



2012 ntog 08

GYNAECOLOGIE, ONCOLOGIE, PERINATOLOGIE EN VOORTPLANTINGSGENEESKUNDE

Vol. 125

oktober 2012

De gynaecoloog, het hymen, maagdelijkheid en verzoeken tot hymenherstel

Een bijzondere oorzaak van een groeivertraagde foetus: pemphi-goïd ofwel herpes gestationis

Stage eerstelijns verloskundige zorg voor AIOS-gynaecologie

Zwangerschap na SC: gezamenlijke besluitvorming en let op tekenen van (dreigende) uterusruptuur

Fatale afloop na ovarieel hyperstimulatiesyndroom bij in-vitro-fertilisatie



Klein verschil, grote gevolgen

Menopur geeft al jaren het beste resultaat*. De recente Cochrane-analyse bewijst dit weer opnieuw: Met hMG/hMG-HP is er namelijk 3,1% meer kans op een levendgeboren kind vergeleken met recombinant FSH bij IVF/ICSI**.



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/doorgaande zwangerschappen 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.

Lutinus
progesteroon vaginale tabletten 100 mg

Lutrepulse Set
gonadoreline

Decopeptyl
triptoreline

Tractocil
strotin

Pabal
carbocetine

Propess
dienopriston

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.J. Tanahatoo, voortplantingsgeneeskunde,
F. van der Veen, voortplantingsgeneeskunde,
W.B. de Vries, kinderarts-neonatoloog,
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
S.M.S. Liem, rubrieksredacteur UNO
H.S. van Meurs, rubrieksredacteur UNO
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

1500 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 vervaelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of enige wijze, hetzij elektronisch, 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 i www.nvog.nl

AFBEELDING OMSLAG

Moeder en kind, P  p   Grégoire, 1981
(www.pepegregoire.nl)
Fotografie Hans Dijkstra (GAW ontwerp+communicatie)

ISSN 0921-4011

Inhoud

Editorial

362 De farmaceutische markt in internationaal perspectief

S.A. Scherjon

Bestuur NVOG

364 Subspecialisaties (stand van zaken)

Van de voorzitter

365 Voor eigen gebruik

S. Wijma, voorzitter NVOG

Opinie

366 Tijd voor kwaliteit

Jan Kremer & Sjaak Wijma

Oorspronkelijke stukken

368 De gynaecoloog, het hymen, maagdelijkheid en verzoeken tot hymenherstel

R.H.W. van Lunsen & B.R. van Moorst

376 Een bijzondere oorzaak van een groeivertraagde foetus:

pemphigoid ofwel herpes gestationis

J. Kortekaas, W. Vissers & W. Wiltenburg

380 Stage eerstelijns verloskundige zorg voor AIOS-gynaecologie

M. van de Ven, N. van der Lee, P. Offerhaus & J. van Dillen

384 Zwangerschap na voorgaande sectio caesarea: gezamenlijke besluitvorming en

let op tekenen van (dreigende) uterusruptuur

E.N.C. Schoorel, H.C.J. Scheepers & J.G. Nijhuis

Column

390 Een dagje audit

Hans Zondervan

392 Vacature hoofdredacteur

393 Fatale afloop na ovarieel hyperstimulatiesyndroom bij in-vitrofertilisatie

T.A. Sigterman L. Monen & M.M.E. van Rumste

398 Boeken

NOBT

401 Ligasure sealing of ouderwets klemmen, klieven en knopen bij VUE.

Gasembolie tijdens hysteroscopische elektrochirurgie.

402 Intra-cycle fluctuations of anti-mullarian hormone in normal women with a regular cycle: a re-analysis.

Complications and outcome of assisted reproduction technologies in overweight and obese women.

403 Techniques for wound closure at caesarean section: a randomized clinical trial.

The reliability of the histological diagnosis of endometritis in asymptomatic IVF cases: a multicenter observer study.

Update Nederlands Onderzoek

407 Afgeronde studie: PORTRET

Startende studie: INDEX

S.M. Liem & H.S. van Meurs (red.)

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.

De farmaceutische markt in internationaal perspectief

Sicco Scherjon



Opgewaaide zandduinen in Zandvoort, september 2012

Tot veler verbazing zijn we het afgelopen jaar meermaals geconfronteerd met het gegeven dat voor de verloskunde essentiële geneesmiddelen - zeer plotseling - niet beschikbaar zijn.

Enkele maanden geleden was er geen *betamethason* (i.m.) beschikbaar voor de foetale longrijping, iets wat een aantal jaren geleden ook al eens het geval was.

Een paar weken geleden ontbrak het aan *Ketanserin* voor intravenueuze behandeling van ernstige pre-eclampsie.

Op dit moment zijn de 25 mcg *misoprostolcapsules* voor het inleiden van de bevalling, niet beschikbaar.

Opvallend daarbij is dat het geen dure of zeldzame medicamenten zijn. Het zijn weliswaar geneesmiddelen die buiten de verloskunde niet veel gebruikt worden, maar wij schrijven ze wel zeer regelmatig voor.

We zijn erg op deze medicamenten ingesteld, en dat komt de veiligheid in de behandeling van de patiënten enorm ten goede.

Alternatieven voor deze - voor velen voorkeurs - medicaties of in landelijke en regionale protocollen vastgelegde medicatie zijn er wel, maar zeer beperkt. Daar zijn echter ook wel, met name voor dexamethason, bezwaren tegen gerezen. Ten aanzien van dat laatste medicament bestaat er onzekerheid over mogelijke nadelige ontwikkelings-neurologische consequenties op de lange termijn. Het wordt de beroepsgroep, door mondiale markt-economische verhoudingen, onmogelijk gemaakt om het geneesmiddel van (eigen) voorkeur of het middel waarvan de voorkeur als zodanig in de richtlijn wordt aangegeven, te gebruiken.

We gaan weer terug naar het veel duurdere *Propess* als tweedekeus prostaglandinepreparaat, terwijl we juist aannamen dat het gebruik van dat middel minimaal zou worden. Zeker nu ook na de Probaat-studie het inleiden met een Foley-balloncatheter te verkiezen is boven *Propess*.

Niet alle ziekenhuizen hebben een protocol voor intraveneuze behandeling van een zwangere met pre-eclampsie met een ander medicament dan *Kentanerin*. Voor de niet-verloskundige patiënte met hypertensie zijn er voor de intraveneuze behandeling met *Kentanerin* overigens wel veel alternatieven voorhanden.

Te laat komen (ziekenhuis)-apothekers er achter dat een geneesmiddel niet leverbaar is. Immers, zij gaan pas bij de leverancier bestellen vlak voordat de voorraad op de afdeling is verbruikt.

Ook dan pas wordt de voorschrijver gewaarschuwd en ook dan pas kan er naar alternatieven worden gezocht.

Er is geen systeem dat maakt dat de fabrikant een waarschuwing doet uitgaan naar zijn afnemers als er een medicament dreigt niet meer geleverd te kunnen worden.

De farmacotherapeutische industrie getroost zich veel moeite bij het communiceren en in de markt zetten van een nieuw geneesmiddel. Maar bij stagnatie in de continuïteit van levering, iets wat voor de kwaliteit van de zorg van essentieel belang is, is er geen communicatie, geen waarschuwing. Hooguit incidenteel gebeurt het, vooral bij die medicatie die wordt gebruikt bij fertiliteitsbehandelingen.

Zo kan het voorkomen dat op vrijdagmiddag naarstig een vervangende behandelingsstrategie moet worden overeengekomen en een behandelingsprotocol moet worden geschreven. Op afdelingen worden veel medicamenten gegeven via protocollen en daarbij horen ook afspraken over bewaking van de patiënt: moeder en kind.

Het probleem van tekorten aan bepaalde geneesmiddelen op de wereldmarkt lijkt de laatste jaren toe te nemen. Soms wordt een geneesmiddel nog maar op één plaats in de wereld gemaakt en bij een kleinere productie, een plotselinge toename van de vraag of een afgekeurde batch, is er direct een leveringsprobleem. Soms koopt een land een hele voorraad op of verkoopt de leverancier zijn voorraad in een keer om daarmee een betere prijs te krijgen.

Bovenstaande laat zien dat de marktwerking in de geneesmiddelenindustrie niet geleid heeft tot verbreding en diversificatie - meer bedrijven die zich met een bijzonder product of productiewijze proberen te onderscheiden - maar tot onderlinge overnames en concentratie van de productie op een beperkt aantal locaties. Daardoor is de concurrentie afgenomen en zijn de afnemers veel kwetsbaarder geworden. Door deze globalisering staan de afnemers min of meer buitenspel.

Toenemende marktwerking heeft op meer gebieden geleid tot - althans voor mij - ongewenste concentratie. Zo wordt de markt van de ziektekostenverzekeringen in Nederland gedomineerd door drie à vier grote spelers. De diversiteit neemt af omdat de andere, kleinere ziektekostenverzekeraars een steeds marginalere rol spelen.

Deze grote nadelen zijn ook zichtbaar in andere organisaties met grote publieke verantwoordelijkheden. Neem de woningbouwverenigingen die zijn verworpen tot bolwerken met bestuurders die ruim boven de Balkenendenorm verdienen. Of het bankwezen, waarvan we ook nu pas de belangrijke publieke taak erkennen als beheerder van het bancaire verkeer en het aan hen toevertrouwde geld. We zijn als afnemers, doordat we onze voorkeuren niet meer voldoende kunnen aangeven, laat staan afdwingen, binnen deze gebieden enorm kwetsbaar geworden.

Om op het eerste probleem terug te komen: er moet voor geneesmiddelen toch een systeem ontwikkeld kunnen worden waarbij, als de productie dreigt te stagneren, een tijdige waarschuwing - eventueel in overleg met de andere ziekenhuizen - kan leiden tot een vroegtijdige (eventueel tijdelijke) aanpassing van onze landelijke protocollen.

Dat zou de patiënt minder kwetsbaar maken. En dat is een verantwoordelijkheid van de producenten.

Subspecialisaties

(stand van zaken)

Tegen de achtergrond van toenemende differentiatie in de opleiding, meer eisen die worden gesteld door de IGZ, meer behoefte aan een transparante organisatie door patiënten vindt momenteel discussie plaats over de vraag hoe de NVOG omgaat met de aandachtgebieden en subspecialisaties. Hiertoe was al geruime tijd een commissie Herijking aan het werk en op 7 maart j.l. vond een minisymposium over dit onderwerp plaats, gekoppeld aan de ledenvergadering. De algemene mening is dat de NVOG om verschillende redenen met haar huidige regelgeving niet tevreden is.

Op 15 augustus heeft een overleg plaatsgevonden tussen de leden van de commissie Herijking, het college Subspecialisatie en het bestuur van de NVOG. Het bestuur kijkt met tevredenheid terug naar deze bijeenkomst.

