeling die weinig extra tijd kost. En het levert echt betere zorg op: de procedure voor de hiehprik wordt bijvoorbeeld sneller in gang gezet.

Ik vond het leuk om betrokken te zijn bij de testfase. Wij waren destijds een startende praktijk en vonden het niet erg om aan een pilot mee te doen. Nu we driekwart jaar met het systeem gewerkt hebben, is het een automatisme geworden: een paar vakjes afvinken en klaar is kees. We hopen door deze registratie als eerstelijns verloskundigen ook weer positiever op de kaart te komen. We laten zien met onze tijd mee te gaan en open te staan voor verbetering van de communicatie. Hopelijk tonen de verzamelde gegevens aan dat we veilige zorg leveren aan gezonde zwangeren."



Harold Mous.

Ik voorzie ook dat we gebruik kunnen maken van meer intuïtieve gegevensverzameling, verkregen vanuit het veld. Heel handig en het levert betere zorg op!"

Drie verloskundigen en drie gynaecologen

Harold Mous: "Bij het opstellen van de dataset voor de acute overdracht stond het belang van de zwangere en haar kind voorop. Het gaat niet om het systeem, maar om de goede zorg. Met drie verloskundigen en drie gynaecologen die veel verloskundig werk doen, zijn we om de tafel gaan zitten. We vroegen ons af: hoe zorgen we dat de gynaecoloog optimaal geïnformeerd is over de patiënt met acute problematiek die in aantocht is? De verloskundige moet de informatie op zo'n manier aanleveren dat de gynaecoloog erop kan vertrouwen. Natuurlijk, in het geval van een acute overdracht belt een verloskundige altijd eerst. Maar daarna voert ze de aanvullen-

de gegevens snel op haar notebook of iPad in, zodat deze in het systeem van het ziekenhuis met een druk op de knop beschikbaar zijn. De gynaecoloog hoeft daarna de gegevens niet meer in te voeren."

Door het vaststellen van de gezamenlijke handreiking acute overdracht is er nu een breed gedragen veldnorm voor verloskundigen en gynaecologen. Een belangrijk onderdeel van de handreiking is het privacyraamwerk, waarmee de zorgverleners op heldere en eenvoudige wijze aan de cliënt kunnen uitleggen welke gegevens voor welk doel wordt gebruikt, zodat de cliënt daar toestemming voor kan geven.

Acute gegevens

Harold Mous gaat door: "Voorbeelden van gegevens voor de acute overdracht zijn bloeddruk en bloedverlies. Maar ook praktische zaken als het telefoonnummer van de dienstdoende verloskundige – niet het antwoordapparaat van de praktijk – worden overgedragen. Alles om te zorgen dat de overdracht vloeierend gaat en er zo min mogelijk dubbel werk wordt gedaan. Door het landelijk ontwikkelen van het PWD wordt er zorggedragen voor eenheid van taal en maakt het niet uit naar welk ziekenhuis de patiënt gaat. De informatie is altijd identiek. Op termijn is dan ook niet alleen uitwisseling van gegevens tussen verloskundigen en ziekenhuizen mogelijk, maar ook binnen de verschillende systemen in een ziekenhuis."

Ontkenning

F.M. Helmerhorst

In hun artikel 'Overgangsklachten: *evidence-based* behandelopties anno 2012, tijd voor nuanceren' stellen Mijatovic, de Vries en van der Slikke¹ (de eerste en de laatste auteurs zijn lid van de Dutch Menopause Society; schrijven ze namens deze vereniging?) een suboptimale zorg voor patiënten met klachten van opvliegers en nachtelijk zweten vast. Zij putten uit subgroepanalyses en follow-updata van de Women's Health Initiative (WHI)-studie en komen met een aanbeveling die zij veilig noemen.²

Het lijkt me goed om vast te stellen dat in principe 'opvliegers en nachtelijk zweten' fysiologisch van aard zijn daar vrijwel elke vrouw na de menopauze ze zal ervaren, hoewel slechts een gering aantal vrouwen deze klachten als pathologisch ervaart. Hoeveel vrouwen met een dergelijke pathologische klacht thans in Nederland zijn, is niet onafhankelijk en wetenschappelijk verantwoord vastgesteld. Wel worden er gegevens van buiten de grenzen vermeld, terwijl de schrijvers mededelen, dat er verschil in prevalentie tussen populaties is. Het kan gaan om verschil in klachtenbeleving, verschil in drempel om naar de huisarts te gaan, verschil in verzekeringssysteem, verschil in medicatiegedrag, etc. Als we het hebben over pathologie lijkt me een vermelding van een differentiaal diagnose op zijn plaats, die ik niet kan identificeren in het artikel. In mijn oratie van 2004 schreef ik: "Bij het zoeken naar meer diepgaande, en fundamentele kennis over opvliegers kwam ik nogal weinig substantieels tegen in de literatuur. In 1990 en later nogmaals in 1994 klaagde Kronenberg over het gebrek aan adequate, wetenschappelijke informatie over opvliegers. Ik heb de indruk dat deze vaststelling van Kronenberg nog steeds geldig is."³ Overigens zie ik geen wetenschappelijk onderbouwde aanvullingen in de literatuur sindsdien.

Net als vele andere voorstanders van hormonale suppletie therapie (HST) verdoezelen Mijatovic et al. het aanzienlijke placebo-effect van HST: "This was equivalent to a 75% reduction in frequency (95% CI 64.3 to 82.3) for HT relative to placebo." En "In women who were randomised to placebo treatment, a 57.7% (95% CI 45.1 to 67.7) reduction in hot flushes was observed between baseline and end of study."⁴ Ik herhaal: 57% placebo-effect.

Subgroepanalyses zijn over het algemeen hypothesegenererend en kunnen veelal niet direct worden gebruikt in een bewijsvoering van werkzaamheid. Ik volsta met de conclusie van een wijs mens: "The re-

solution of the discrepancies between randomized and observational evidence is not just important for our insight into the merits of both types of research. It directly enlightens our knowledge about HRT by confirming that the cardiovascular risk is real, and slightly stronger in older women, while the breast cancer risk is equally real, and is stronger in women closer to menopause. It was a long and difficult debate, but we owe a tribute to the persons who inspired and have led these reanalyses."⁵

Verder zou ik graag de vermelding van de belangenverstrengeling van de schrijvers en van hun organisatie (Dutch Menopause Society) gepubliceerd willen zien, een gevestigde gedragswijze van tijdschriften. Ten slotte herhaal ik ons voorschrijfadvis van 2003: "Ons advies blijft derhalve zoals het eerder werd gegeven: 'Alleen bij ernstige en zeer hinderlijke klachten kan men de mogelijkheid bieden kortdurend, maximaal drie maanden, gebruik te maken van hormoon-suppletie therapie. Hormoon-suppletie therapie is niet geïndiceerd voor langdurig preventief gebruik, gezien het risico van relatief ernstige bijwerkingen'.⁶ Vrouwen met ernstige bijwerkingen tijdens HST-medicatie, die door een gynaecoloog is voorgeschreven, komen niet meer bij die gynaecoloog terug. De klacht van opvliegers en nachtelijk zweten kan uitstekend door de poortwachter, de huisarts, worden geacommodeerd.

Literatuur

1. Mijatovic, V., H. de Vries & J.W. van der Slikke, *Overgangsklachten: evidence-based behandelopties anno 2012, tijd voor nuanceren*.
2. Colijn, H., 'Ga maar rustig slapen' http://nl.wikipedia.org/wiki/Hendrikus_Colijn
3. <http://www.lumc.nl/0000/12296/80804012111221/80805101330185/80806091304185/>
4. MacLennan, A.H., J.L. Broadbent, S. Lester & V. Moore, *Oral oestrogen and combined oestrogen/progestogen therapy versus placebo for hot flushes*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No.: CD002978. DOI: 10.1002/14651858.CD002978.pub2. Update 2009
5. Vandenbroucke, J.P., *The HRT controversy: observational studies and RCTs fall in line*. Lancet 2009;373:1233-5.
6. Vandenbroucke, J.P., F.E. van Leeuwen & F.M. Helmerhorst, *Borstkanker en hormoongebruik rond de menopauze*. Ned Tijdschr Geneesk. 2003;147:1829-34

F.M. Helmerhorst heeft studies over hormoon-suppletie therapie gesuperviseerd die gesponsord of opgedragen waren door een farmaceutische industrie (vóór 1998). Hij ontvangt geen gelden, heeft geen adviseurschap en geen (opbrengsten uit) aandelen, patentrechten van en met firma's die hormoonsuppletie voeren.

Reactie

V. Mijatovic, H. de Vries en J.W. van der Slikke

Met belangstelling hebben we kennis genomen van de visie van collega Helmerhorst op ons artikel '*Overgangsklachten: evidence-based behandelopties anno 2012, tijd voor nuanceren*'. Wij zijn het eens met zijn stelling dat bij de evaluatie van opvliegers & nachtelijk zweten een differentiaal diagnose hoort waaruit een specifieke therapiekeuze kan voortvloeien. In ons artikel hebben we ons beperkt tot de behandeling van overgangsklachten, juist omdat wij een bijdrage aan de discussie daarover wilden leveren.

Wij zijn het daarentegen niet eens met de opmerking dat we het placebo-effect van hormoontherapie (HT) verdoezelen. Het is waar dat er een aanzienlijk placebo-effect bij de behandeling van vasomotorische klachten wordt waargenomen. Desalniettemin is de conclusie van de Cochrane systematic review dat er een significant en relevant therapieëffect bestaat ten gunste van HT waarbij de auteurs vermelden dat "withdrawal for lack of efficacy occurred significantly more often on placebo therapy (OR 10.51, 95% CI 5.00 to 22.09)".

Het is jammer dat collega Helmerhorst niet bereid is om zijn standpunt en visie ten aanzien van HT te nuanceren in het licht van de nieuwe evidence die wij tonen vanuit de reanalyses van de Womens Health Initiative trial. Wij bestrijden dat subgroepanalyses naar leeftijdscategorie hoogstens hypothesegenerend kunnen zijn. In het algemeen geven deze goed inzicht in behandelingsindicaties. Daar komt in dit geval bij dat vrouwen met overgangsklachten in het algemeen (veel) jonger zijn dan 60 jaar. Om uitspraken te doen over de effecten van HT bij vrouwen met overgangsklachten, waren de oorspronkelijke gepoolde gegevens van 50-79-jarigen al helemaal niet geschikt. Deze nieuwe data tonen aan dat kortdurende HT verantwoord en veilig gegeven kan worden mits

gestart in de eerste 10 jaar na de menopauze. Dit komt ook tot uiting in de 2011-aanbevelingen van de International Menopause Society. Daarnaast sluiten wij ons aan bij de NVOG-richtlijn "Hormoontherapie en klachten in het climacterium en postmenopauze" waarbij de volgende twee kernaanbevelingen worden gedaan: 1. Primaire indicatie voor hormoontherapie zijn overgangsklachten die interfereren met de kwaliteit van leven. 2. De duur van hormoontherapie dient individueel vastgesteld te worden en jaarlijkse evaluatie moet voorkomen dat de behandeling onnodig lang wordt voortgezet.

Overigens zijn wij het van harte eens met collega Helmerhorst dat de zorg voor vrouwen met overgangsklachten heel goed ook door de huisarts geboden kan worden. Daarbij hoort het zorgvuldig afwegen van de behandelingsopties in samenspraak met de patiënte plaats te vinden.

De auteurs van het artikel '*Overgangsklachten: evidence-based behandelopties anno 2012, tijd voor nuanceren*', V. Mijatovic, H. de Vries en J.W. van der Slikke hebben geen enkele band met een farmaceutische industrie of andere commerciële partij die HT voert. De inhoud van dit artikel is besproken op de najaarsvergadering van de Dutch Menopause Society (DMS) d.d. 30 november 2011 te Amsterdam en vertegenwoordigt de visie van het DMS-bestuur.

Van 'vrouwenkwaaltjes' tot ernstige gezondheidsklachten

De NVOG bestaat dit jaar 125 jaar en dit heugelijke feit laten we niet geruisloos voorbij gaan. Gekozen is voor twee informatiedagen in de Reehorst te Ede met als thema: 'De gynaecoloog en de maatschappij'.