Het besef dat regelgeving meer moet voortkomen uit de afspraken rond de instelling waar gewerkt wordt en minder rond de individuele collega, wordt langzaam duidelijker. Het NVOG bestuur zal daarom op korte termijn een nota 'Normering' opstellen, d.w.z.

een nota waarin wij samenvatten welke handelingen zijn voorbehouden aan welke instellingen, waar deze afdelingen aan moeten voldoen, inclusief de portfolio van de daar werkzame specialisten. Van hieruit kan nader bezien worden hoe we de regelgeving rond differentiaties willen gaan hanteren.

Intussen zal het college subspecialisatie doorgaan met de organisatie rond de opleiding en de registratie van fellows evenals met het toetsen van de opleidingen voor fellows.

Ten aanzien van de herregistratie van subspecialisten stelt het bestuur voor om deze activiteit te staken tot nader orde, zulks op geleide van de daarover te maken afspraken in de vereniging. Intussen stellen wij automatische verlenging voor geregistreerde subspecialisten voor, voor de duur tot nieuwe regelgeving door de vereniging is geaccordeerd.

Hieromtrent zal naar verwachting in de loop van 2013 meer duidelijkheid ontstaan.

Het decembernummer van NTOG zal een themanummer zijn over dit onderwerp.

Voor eigen gebruik

S. Wijma, voorzitter NVOG

Zojuist weggezapped van het zoveelste verkiezingsdebat waar de zorgsector als een bodemloze put wordt weggezet. Dokters en vooral specialisten geven leiding aan deze "waste" industrie. En dat terwijl de oplossing zo eenvoudig lijkt te zijn: einde marktwerking in de zorg en einde vrije vestiging.

Een feitencheck leert het volgende:

- De Nederlandse zorguitgaven uitgedrukt als percentage bbp (bruto binnenlands product) behoren inderdaad tot de hoogste van Europa, variërend van 9-11%. De uitgaven in Nederland aan de curatieve zorg behoren echter tot de laagste uitgaven van Europa en aan niet-curatieve zorg tot de hoogste uitgaven. (WMO en AWBZ).
- En wat krijgen we daarvoor? Vergeleken met overige Europese landen meer tonsillenoperaties en cataracten, maar worden er significant minder heup-, bypas-, liesbreuk-, en galblaasoperaties uitgevoerd en tot 35% minder pacemakers geïmplanteerd. (Bron SIRM, *Achtergronddocument NVZ branche-rapport ziekenhuizen 2012.*)

Hoe lang geven we politici nog kans om de discussie op deze wijze over ons te voeren?

Er is goed nieuws! Binnen de zorg wordt namelijk beter en duurzamer samengewerkt dan in de politiek. Kwaliteit is de meetlat waar we onze zorg graag langs willen houden. Naast een kenmerk van het proces zegt het ook iets over de uitkomst. Chirurgen worden door alle partijen geroemd om hun colorectale audit (DICA): een klinische registratie van het medisch presteren, let wel van de hele klinische keten. Onze PRN-registratie wordt niet genoemd. Vreemd lijkt me, gezien de lange traditie van deze registratie. Het verschil zit hem erin dat de uitkomsten van de colorectale audit geheel transparant zijn, voor de kliniek, voor de NVvH en voor de zorgverzekeraar. Bovendien is er een programma afgesproken waarmee de *best practice* wordt gekoppeld aan *worst practice*. Daarmee is het tegelijkertijd een coachingsprogramma geworden. Bij de aanlevering van de LVR-gegevens is contractueel

vastgelegd dat data anoniem zijn; voor eigen gebruik. Stelt u zich voor dat u direct gespiegeld wordt aan de *best practice*, dan moet je helemaal uitleggen waarom de cijfers zo zijn als ze zijn, en dan nog in gesprek gaan over veranderingen. Die tijd kun je beter besteden aan patiëntenzorg of...

De tijd dat dokters zowel maatschappelijk als financieel beloond worden voor het doen van een verrichting lijkt het einde te naderen. Kwaliteit vergt meer, soms juist het niet doen van een verrichting. Omdat verrichtingen minder effectief blijken dan gedacht, of omdat het juist bij die ene patiënt niet het verwachte resultaat zal opleveren. Het inzichtelijk maken van deze keuzes maakt ons een betrouwbare en geloofwaardige partij. Gemakkelijk te onderscheiden van de inzet van politici in verkiezingstijd, voor eigen gebruik.

De NVOG is in gesprek met ZN, NVZ, NFU, STZ en ZonMw en CVZ om te komen tot een structurele financiering van het consortium voor evaluatie van effectiviteit en doelmatigheid van medisch handelen, bijvoorbeeld via brede lokale zorginkoop. Op deze manier kunnen studies beter worden gepland en sneller worden uitgevoerd. Bovendien is implementatie van resultaten bewezen effectiever in klinieken die participeren aan deze evaluatie.

De NVOG zet in op zichtbare kwaliteit en daagt overige partijen uit om datzelfde te doen!

Tijd voor kwaliteit

Jan Kremer & Sjaak Wijma

De Nederlandse zorg is van topkwaliteit. Al voor de derde keer op rij scoort ons land het hoogst in de Euro Health Consumer Index (EHCI). Nederlandse artsen mogen daar trots op zijn. De grote vraag is hoe we dit in deze tijden van economische crisis kunnen vasthouden.

Adviesbureau Booz & Company slingerde de discussie aan en schreef onder leiding van voormalig minister Ab Klink het rapport Kwaliteit als Medicijn. Het rapport laat zien dat de kostenexplosie komt door stijging van het aantal verrichtingen.

Spiraal

Deze volumegroei kan gedeeltelijk verklaard worden door vergrijzing en toenemende medische mogelijkheden, maar er speelt meer. Tussen 1995 en 2005 werd budgettering ingezet om het volume te remmen, met als gevolg toenemende wachtlijsten. Daarna werden er volumeprikkels ingebouwd om die wachtlijsten te lijf te gaan. Dit systeem van betalen voor volume had effect op de prijzen en wachtlijsten, maar had als bijwerking een sterke groei van volume en kosten. Als artsen zijn we terecht gekomen in een spiraal van steeds meer doen voor steeds lagere prijzen per product. 'Jachtige zorg', noemde prof. dr. Jos van der Meer dat al in 2007. Niet goed voor de moraal in de zorg.

Kwaliteit

De oplossing lijkt verbluffend eenvoudig. Niet opnieuw gaan budgetteren zoals het hoofdlijnakoord feitelijk doet, maar kwaliteit als dominante prikkel. Ga niet betalen voor meer volume maar voor meer kwaliteit. Idealiter zou dat moeten gaan op

basis van gezondheidswinst, maar dat is voorlopig nog lastig. Wel kunnen we nu kwaliteitsinitiatieven honoreren die de zorg evident beter maken zonder de aanwezigheid van een volumeprikkel. Naast het goed doen van verrichtingen telt de goede verrichting doen.

Artsen

Artsen zijn daarbij cruciaal, want zij hebben een passie voor kwaliteit en weten als geen ander hoe je daarmee aan de slag gaat. Je kunt bijvoorbeeld denken aan het verbeteren van de samenwerking tussen de verschillende echelons of aan het tegengaan van overbehandeling via gezamenlijke besluitvorming met patiënten of aan het verrichten van onderzoek in consortiumverband dat evidence levert voor het wel of niet doen van behandelingen.

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars kunnen bij de inkoop van zorg afspraken maken met ziekenhuizen, door deze initiatieven te gaan betalen. Het geld daarvoor komt uit een deel van de verwachte volumebesparingen. Verzekeraars hebben hiermee een ideale mogelijkheid om selectiever te gaan contracteren bij die ziekenhuizen die kiezen voor kwaliteit. Dit kan nog eens versterkt worden doordat huisartsen op hun beurt eerder naar deze kwaliteitsziekenhuizen zullen verwijzen. Als dat spel op de wagen komt, zal het geld juist bij volumeziekenhuizen vandaan komen. Zij verliezen adherentie.



foto Dreamstime

Patiënt

In de discussie over het volume in de zorg is de patiënt nauwelijks aan het woord geweest. En dat is gek, want daar draait het natuurlijk om. Patiënten willen geen interventies ondergaan die zinloos zijn of die niet passen bij hun persoonlijke situatie en als dokters willen dergelijke behandelingen niet graag uitvoeren. Als dokters ervaren we dat patiënten behandelingen afdwingen en dat we geen andere keus voelen dan behandelen. Als dat al zo zou zijn, dan mag toch verondersteld worden dat patiënten hun afweging maken op basis van onder andere onze adviezen. En die adviezen moeten wel overeenkomen met het best beschikbare bewijs en passen bij de persoonlijke situatie. Daarvoor moeten een aantal dingen gebeuren. Ten eerste moeten wij zorgen dat er meer bewijs komt voor ons handelen, omdat uit analyses blijkt dat voor de helft van onze behandelingen het bewijs ontbreekt. Ten tweede moeten we investeren in het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen en tot slot moeten we de patiënt betrekken bij de besluitvorming, zodat de uiteindelijke keuze past bij hun leven. Dit alles betekent dat investeren in professionele kwaliteit ook vanuit het perspectief van de patiënt essentieel is.

Beroepsbelang

Maar, wat moeten we als gynaecologen nu vinden van dit rapport? Bij vluchtige lezing zou je kunnen denken dat wij beschuldigd worden van overbehandeling. Of je zou kunnen vrezen dat de volumereductie leidt tot omzetsbeperking. Invoelbare eerste reacties, maar als je er dieper over nadenkt, zie je dat kiezen voor dat deze strategie misschien wel

de redding van ons vak is. Tenslotte zijn wij bij uitstek opgeleid om medische beslissingen te kunnen maken, terwijl het doen van verrichtingen als onderdeel van onze werkzaamheden voor een deel ook over te dragen is aan bijvoorbeeld physician assistants. Zo hebben wij als gynaecologen al lang geaccepteerd dat wij niet het hoofd of de stuit aanpakken bij elke partus. Wij zijn bij uitstek opgeleid om de regie te voeren over het beleid ten aanzien van elke individuele patiënt zonder de uitvoering altijd zelf hoeven te doen. Essentieel is natuurlijk dat we die regie voeren vanuit een positie met zicht en overzicht. Een systeem dat onze specifieke kennis en kunde honoreert biedt ons als gynaecoloog meer kans dan een systeem met stijgende volumina waarin wij toenemend vervangbaar zijn en waarin beslissingen door derden genomen zullen worden.

Conclusie

Doorgaan in de volume-prijsspiraal eindigt in een vershraling van kennis en vaardigheden en van alle waarden waar ons vak voor staat. Tijd voor kwaliteit daarentegen geeft de ruimte om toegevoegde waarde te blijven geven, en biedt daarmee de weg naar een duurzame invulling van onze professie. De NVOG heeft jaren geïnvesteerd in kwaliteit en staat met de Koepel kwaliteit goed voorgesorteerd, nu de afslag nog nemen!

De gynaecoloog, het hymen, maagdelijkheid en verzoeken tot hymenherstel

R.H.W. van Lunsen & B.R. van Moorst

Inleiding

Regelmatig melden zich vrouwen op het spreekuur van de gynaecoloog met de vraag om een maagdelijkheidsverklaring of 'maagdenvliesherstel'.¹⁻³ Dit wordt veelal gezien als een gevolg van toeneemende immigratie uit landen met een Islamitische cultuur.^{1,3-5} Maagdelijkheid wordt vanouds her in vrijwel alle culturen geassocieerd met de integriteit van het hymen. De eis dat kuisheid bewezen moet worden door een bebloed laken blijft echter beperkt tot de Islamitische wereld, delen van Azië en enkele geïsoleerde Joodse en Christelijke gemeenschappen. Hoewel de Koran eist dat man en vrouw maagdelijk trouwen, staat de noodzaak van bloedverlies nergens vermeld. Alleen de Bijbel maakt, in Deuteronomium 22 melding van bloedverlies als bewijs voor maagdelijkheid.⁶ Dat mannen nooit een dergelijk bewijs hoeven te leveren is exemplarisch voor de dubbele moraal van patriarchale culturen, waarbinnen seksuele onderdrukking van vrouwen niet gebaseerd is op religie, maar op een combinatie van historische, sociaal-politieke en economische factoren.⁷⁻⁹

Bekend is dat 40-50% van alle vrouwen bij een eerste coïtus niet bloeden.¹⁰ Dit lijkt echter geen effect te hebben op het belang dat aan een bebloed laken wordt gehecht. Dat is de reden waarom ook vrouwen die wél maagd zijn de huwelijksnacht vrezen en waarom in veel landen van herkomst vrouwen elkaar van generatie op generatie vertellen hoe je het beste bloedverlies kan veinzen, bijvoorbeeld door het heimelijk meedragen van een zakje met geitenbloed of door het verbergen van een naald in het huwelijksgevaad.¹¹⁻¹³ Als er twijfel is over de maagdelijkheid van een meisje kan zij gedwongen worden een 'maagdelijkheidsonderzoek' te ondergaan.^{8,14} Het bestaan van 'maagdelijkheidsonderzoek' illustreert dat er artsen zijn die claimen dat ze kunnen beoordelen of iemand maagd is of niet. In de wetenschappelijke literatuur is er consensus dat ook dat een mythe is.^{4,8,15-18} In verschillende studies werd gevonden dat de aan- of afwezigheid van scheurtjes of inkepingen in het hymen geen relatie heeft met het hebben van wel of geen coïtuservaring.^{17,18}

'Hersteloperaties' van het hymen zijn bedoeld om het vermeende vermogen van het hymen om bij penetratie te bloeden, te herstellen. Hoewel stevast wordt geclaimd dat deze operaties bloedverlies garanderen, is er geen enkele follow-upstudie te vinden die deze claim kan onderschrijven.¹⁹ Dat bij hymenreconstructie soms ook een capsule met rode kleurstof wordt ingehecht⁵, die moet ruptureren bij coïtus, doet vermoeden dat het vertrouwen in deze operaties toch minder groot is.

Artsen worden bij een verzoek om 'hymenherstel' geconfronteerd met een dilemma, waarbij zij zich gedwongen voelen een keus te moeten maken tussen de ernstige gevolgen voor de vrouw en/of familie bij weigering enerzijds en het verrichten van een onnodige medische handeling, die bijdraagt aan het in stand houden van mythes en van seksistische attitudes, anderzijds.^{1,2}

Logmans e.a. claimden in 1998 dat alle twintig door hen geopereerde vrouwen tevreden waren met het resultaat.²⁰ Waaruit dit resultaat bestond is echter onduidelijk, evenals hoe en wanneer dit werd geëvalueerd. Deze publicatie resulteerde in een debat over de ethische aspecten van de ingreep.^{2,21-26} Sommige auteurs bleken fel gekant tegen het verrichten van hymenreconstructies als een vorm van genitale mutilatie, die bijdraagt aan het in stand houden van genderongelijkheid en mythes. Bovendien zou het bestaan van deze operaties leiden tot meer achterdocht, resulterend in een mogelijke toename van het aantal gedwongen maagdelijkheidsonderzoeken.²³ Anderen beargumenteren dat een operatie voor vrouwen vaak de enige manier is om ernstige repercussies te voorkomen.^{24,26} Verschillende auteurs wijzen erop dat het een illusie is te denken dat door hymenreconstructies te weigeren, er iets verandert aan culturen waarin mannelijke controle over vrouwelijke seksualiteit vigeert.^{2,21,22}

Ook binnen de islamitische wereld is er geen consensus. Sommige religieuze leiders zeggen dat onderzoek naar de integriteit van het hymen de uitgelezen manier is om kuisheid te onderzoeken en dat hymenreconstructies dus uit den boze zijn. Anderen

argumenteren dat vrouwen die seks voor het huwelijk hebben gehad, misleid zijn door valse trouwbeloften. Weer anderen argumenteren dat slachtoffers van seksueel geweld recht hebben op hymenherstel, terwijl vrouwen die vrijwillig seks hebben gehad zouden moeten worden gestraft.²⁷

In een Zweedse studie werd vastgesteld dat de reacties van gynaecologen op verzoeken tot hymenherstel variëren van simpelweg weigeren van de ingreep of verwijzen naar het maatschappelijk werk, tot het zonder omhaal opereren.²⁸ De richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) is om hymenreconstructies alleen uit te voeren na uitgebreide voorlichting en counseling.²⁹ De belangrijkste onderzoeksvragen van de hier beschreven studie waren:

1. Hoe definiëren gynaecologen maagdelijkheid en in hoeverre menen zij dat zij kunnen beoordelen of iemand maagd is of niet?
2. Wat zijn de motieven van vrouwen die vragen om een maagdenvliesoperatie?
3. Welke keuzes maken vrouwen na uitgebreide voorlichting over mythes rond maagdelijkheid en het hymen en bespreking van gedragsalternatieven?
4. Leidt hymen(re)constructie tot bloedverlies?

Onderzoeksmethoden

De eerste onderzoeksvraag werd geoperationaliseerd door middel van een eenvoudige online enquête, bestaande uit een zestal vragen, die aan alle leden van de NVOG werd toegestuurd.

Voor beantwoording van de overige onderzoeksvragen werd een prospectieve, kwalitatieve multicentrestudie uitgevoerd in het St. Lucas-Andreasziekenhuis en het AMC te Amsterdam. Voor deze studie kwamen alle vrouwen in aanmerking die zich tussen januari 2007 en december 2009 aanmeldden voor hymenreconstructie.

De ontwikkeling van het 'hymenprotocol' was gebaseerd op jarenlange klinische ervaring en de overtuiging dat een niet-oordelende benadering, met als uitgangspunt de principes van autonomie en 'doing no harm', waarschijnlijk het meest effectief zou zijn. In elk geval zou, conform de NVOG-richtlijn, recht gedaan moeten worden aan de individuele motieven voor het verzoek, de individuele geschiedenis en sociale omstandigheden. Daarnaast moest er uitgebreid aandacht zijn voor voorlichting over mythes en misconcepties rond maagdelijkheid en het hymen en voor counseling betreffende mogelijke gedragsalternatieven. Uiteindelijk zou dan samen met elke vrouw bekeken kunnen worden wat de beste oplossing zou zijn. Voor het inventariseren van motieven en voorgeschiedenis, voorlichten en counsellen werd gebruik gemaakt van een semi-gestructureerd interview gebaseerd op de *client-centered* en directieve principes van *motivational interviewing*.^{30,31} Dit 'hymen-

protocol' hebben wij elders uitvoerig beschreven.³² Samengevat bestaat het hymenprotocol uit vier bezoeken. Tijdens het *eerste bezoek* worden de achtergronden geëxploreerd, met nadruk op de individuele voorgeschiedenis en op de cognities die maken dat de vrouw een operatie noodzakelijk acht. Vervolgens wordt aan de hand van *motivational interviewing* (bijvoorbeeld "Heeft u wel eens plaatjes gezien waaruit blijkt hoe verschillend 'maagdenvliesen' er uit kunnen zien?) voorlichting gegeven over het hymen als mythische structuur, over de mythes rond bloedverlies ("Hoe denkt u dat al die vrouwen die de eerste keer niet bloeden dat oplossen?") en over de voorwaarden voor plezierige en pijnloze coïtus. Omdat de indruk bestond dat veel vrouwen zich ook zorgen maken over "niet nauw genoeg zijn", werd uitgebreide voorlichting gegeven over de bekkenbodem en de mogelijkheid om deze bewust te contraheren. Elke vrouw kreeg instructies voor enkele eenvoudige bekkenbodemoefeningen en voor zelfonderzoek mee. Uitgaande van het gegeven dat 40-50% van de vrouwen geen bloedverlies heeft bij een eerste coïtus, werden alle mogelijke alternatieven om het laken te bevleken besproken; een vingerprik, een buisje met eigen ontstold bloed, een getimede onttrekkingsbloeding, een vaginale zetpil met karmijnrode vloeistof etc. Vrouwen werden er ook op gewezen, dat een operatie geen garantie op bloedverlies geeft en dat zij zich, operatie of niet, zouden moeten voorbereiden op het gebruiken van 'trucs'. Vrouwen die vreesden dat zij gedwongen zouden worden een maagdelijkheidsonderzoek te ondergaan, werd desgewenst een verklaring gegeven met de volgende tekst: "Bij mevrouw X is op [datum] een gynaecologisch verricht. Bij dit onderzoek zijn geen aanwijzingen gevonden dat zij geen virgo is".³ Bij het *tweede bezoek* wordt met behulp van een spiegel een educatief onderzoek verricht, gericht op het vergroten van inzicht in de eigen genitale anatomie en ter evaluatie van bekkenbodembewustzijn en -controle. Ook wordt bij dit onderzoek gekeken naar technische mogelijkheden met betrekking tot een eventuele ingreep, waarbij gekozen wordt voor een hymenaalplastiek volgens de Parijse methode³³ of, bij het ontbreken van geschikte carynculae, voor een kleine posterieure introïtusplastiek. Om de kans op bloedverlies te optimaliseren wordt een ingreep op z'n vroegst 14 dagen voor de huwelijksdatum gepland.