Informatiedagen

De inhoud van de dagen is i.s.m. de pijlers Oncologie, Voortplantingsgeneeskunde, Foeto Maternale Geneeskunde en Algemene Gynaecologie en de patiëntenverenigingen vormgegeven. In blokken van ca. een half uur presenteren de pijlers interessante (interactieve) lezingen. Daarnaast kunnen de deelnemers een bezoek brengen aan de informatiemarkt. Bedoeling van deze informatiemarkt is om o.a. voorlichting en productinformatie te geven en deelnemers kennis te laten maken met (nieuwe) operatieve technieken en ontwikkelingen in het vak.

De eerste informatiedag op **24 maart 2012** wordt georganiseerd door Algemene Gynaecologie en Oncologie en de tweede op **29 september 2012** door Foeto Maternale Geneeskunde en Voortplantingsgeneeskunde. In dit nummer aandacht voor het programma van 24 maart. In een volgend nummer meer informatie over 29 september.

Zaterdag 24 maart 2012

Gynaecologische Oncologie

Iedereen kent wel iemand die lijdt of geleden heeft aan kanker van de baarmoeder, de baarmoederhals, eierstokken of van een andere gynaecologische oorsprong. In een interactief programma worden de snelle ontwikkelingen op het gebied van de diagnose en behandeling van ziekten van de vrouwelijke geslachtsorganen belicht.

In vier voordrachten worden de nieuwste ontwikkelingen in de behandelmogelijkheden van gynaecologische kanker belicht. Denk hierbij aan de schildwachtersklierprocedure bij schaamlipkanker, het gebruik van de robot op de operatiekamer of het 'spoelen van de buik met chemotherapie' bij eierstokkanker. Wat betekenen deze ontwikkelingen voor de kwaliteit van leven en de overlevingskansen van de patiënt?

Pijler Algemene Gynaecologie

'Vrouwenkwaaltjes', heten ze geringschattend in de volksmond. Maar abnormale menstruaties, buikpijn, incontinentie voor urine e.d. kunnen de kwaliteit van leven ondergraven. Ze zijn verantwoordelijk voor een

groot deel van het ziekteverzuim van vrouwen. De maatschappelijke impact is een tijdlang onderschat. In het middagprogramma aandacht voor aandoeningen van de bekkenbodem (verzakking, incontinentie), endometriose ('eilandjesziekte') en moderne chirurgische technieken.

In het eerste deel, dat is samengesteld door de werkgroep Endometriose staan klachten als gevolg van endometriose centraal zoals buikpijn, pijn bij vrijen en verminderde vruchtbaarheid.

Het tweede deel is samengesteld door de werkgroep Gynaecologische Endoscopie (WGE). Sinds begin jaren 90 van de vorige eeuw is het mogelijk om via kijkbuistechnieken of op geleide van echobeelden, oorzaken van b.v. abnormale menstruaties vast te stellen en te behandelen. Deze technieken kunnen zonder veel belasting en met behoud van de baarmoeder, de aandoening genezen of de klachten verlichten.

Het derde deel, over aandoeningen van de bekkenbodem, is samengesteld door de werkgroep Bekkenbodem. Na een aansprekend toneelstuk met als titel '*Het verlies van Viviane*' volgt discussie met de zaal over taboe en schaamte rond bekkenbodemplachten en ongewenst urineverlies, en over de mogelijkheden en successen van behandeling.

Onder de aandacht brengen

Ter voorbereiding op de informatiedagen is veel werk door de genoemde pijlers verzet. Om deze dagen te laten slagen, doen wij u een beroep op u allen om deze dagen bij uw patiënten onder de aandacht te brengen. Alle maatschappen hebben inmiddels posters ontvangen en een aantal geselecteerde maatschappen flyers. Wilt u deze ophangen in de wachtruimte en aan de patiënten meegeven? U kunt ook een link plaatsen op uw website of via social media als LinkedIn, Hyves, Facebook of Twitter het nieuws de wereld in brengen.

Wilt u zelf meewerken aan de Informatiedagen of heeft u vragen, tips of ideeën, neem dan contact op met het Bureau NVOG, Utrecht:

Yvonne Broer, 030 28 23 813, yvonnebroer@nvog.nl

Ank Louwes, 030 28 23 832, anklouwes@nvog.nl

Het programmaboekje staat op onze website en patiënten kunnen zich ook via onze website inschrijven. Deelname voor hen is gratis.

Zie ook www.nvog.nl > 125 jaar NVOG > Informatiedagen voor het publiek



We hebben een winnaar!

We wisten het al* maar het bewijs is opnieuw geleverd. Met hMG/hMG-HP is er 3,1% meer kans op een levendgeboren kind vergeleken met recombinant FSH bij IVF/ICSI**.

Dit percentage lijkt niet groot maar kan voor de patiënt wel het verschil maken.



Kijk voor uitgebreide informatie elders in dit blad.

* Platteau P, Andersen AN, Loft A, Smits J, Danglas P, Devroey P. Highly purified HMG versus recombinant FSH for ovarian stimulation in IVF cycles. Reprod Biomed. Online 2008; 17.2: 190-98.

** Van Wely M, Kwan I, Burt AL, Thomas J, Vail A, Van der Veen F, Al-Inany HG. Recombinant versus urinary gonadotrophin for ovarian stimulation in assisted reproductive technology cycles (Review). Cochrane Database Syst Rev 2011; 2: CD005354. Analyse 1.1. Aantal (%) levendgeborenen na 3.197 cycli uit 11 studies: 359/1604 (22,4%) na rFSH versus 406/1593 (25,5%) na hMG/hMG-HP; OR 0,84; 95% betrouwbaarheidsinterval 0,72-0,99; p=0,04.

Verkorte productinformatie Mirena®

Samenstelling Mirena is een hormonaal intra-uterien systeem met een depot van 52 mg levonorgestrel. Gedurende een periode van vijf jaar wordt hieruit per 24 uur gemiddeld 12 microgram levonorgestrel afgegeven. **Indicaties** Anticonceptie; behandeling van versterkt menstrueel bloedverlies of menorrhagie (bij deze indicaties vervangen na 5 jaar); progestageen adjuvans ter voorkoming van endometriumhyperplasie tijdens oestrogeentherapie in de peri- en postmenopauze (na 3 jaar vervangen). **Contra-indicaties** Zwangerschap of het vermoeden ervan; acute, subacute of chronische ontstekingen in het kleine bekken, ook in de anamnese; genitale infecties; soa; in de afgelopen 3 maanden: een abortus gecompliceerd door een infectie; endometritis post partum; cervicitis; cervixdysplasie; bevestigde maligniteit van het corpus uteri of van de cervix, of het vermoeden daarvan; aanwezigheid of vermoeden van mammacarcinoom of andere geslachtshormoonafhankelijke maligne aandoeningen; abnormale vaginale bloeding waarvan de diagnose (nog) niet is vastgesteld; congenitale of verworven anatomische afwijkingen van de uterus, waaronder myomen, indien het cavum uteri hierdoor wordt vervormd; aandoeningen die chronisch met een verminderde weerstand gepaard gaan of die als gevolg van bacteriëmie kunnen verergeren (klepafwijkingen, aangeboren hartafwijkingen); acute aandoeningen van de lever of levertumoren; actieve tromboflebitis of trombo-embolische processen; overgevoelghed voor een van de bestanddelen. **Waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik** Wanneer bij de behandeling van versterkt menstrueel bloedverlies de bloeding niet tot staan komt, of wanneer er sprake is van zware doorbraakbloedingen, moet met een andere (bijvoorbeeld organische) oorzaak van de bloeding rekening worden gehouden. Onregelmatige bloedingen kunnen sommige symptomen en aanwijzingen voor endometriumpoliepen of -carcinoom maskeren. Bij recidiverende endometritis of ontstekingen in het bekken, of als een acute infectie niet binnen enkele dagen op een behandeling reageert, moet het IUD worden verwijderd. Bloedingen en pijn kunnen symptomen van partiële of volledige expulsië van een IUD zijn. Een IUD dat zich niet meer op de juiste plaats bevindt, moet worden verwijderd en vervangen. De kans op perforaties kan verhoogd zijn bij inserties post partum, bij vrouwen die borstvoeding geven en bij vrouwen met een uterus in retroflexie. Als een insertie moeilijk is verlopen en/of bij ernstige pijn of bloedverlies tijdens de na de insertie, moet door middel van lichamelijk onderzoek en echografie een perforatie worden uitgesloten. De mogelijkheid van een ectopische zwangerschap moet worden overwogen in geval van lage abdominale pijn, en met name als de menstruatie uitblijft of als een vrouw met amenorroe begint te bloeden. Het absolute risico van ectopische zwangerschap bij Mirena-gebruikers is klein. In de eerste maanden na het inbrengen kan het IUD buik- of rugklachten veroorzaken. In zeer zeldzame gevallen kan tijdens het inbrengen resp. verwijderen van het IUD gedurende korte tijd verlies van bewustzijn of een verminderde polsfrequentie optreden. Bijwerkingen Menstruele klachten (amenorroe, spotting, onregelmatig bloedverlies), goedaardige ovariumcysten, depressieve stemming, zenuwachtigheid, verminderd libido, hoofdpijn, buikpijn, misselijkheid, acne, rugpijn, pijn in het bekken, dysmenorroe, vaginale secretie, vulvovaginitis, gevoelige borsten, pijnlijke borsten, expulsië van het IUD, gewichtstoename, stemmingswisselingen, migraine, opgeblazen gevoel, alopecia, hirsutisme, pruritus, eczeem, ontstekingen in het bekken, endometritis, cervicitis/ Pap-smear normaal (klasse II), oedeem, huiduitslag, urticaria, uiterne perforatie. **Handelsvorm** Verpakking met 1 IUD. **Registratienummer** RVG 16681. **Naam en adres van de registratiehouder** Bayer B.V., Energieweg 1, 3641 RT Mijdrecht, tel. 0297 280 666. **Datum van goedkeuring / herziening van de SmPC** 15 januari 2010. **Afleveringsstatus** UR. Uitgebreide informatie (SmPC) is op aanvraag beschikbaar.



www.mirena.nl



Naam van het geneesmiddel: Menopur. Kwalitatieve en kwantitatieve

samenstelling: Menotrofine (HMG) (met een biologische activiteit van meer dan 2000 IE per mg actief bestanddeel), overeenkomend met 75 IE FSH en 75 IE LH per injectieflacon. **Farmaceutische vorm:** poeder en oplosmiddel voor oplossing voor injectie. **Therapeutische indicaties:** Stoomissen in de fertiliteit ten gevolge van een onvoldoende endogene stimulatie van de gonaden. Bij de vrouw: infertiliteit veroorzaakt door anovulatie (inclusief polycysteus ovarium syndroom (PCOS)), indien behandeling met clomifencitraat geen resultaat heeft gehad.. Bij de man: geselecteerde gevallen van een gestoorde spermatogenese. Menopur kan tevens gebruikt worden voor gecontroleerde ovarie hyperstimulatie om meervoudige follikelgroei te induceren bij geassisteerde reproductietechnieken, zoals zoals in vitro fertilisatie gevolgd door embryo transfer (IVF/ET), gamete intra-fallopian transfer (GIFT) en intracytoplasmatische sperma injectie. **Contra indicaties:** Bij vrouwen: Zwangerschap en lactatie, gynaecologisch bloedverlies met onbekende oorzaak, tumoren van de uterus, ovaria of mammae, tumoren van hypofyse of hypothalamus, overgevoelghed voor het actief bestanddeel of één van de hulpstoffen. In de volgende situaties is een positief behandelingsresultaat onwaarschijnlijk en daarom dient Menopur niet te worden toegepast bij: primair ovariumfalen, ovariumcysten of vergrote ovaria die niet het gevolg zijn van PCOS, malformatie van de geslachtsorganen niet verenigbaar met zwangerschap, fibroïde tumoren van de uterus niet verenigbaar met zwangerschap. Bij mannen: prostaatacarcinoom, testistumor **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Vóór en tijdens de behandeling dient bij vrouwen de ovarie activiteit gecontroleerd te worden door middel van echografie en serumoestradiol bepalingen. Bij de eerste verschijnselen van overmatige ovarie hyperstimulatie dient de behandeling onmiddellijk te worden afgebroken en dient te worden afgezien van hCG toediening. Deze voorzorgsmaatregel is vooral van belang bij patiënten met polycystische ovaria. Vóór behandeling met Menopur 75 IE dient een lichamelijk onderzoek te worden uitgevoerd om anatomische afwijkingen van de geslachtsorganen, primair ovariumfalen of niet-gonadale endocrinologische afwijkingen uit te sluiten. De kans op meerling-zwangerschappen of spontane abortus is verhoogd bij ovulatie-inductie. Wees voorzichtig bij vrouwen met een verhoogd risico op trombo-embolische gebeurtenissen. **Bijwerkingen:** overmatige ovarie hyperstimulatie, bekkenpijn, hoofdpijn, buikpijn, opgezette buik, misselijkheid, pijn en reactie op de injectieplaats. **Registratiehouder:** Ferring B.V., Polarisavenue 130, 2132 JX Hoofddorp. **Registratienummer:** RVG 2436. **Afleverstatus:** UR. **Datum:** Juli 2009