Bij het *derde bezoek* krijgt de vrouw de gelegenheid om alle vragen te stellen die nodig zijn om tot een besluit te komen en worden desgewenst hulpmiddelen voor het nabootsen van bloedverlies ter beschikking gesteld (gehepariniseerd bloed, vaginale suppositoria, recept voor progestativa of OAC etc.)

Het *vierde bezoek* wordt enkele weken na het huwelijk gepland en is bedoeld om te evalueren hoe het

de vrouw in de huwelijksnacht en daarna is vergaan, hoe zij is omgegaan met het (ontbreken van) bloedverlies, hoe (on)plezierig seksueel contact is, of er problemen zijn geweest door twijfels over haar kuisheid, of zij haar echtgenoot inmiddels in vertrouwen heeft genomen etc.

Resultaten

Online enquête onder NVOG leden

De enquête werd op 11-11-2009 per mail toegezonden aan alle gewone (n= 990) en aspirant (n= 378) leden van de NVOG. Alleen volledig ingevulde enquêtes werden verwerkt. De respons van gynaecologen was 9,1% (n=90) en van AIOS 9,5% (n=36). Hieronder de resultaten, waarbij in verband met de lage respons volstaan wordt met weergave van rechte tellingen.

1. *Wat is uw definitie van een virgo?*

a. Een vrouw zonder coïtuservaring	89 (70,6%)
b. Een vrouw met een intact hymen	2 (1,6%)
c. De combinatie van A+B	16 (12,7%)
d. Antwoord A en B zijn beide onjuist	15 (11,9%)

2. *Kunt u door gynaecologisch onderzoek beoordelen of een vrouw, ouder dan 15 jaar, ooit coïtus heeft gehad?*

a. Ja, altijd	0
b. Ja, vaak	14 (11,1%)
c. Ja, soms	35 (27,8%)
d. Nee, meestal niet	57 (45,3%)
e. Nooit	16 (12,7%)

3. *Is een hymen annulare zonder laesies/carynculae bewijzend voor virginiteit?*

a. Ja	27 (21,4%)
b. Nee	95 (75,4%)

4. *Een hymen met duidelijke carynculae is bewijzend voor niet-virginiteit*

a. Ja	5 (4,0%)
b. Nee	116 (92,0%)
c. Weet ik niet	1 (0,8%)

5. *Geeft u desgevraagd wel eens een 'maagdelijkheidsverklaring' af?*

a. Nee, nooit	109 (86,5%)
b. Ja, op verzoek	13 (10,3%)

6. *Verricht u, bij een verzoek daartoe, wel eens een hymen(re)constructie?*

a. Nee, nooit	92 (73,0%)
b. Soms wel, soms niet	2 (1,6%)
c. Ja, incidenteel (< 5 keer per jaar)	27 (21,4%)
e. Ja, regelmatig (> 5 keer per jaar)	1 (0,8%)

Semi-gestructureerd interview van vrouwen met hymen reconstructie verzoek.

De resultaten van deze interviews zijn elders uitgebreid beschreven.³² 82 vrouwen van 17-40 jaar met een gemiddelde leeftijd van 23,5 jaar werden geïnccludeerd, waarvan 92% met een Islamitische achtergrond en met wortels in elf verschillende landen. Meer dan de helft van de vrouwen (52%) is geboren in Nederland, de anderen in Marokko, (n=22), Turkije (n=6), Irak (n=3) en elders (n=8).

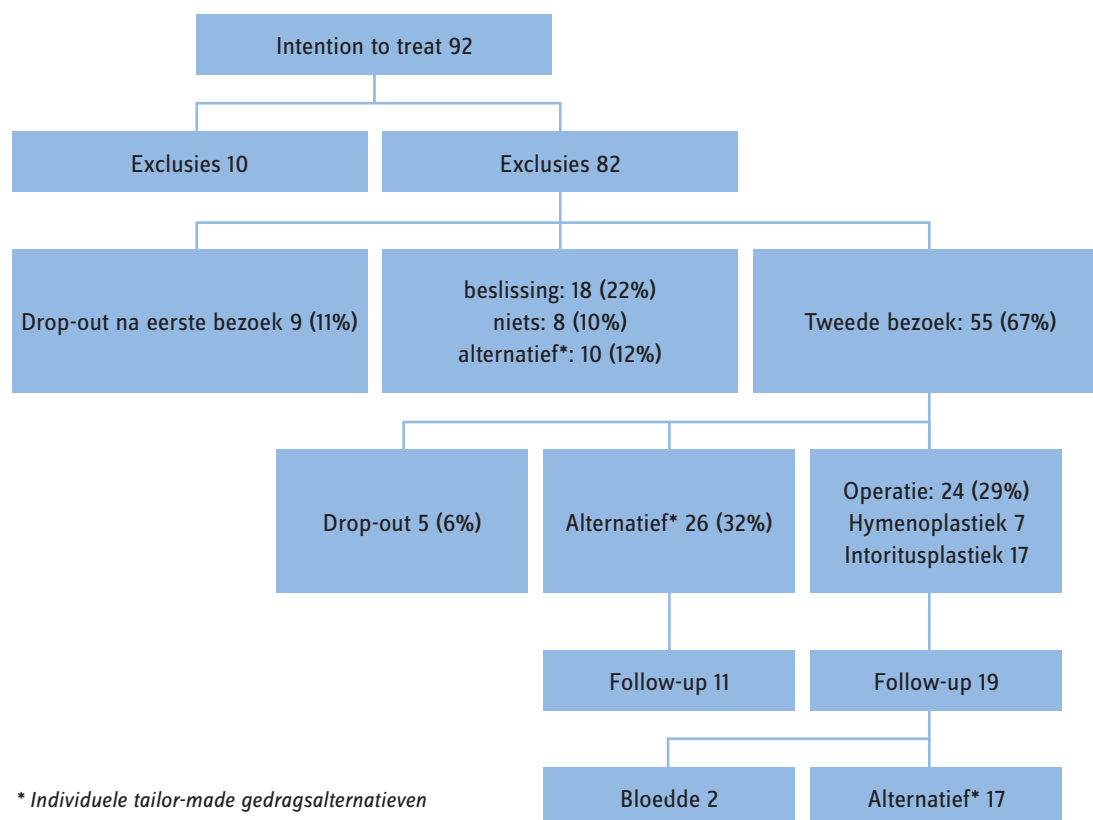
Slechts een derde (n=27) van de vrouwen was ontmaagd door consensuele coïtus. Een derde van de vrouwen (n=27) voelde zich bedrogen door een partner die hen had overgehaald met valse huwelijksbeloften. Bijna een derde van de vrouwen (n=25) was ontmaagd door verkrachting. Bijna de helft van de vrouwen (48%) was in de voorgeschiedenis seksueel misbruikt, 37% had een of meer abortus provocatus ondergaan, zes vrouwen hadden uit angst voor ontdekking een tentamen suicide ondernomen.

Meer dan de helft (57%) van de vrouwen had misconcepties over het hymen als afsluitend vlies. 35 vrouwen (43%) wisten uit eigen ervaring dat bij de eerste coïtus vaak geen bloedverlies optreedt.

Bloeden tijdens de huwelijksnacht was voor slechts 25 (31%) vrouwen het voornaamste motief voor hun verzoek. Tien vrouwen (12%) vonden bloedverlies irrelevant, maar wilden vooral 'nauw' zijn. Ruim een derde van de vrouwen vond bloedverlies en nauw zijn even belangrijk. Voor zeven vrouwen (9%) was het hymenherstel vooral van rituele betekenis, omdat ze hoopten hiermee een voorgeschiedenis van seksueel misbruik symbolisch af te sluiten. De overige elf (13%) vrouwen hoopten door de ingreep een gevoel van eigenwaarde en zelfvertrouwen te herstellen.

47 vrouwen (57%) verwachtten dat zij aan echtgenoot, familie en/of schoonfamilie op de een of ander manier hun maagdelijkheid zouden moeten bewijzen. Veel vrouwen vertelden dat de angst niet nauw genoeg te zijn vooral was ingegeven door een stroom aan waarschuwingen van moeders, zusters, tantes, vriendinnen en vooral van toekomstige echtgenoten, dat mannen kunnen voelen of iemand maagd is of niet. Zeven vrouwen (9%) was aangezegd dat ze in het land van herkomst een 'maagdelijkheidstest', zouden moeten ondergaan; een situatie die door veel anderen werd gevreesd. Gedwongen huwelijken kwamen weinig voor (n=7), negen huwelijken waren gearrangeerd met instemming van beide huwelijkskandidaten.

In figuur 1 is weergegeven hoe het beslissingsproces van de vrouwen in de studie is verlopen en in hoeverre ze bloedverlies hebben gehad.



Figuur 1. Samenvatting van het verloop van het beslissingsproces bij verzoek tot hymenherstel.

Tien vrouwen werden geëxcludeerd, omdat ze niet in staat waren te communiceren in het Nederlands, Engels, Frans of Duits. Na het eerste bezoek waren er negen (11%) drop-outs. Vier van hen zagen af van het verzoek, omdat er nog geen huwelijk was gepland. Van de overige vijf vrouwen is niet bekend of ze een operatie niet langer nodig vonden of dat zij zich tot een ander ziekenhuis hadden gewend voor een 'quick-fix'. 18 vrouwen (22%) besloten al na het eerste gesprek af te zien van operatie. Acht van hen besloten ook geen andere pogingen meer te ondernemen om maagdelijkheid te simuleren, omdat ze niet langer mee wilden doen aan het bevestigen van normen en waarden die hen tegenstonden. Tien andere vrouwen opteerden al na het eerste bezoek voor een andere oplossing dan operatie, omdat ze door de voorlichting de noodzaak van een operatie niet meer inzagen. De meeste vrouwen (n=55) kwamen voor een tweede bezoek, waarbij educatief gynaecologisch onderzoek werd verricht. Na dit onderzoek besloten nog eens 26 van hen (47%) af te zien van operatie. Drie van hen deden dat omdat er bij het onderzoek een hymen annulare werd gezien zonder enige inkeping. Na het tweede bezoek waren er vijf drop-outs. In alle gevallen bleek uit telefonisch

contact dat ook deze vrouwen hadden afgezien van verdere stappen, omdat ze een operatie niet langer nodig vonden. Van alle geïncludeerde vrouwen besloot uiteindelijk 29% (n=24) tot een operatie. Bij 17 van hen werd een introitusplastiek verricht, bij zeven een hymenplastiek. De beslissing tot operatie werd niet op rationele, maar op emotionele gronden genomen. Dit werd meestal verwoord als: "Ik weet nu dat het onzin is, dat mannen hun ideeën aan ons willen opdringen, maar ik moet daarmee leven. Dat is onze cultuur. Door me te laten opereren heb ik het gevoel er alles aan gedaan te hebben..."

19 van de vrouwen die een operatie ondergingen kwamen voor follow-up. De meesten (n=17) hadden tijdens de huwelijksnacht geen bloedverlies gehad en waren blij dat ze uitgebreid waren voorgelicht over wat te doen om maagdelijkheid te simuleren. Van de vrouwen die na het tweede bezoek hadden besloten zich niet te laten opereren (n=26), kwamen er elf naar de follow-up. Van een van de vrouwen was het huwelijk niet doorgegaan, omdat zij na een 'maagdelijkheidsonderzoek' in het land van herkomst was beschuldigd van onkuisheid en vervolgens ernstig was mishandeld.

Zowel na afloop van het derde bezoek als na de

follow-up werd vrouwen gevraagd om het protocol te evalueren aan de hand van een tienpunts Likert schaal. Hieruit bleek grote tevredenheid met alle stappen in het protocol. Het eerste bezoek werd gemiddeld gewaardeerd met 9,5, waarbij 'mijn verhaal kunnen vertellen' het hoogste scoorde. Het educatief gynaecologisch onderzoek werd gewaardeerd met een 8,5. Daarbij was vooral veel waardering voor het kunnen meekijken met een spiegel. Dit komt overeen met de waarneming dat vrouwen ook bij het eerste bezoek verwondering en ongeloof toonden bij het zien van plaatjes van vulva en hymen: "Zie ik er echt zo uit?", "Is het echt zo nauw?" en "Waar is de opening?" Ook de vrouwen die geopereerd waren en niet hadden gebloed, waren zeer tevreden. Ze zeiden dat ze ook achteraf hun beslissing niet betreurden, omdat de hele procedure veel had bijgedragen aan hun zelfvertrouwen.

Discussie

De twee in dit artikel samengevatte studies laten zien dat niet alleen vrouwen zelf, maar ook een aantal van de Nederlands gynaecologen, menen dat maagdelijkheid een anatomisch begrip is dat geobjectiveerd kan worden door gynaecologisch onderzoek.

De meerderheid van de vrouwen met een verzoek tot hymenherstel bleek niet te voldoen aan het beeld van vrouwen die qua levensstijl tussen twee culturen heen en weer worden geslingerd. De meesten hadden een gecompliceerde voorgeschiedenis met opvallend veel ervaringen met seksueel geweld en abortus provocatus.

In tegenstelling tot de meestal geuite veronderstelling dat het vrouwen vooral te doen zou zijn om bloedverlies, bleek dat de angst dat mannen zouden kunnen voelen of iemand maagd is, vaak een grote rol te spelen. Dit illustreert dat in de voorlichting, vooral ook van mannen, de mythe dat je dat kunt zien en/of voelen, actief bestreden moet worden. Artsen moeten zich onthouden van welke uitspraak dan ook over vaststelbaarheid van virginiteit door middel van onderzoek.

De vrouwen in deze studie waren vaak radeloos en zagen een operatie aanvankelijk als de enige oplossing van hun probleem. In de meerderheid van de gevallen lukte het om mythes te ontzenuwen en door het bespreken van gedragsalternatieven kregen vrouwen andere opties aangereikt. Doel van het hymenprotocol was om vrouwen de mogelijkheid te bieden om een voorgenomen besluit tot operatie te heroverwegen. Dat slechts 24 van 82 (29%) geïncludeerde vrouwen uiteindelijk besloten zich te laten opereren, moet gezien worden als een teken van toegenomen zelfbewustzijn. Desalniettemin, en ondanks het feit dat de helft van de vrouwen zelf niet had gebloed bij de eerste coïtus, was de meerderheid van de vrouwen er zeker van dat er 'binnen hun cultuur' geen

andere mogelijkheid was dan door bloedverlies of 'nauw zijn' maagdelijkheid te 'bewijzen'. Daarom kozen vrouwen in meerderheid voor alternatieve manieren voor het bevleken van lakens en/of simuleren van 'nauw zijn'. De minderheid die wel koos voor operatie, was daar achteraf tevreden over, ook al hadden zij meestal ook 'trucs' moeten hanteren om maagdelijkheid te veinzen, omdat er ondanks de operatie geen bloedverlies optrad.

De grote tevredenheid van de vrouwen is waarschijnlijk vooral het gevolg van de *client-centered* aard van het protocol. Dit komt ook tot uiting in het ongedacht grote aantal vrouwen dat zich voor follow-up meldde. Omdat deze studie een kwalitatieve studie was onder een specifieke populatie van vrouwen, voor het grootste deel met wortels in de Mahgreb, Turkije en het Midden-Oosten, is het de vraag of hun ideeën over maagdelijkheid en het hymen representatief zijn voor alle migranten uit deze regio's. Meer studies naar de attitudes, normen en waarden van representatieve populaties vrouwen en vooral mannen, zijn noodzakelijk om hier meer inzicht in te krijgen

Conclusie

Extensieve, niet-oordelende, stapsgewijze voorlichting en counseling van vrouwen met een verzoek om 'hymenherstel' is een effectieve methode die leidt tot toename in kennis en zelfbewustzijn, tot *'empowerment'* van vrouwen in nood die vrezen voor ontdekking van een vaak belaste seksuele voorgeschiedenis. Deze vrouwen zijn niet geholpen met het simpelweg voldoen aan hun verzoek, omdat een operatie op zich niet bijdraagt aan hun autonomie en slechts zelden leidt tot het beoogde bloedverlies. Bloedverlies is bovendien vaak niet de manier waarop zij moeten bewijzen maagd te zijn. Vrouwen zijn ook niet geholpen met weigeren van de operatie, omdat daarmee hun reële angsten niet afnemen en zij niet in staat zullen zijn om de ernstige gevolgen van ontdekking te voorkomen. Een aanpak waarbij, op basis van uitgebreide voorlichting en counseling, de vrouw uiteindelijk zelf beslist over hoe zij haar moeilijke situatie gaat aanpakken, leidt tot grote tevredenheid. Het beschreven hymenprotocol is een effectieve operationalisatie van de richtlijn van de NVOG, waarbij de gynaecoloog ondersteuning behoeft van een ter zake deskundig seksuoloog of psycholoog.

Maagdelijkheid is geen anatomisch gegeven en kan niet bewezen worden door lichamelijk onderzoek. De vrouwen in deze studie vonden dat de dubbele moraal en onwetendheid van mannen aan de basis lagen van hun problemen. De verspreiding van kennis en bestrijding van mythes door middel van voorlichting, zoals door brochures als die van Rutgers WNF³⁴, kan bijdragen aan kennis en attitudeveran-

dering van meisjes en vrouwen, maar het is zeer de vraag of dit ook enig effect heeft op de ideeën van jongens, mannen en van sommige artsen. Daarvoor is het nodig om middelen en methoden te ontwikkelen gericht op correctie van mythische ideeën en misconcepties over maagdelijkheid, het maagdenvlies en over vrouwelijk seksueel zelfbeschikkingsrecht, en deze in het voortgezet onderwijs te implementeren.

Literatuur

1. Bekker, M.J., J. Rademakers, I. Mouthaan et al., *Reconstructing hymens or constructing sexual inequality? Service provision to Islamic young women coping with the demand to be a virgin.* J Community Appl Soc Psychol 1996;6:329-34
2. Amy, J.J., *Certificates of virginity and reconstruction of the hymen.* Eur J Contracept Reprod Health Care 2008;13:111-3
3. Helgesson, G. & N. Lynöe, *Should physicians fake diagnoses to help their patients?* J Med Ethics 2008;34:133-6
4. Bravender, T., S.J. Emans, M.R. Laufer et al., *Use caution when determining "virginal" vs "nonvirginal" status.* Arch Pediatr Adolesc Med 1999;153:773-4
5. Kandela, P., *Egypt's trade in hymen repair.* Lancet 1996;347:1615.
6. *Young people, sex and Islam; an investigation into Dutch young people of Moroccan and Turkish descent.* STI AIDS Netherlands. 2008 Accessed 13 August 2011 from: www.aidsactioneurope.org/uploads/tx_windpublications/874-0.pdf
7. Ilkkaracan P., *Women, sexuality, and social change in the Middle East and the Maghreb.* Soc Res 2002;69:753-79
8. Parla, A., *The "honor" of the state: Virginity examinations in Turkey.* Feminist Stud 2001;27:65-88
9. Essizoglu, A., A. Yasan, A.E. Yildirim et al., *Double standard for traditional value of virginity and premarital sexuality in Turkey: A university students case.* Women Health 2011;51:136-50
10. Loeber, O., *Over het zwaard en de schede; bloedverlies en pijn bij de eerste coïtus. Een onderzoek bij vrouwen uit diverse culturen. (About the sword and the sheet; blood loss and pain at first coitus. A study of women with different cultural backgrounds.)* Tijdschrift voor Seksuologie 2008;32:129-37
11. gomiddleeast.com. *Afraid that you won't bleed on your wedding night?* Accessed 13 August 2011 from: www.gomiddleeast.com/tag/bleeding-on-wedding-night/
12. Blank, H., *Virgin; the untouched history.* New York: Bloomsbury 2007:89-91
13. islamicgarden.com *The myth of the hymen continues.* Accessed 13 August 2011 from: www.islamicgarden.com/mythhymen.html
14. Gürsoy, E. & G. Gülsen Vural, *Nurses' and midwives' views on approaches to hymen examination.* Nurs Ethics 2003;10:485-94
15. Curtis, E. & C.S. Lazaro, *Appearance of the hymen in adolescents is not well documented.* BMJ 1999;318:605
16. Rogers, D.J. & M. Stark, *The hymen is not necessarily torn after sexual intercourse.* BMJ 1998;317:414
17. Emans, S.J., E.R. Woods, E.N. Allred & E. Grace, *Hymeneal findings in adolescent women: the impact of tampon use and consensual sexual activity.* J Pediatr 1994;125:153-60
18. Adams, J.A., A.S. Botash & N. Kellogg, *Differences in hymenal morphology between adolescent girls with and without a history of consensual sexual Intercourse.* Arch Pediatr Adolesc Med 2004;158:280-5
19. Goodman, M.P., *Female genital cosmetic and plastic surgery: a review.* J Sex Med 2011; doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02254.x. [Epub ahead of print]
20. Logmans, A., A. Verhoeff, R. Bol Raap et al., *Ethical dilemma: Should doctors reconstruct the vaginal introitus of adolescent girls to mimic the virginal state?* BMJ 1998;316:459-60
21. Webb, E., *Cultural complexities should not be ignored.* BMJ 1998;316:462
22. Friedman Ross, L., *Surgery is not what it seems.* BMJ 1998;316:462
23. Usta, I., *Hymenorrhaphy: what happens behind the gynaecologist's closed door?* J Med Ethics 2000;26:217-8
24. Wild, V., H. Poulin & N. Biller-Andorno, *Rekonstruktion des Hymens: Zur Ethik eine tabuisierten Eingriffs.* Deutsches Ärzteblatt 2009;106:340-1
25. Cook, R.J. & B.M. Dickens, *Hymen reconstruction: Ethical and legal issues.* Int J Gynecol Obstet 2009;107:266-9
26. O'Connor, M., *Reconstructing the hymen: mutilation or restoration?* J Law Med 2008;16:161-75
27. Eich, T., *A tiny membrane defending 'us' against 'them': Arabic internet debate about hymenorrhaphy in Sunni Islamic law.* Cult Health Sex 2010;12:755-69
28. Essén, B., A. Blomkvist, L. Helström & S. Johnsdotter, *The experience and responses of Swedish health professionals to patients requesting virginity restoration (hymen repair).* Reprod Health Matters 2010;18:38-46.
29. Feitsma, A.H. & M.J. Kagie, *NVOG-standpunt hymenreconstructie.* Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, (Guideline hymen reconstruction. Dutch Society of