Verkorte productinformatie Toviaz (november 2011) **Samenstelling:** Toviaz 4 en 8 mg tabletten met verlengde afgifte bevatten respectievelijk 4 en 8 mg fesoterodinefumarate overeenkomend met 3,1 en 6,2 mg fesoterodine. **Indicaties:** Behandeling van de symptomen (veelvuldig plassen en/of plotselinge aandrang tot plassen en/of urge-incontinentie) die kunnen optreden bij patiënten met het overactieve blaasvondroom. **Farmacotherapeutische groep:** Urologische spasmolytica. ATC-code: G04B D11. **Dosering:** De aanbevolen aanvangsdosering is eenmaal daags 4 mg. Afhankelijk van de individuele respons kan de dosis worden verhoogd tot eenmaal daags 8 mg. De maximale dagelijkse dosering is 8 mg. Het effect van de volledige behandeling werd al waargenomen na 2 tot 8 weken. Daarom wordt aanbevolen om de werkzaamheid bij individuele patiënten te herevalueren na 8 weken behandeling. Bij personen met een normale nier- en leverfunctie, die gelijktijdig krachtige CYP3A4-remmers toegediend krijgen, dient de maximale dagdosering van TOVIAZ 4 mg eenmaal daags te bedragen. **Contra-indicaties:** Overgevoelghed voor het werkzame bestanddeel of voor pinda's of soja of voor één van de hulpstoffen, urineretentie, maagretentie, onvoldoende gereguleerd nauwe kamerochlocaucom, myasthenia gravis, ernstige leverfunctiestoornis (Child Pugh C), gelijktijdig gebruik van krachtige CYP3A4-remmers bij personen met matige tot ernstige lever- of nierfunctiestoornissen, ernstige colitis ulcerosa en toxisch megacolon. **Waarschuwingen en voorzorgen:** Toviaz dient met voorzichtigheid gebruikt te worden bij patiënten met een klinisch significante obstructie van de blaasuitgang met risico op urineretentie (bijv. klinisch significante prostaatvergroting door benigne prostaathyperplasie), met gastro-intestinale obstructie, gastro-oesofageale reflux en/of bij patiënten die gelijktijdig geneesmiddelen gebruiken die een oesofagitis kunnen veroorzaken/verergeren, bij patiënten met verminderde gastro-intestinale motiliteit, autonome neuropathie en voldoende gereguleerd nauwe kamerochlocaucom. Verder is voorzichtigheid geboden bij het voorschrijven of optitieren van fesoterodine bij patiënten in wie een verhoogde blootstelling aan de actieve metabool wordt verwacht: leverfunctiestoornissen, nierfunctiestoornissen, gelijktijdige toediening van krachtige of matige CYP3A4-remmers en gelijktijdige toediening van een krachtige CYP2D6-remmer. Bij patiënten met een combinatie van deze factoren worden aanvullende toename in blootstelling verwacht. Het is waarschijnlijk dat dosisaafhankelijke antimuscarinerge bijwerkingen zullen optreden. Bij populaties waarin de dosis verhoogd kan worden tot 8 mg eenmaal daags, dient de dosishverhoging voortgegaan te worden door een evaluatie van de individuele respons en tolerantie. Eventuele andere oorzaken voor het veelvuldig urineren (behandeling van hartfalen of nierziekte) moeten worden uitgesloten voordat een behandeling wordt overwogen. Als er sprake is van een urineweginfectie, moet met een geschikte medicatie/antibacteriële behandeling worden gestart. Gelijktijdig gebruik van fesoterodine met een krachtige CYP3A4-inductor wordt niet aanbevolen. Niet als bij andere antimuscarinica, dient fesoterodine met voorzichtigheid te worden gebruikt bij patiënten met een risico voor QT-verlenging en bij patiënten met relevante al eerder bestaande hart-aandoeningen. Dit geldt speciaal bij gebruik van krachtige CYP3A4-remmers. Angio-oedeem is gemeld tijdens het gebruik van fesoterodine en trad in sommige gevallen op na de eerste dosering. Indien angio-oedeem optreedt dan dient het gebruik van fesoterodine gestaakt te worden en dient gepaste behandeling direct verleend te worden. Toviaz tabletten met verlengde afgifte bevatten lactose. Patiënten met zeldzame erfelijke aandoeningen als galactose-intolerantie, Lapp lactasedeficiëntie of glucose-galactose malabsorptie dienen dit geneesmiddel niet te gebruiken. **Bijwerkingen:** Als gevolg van de farmacologische eigenschappen van fesoterodine kan de behandeling evenals met andere antimuscarinerge middelen en geneesmiddelen met anticholinerge eigenschappen (bijv. amantodine, tricyclische antidepressiva, bepaalde neuroleptica) ichte tot matige antimuscarinerge effecten veroorzaken, zoals een droge mond, droge ogen, dyspepsie en obstipatie. Zeer vaak ($\geq 1/10$): droge mond. Vaak ($\geq 1/100$, $< 1/10$): duizeligheid, hoofdpijn, droge keel, buikpijn, diarree, dyspepsie, obstipatie, misselijkheid, diarree en sloeploosheid. Soms ($\geq 1/1000$, $< 1/100$): tachycardie, palpaties, dysgeusie, sloepigheid, wazig zien, veritig, faryngolaryngeale pijn, hoesten, droge neus, buikklachten, flatulentie, gastro-oesofageale reflux, urineretentie [waaronder het gevoel dat de blaas niet helemaal leeg is, mistiesstroom], urinaire hesitie [druppelgevoel bij urineren], uitslag, droge huid, iek, urineweginfectie, vermoeidheid, verhoogd ALT en verhoogd GGT. Zelden ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$): angio-oedeem, neteltoes en verwardheid. Na het op de markt brengen werden er gevallen van urineretentie beschreven, die over het algemeen binnen de eerste week van de fesoterodinebehandeling optraden en waarvoor katheterisatie nodig was. Het betrof voornamelijk oudere mannelijke patiënten (65 jaar of ouder) met een voorgeschiedenis van benigne prostaathyperplasie. **Afleveringsstatus:** UR. **Registratienummers:** EU/1/07/386/001-018. **Vergoeding en prijzen:** Toviaz 4 mg wordt gedeeltelijk vergoed binnen het GVS. Toviaz 8 mg wordt volledig vergoed binnen het GVS. Voor prijzen wordt verwezen naar de Z-index toe. **Voor medische informatie over dit product bel of met 0800-MEDINFO (6334636).** De volledige productinformatie (SPC van oktober 2011 is op aanvraag verkrijgbaar). **Registratiehouder:** Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NJ, Verenigd Koninkrijk. **Neem voor correspondentie en inlichtingen contact op met de lokale vertegenwoordiger: Pfizer bv, Postbus 37, 2900 AA Capelle a/d IJssel.**