- Obstetrics and Gynaecology). Utrecht: NVOG 2004
30. Miller, W.R., & S. Rollnick, *Motivational interviewing: Preparing people for change. 2nd edn.* New York: Guilford Press 2002
 31. Lindlof, T.R. & B.C. Taylor, *Qualitative communication research methods. 2nd edn.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications 2002: 195
 32. van Moorst, B.R., R.H.W. van Lunsen, D.K.E. Van Dijken & C.M. Salvatore, *Backgrounds of women applying for hymen reconstruction, the effects of counselling on myths and misunderstandings about virginity, and the results of hymen reconstruction.* Eur J Contracept Reprod Health Care 2012;17:93-105
 33. Lammes, F.B., *Chirurgische mogelijkheden bij virgoproblematiek (Hymenal reconstruction; surgical possibilities).* NTOG 2003;116:9-10
 34. *Facts and fiction about the hymen.* Utrecht: Rutgers Nisso Groep 2007. Accessed 13 August 2011 from: www.rutgersnissogroep.org/ourinternationalwork/product-services/products/products-1/facts-and-figures-about-the-hymen-pdf

Samenvatting

Veel culturen eisen van vrouwen dat zij als maagd in het huwelijk treden. Gedacht wordt dat een zogenaamd 'intact' hymen een bewijs is van kuisheid, dat bloedverlies tijdens de huwelijksnacht een bewijs is van maagdelijkheid en dat mannen kunnen voelen of iemand nog maagd is. Gynaecologen krijgen regelmatig het verzoek om een 'maagdelijkheidsverklaring' te verstrekken of een 'hersteloperatie' te verrichten. Of het ingaan op dergelijke verzoeken verantwoord is en bijdraagt aan de oplossing van een probleem, of dat dit leidt tot het in stand houden van mythes en een dubbele moraal ten aanzien van vrouwelijke seksualiteit, is onderwerp van debat. In dit artikel wordt verslag gedaan van een korte enquête onder Nederlandse gynaecologen en van de ervaringen met een in Amsterdam ontwikkeld protocol gericht op voorlichting, counseling en empowerment van vrouwen die vragen om hymenherstel.

Trefwoorden

hymen, hymenreconstructie, maagdelijkheid, voorlichting, counseling

Summary

In this study the opinions of gynaecologists about virginity and hymenoplasties were explored by means of an online questionnaire. The backgrounds of women requesting hymenoplasties and the effects of extensive counselling on their final decision to be operated or not was studied by means of a two-centre qualitative study, consisting of a semi-structured interview, extensive patient education, discussion of possible behavioral alternatives, an educational examination and a follow-up after marriage.

122 gynecologists completed the questionnaire. 30 (25%) had experience with performing hymeno-

plasties and 13 (11%) ever signed a virginity certificate. The majority (60%) states that a pelvic examination does not reveal whether or not a woman has coital experience.

82 women were interviewed at first visit. 68 were followed until the decision to be operated upon or not. 48 percent of all subjects reported a history of sexual violence; 37% had one or more abortions; 71% finally decided against an operation. Of the 19 women who submitted to an operation 17 reported no blood loss at first marital intercourse. Hymenoplasty without extensive counselling is not helpful because most operated women will not bleed and often also have to prove to be 'tight' enough.

Auteurs

Rik H.W. van Lunsen¹, arts-seksuoloog NVVS, Bianca R van Moorst², gz-psycholoog/psychotherapeut-seksuoloog NVVS

¹ Afdeling Seksuologie and Psychosomatische Gynaecologie, Divisie Verloskunde/Gynaecologie, Academic Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam.

² Afdeling Verloskunde/Gynaecologie, St Lucas/Andreas Ziekenhuis, Amsterdam.

Correspondentie;

dr. Rik HW van Lunsen, arts-seksuoloog NVVS
Hoofd Afdeling Seksuologie and Psychosomatische Gynaecologie.

Divisie Verloskunde/Gynaecologie
Academisch Medisch Centrum H4-268
Postbus 22660, 1100 DD Amsterdam

t +31 20 566 4456

e h.w.vanlunsen@amc.uva.nl

Belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen.

Aankondiging



Op vrijdagmiddag 30 november 2012 organiseren de afdelingen Urologie en Gynaecologie van het UMC St Radboud Nijmegen het

POST ICS-IUGA CONGRES 2012

Dit congres is uitsluitend bedoeld voor medisch specialisten: urologen, gynaecologen en assistenten in opleiding.

Nederlandse gynaecologen en urologen zijn voor u naar het ICS congres in Beijing en het IUGA congres in Brisbane afgereisd. Op het Post ICS-IUGA heeft u een unieke mogelijkheid om, dicht bij huis, van deze twee verre congressen de belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van functionele urologie en urogynaecologie mee te krijgen.

In het eerste gedeelte van het programma zal er een discussie plaatsvinden over vaginale meshes, waarin een gynaecoloog en een inspecteur van IGZ de verbale degens kruisen over dit actuele onderwerp.

In het tweede gedeelte komen sprekers aan het woord over de nieuwste ontwikkelingen over uiteenlopende urologische onderwerpen als overactieve blaas, stress-incontinentie, fecale incontinentie en basic science.

Tot ziens in Nijmegen,

dr. John Heesakkers, uroloog en prof.dr. Mark Vierhout, gynaecoloog

LOCATIE

Het Post ICS-IUGA wordt gehouden in de Hippocrateszaal op de campus van het UMC St Radboud Nijmegen.

INSCHRIJVING

Via de website www.paoheyendael.nl/nl/ICS-IUGA2012, sluitingsdatum vrijdag 23 november 2012. Aan deelname zijn geen kosten verbonden.

ACCREDITATIE

Is aangevraagd bij de Nederlandse vereniging voor Urologie (NVU) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG).

SPONSOR

Dit congres is mede mogelijk gemaakt door Astellas Pharma B.V.

CONTACTGEGEVENS ORGANISATIE

UMC St Radboud, Bureau PAO-Heyendael / 87

Judith van Werven-Nobel, projectmedewerker

T: (024) 361 72 80

E: j.vanwerven-nobel@pao.umcn.nl

W: www.paoheyendael.nl



PAO  Heyendael

Een bijzondere oorzaak van een groeivertraagde foetus: pemfigoïd ofwel herpes gestationis

J. Kortekaas, W. Vissers & W. Wiltenburg

Achtergrond

Tijdens de zwangerschap kunnen verschillende huidveranderingen en/of -afwijkingen ontstaan zoals hyperpigmentatie (linea nigra), non-pitting oedeem, striae en pruritus. Pruritus tijdens de zwangerschap kan fysiologisch zijn. Ook kan een *flare-up* voorkomen van een ziekte die voorafgaand aan de zwangerschap al aanwezig was. Deze *flare-up* geeft meestal afwijkingen op de hoofdhuid, anus en vulva. In het geval van zwangerschapsspecifieke pruritis in het tweede of derde trimester is de buikhuid het meest frequent aangedaan. Vier groepen van zwangerschapsspecifieke dermatosen worden beschreven:

- 1) *prurigo of pregnancy*;
- 2) *pruritic folliculitis of pregnancy*;
- 3) *pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy*.

In deze drie groepen loopt de foetus geen specifiek risico. Wij presenteren een casus over een patiënt waarbij intra-uteriene groeivertraging werd gezien met daarnaast jeukklachten, huidafwijkingen en zwangerschapsgeïnduceerde hypertensie door de vierde groep:

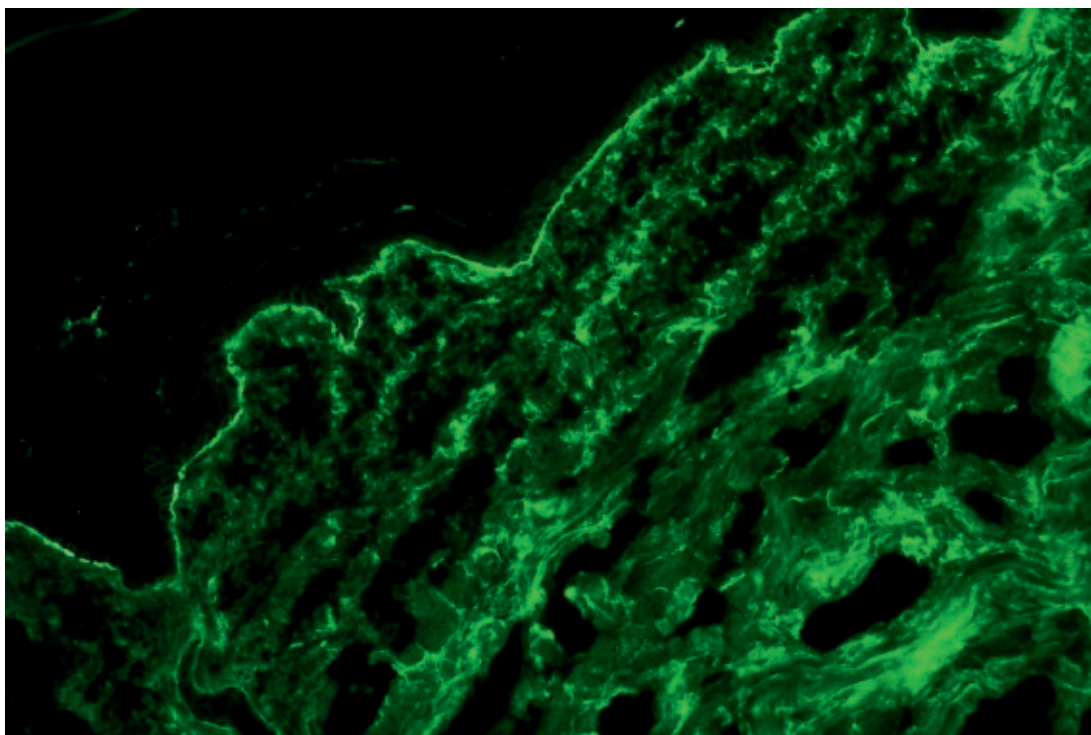
4) *pemfigoïd ofwel herpes gestationis*.

Casuïstiek

Bij een 42-jarige G1P0 werd op de polikliniek bij een amenorrhoeë (AD) van 29 weken een intra-uteriene groeivertraging gezien (geschat gewicht op de zesde percentiel), met een oligohydramnion en afwijkende dopplers van de arteria umbilicalis en arteria cerebri media (tekenen van brainsparing) en daarnaast zwangerschapsgeïnduceerde hypertensie.



Afbeelding A huidafwijkingen. Op de buikhuid gelokaliseerde, gedissemineerde, miliair grootte, ronde, matig scherp begrensd erytheem zonder vesikels.



Afbeelding B Histologisch beeld. Immunologisch onderzoek: lineaire subepidermale afzetting van C3.

De zwangerschap kwam in Spanje tot stand middels ICSI-behandeling na eiceldonatie. Een 'gezond' embryo werd teruggeplaatst na pre-implantatie-diagnostiek (i.v.m. een gebalanceerde translocatie bij partner). Screenend echoscopisch onderzoek bij AD 20 weken liet geen afwijkingen zien.

Patiënte werd bij AD30w0d opgenomen ter foetale bewaking, een pre-eclampsie werd uitgesloten. Laboratoriumonderzoek toonde geen afwijkingen, galzure zouten waren niet verhoogd. In verband met de intra-uteriene groeivertraging werd bij AD30w1d gestart met dexamethason ter bevordering van de foetale longrijping.

In retrospect klaagde patiënte over gegeneraliseerde jeuk sinds AD26w. Op de armen, benen, enkels en later ook buikhuid, ontwikkelde zich omamiae- en nates-gelokaliseerde, gedissemineerde, regionale, miliair grote, ronde, matig-scherpbegrensde erythematuze afwijkingen zonder vesikels (foto A). Deze werden vanaf AD30w1d symptomatisch behandeld met corticosteroïden lokaal.

In verband met de bovengenoemde uitbreiding werd een stansbiopt van de buikhuid genomen. Bij AD31w4d werd de diagnose gesteld: het biopt toonde een perivasculair, rondkernig ontstekingsinfiltraat met eosinofiele granulocyten. Bij immunologisch onderzoek werd een lineaire subepidermale afzetting

van C3 (complement 3) geconstateerd, passend bij pemphigoid gestationis (foto B).

Vanaf AD32w3d was er sprake van verlies van bruin-gekleurd vaginaal bloed. Daarbij werd er een cervixlengte van twee centimeter gemeten en bij trans-abdominale echoscopie werd geen beeld van een (partiële) solutio placentae gezien. In verband met toenemende contracties, portioveranderingen en verlies van helderrood vaginaal bloed met daarbij wel een optimaal foetaalhartpatroon op het CTG werd onder verdenking partiële abruptio placentae bij AD32w5d een primaire sectio caesarea verricht, die ongecompliceerd verliep. Een gezonde vrouwelijke neonaat van 1360 gram (p16-20, PRN (2007)) werd geboren met een goede start, zonder huidafwijkingen en ongecompliceerd verloop op de kinderafdeling. Bij de geboorte van de placenta volgde een stolsel en ruim bloedverlies. Bij inspectie van de placenta werden geen afwijkingen gezien. Pathologisch onderzoek van de placenta liet een premature, dysmature placenta zien met een viertal infarcten, variërend van 0,3 tot 1 cm, zonder aanwijzingen voor een abruptio placentae.

De jeuk bleef post partum onder controle met triamcinolon creme 1mg/gram en de huidafwijkingen herstelden restloos.

Beschouwing^{1,2}

Pemphigoïd gestationis is een specifieke zwangerschapsdermatose die bij één op de 50.000 zwangerschappen voorkomt, meestal in het tweede of derde trimester ontstaat en vaak in enkele maanden post partum restloos verdwijnt.

De exacte pathogenese is onbekend. Door een onbekende oorzaak vindt er een expressie plaats van een auto-antigeen in de placenta. Hierdoor ontstaat er een allogene immuunreactie tegen de placentaire basaalmembraan waarbij een antistof ontstaat van de IgG-subklasse. Deze antistof is in zowel placenta als in de huid aanwezig en reageert specifiek tegen BP180, een transmembraanproteïne die zich in beide basaalmembranen bevindt. In de huid verbindt het BP180 de dermis en epidermis aan elkaar. De aanwezige IgG initieert een reactie waarbij uiteindelijk proteolytische enzymen vrijkomen die de dermis van de epidermis scheidt.³ De huiduitslag begint klassiek met urticariële plaques, vervolgens vesikelvorming op de romp en rondom de navel en later centrifugaal uitbreidend. Vesikelvorming is niet altijd aanwezig.^{4,5} Deze IgG tegen BP180 kan tevens voor placentaire insufficiënte zorgen door loslating van de basaalmembraan op placentair niveau, maar het exacte mechanisme waardoor de insufficiëntie ontstaat blijft onduidelijk.^{3,6}

De diagnose wordt gesteld aan de hand van een stansbiopt van de huid waarin complement 3 (C3) in een lineaire band op het basaalmembraan wordt gezien, wat pathognomisch is voor deze diagnose bij een zwangere patiënt. In 30-40% wordt tevens IgG afzetting gezien.

Behandeling is symptomatisch in de vorm van het toedienen van topicale corticosteroiden waarbij meestal verbetering wordt gezien met prednisolon 0,5mg/kg/dag.

Foetaal is er een grotere kans op groeivertraging en prematuriteit op basis van placenta-insufficiëntie. Zelden worden huidreacties bij de neonaat gezien en die gezien worden, verdwijnen spontaan binnen enkele weken.^{2,4}

Kans op recidieve bij een volgende zwangerschap ligt rond de 90%.⁴

Volgens de PRN-curves is onze pasgeborene niet groeivertraagd. Deze curves zijn echter samengesteld op basis van ongeselecteerde geboortes (alleen meerlingen en IUVD's zijn geëxcludeerd). Als we de Gardosi-groeicurves gebruiken en we corrigeren, in aanvulling op de amenorroeduur voor geslacht, maternaal gewicht voor de zwangerschap, lengte, etniciteit en pariteit, dan is 28% van de groeivertraagde kinderen en 22% van de macrosome kin-

deren toch normaal van gewicht. Andersom is respectievelijk 24% en 26% over- en onderschat qua gewicht en zou wel degelijk groeivertraagd of macrosoom zijn. In deze casus woog de neonaat 1360 gram, wat tussen de 72-78% is van de mediaan (1750-1900 gram). Bij de Gardosicurve worden gewichten onder de 86% van de mediaan als afwijkend benoemd. In deze casus is er volgens de Gardosicurve sprake van dysmaturiteit, meest waarschijnlijk op basis van placentaire insufficiëntie. Het toepassen van aangepaste curves zou veel onnodig onderzoek, interventies en ongeruste ouders voorkomen.

Take home message

Bij pruritis gravidarum en intra-uteriene groeivertraging dient altijd een dermatoloog in consult gevraagd, of op zijn minst overwogen te worden, voor eventuele aanvullende diagnostiek en behandeling. Wegens het risico van placentainsufficiëntie is foetale bewaking geïndiceerd.

Bij pemphigoïd gestationis is alleen symptomatische behandeling met corticosteroiden mogelijk. Het termineren van de zwangerschap is de enige definitieve behandelingsmethode.

Literatuur

1. Zupan-Kajcovski, B., J.H. Broeshart & W.R.Faber, *Specifieke zwangerschapsdermatosen, Ned Tijdschr Geneesk.* 2006;150:1549-56
2. Ingen-Housz-Oro, S., *Pemphigoid gestationis: a review, Ann Dermatol Venereol.* 2011 Mar;138(3):209-13. Epub 2011 Feb 15. (artikel in franse taal)
3. Shimanovich, I., E.B. Bröcker & D. Zillikens, *Pemphigoid gestationis: new insights into the pathogenesis lead to novel diagnostic tools, BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology.* September 2002, Vol. 109, pp. 970-976
4. Jenkins, R.E., S. Hern & M.M. Black, *Features and management of pemphigoid gestationis.* Clinical and Experimental Dermatology, 24, 255-259
5. Ogilvie, P., A. Trautmann, W. Dummer, C. Rose, E.B. Bröcker & D. Zillikens, *Pemphigoid gestationis without blisters.* Hautarzt. 2000 Jan;51(1):25-30. (artikel in duitse taal)
6. Huilaja, L., K. Mäkikallio & R. Sormunen, *Gestational Pemphigoid: Placental Morphology and function.* Acta Derm Venereol 2012 (ahead of print)
7. Gardosi, J., A. Chang, B. Kalyan, D. Sahota & E.M Symonds, *Customised antenatal growth charts.* Lancet. 1992 Feb 1;339(8788):283-7.

Samenvatting

Herpes gestationis is een zeldzame huidaandoening die alleen gerelateerd aan een zwangerschap voorkomt. De aandoening wordt veroorzaakt door een immunologische reactie tegen de basaalmembranen. Het kan intra-uteriene groeiachterstand veroorzaken ten gevolge van placentaire insufficiëntie. Behandeling bestaat uit toedienen van topische corticosteroiden.

Trefwoorden

Intra-uteriene groeivertraging, herpes gestationis, pemphigoïd gestationis, huidafwijkingen, zwangerschap

Summary

Herpes gestationis is a rare skindisease that only occurs during pregnancy. It is caused by an immunologic reaction on the basal membrane. It can cause intra-uterine growth restriction due to placental insufficiency. Treatment is with local corticosteroids.

Keywords

Intra-uterine growth retardation, herpes gestationis, pemphigoïd gestationis, skindisease, pregnancy

Auteurs

drs. J.C. Kortekaas, arts-assistent niet in opleiding tot specialist

dr. W.H.P.M. Vissers, dermatoloog

drs. W. Wiltenburg, gynaecoloog

Correspondentie

drs. J.C. Kortekaas

Schuttersbergweg 90, 6823 KL Arnhem

e jkortekaas@alysis.nl

t 06-49940601

dr. W.H.P.M. Vissers, dermatoloog Rijnstate

e wvissers@alysis.nl

drs. W. Wiltenburg, gynaecoloog

Gerard den Brabanderhof 58, 1628 WC, Hoorn

e w_wiltenburg@hotmail.com

t 06-23185569

Belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen.