ELONVA (corifollitropin alfa) - verkorte productinformatie

Samenstelling: Elke voorgevulde spuit bevat 100 of 150 microgram corifollitropin alfa in 0,5 ml oplossing voor injectie. Corifollitropin alfa is een glycoproteïne die wordt geproduceerd door middel van recombinant DNA-technologie in ovariecellen van Chinese hamsters (CHO = Chinese Hamster Ovary). **Therapeutische indicaties:** Gecontroleerde ovarie stimulatie (COS) in combinatie met een GnRH-antagonist voor de groei van meerdere follikels bij vrouwen die behandeld worden in het kader van een Assisted Reproductive Technology-programma (ART). **Contra-indicaties:** Overgevoelghed voor het werkzame bestanddeel of voor één van de hulpstoffen. Tumoren van het ovarium, de baar, de uterus, de hypofyse of de hypothalamus. Abnormale (niet menstruele) vaginale bloeding waarvan de oorzaak niet bekend of niet gediagnosticeerd is. Primair ovariaal falen. Ovariumcysten of vergrote ovaria. Geschiedenis van ovarieel hyperstimulatiesyndroom (OHS). Een eerdere gecontroleerde ovarie stimulatie (COS) die resulteerde in meer dan 30 follikels ≥ 11 mm, gemeten met behulp van een echo-onderzoek. Een basale antrale follikelketting (AFC) ≥ 20 . Fibroïde tumoren van de uterus waardoor zwangerschap niet mogelijk is. Misvorming van de voortplantingsorganen waardoor zwangerschap niet mogelijk is. **Belangrijke waarschuwingen:** Voor het starten van de behandeling dient de verminderde vruchtbaarheid van het paar vastgesteld te worden en vermeende contra-indicaties voor zwangerschap beschouwd te worden. In het bijzonder moet gekend worden naar en gepaste specifieke behandeling worden gegeven voor hypothyroïdie, adrenocorticale deficiëntie, hyperprolactinemie en tumoren van de hypofyse of hypothalamus. Elonva is uitsluitend bestemd voor enkelvoudige subcutane injectie. Binnen één behandelingscyclus dienen geen extra injecties Elonva te worden toegediend. Gedurende de eerste zeven dagen na het toedienen van Elonva dient er geen (rec)FSH te worden toegediend (zie ook rubriek 4.2). Bij patiënten met lichte, matige of ernstige nierinsufficiëntie kan de uitschending van corifollitropin alfa verslechteren (zie rubrieken 4.2 en 5.2). Daarom wordt het gebruik van Elonva bij deze vrouwen afgeraden. Er zijn beperkte gegevens beschikbaar over het gebruik van Elonva in combinatie met een GnRH-agonist. De uitkomsten van een klein en niet-gecontroleerd onderzoek lijken te duiden op een hogere ovarieel respons dan bij gebruik in combinatie met een GnRH-antagonist. Daarom wordt het gebruik van Elonva in combinatie met een GnRH-agonist afgeraden (zie ook rubriek 4.2). Er is geen onderzoek verricht naar de werking van Elonva bij patiënten met polycysteus ovariumsyndroom (PCOS). Het gebruik van Elonva bij deze vrouwen wordt afgeraden. De ovarieel respons na behandeling met Elonva is hoger dan na dagelijkse behandeling met recFSH. Daarom kunnen met name vrouwen die bekend zijn met risicofactoren voor een sterke ovarieel respons gevoelig zijn voor het ontwikkelen van OHS tijdens of na behandeling met Elonva. Bij vrouwen die voor het eerst een ovarieel stimulatiesyndroom ondergaan en van wie de risicofactoren slechts gedeeltelijk bekend zijn, wordt zorgvuldige controle op de mogelijkheid van een ovarieel hyperrespons aanbevolen. Ovarieel hyperstimulatiesyndroom (OHS): OHS is een medische aandoening die zich onderscheidt van een ongecompliceerde ovariumvergroting. Klinische symptomen van lichte en matig ernstige OHS zijn buikpijn, misselijkheid, diarree, licht of matig ovariumvergroting en ovarieel cysten. Ernstige OHS kan levensbedreigend zijn. Klinische symptomen van ernstige OHS zijn grote ovariumcysten (met kans op ruptuur), acute buikpijn, ascites, pleurale effusie, hydrothorax, dyspneu, oligurie, hematologische afwijkingen en gewichtstoename. In zeldzame gevallen kan in samenhang met OHS een veneuze of arteriële trombo-embolie optreden. De symptomen van OHS worden verslekt door het toedienen van humane choriongonadotrofine (hCG) en door zwangerschap (endogen hCG). Doorgaans treedt vroege OHS op binnen 10 dagen na het toedienen van hCG. De aandoening kan gepaard gaan met een overmatige ovarieel respons op gonadotrofinestimulatie. Vroege OHS geneest gewoonlijk spontaan bij aanvang van de volgende menstruatie. Late OHS treedt meer dan 10 dagen na het toedienen van hCG op, als gevolg van (meerling)zwangerschap. Vanwege het risico op OHS moeten patiënten minstens twee weken na de toediening van hCG onder controle blijven. Om de kans op OHS te verklaren moet voorafgaand aan de behandeling en met regelmatige tussenpozen tijdens de behandeling echografisch de ontwikkeling van follikels worden bepaald en/of het gebruik van seroestradioot worden gemeten. Bij ART (Assisted Reproductive Technology) is er een verhoogd risico op het ontwikkelen van OHS bij 13 of meer follikels met een diameter van 11 mm of groter. Wanneer er in totaal 30 of meer follikels worden aangetroffen, is het raadzaam de toediening van hCG achterwege te laten. Afhankelijk van de ovarieel respons kan men OHS met behulp van de onderstaande maatregelen voorkomen: verlate stimulatie met een gonadotrofinpreparaat maximaal 3 dagen staken ('coasting'); wachten met toediening van hCG voor de indicatie van ocytomaaturatie totdat het oestradiolgehalte afneemt of stabiliseert; voor een dosis hCG van minder dan 10.000 IE toedienen voor de indicatie van uiterste ocytomaaturatie, bijvoorbeeld 5.000 IE hCG of 250 microgram rec-hCG (gelijkwaardig aan ca. 8.500 IE); alle embryo's cryopreservieren voor toekomstige embryotransfer; niet toedienen van hCG en de behandelingscyclus annuleren. Voor ondersteuning in de luteale fase moet het toedienen van hCG worden vermeden. Teneinde het risico van OHS zoveel mogelijk te verminderen is het van belang dat de aanbevolen dosering van Elonva en het behandelingsregime worden aangehouden en dat de ovarieel respons zorgvuldig wordt gecontroleerd. Bij alle behandelingen met gonadotrofin is melding gemaakt van meerlingzwangerschappen en -geboorten. Voordat met de behandeling wordt begonnen, moeten de vrouw en haar partner worden ingelicht over de eventuele risico's voor de moeder (zwangerschappen en complicaties) en voor de neonat (laag geboortegewicht). Bij vrouwen die ART-procedures ondergaan hangt het risico van meerlingzwangerschap hoofdzakelijk samen met het aantal ingebrachte embryo's. Verminderd vruchtbare vrouwen die ART-behandelingen en in het bijzonder IVF-behandelingen ondergaan, hebben vaker afwijkingen aan de tubae. Daardoor kan ectopische zwangerschap vaker voorkomen. Het is van belang in een vroeg stadium echografisch te bevestigen dat de zwangerschap intra-uterien is, en de mogelijkheid van extra-uteriene zwangerschap uit te sluiten. De incidentie van aangeboren misvorming na ART-procedures kan wellicht iets verhoogd zijn vergeleken met een spontaan conceptie. Vermoed wordt dat dit een gevolg is van verschillen in de eigenschappen van de ouders (bv. de leeftijd van de moeder, eigenschappen van het sperma) en van de hogere intensiteit van meerlingzwangerschappen. Er is melding gemaakt van neoplasmata van de ovaria en van andere delen van het voortplantingsstelsel, zowel benigne als maligne, bij vrouwen die meerdere infertilitetsbehandelingen hebben ondergaan. Men heeft nog niet vastgesteld of behandeling met gonadotrofinen de basisrisico's van deze tumoren bij onvruchtbare vrouwen wel of niet verhoogt. Bij vrouwen met algemeen erkende risicofactoren voor trombo-embolische incidenten, zoals een persoonlijke of familiale voorgeschiedenis, ernstige obesitas (body mass index > 30 kg/m²) of trombofilie, kan dit risico door behandeling met gonadotrofinen nog verder worden verhoogd. Bij dergelijke vrouwen moeten de voordelen van het toedienen van gonadotrofinen tegen de risico's worden afgewogen. Daarbij moet wel worden overwogen dat zwangerschap zelf ook al een verhoogd risico van trombose met zich meebrengt. **Bijwerkingen:** De meest frequent gemelde bijwerkingen tijdens behandeling met Elonva in het kader van klinisch onderzoek zijn OHS (5,2%, zie ook rubriek 4.4), bekkenpijn (4,1%) en -ongemak (5,5%), hoofdpijn (3,2%), misselijkheid (1,7%), vermoeidheid (1,4%) en mammaeclachten (waaronder gevoeligheid) (1,2%). Hierna volgen de voornaamste bijwerkingen bij vrouwen die in klinische onderzoeken met Elonva zijn behandeld, ingedeeld naar systeem/orgaanklasse en frequentie: vaak ($\geq 1/100$ tot $< 1/10$), soms ($\geq 1/1.000$ tot $< 1/100$). **Zwangerschap/behandelingsgegevens:** Vaak hoofpijn. Soms: duizeligheid. **Maagdarmsleesland-aandoeningen:** Vaak misselijkheid. Soms: buikpijn, braken, diarree, verstopping en opgezette buik. **Voortplantingsstelsel- en voortplantingsaandoeningen:** Vaak OHS, bekkenpijn en -ongemak, mammaeclachten, soms: Torse van het ovarium. **Algemene aandoeningen en toedieningsomstandigheden:** Vaak: vermoeidheid. Daarnaast zijn ectopische zwangerschap, miskraam en meerlingzwangerschap gemeld. Men veronderstelt dat deze gerelateerd zijn aan de ART-procedure of aan opnevelende zwangerschappen. **Farmacotherapeutische groep:** Farmacotherapeutische categorie: geslachtshormonen en modulators van het genitale systeem, gonadotropinen ATC-code: G03GA09 **Afleveringswijze:** Receptplichtig. **Houder van de vergunning voor het in de handel brengen:** N.V. Organon, Kloosterstraat 6, 5349 AB Oss, Nederland **Nummers/ van de vergunning voor het in de handel brengen:** EU/1/09/609/001, EU/1/09/609/002 **Lokale vertegenwoordiger:** MSD BV, tel. 0800-999900, medicalinfo.nl@merck.com. **Datum:** Oktober 2011. Voor volledige productinformatie verwijzen wij naar de huidige goedgekeurde Samenvatting van de Productkenmerken, zie www.emea.europa.eu.

Issue 3, 2011

Vragen:

Een 31-jarige G1P0, zwanger van een eenling, wordt bij een zwangerschapsduur van 8+1 weken naar u verwezen omdat zij in het verleden een diepe veneuze trombose heeft ontwikkeld toen haar enkel in het gips zat. Patiënte heeft geen trombofilie. Haar BMI is 24. De familieanamnese is blanco met betrekking tot diepe veneuze trombose of longembolie.

> Geef aan of de volgende adviezen juist of onjuist zijn:

- I. Patiënte wordt geadviseerd tijdens haar zwangerschap tromboseprofylaxe te gebruiken.
- II. Patiënte wordt geadviseerd tijdens haar kraambed tromboseprofylaxe te gebruiken.

- A. Advies I is juist; advies II is juist
- B. Advies I is juist; advies II is onjuist
- C. Advies I is onjuist; advies II is juist
- D. Advies I is onjuist; advies II is onjuist

De ASA-classificatie wordt door anaesthesisten gebruikt en is een classificatie van de fysieke status, overgenomen van de American Society of Anesthesiologists.

> Een patiënte met milde obesitas (BMI 28) wordt ingedeeld in:

- A. ASA 1
- B. ASA 2
- C. ASA 3
- D. ASA 4

Issue 4, 2011

Vragen:

Een 28-jarige G1P0 komt voor haar eerste zwangerschapscontrole. Er wordt bij een zwangerschapsduur van 8 weken een vaginale echoscopie verricht. Er wordt een intacte intra-uteriene eenlingzwangerschap gezien conform 8 weken.

> De kans dat deze zwangerschap alsnog eindigt in een miskraam ligt het dichtst bij:

- A. 5%
- B. 10%
- C. 15%
- D. 30%

VIN (Intra-epitheliale neoplasie van de vulva) kan wellicht medicamenteus worden behandeld.

> Geef aan of de volgende stellingen juist of onjuist zijn:

- I. Imiquimod is bij de meerderheid van de patiënten effectief bij de behandeling van VIN II/III.
- II. Imiquimod veroorzaakt bij de meerderheid van de patiënten vulvaire pijn.

- A. Stelling I is juist; stelling II is juist
- B. Stelling I is juist; stelling II is onjuist
- C. Stelling I is onjuist; stelling II is juist
- D. Stelling I is onjuist; stelling II is onjuist

Bevallen met een hernia, wat zeggen de experts?

J. de Haan*, P.F. Teunissen, L.B. Uittenbogaard, V. Mijatovic

Casus

Een 34-jarige primigravida (AD 30 weken) werd door de neuroloog verwezen naar de polikliniek verloskunde van het VU medisch centrum. Via haar verloskundige was zij naar de neuroloog verwezen vanwege radicaire symptomen in haar linker bil en -been. Er was geen sprake van krachtsverlies of uitsvalsverschijnselen. Door middel van een MRI werd een lumbale hernia nuclei pulposi (HNP) op niveau L5-S1 vastgesteld. De neuroloog verwees haar door naar de gynaecoloog met de vraag of zij vaginaal mag bevallen met het oog op haar HNP en de hieruit voortkomende klachten.

Achtergronden

Het lumbosacraal radiculair syndroom wordt gekenmerkt door radicaire pijn, al dan niet gepaard met andere prikkelingsverschijnselen (paresthesieën) en neurologische uitsvalsverschijnselen van de aangedane zenuwwortel(s). De meest waarschijnlijke oorzaak is een lumbale hernia nuclei pulposi (HNP). De incidentie van HNP tijdens de zwangerschap is onbekend. Een HNP staat bekend om een toename van klachten bij druk verhogende momenten. Om deze reden is het goed denkbaar dat zwangere vrouwen tijdens de zwangerschap en wellicht ook tijdens een vaginale partus een toename van radicaire pijn kunnen ervaren. Echter, of de drukverhoging die optreedt tijdens de partus, behoudens intermitterende pijn, ook op de langere termijn ongunstige gevolgen heeft, is niet bekend. Naar aanleiding van de voorliggende casus rees de volgende vraag: bestaat er een indicatie om in geval van een radiologisch bewezen HNP tijdens de zwangerschap een primaire sectio te verrichten?

Vraagstelling

Heeft een primaire sectio caesarea een betere invloed op de klinische uitkomst van een HNP bij een primigravida met een HNP tijdens haar zwangerschap dan een vaginale partus?

Patiënt: Primigravida met een HNP tijdens de zwangerschap
Intervention: Primaire sectio caesarea
Comparison: Vaginale partus
Outcome: De klinische uitkomst van de HNP

Zoekstrategie

Op 4 oktober 2011 werd in PubMed gezocht met de volgende zoektermen:

"Intervertebral Disk Displacement"[Mesh] AND "Cesarean Section"[Mesh] AND ("Labor, Obstetric"[Mesh]) OR "Parturition"[Mesh].

Dit leverde nul hits op, waarop de zoekstrategie met de volgende termen werd uitgebreid:

(intervertebral[tiab] AND (disk[tiab] OR disks[tiab] OR disc[tiab] OR discs[tiab]) AND displacement*[tiab]) OR ((herniated[tiab] OR slipped[tiab] OR prolapse*[tiab]) AND (disk[tiab] OR disks[tiab] OR disc[tiab] OR discs[tiab])) OR hernia nuclei pulpos*[tiab] AND deliver*[tiab] OR labor[tiab] OR labour[tiab] OR childbirth*[tiab] OR birth*[tiab] OR parturition*[tiab] AND cesarean[tiab] OR caesarean[tiab] OR postcesarean[tiab] OR postcaesarean[tiab] OR abdominal deliver*[tiab] OR c section*[tiab] OR sectio caesarea*[tiab]*

Deze search leverde elf artikelen op, waarvan na selectie op taal zeven artikelen resteerden. Van deze artikelen bleef, na selectie waarbij gekeken werd naar overeenkomende vraagstelling met de PICO, één artikel over.

Bevindingen

Het geselecteerde artikel van LaBan et al. beschrijft vijf casus van zwangeren die zich presenteerden met klinische symptomen van een HNP. Het betroffen patiënten uit het William Beaumont Hospital in Michigan (de Verenigde Staten) in de periode 1973-1983, uit de totale groep van 48.760 bevallingen die in dat ziekenhuis plaats hebben gevonden. Twee vrouwen waren primigravida, drie vrouwen hadden reeds twee levende kinderen vaginaal gebaard.

Deze vrouwen hadden allen een positieve proef van Lasègue in het derde trimester van de zwangerschap. Zij ondergingen een myelografie, waaruit bleek dat alle vijf patiënten een HNP hadden. Hierop werden

	Obstetrie	Neurologie
AMC	Vaginaal, pijnstilling	Vaginaal, pijnstilling
VUMC	Vaginaal	Vaginaal
LUMC	Vaginaal, kunstverlossing	Geen reactie
UMCG	Vaginaal	Vaginaal
UMCN Radboud	Vaginaal, pijnstilling, evt. kunstverlossing.	
	Bij inklemmingsgevaar: sectio	Vaginaal, pijnstilling
Erasmus MC	Vaginaal	Vaginaal, pijnstilling.
	Bij toename pijn: sectio	
AZM	Vaginaal, pijnstilling	Vaginaal, pijnstilling
UMC	Geen reactie	Vaginaal

zij klinisch geobserveerd en kregen zij pijnstilling middels tractie en thermotherapie. De partus ging middels een sectio caesarea om eventuele verergering van de HNP-klachten te voorkomen. Alle vijf patiënten meldden een duidelijke vermindering van de rug- en beenklachten na de bevalling.

Follow-up werd verricht na minimaal drie weken. In die drie weken ondergingen alle vrouwen enkel conservatieve therapie. Echter, vanwege aanhoudende pijn, werd na minimaal drie weken besloten tot het verrichten van een laminectomie bij alle vijf patiënten.

Expert opinion

Gezien het gebrek aan *evidence* hebben we contact gehad met de zeven andere Nederlandse universitair medische centra en aan een obstetrisch en neurologisch staf lid aldaar de casus voorgelegd. Uit de reacties van de verschillende specialisten komt de volgende expert opinion voort. Zie tabel.

Conclusie

Het artikel van LaBan et al. suggereert dat zwangerschap de kans op een HNP mogelijk vergroot vanwege de toegenomen druk in het abdomen en door de verweking van ligamenten in en rond het bekken door hormonale invloeden. Echter, bewijs is hier niet voor gevonden.

Omdat er in alle vijf casus gekozen is voor een sectio caesarea is het niet mogelijk een conclusie te trekken over het effect van een vaginale partus op het klinische beloop van een HNP.

Er kan dus gesteld worden dat er tot op heden onvoldoende gerapporteerd is over dit probleem. Desondanks blijkt dat de experts in Nederland van mening zijn dat het veilig is om met goede pijnstilling vaginaal te bevallen als er durante partu sprake is van een hernia nuclei pulposi.

Discussie

Het artikel van LaBan beschrijft vijf case-reports die allen met een primaire sectio zijn behandeld. Helaas kan hierdoor geen uitspraak worden gedaan over de vaginale partus in het geval van een klinisch aanwezige HNP. Daar komt bij dat het artikel dateert uit 1983.

Hierdoor beschrijft het beeldvormende technieken die in de huidige kliniek niet meer tot de eerste keuze behoren. Het is mogelijk dat er op basis daarvan in 1983 eerder voor een sectio caesarea gekozen is.

De incidentie van HNP in de hele populatie wordt geschat op 15:10.000. LaBan rapporteert een incidentie van HNP tijdens de zwangerschap van 1:10.000. In de literatuur zijn geen duidelijke gegevens bekend over de incidentie. Om die reden lijkt een gecontroleerde interventiestudie niet makkelijk haalbaar.

Aanbevelingen

Aangezien er een tekort is aan adequate *evidence*, is het niet gerechtvaardigd om primair een sectio te adviseren danwel een vaginale partus te ontraden bij zwangeren met een HNP. Uit ons contact met de andere centra is gebleken dat in iedere kliniek wel soortgelijke casus bekend zijn en dat men in de meerderheid van de gevallen kiest voor primair vaginaal bevallen.

Literatuurlijst

1. LaBan, M.M., N.S. Rapp, P. van Oeyen & J.R. Meerschaert, *The Lumbar Herniated Disk of Pregnancy: A Report of Six Cases Identified by Magnetic Resonance Imaging*. Arch Phys Med Rehabil 1995;76:476-479.
2. Kuks, J.B.M & J.W. Snoek, *Klinische Neurologie*, pag. 202. ISBN: 9789031346332
3. Patiënten informatiefolder Hernia VUmc. Amsterdam: VUmc, 2011.
4. Eindrapport Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen. Verloskundig vademecum 2003, Diemen: College voor zorgverzekeringen; 2003.

Summary

Giving birth with an intervertebral disk displacement; what do the experts say?

A 34-year-old primigravida was referred by a neurologist to the obstetric outpatient clinic of the VU University Medical Center with radicular symptoms. MRI showed a lumbar hernia nuclei

pulposi (HNP). The question to the obstetrician was whether this woman would be able to deliver vaginally with regards to her HNP and the arising symptoms.

The lumbosacral radicular syndrome is characterized by radicular pain and is sometimes accompanied by other neurological symptoms. In most cases, a lumbar HNP is the culprit. The incidence of a HNP during pregnancy is yet unknown. As symptoms of HNP increase during moments of increased pressure, labor could well be a factor in increased symptoms of HNP. An interesting question is whether the increase of pressure caused by labor will have negative effects beyond the intermittent pain during labor on the long run.

In response to the case described, we wondered whether there is an indication for a primary Caesarian operation in case of a proven HNP during pregnancy.

Literature on this subject is limited and inconclusive. Therefore, we interviewed specialists from all academic centers in the Netherlands and discussed our case. The expert opinion derived from these interviews leads to the conclusion that in the majority of cases, one chooses for vaginal delivery.

Auteurs

J. de Haan, co-assistent,
P.F. Theunissen, co-assistent,
dr. L.B. Uittenbogaard, AIOS,
dr. V. Mijatovic, gynaecoloog,
allen VU medisch centrum

Correspondentie

dr. V. Mijatovic, Verloskunde & Gynaecologie VU
medisch centrum
Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam
mijatovic@vumc.nl



Meer informatie over Vesicare / verkorte productinformatie. Samenstelling. Vesicare 5 mg en Vesicare 10 mg filmomhulde tabletten bevatten respectievelijk 5 mg en 10 mg solifenacinesuccinaat overeenkomend met 3,8 mg en 7,5 mg solifenacine. Solifenacine is een competitieve, specifieke cholinerge-receptorantagonist. **Therapeutische indicatie.** Symptomatische behandeling van urge-incontinentie en/of verhoogde mictiefrequentie en aandrang zoals kan voorkomen bij patiënten met het overactieve blaas syndroom. **Dosering en wijze van toediening.** De aanbevolen dosering voor volwassenen (inclusief ouderen) is 5 mg eenmaal daags. Indien nodig mag de dosering worden verhoogd tot 10 mg eenmaal daags. Vesicare tabletten kunnen met of zonder voedsel worden ingenomen en dienen met wat vloeistof geheel te worden doorgeslikt. Vesicare dient niet gebruikt te worden bij kinderen. **Contra-indicaties.** Overgevoeligheid voor het werkzaam bestanddeel of voor één van de hulpstoffen; urineretentie; gesloten kamerhoekglaucoom; myasthenia gravis; een ernstige gastro-intestinale aandoening (met inbegrip van toxisch megacolon) en patiënten die hemodialyse ondergaan; patiënten met ernstige leverinsufficiëntie; patiënten met ernstige nierinsufficiëntie of matige leverinsufficiëntie die worden behandeld met een sterke CYP3A4-remmer zoals ketoconazol. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik.** Andere oorzaken van frequent urineren (hartfalen of nierziekte) dienen te worden onderzocht voordat de behandeling met Vesicare wordt gestart. Indien een urineweginfectie aanwezig is, dient een passende antibacteriële therapie te worden ingezet. Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met klinisch significante obstructie van de blaas met een risico op urineretentie; gastro-intestinale obstructie; risico op verminderde gastro-intestinale motiliteit; gelijktijdige behandeling met een sterke CYP3A4-remmers, zoals ketoconazol; hiatus hernia/gastro-oesofageale reflux en/of gelijktijdige behandeling met geneesmiddelen die oesofagitis kunnen veroorzaken of verergeren, zoals bisfosfonaten en bij patiënten met autonome neuropathie. Voorzichtigheid is ook geboden bij patiënten met ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring ≤ 30 ml/min) of met matige leverinsufficiëntie (Child-Pugh score van 7 tot 9). De dagelijkse dosering mag voor deze beide patiëntgroepen niet hoger zijn dan 5 mg. De veiligheid en werkzaamheid zijn nog niet vastgesteld in patiënten met een neurogene oorzaak van overactiviteit van de blaas. Angio-oedeem met luchtwegobstructie is gemeld bij sommige patiënten op solifenacinesuccinaat. Indien angio-oedeem optreedt, dient solifenacinesuccinaat te worden gestaakt en zal een geschikte behandeling moeten worden ingesteld. Omdat solifenacine, zoals andere anticholinerge stoffen, wazig zien en soms slaperigheid en vermoeidheid kan veroorzaken, kan het vermogen om voertuigen te besturen of machines te bedienen negatief worden beïnvloed. **Bijwerkingen.** Zeer vaak ($\geq 1/10$) droge mond; vaak ($\geq 1/100$, $<1/10$) constipatie, misselijkheid, dyspepsie, buikpijn en wazig zien; soms ($\geq 1/1.000$, $<1/100$) urineweginfectie, cystitis, slaperigheid, dysgeusie, droge ogen, droge neusslijmvliezen, gastro-oesofageale reflux, droge keel, droge huid, moeilijkheden met mictie, vermoeidheid, perifeer oedeem; zelden ($\geq 1/10.000$, $<1/1.000$) duizeligheid, hoofdpijn, colon-obstructie, fecale impactie, braken, pruritus, huiduitslag, urineretentie; zeer zelden ($<1/10.000$) hallucinaties, verwarde toestand, erythema multiforme, urticaria, angio-oedeem. Verlengde QT-tijd en torsade de pointes zijn gerapporteerd. Vesicare is uitsluitend verkrijgbaar op recept. Volledige productinformatie is op aanvraag verkrijgbaar bij: Astellas Pharma B.V. Postbus 108, 2350 AC Leiderdorp Tel.: 071-5455854 Fax: 071-5455850. Laatst wijziging SmPC september 2011

Referenties: 1. SmPC Vesicare 5 mg en 10 mg (september 2011).

Astellas Pharma B.V., Postbus 108, 2350 AC Leiderdorp.
Tel: 071 - 5455854, Fax: 071 - 5455850.



Lutinus®
progesteron vaginale tablet 100 mg

Naam van het geneesmiddel: Lutinus 100 mg. **Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling:** 1 tablet voor vaginaal gebruik bevat 100 mg progesteron. **Farmaceutische vorm:** tablet voor vaginaal gebruik. **Therapeutische indicaties:** ondersteuning van de luteale fase als onderdeel van de behandeling met kunstmatige voortplantingstechnieken. **Contra-indicaties:** overgevoeligheid voor progesteron of voor één van de hulpstoffen, vaginale bloeding met onbekende diagnose, miskraam of ectopische zwangerschap, ernstig leverfalen of een ernstige leveraandoening, bekende of vermoede borstkanker of kanker van de geslachtsorganen, actieve arteriële of veneuze trombo-embolie of ernstige (voorgeschiedenis van) tromboflebitis, porfyrie. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** de behandeling staken in geval van een myocardinfarct, cerebrovasculaire aandoening, arteriële of veneuze trombo-embolie (veneuze trombo-embolie of pulmonaire trombo-embolie), tromboflebitis, retinale trombose, voorbijgaande ischemische voorvallen, het optreden van plotselinge ernstige hoofdpijn of visusstoornissen gerelateerd aan papillair oedeem of retinale bloedingen. Voorzichtigheid moet worden betracht bij gebruik bij patiënten met milde tot matige leverfunctiestoornissen of patiënten met een voorgeschiedenis van depressie. Omdat progesteron in enige mate vochtretentie kan veroorzaken moeten aandoeningen die hierdoor worden beïnvloed (zoals epilepsie, migraine, astma of cardiale of renale functiestoornissen) zorgvuldig worden gecontroleerd. Diabetespatiënten die progesterontherapie krijgen moeten zorgvuldig worden gecontroleerd. Gebruik van geslachtshormonen kan het risico op retinale vasculaire laesies vergroten. Daarom moet voorzichtigheid worden betracht bij gebruikers ouder dan 35 jaar, rokers en personen met risicofactoren voor atherosclerose. Het plotseling staken van progesterontherapie kan een verhoogd angstgevoel, humeurigheid en een verhoogde gevoeligheid voor toevallen veroorzaken. **Bijwerkingen:** vaak komen voor: hoofdpijn, opgezette buik, buikpijn, misselijkheid en uterus spasmen. Soms komen voor: duizeligheid, slapeloosheid, diarree, obstipatie, urticaria, huiduitslag, vulvovaginale aandoeningen, vaginale mycose, borstaandoeningen, genitale pruritus en perifeer oedeem. **Registratiehouder:** Ferring B.V., Polarisavenue 130, 2132 JX, Hoofddorp. **Afleverstatus:** UR. **Datum tekst:** dec 2010.

Ferring B.V., Postbus 184, 2130 AD Hoofddorp. Telefoon: 023-568 03 00. Fax: 023-568 03 90



**Meiden willen
steeds vaker**

een

Mirena®

nieuw nu vrouw- én
arts vriendelijk

Mirena® evolueert mee
met de Evo**Insert**er™



• Mirena bevindt zich al in horizontale positie

• makkelijk afleesbaar door dubbelzijdige schaalverdeling¹

dunner

• smallere insertiebuis

sneller

• eenvoudig laden door de slider naar voren te duwen¹

• draadjes weggewerkt in het handvat van de inserter

Issue 3, 2011

Antwoorden:

- Vrouwen zonder trombofilie met één eerdere episode van uitgelokte diep veneuze trombose bijvoorbeeld tijdens gipsimmobilisatie hebben een laag risico (0,5-2%) op een DVT tijdens de zwangerschap. Bij deze vrouwen wordt antepartum een beleid van "watchfull waiting" gevolgd. Postpartum geldt: in principe geen profylaxe, tenzij persoonlijke voorgeschiedenis van DVT.

Antwoord C

(Richtlijn diagnostiek, preventie en behandeling van veneuze tromboembolie in zwangerschap, NVOG)

Class 1 There is no organic, physiologic, biochemical or psychiatric disturbance. The pathological process for which operation is to be performed is localized and not conductive to systemic disturbance. Examples: a fit patient with inguinal hernia, fibroid uterus in an otherwise healthy woman.

Class 2 Mild to moderate systemic disturbance caused either by the condition to be treated surgically or by other pathophysiologic processes. Examples: presence of mild diabetes, essential hypertension or anaemia. Some might choose to list the extremes of age here, either the neonate or the octogenarian, even though no discernible systemic disease is present. Perhaps extreme obesity or chronic bronchitis should be included in this class.

Class 3 Rather severe systemic disturbance or pathology from whatever cause, even though it may not be possible to define the degree of disability with finality. Examples: severe diabetes with vascular complications, moderate to severe degrees of pulmonary insufficiency, angina pectoris or healed myocardial infarction.

Class 4 Indicative of the patient with a severe systemic disorder already life-threatening and not always correctable by the operative procedure. Examples: advanced degrees of pulmonary, hepatic, renal or endocrine insufficiency.

Class 5 This category embraces the moribund patient who has little chance of survival but is submitted to operation in desperation. Examples: the burst aneurysm with the patient in profound shock, major cerebral trauma with rapidly increasing intracranial pressure, massive pulmonary embolus. Most of these patients require resuscitative measures rather than any anesthesia at all.

Milde obesitas wordt geclassificeerd als een milde systeemziekte. Deze patiënte valt dan ook in ASA categorie 2, al staat het niet zo zwart-wit in de bovengenoemde classificatie.

Antwoord B

(Gynoguide 2008, p 158 / Website ASA)

Issue 4, 2011

Antwoorden:

- De kans op een miskraam bij een echoscopisch aangetoonde vitale zwangerschap bij 8 weken zwangerschapsduur is 2%.

Antwoord a

(Richtlijn herhaalde miskraam, NVOG 2007)

• Stelling I = juist

De grootte van de VIN laesie werd met meer dan 25% gereduceerd in 81% van de patiënten met VIN II/III na 20 weken behandeling met lokaal imiquimod vergeleken met patiënten behandeld met placebo. Negen patiënten in de therapiegroep hadden een complete respons na 20 weken behandeling en bleven vrij van VIN voor de follow-up periode van 1 jaar.

• Stelling II = onjuist

Patiënten behandeld met imiquimod gedurende 20 weken hadden minder jeuk- en pijnklachten vergeleken met de placebogroep. Dit effect bestond ook nog na 12 maanden follow-up.

Antwoord c

(van Seters et al., NEJM 2008;358:1465-73)

OMEGA-studie

- V. Mijatovic Deze rapportage van de OMEGA-studie werpt nieuw licht op het voorkomen van ovarium maligniteiten na een IVF-behandeling. De data voor dit cohortonderzoek van 19146 vrouwen, die in de periode 1983-1995 IVF ondergingen, werden nationaal verzameld. De sterkte van dit onderzoek is dat de uitkomsten van dit cohort niet alleen werden vergeleken met de data vanuit de landelijke kankerregistratie en PALGA maar ook met een controle groep (N=6006) van subfertiele vrouwen die geen IVF ondergingen. Na een follow-up van 15 jaar werden een significant verhoogd voorkomen van ovarium carcinen waargenomen (SIR 3,54; 95%CI 1,62-6,72). Vooral het risico op borderline ovarium tumoren was verhoogd in vergelijking tot de controle groep (HR 2,15; 95%CI 1,07-4,25). Percentueel uitgedrukt kwam dit neer op een voorkomen van borderline tumoren van 46% in de OMEGA-cohort terwijl in de algemene populatie dat percentage doorgaans ligt tussen de 15 en 30 bij vrouwen onder de 50 jaar. Wat de verklaring is van deze waarneming is nog onduidelijk. De auteurs belichten de rol van ovariële stimulatie, ovariële punctie als wel het gebruik van orale anticonceptiva in hun discussie waarbij een dosiseffect relatie in de dataset voor geen van deze factoren is aangetoond.

Van Leeuwen FE, Klip H, Mooij TM et al. Risk of borderline and invasive ovarian tumours after ovarian stimulation for in vitro fertilization in a large Dutch cohort. Hum Reprod 2011; 26: 3456-65.

Chlamydia Trachomatis

- V. Mijatovic Dat chlamydia trachomatis infectieschade aan eileiders geven is evident en erkend. Derhalve kan het testen op chlamydia trachomatis antistoffen (CAT) goed worden gebruikt als opmaat naar invasieve tubadiagnostiek middels HSG of laparoscopie. Echter, de auteurs van dit artikel vragen zich vervolgens af of een positieve CAT-uitslag bij niet-afwijkende tubae toch implicaties heeft voor de spontane zwangerschapskansen. In een cohort van 1882 vrouwen met een positieve CAT-test en niet-afwijkende tubae bij HSG of laparoscopie werd na een follow-up van 12 maanden de spontane zwangerschapskans bepaald. Gebruikmakend van een multivariabele regressieanalyse werd een 35% lager zwangerschapskans (FRR 0,65; 95%CI 0,48-0,87) berekend voor vrouwen met een positieve CAT-uitslag. Deze bevinding zou mogelijk verklaard kunnen worden o.b.v. een chronische endometritis die een geslaagde implantatie in de weg zou kunnen staan. Als alternatieve hypothese dragen de auteurs de mogelijkheid aan dat er ondanks niet-afwijkende tubatesten er wel degelijk subtile intratubaire afwijkingen aanwezig zijn. Deze studie toont aan dat een CAT-test niet alleen diagnostische implicaties heeft maar ook een prognostische waarde herbergt.

Coppus SFPJ, Land JA, Opmeer BC et al. Chlamydia trachomatis IgG seropositivity is associated with lower natural conception rates in ovulatory subfertile women without visible tubal damage. Hum Reprod 2011p;26:3061-67.

De Tijdstroom

Hans Duvekot

Negen jaar na verschijnen van de eerste editie van dit boek, waar notabene twee extra oplages van zijn gedrukt, is nu een tweede en aanzienlijk gereviseerde tweede druk verschenen. Het boek voldoet duidelijk aan een behoefte. Het is bijzonder hoeveel verschillende auteurs uit het hele land door de hoofdredacteur bijeen zijn gebracht. Over het algemeen zijn de auteurs dé specialisten in het onderwerp van hun hoofdstuk. De vraag- en antwoord opzet van de hoofdstukken leest vlot en makkelijk, de hoofdstukken zijn niet te lang. De onderwerpen zijn goed gekozen en geven kris kras een aardig beeld van ons vak. De informatie is up-to-date. Wel ontbreken natuurlijk wat onderwerpen zoals endometriose, preconceptionele advisering en gynaecologische buikpijnlachten. Prenatale diagnostiek en therapie worden te summier besproken. Er is erg veel aandacht daarentegen voor de psychosociale aspecten van ons vak. Sommige onderwerpen overlappen en komen in meerdere hoofdstukken voor, voorbeelden zijn de buitenbaarmoederlijke zwangerschap en pre-eclampsie. Het onderwerp buitenbaarmoederlijke zwangerschap is ondermeer verstoep in het hoofdstuk over buikpijn na IUI. Het hoofdstuk over klachten in de zwangerschap gaat eigenlijk overal pre-eclampsie en niet over zuurbranden, obstipatie, dikke voeten en wat meer. Mooi is dat na sommige hoofdstukken niet alleen literatuur referenties maar ook leestips worden gegeven. Het register is mooi compleet en maakt het zoeken op onderwerp gemakkelijk. Veel hoofdstukken bevatten opsommingen van eenvoudige rijtjes die ik liever in een kader of gewoon in tekst zou hebben gezien. Een extra kleur zou dit verder kunnen verbeteren. Meer illustraties zouden het boek nog waardevoller maken. Zeker voor medisch studenten, arts-assistenten gynaecologie en huisartsen in opleiding maar ook voor andere hulpverleners is dit boek een aanrader. Dit geldt zeker omdat het ook nog eens goed betaalbaar is.

*M.J. Heineman (red.)
Probleemgeoriënteerd denken
in de gynaecologie, obstetrie en
voortplantingsgeneeskunde. De
Tijdstroom Uitgeverij BV, Utrecht
2011, ISBN 97890 5898 201 8.
438 pagina's; prijs: € 48,00*

Onbloedige vergroting van het bekken door het kussen van Tjeenk Willink en de ligging van Jonges

A.T.M. Verhoeven

Inleiding

Vergroting van de inwendige bekkenmaten tijdens de baring kan chirurgisch door middel van een symfy-siotomie, al in de 18e eeuw toegepast, maar ook op onbloedige wijze door tijdens de uitdrijving bepaalde houdingen aan te nemen. Aan deze methode zijn onder meer de namen verbonden van twee Nederlanders: Tjeenk Willink en Jonges. Met de ligging en het kussen van Tjeenk Willink zou men de bekkeningang kunnen verwijden; met de ligging van Jonges de bekkenuitgang.

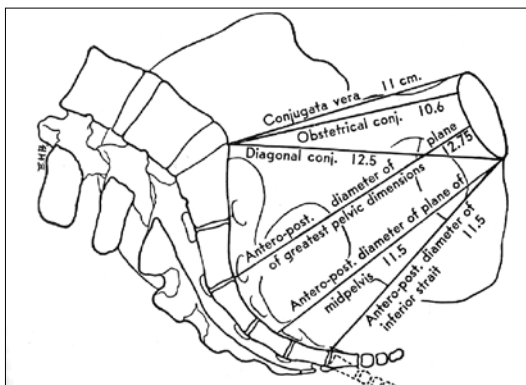
Vanaf het begin der mensheid zijn vele houdingen aangenomen tijdens de bevalling. Vooral bij moeilijke bevallingen zijn er zeker wel veertig varianten beschreven: staand, zittend, liggend, hangend, op de rug en op knieën en ellebogen. Op het IIIe internationale gynaecologencongres in Amsterdam (1899) werd verhit gediscussieerd over onbloedige methoden om het bekken te verwijden door bepaalde houdingen. Tjeenk Willink en Jonges borduurden hier in Nederland op voort.

Kussen van Tjeenk Willink

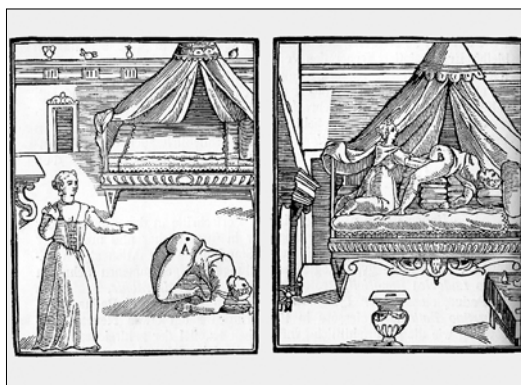
De Dominicanermonnik en arts Scipio Mercurio (ca 1540-1615) raadde de acrobatisch aandoende "supi-

natieligging"¹ van de vrouw aan om, ten behoeve van een te corrigeren liggingsafwijking, het kind beweeglijker te krijgen. (afb.2)

De Arabische arts Avicenna (979-1037) raadde deze ligging al aan bij adipeuze vrouwen om de vulva zichtbaar te maken. Hiermee zou ook de conjugata vera vergroot worden.² Dit werd ook wel de "oude Italiaanse ligging" genoemd.³ Gustaf Adolf Walcher (1856-1935)⁴ heeft deze ligging uit de vergetelheid opgerakeld.⁵ Hierbij ligt de vrouw op de rand van het bed of tafel zodat de tubera ischii er even overheen reiken. De benen hangen dan vrij naar beneden en trachten door hun gewicht het bekken, door de ligamenta femoralia, mee te nemen. Het gewicht van de romp en de kunstmatige fixatie van de schouders op de onderlaag verzetten zich daartegen. De heupbeenderen draaien iets naar voren zo ver als de sacroiliacale gewrichten dat toelaten. Het promontorium wordt hierbij iets naar achteren verplaatst. Deze kanteling wordt verkregen door de lendenlordose te versterken. De conjugata vera zou hierdoor, vergeleken met de baringshouding in steensnedeligging, volgens Walcher, Treub, Tjeenk Willink 8 à 10 millimeter, volgens latere auteurs 5 mm, 4 mm of zelfs maar 1 à 3 millimeter langer worden (afb. 3).⁷

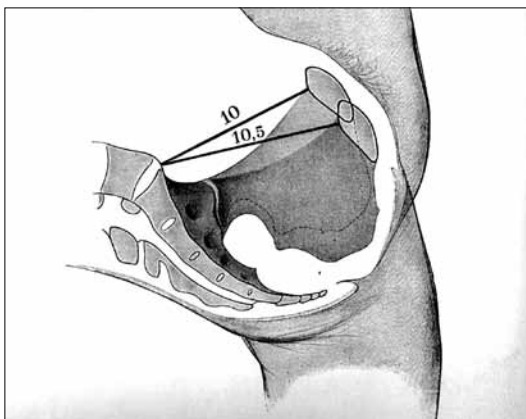


Afbeelding 1: conjugata vera met verschillende bekkenmaten en vlakken.

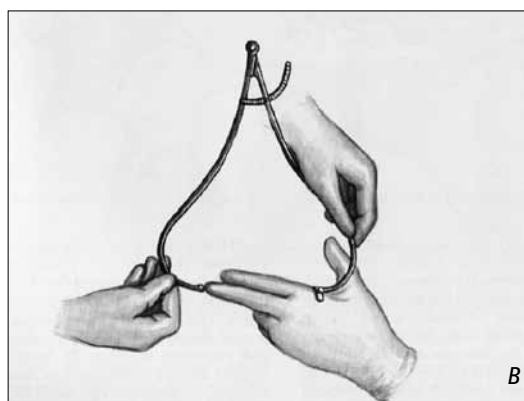
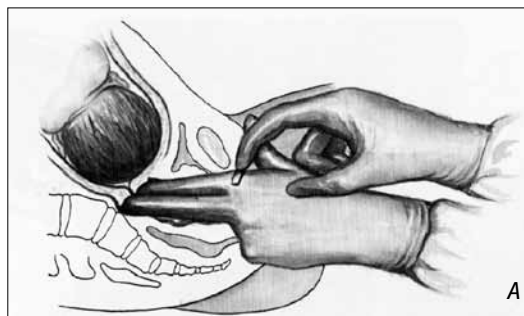


Afbeelding 2: Scipio Mercurio 1621 "gesupineerde" ligging.¹

(1) Supinus (lat) = achteroverliggend



Afbeelding 3: verlenging van de conjugata vera en obstetrische conjugata bij de ligging van Walcher.⁷



Afbeelding 4: Ligging van Walcher.⁸

Afbeelding 6: meting van de conjugata diagonalis met passer (b) of centimeterschaal (c).



Afbeelding 5: Kussen van Tjeenk Willink.³



Afbeelding 7: de ligging van Jonges.¹⁷

Dit zou bij lichtere gevallen van bekkeningangsvernaauwing voldoende zijn om de indaling en een spontane geboorte mogelijk te maken. Die ligging is moeilijk vol te houden: niet meer dan een half uur en dan alleen tijdens de weeën (afb. 4).

In de praktijk zou men die verlenging van de conjugata vera ook bereiken door de lendenlordose te versterken met een opgerold kussen in de lendenen volgens Tjeenk Willink (afb. 5).³

Hoewel ongemakkelijk, konden de barenden deze ligging goed een uur volhouden. Hij beschreef vier succesvolle ziektegeschiedenissen, en constateerde bij metingen post partum een toename van de conjugata vera van 1/2 centimeter.

Die metingen verliepen destijds als volgt (afb.6): "Aangezien men gewoonlijk slechts eene vingermeting verricht, moet men het met de conjugata inclinata (thans diagonalis) in plaats van de vera doen. Die conjugata inclinata of diagonalis is de afstand van den onderrand der symphysis tot het promontorium. Men bepaalt haar door bij de in obstetrische ligging geplaatste of wel zich in zijligging bevindende vrouw met twee vingers in de vagina te gaan en het promontorium op te zoeken. De top van den middelvinger wordt op het midden van het promontorium geplaatst en dan de radiaalzijde van den wijsvinger tegen het lig. arcuatum, aan den onderrand der symphysis, gedrukt. Met een vinger der andere hand gaat men vervolgens zoo dicht mogelijk langs de symphysis en maakt met den nagel een teken op de plaats waar de inwendige wijsvinger tegen het lig. arcuatum ligt. Men kan dan vervolgens aan de uit de vagina teruggetrokken vingers met het centimetermaatje (of bekkenpasser) den afstand van den middelste vingertop tot het aan den wijsvinger gemaakte teken meten. Van de zoo gevonden maat, *van de conjugata inclinata trekt men 1 1/2 cM. om de maat der conjugata vera te bepalen.*"⁵

Een gerenommeerd Duits leerboek vermeldt het kussen van Tjeenk Willink nog datzelfde jaar 1910!⁹ Nog tot 1968 werd de methode in het Nederlands leerboek als "waardevol" omschreven, hoewel er internationaal verschil van mening was over het effect.¹⁰

Voor de aanvankelijk gepropageerde ligging van Walcher gold hetzelfde. De meeste laat 19^e en begin 20^e eeuw uitgegeven leerboeken adviseerden die ligging bij 'cephalopelvische dysproportie', aangezichtsligging, versie en extractie, het bemoeilijkt nakomend hoofd bij stuitgeboorte en de hoge tang. Toch waren er autoriteiten als Bumm (Berlijn), DeLee (Chicago) en De Snoo (Utrecht) die deze houding vanwege de slechts enkele millimeters veronderstelde toename zinloos en nodeloos belastend voor de vrouw vonden.^{7,11,12} De Angelsaksische leerboeken wezen hem als eerste af.^{13,14} Dat werd mede veroorzaakt door de röntgenologische bekkenonderzoeken rond 1940,

die geen noemenswaardige verlenging konden aantonen.^{15,16} Zo raakte deze hangende-benen positie, die intermitterend gedurende 1000 jaren was toegepast weer in vergetelheid. Dat gold ook voor het kussen van Tjeenk Willink om dezelfde reden.

Voor de ligging van Jonges gold dat minder (zie afbeelding 7).

Op zondag (!) 15 maart 1908 demonstreerde Jonges tijdens de gynaecologenvergadering dat de naar hem genoemde ligging de distantia tuberum met circa 1/2 cm kon vergroten, zodat een uitgangstang soms vermeden kon worden. Hij toonde aan de hand van skeletmetingen aan dat "men in de strekking van de knie een machtig middel heeft om den afstand tusschen de insertiepunten van de onderbeensflexoren nog aanzienlijk te vergroten. A priori mag dus reeds worden verwacht, dat door flexie en abductie van, in de knieën gestrekte extremiteiten een distantia tuberum zal zijn te behalen, welke die van de knieschouderligging nog overtreft." Hij onderzocht 25 à terme zwangere en kraamvrouwen bij ontslag. Hij beschrijft zijn ligging als volgt: "het rechter onderbeen van de zwangere rust op de photo tegen de linkerzijde van mijn hals. Mijn rechterhand trekt de knie in strekking (de schaduw van mijn mouw maakt helaas de kniestrekking wat onduidelijk zichtbaar). Met mijn romp wordt de extremiteit in flexie en abductie geduwd. De linkerhand exprimeert. De rechterhand van de zuster tegenover mij duwt de knie in strekking. De linkerhand trekt de extremiteit in flexie en abductie. Mijn ervaring met de ligging met de gestrekte knieën heeft mij de overtuiging gegeven, dat zich daardoor niet zelden een forcipale extractie laat uitsparen." (afb.7)¹⁷

"Ik u zal met het opsommen der gevallen, waarop die overtuiging zich vestigde, niet vermoeien: hun aantal is niet overweldigend groot en dat ongecontroleerde en grootendeels oncontroleerbare gegevens anderen zou overtuigen, mag ik niet veronderstellen. Ieder zou bij het aanhoren daarvan allicht iets mompelen als 'de mensch ziet, wat hij wil zien'."

Zijn methode werd op grond van de Amsterdamse ervaringen door Tjeenk Willink aanbevolen.¹⁸ Zij vond weerklank in sommige leerboeken tot 1967 en werd ook vaak gebruikt bij expressie.^{10,11} Ook hier voerde De Snoo als bezwaar aan dat "door deze ligging de bekkenbodemplooi in dwarse richting zou worden uitgespannen waardoor de uitdrijving eerder wordt bemoeilijkt, dan bevorderd.¹² Nog tot eind jaren tachtig van de vorige eeuw heb ik hem zien toepassen door ervaren collegae uit de Amsterdamse school bij een uitgangstang.



Afb. 8: Portret J.W. Tjeenk Willink en familiewapen.²⁰



Afb. 9: Cornelis Jonges.²¹

Jurrian Willem Tjeenk Willink (1878-1942)

Geboren in Zwolle deed Tjeenk Willink zijn artsexamen in 1904 te Amsterdam en promoveerde in 1905 op "Hyperleucocytose en chirurgie". Hij werd daar opgeleid door Jacob Rotgans, hoogleraar (militaire) chirurgie en tandheelkunde (1893-1920) en Hector Treub, hoogleraar gynaecologie en verloskunde (1890-1920). Aanvankelijk werkte hij als chirurg-vrouwenarts in Zwolle, maar zijn wijde faam als obstetricus leidde er toe dat hij als verloskundige werd verbonden aan het Gemeente Sophia-ziekenhuis. Hij bekwaamde zich in de stralenbehandeling in het Antonie van Leeuwenhoekhuis en was een der eersten in het Oosten van het land die over radium beschikte. Om gezondheidsredenen bleef hij later uitsluitend als stralenthapeut in het Sophia-ziekenhuis werkzaam. Hij stierf "in het harrenas" op 21 juli 1942 in Zwolle.¹⁹



Cornelis Jonges (1866-1943)

Geboren in de Beemster studeerde Jonges na het HBS examen te Haarlem geneeskunde in Leiden. Na het artsexamen in 1891 werd tot hij 1893 assistent bij prof. Pieter Klaaszes Pel, hoogleraar geneeskunde en pathologie te Amsterdam (1883-1919). Hierna werd hij gemeentearts te Nieuwenhoorn en oefende daar en in vier omgevende dorpen gedurende tien jaar, tot 1903 de huisartsenpraktijk uit. Vermoeid geworden voelde hij zich meer aangetrokken tot de wetenschap. Daarom werd hij volontair assistent bij prof. Treub en ging van 1904-1906 als halfspecialist naar Zeist, waarna hij zich als gynaecoloog-obstetricus in Haarlem vestigde. In 1913 werd hij benoemd tot heel- en vroedmeester van Haarlem tot 1924. Gebruikmakend van de wet Limburg (1917), die ook aan H.B.S.-ers het promotierecht gaf, haalde hij de doctorstitel in 1918 met het proefschrift over "Krukscoliose en krukbecken". Hij publiceerde vooral over bekkenpathologie: de onbloedige verwijding en de blijvende verwijding na hébosteotomie (hebotomie, pubiotomie). Hij overleed 2 maart 1943 in Haarlem.²¹

Literatuur

- Scipio Mercurio, *La Comare O'Raccoglitrice*. 1595, Venetië.
- Curatulo, G.E., *Die Kunst der Juno Lucina*, Berlin, 1902: pag.181-3(fig36-37).
- Tjeenk Willink J.W., *Onbloedige Vergroting der conjugata vera*. Ned Tijdschr Geneesk. 1910;54:1e helftnr2:90-97
- Walcher, Gustav, (1856-1935) Directeur Württemberg Hebammschule Stuttgart (1887-1918)
- Traub, H., *Leerboek der Verloskunde*, 4e herziene druk, 1909, Erven & Bohn, Haarlem.
- Walcher, G.A., *Die Conjugata eines engen Beckens ist keine konstante Grösse, sondern lässt sich durch die Körperhaltung der Trägerin verändern*. Centrallblatt f.Gyn.1889;13(Dec.21):892-3.
- Bumm, E., *Grundriss zum Studium der Geburtshilfe*, 2e Auflage, 1903, Verlag von J.F. Bergmann, Wiesbaden.
- Ahlfeld, F., *Lehrbuch der Geburtshilfe*, 2e Aufl., 1903, Verlag Fr.Wilh.Grunow, Leipzig.
- Hammerschlag, S., *Lehrbuch der operativen Geburtshilfe*, 1910, Verlag von S.Hirzel, Leipzig.
- Joosse, L.A., *Pathologie van de baring*, in: *Leerboek der Verloskunde*, Red. Holmer A.J.M., 4e druk, 1967, Van Dishoeck, van Holkema & Warendorf, Bussum
- DeLee-Greenhill, *The Principles and Practice of Obstetrics*, 9th Ed, 1947, W.B. Saunders Comp., Philadelphia-London.
- de Snoo, K., *Leerboek der verloskunde*, 2e dr., 1933, J.B. Wolters Uitg., Groningen-Den Haag-Batavia
- Stander, H., *Textbook of obstetrics*, third revision, 1945, Appleton-Century Comp, New York-London.
- Munro Kerr's Operative Obstetrics*, 8e ed, 1971, Ed. J. Chassar Moir, P.R. Myerscough, Londen, Bailliere, Tindall, Cassell.
- Young, J., *Relaxation of the pelvis joints in pregnancy: Pelvic arthropathy of pregnancy*. J.Obst & Gynaec.Brit.Emp. 1940; 47(Oct.):493-524.
- Brill, H.M. & G. Danelius, *Roentgen pelvimetric analysis of Walcher's position*. Am J. Obst Gyn 1941;42(Nov.):821-35.
- Jonges, *Verwijding van de bekkenuitgang*, Ned. Tijdschr. Verlosk. en Gynaecol. 1908;18:272-84.
- Tjeenk Willink J.W., *Baringstoornissen door afwijkingen in den bekkenuitgang*. Ned. Tijdschr. Geneesk. 1910; 11nr 21:1806-14.
- In memoriam Dr. J.W. Tjeenk Willink*. Ned. Tijdschr. Geneesk. 1942;86.III.31:1981-2.
- Het familiewapen van de familie Tjeenk Willink bestaat uit vier kwartieren. Kwartier I en IV zijn azuur (blauw) met daarop een gouden eikentak. Aan de tak zitten twee bladeren en drie eikels, alle uitgevoerd in goud (or). Dit deel stamt af van Willink. Kwartier II en III van de heraldiek zijn zilver (argent) met een gouden anker. Dit deel stamt dus af van Tjeenk. Het helmteken is de eikentak van het schild tussen een blauwe vlucht. De dekkleden zijn blauw, gevoerd van goud. Dit wapenschild wordt gevoerd sinds de negentiende eeuw.
- 40-Jarig artsjubileum Cornelis Jonges*, Ned. Tijdschr Geneesk. 1931;75II.24:3175-6.

Samenvatting

Er wordt een historisch overzicht gegeven van verschillende methoden om op onbloedige wijze de bekkenmaten te vergroten. De Nederlandse eponiemen van het kussen van Tjeenk Willink voor de bekkeningang en de ligging van Jonges voor de bekkenuitgang zijn daaraan verbonden. Beschreven wordt waarom die methoden thans verlaten zijn.

Trefwoorden

Bekkenvernauwing, baring, geschiedenis van de verloskunde, eponiemen

Summary

An historical review of different postures to enlarge unbloody the dimensions of the pelvis for parturition is given. The Dutch eponyms of the pillow of Tjeenk Willink are associated with the pelvic inlet, and the posture of Jonges with the pelvic outlet. Why these methods are of the past is explained.

Keywords

Contracted pelvis, posture for parturition, obstetric history, eponym.

Auteur

Dr. A.T.M. Verhoeven, vrouwenarts Arnhem
(Noot van de auteur: Drs. R.W.Bakker en Dr.J.M.J.Dony gaven op verzoek commentaar)

Belangenverstrengeling

Werkgroep Historie NVOG

Correspondentie

Dr. A.T.M. Verhoeven
Van Heemstralaan 9
6814KA Arnhem
E-mail: atmverhoeven@planet.nl



Steun verloskundige zorg in Ethiopië
220 503 9997 tnv STF Barbara May te Zeist

een tweede,

derde of zesde gynaecoloog gezocht?

Een meer efficiënte manier om uw doelgroep te benaderen is er niet.

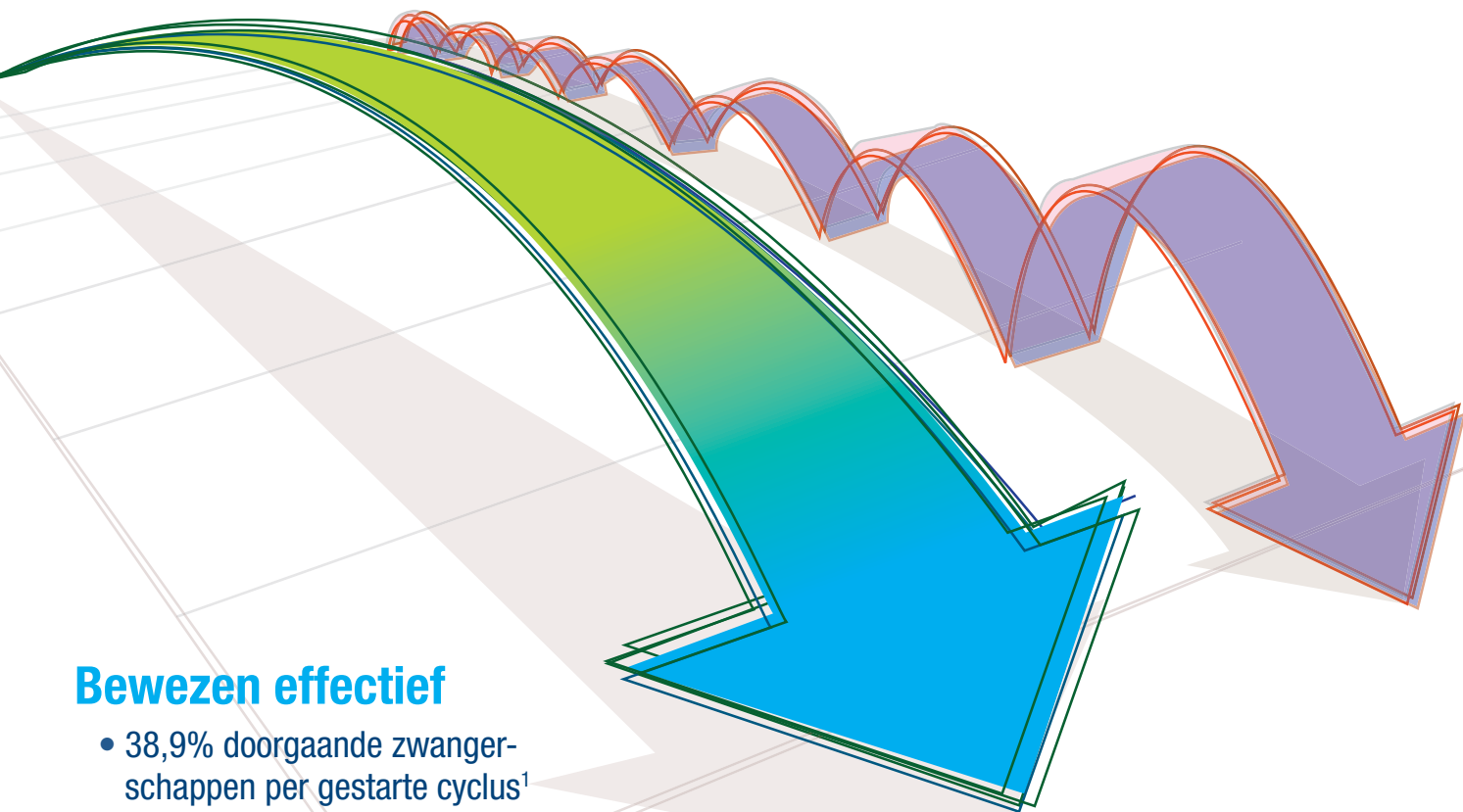
Bel 070 3228437 en vraag naar het speciale tarief

voor personeelsadvertenties in NTOG



Sprong vooruit in IVF-therapie

De eerste en enige
duurzame follikelstimulans



Bewezen effectief

- 38,9% doorgaande zwangerschappen per gestarte cyclus¹
- Bewezen in de grootste IVF-studie wereldwijd¹

Minder complex

- Één injectie vervangt 7 dagelijkse injecties met conventionele gonadotrofine¹
- ELONVA in het antagonistprotocol vermindert het aantal injecties met 70% vs dagelijks gonadotrofine in een lang agonistprotocol

elonva[®]
corifollitropin alfa

Bewezen effectief. Minder complex.

Referentie: 1. Devroey P, Boostanfar B, Koper NP, et al : for the ENGAGE Investigators. A double-blind, non-inferiority RCT comparing corifollitropin alfa and recombinant FSH during the first seven days of ovarian stimulation using a GnRH antagonist protocol. *Hum Reprod.* 2009;24(12):3063-3072.

Voor meer productinformatie zie SPC elders in dit blad.

Raadpleeg de volledige productinformatie (SPC) alvorens ELONVA voor te schrijven.