Van evaluatie naar voorbeeld van implementatie

Stage eerstelijns verloskundige zorg voor AIOS-gynaecologie

M. van de Ven, N. van der Lee, P. Offerhaus & J. van Dillen

Introductie

Eén van de speerpunten van de stuurgroep Zwangerschap en geboorte betreft 'Samen verantwoordelijk'. Hieronder wordt verstaan dat alle professionals een netwerk vormen om samen een zo gezond en veilig mogelijke zorg rond zwangerschap en geboorte te bieden.¹ Goede samenwerking is een van de pijlers van goede gezondheidszorg. Het gaat daarbij niet alleen om samenwerking tussen professionals van een zelfde beroepsgroep, maar ook over samenwerking tussen beroepsgroepen en samenwerking tussen zorgverlener en patiënt.² Situaties waarbij de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van patiënten in het geding is, zijn veelal terug te voeren op een gebrekkige samenwerking.³ Het is dan ook niet verwonderlijk dat de Raad voor Volksgezondheid en Zorg nadrukkelijk aandacht vraagt voor 'samenwerken' in de opleiding van artsen. De rol van 'samenwerker' is namelijk één van de zeven CanMEDS-competenties die als uitgangspunt dienen voor de huidige opleiding van artsen.²

Ter bevordering van de samenwerking met andere beroepsgroepen wordt al sinds 2005 in het curriculum voor de opleiding tot gynaecoloog (Herziening Opleiding Obstetrie en Gynaecologie, HOOG) een eerstelijns-verloskundigezorgstage vermeld.⁴ Onduidelijk is echter of er zeven jaar na de invoering van HOOG dergelijke stages in het land zijn geëffectueerd. In dit artikel geven wij de resultaten van een recente evaluatie van het aantal opleiding ziekenhuizen waar een eerstelijns-verloskundigezorgstage is geëffectueerd. Tevens geven wij een voorbeeld van mogelijke implementatie van deze stage.

Evaluatie huidige landelijke situatie

Methodie

Ter inventarisatie van het aantal geëffectueerde stages in de eerstelijns verloskundige zorg voor AIOS werden alle (waarnemend) opleiders van ziekenhuizen met de opleiding Obstetrie en Gynaecologie benaderd. De contactpersonen werden geïdentificeerd via een overzicht van opleidingsplaatsen zoals geregistreerd bij de Koninklijke Nederlandsche Maat-

schappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)*.

Deze contactpersonen werden in december 2011 via e-mail benaderd voor deelname aan een enquête waarin de volgende vragen werden gesteld:

1. Wordt er in uw kliniek een eerstelijns-verloskundigezorgstage aangeboden aan de AIOS?
2. Is er een stageplan en mogen wij deze inzien?

Bij geen respons na vier weken werd telefonisch contact gezocht en/of een herinneringsmail gestuurd. In die klinieken die de mogelijkheid bieden voor het lopen van een eerstelijns-verloskundigezorgstage werd ter aanvulling gevraagd hoeveel AIOS er de afgelopen jaren deze stage hebben doorlopen.

Resultaten

Van de 47 ziekenhuizen met de medische vervolgoopleiding tot gynaecoloog antwoordden negen ziekenhuizen dat er in hun ziekenhuis een mogelijkheid is tot het lopen van een eerstelijns-verloskundigezorgstage (19%). In zes van die ziekenhuizen is er geen stageprotocol en kan de stage adhoc geregeld worden op initiatief van de AIOS. In drie ziekenhuizen is sprake van een stage die op papier geëffectueerd is, in twee ziekenhuizen is de stage opgenomen in het lokale opleidingsplan en in één ziekenhuis is een protocol aanwezig. Helaas zijn de stageplannen niet ingezien. Tevens is bij de negen ziekenhuizen met een stagemogelijkheid niet bijgehouden hoeveel AIOS tussen 2005 en 2012 een stage in de eerste lijn hebben doorlopen.

Voorbeeld implementatie stageplan

Hieronder volgt een beschrijving van de leerdoelen, de uitvoering en de overwegingen voor de stage zoals deze in het UMC St. Radboud is geëffectueerd. In het UMC St. Radboud is er sinds juni 2011 een stageplan voor een eerstelijns-verloskundigezorgstage voor AIOS. Het doel van de stage is dat de AIOS inzicht krijgt in

- 1) het systeem van risicoselectie,
- 2) beslismomenten vanuit de eerste lijn,
- 3) logistiek van controles en partus in de eerste lijn,
- 4) de rol van de eerstelijns verloskundige in (psycho-

sociale) begeleiding van de zwangere en 5) de overdracht en samenwerking tussen de eerste en de tweedelijns zorgverleners.⁵

Het stageplan is samengesteld in overleg met AIOS, lokale opleiders, eerstelijns verloskundigen van het lokaal verloskundig samenwerkingsverband en is gebaseerd op ervaringen beschreven in een eerder artikel in dit tijdschrift.⁵ Discussiepunten waren met name de duur van de stage en de (medische) verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid tijdens de stage. Wat betreft de duur van de stage wordt in HOOG onder het thema 'zwangerschapsbegeleiding ongecompliceerd' vermeld dat een verslag van enkele dagen ervaring in de eerstelijns verloskundige zorg dient te worden opgenomen in het portfolio. Uit praktische overwegingen en passend in het huidige lokale opleidingsschema is gekozen voor een stage van één week. De periode van deze stage wordt in het UMC St. Radboud ingevuld in het eerste jaar dat de AIOS de academische stages doorloopt, het betreft hier meestal derde- en vierdejaars AIOS. De uiteindelijke dagindeling wordt in overleg met de betreffende verloskundige praktijk gemaakt.

Wat betreft verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid tijdens de stage zijn, ter voorkoming van conflicten en onduidelijkheden, duidelijke afspraken vastgelegd in het stageplan. Deze afspraken verwijzen naar bestaande documenten en zijn in samenspraak met de juridische afdeling van het UMC St. Radboud tot stand gekomen.⁶⁻¹⁰

Verantwoordelijkheid

Volgens de beroepscode van de KNOV bestaat de kern van het beroep verloskundige uit de begeleiding van een fysiologisch verlopende preconceptie, zwangerschap, baring en kraamperiode, alsmede de begeleiding van anticonceptie en het verrichten van risicoselecties tijdens die periodes.⁶ De AIOS is als arts bevoegd tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst en heeft een eigen medische verantwoordelijkheid.⁷ Aangezien het een meekijkstage van de AIOS in de eerstelijns praktijk betreft, is de dienstdoende verloskundige te allen tijde eindverantwoordelijk voor de besluitvorming en uitvoering van de behandeling. In deze meekijkstage worden in principe geen medische handelingen door de betreffende AIOS verricht. Indien de AIOS wel medische handelingen verricht, geschiedt dat onder verantwoordelijkheid van de verloskundige. Natuurlijk is discussie over het beleid mogelijk, waarbij het principe dat wordt uitgedragen door de Perinatale Audit Nederland wordt ondersteund: 'bevraag elkaar, beoordeel jezelf'.

Als er onverhoopt toch sprake is van een onwerkbaar situatie wordt de stage beëindigd en wordt dit besproken met de eindverantwoordelijken voor deze stage.

Aansprakelijkheid

Wat betreft civiele aansprakelijkheid verklaart de verloskundigenpraktijk, door ondertekening van het stageplan, zich adequaat verzekerd te hebben voor alle claims voortvloeiend uit de behandeling van patiënten, ook indien deze door stagiaires (AIOS) van de praktijk worden uitgevoerd. Wat betreft medisch tuchtrecht kan de individuele AIOS als medicus altijd tuchtrechtelijk aansprakelijk worden gesteld. Aangezien in het stageplan echter duidelijk omschreven staat dat het een meekijkstage betreft onder begeleiding van de eerstelijns verloskundige, kan de AIOS niet verantwoordelijk worden gehouden voor het medisch beleid door de verloskundige praktijk. Mocht onverhoopt toch een tuchtrechtelijke procedure tegen de AIOS worden gestart, in het kader van de stagewerkzaamheden, zal juridische bijstand voor de eigen AIOS worden verleend door de opleidingsinstelling van de AIOS.

Het stageplan is ondertekend door de opleiders, het management team van de afdeling O&G van het UMC St. Radboud en door de voorzitter van het lokaal verloskundig samenwerkingsverband. Per juni 2011 is de stage vanuit het UMC St. Radboud van start gegaan en wordt ernaar gestreefd alle AIOS een stage in de eerstelijns verloskundige zorg te laten lopen. In 2012 zijn reeds zes stages ingepland.

Conclusie

Uit onze landelijke inventarisatie blijkt dat in weinig opleidingsziekenhuizen een stage in de eerstelijns verloskundige zorg voor AIOS is geëffectueerd. Daarbij is dat meestal ad hoc en op initiatief van de betreffende AIOS. Het hierboven beschreven voorbeeld van het UMC St. Radboud illustreert hoe een stageplan met duidelijk omschreven afspraken over leerdoelen, verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid een houvast biedt voor de borging van een veilig klimaat voor verloskundige, AIOS en patiënt. Wellicht kan dit als voorbeeld dienen voor andere klinieken om deze stage mogelijkheid structureel aan te bieden aan de AIOS.

Mogelijke oorzaken van het niet effectueren van de stages zijn onbekend, maar wellicht liggen de druk in opleidingseisen, recente ontwikkelingen in opleidingstructuur, spanningen in het verloskundige veld, organisatorische problemen en/of gebrek aan aantoonbare meerwaarde van een dergelijke stage hieraan ten grondslag.

Om hier nader onderzoek naar te doen is recent in samenwerking met onderzoekers van het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis/VUMC onder zowel AIOS als verloskundigen een evaluatie gestart naar de barrières en verwachtingen van een dergelijke stage en de samenwerking tussen beide beroepsgroepen in het algemeen. Wij hopen in de nabije toekomst de resultaten te presenteren van deze evaluatie als ook ver-

slag te doen van de ervaringen betreffende de lokaal gelopen stages.

*) (<http://knmg.artsennet.nl/opleiding-en-registratie/opleiding/medisch-specialist-3/opleiding-obstetrie-en-gynaecologie.html>) (plaats van de opleiding; overzicht opleidingsplaatsen obstetrie en gynaecologie)

Literatuur

1. *Stuurgroep zwangerschap en geboorte*. Een goed begin; veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Utrecht 2009.
2. Boendermakers, N., L. Schmit Jongbloed, J. Cohen-Schotanus & J. Borleffs, *Samenwerken als expliciet leerdoel*. Medisch Contact 2012;67:355-8.
3. Manser, T., *Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature*. Acta Anaesthesiol Scand 2009;53:143-51.
4. Scheele, F. & M.F. Schutte, *Curriculum opleiding tot*

- gynaecoloog NVOG-HOOG*. Utrecht: NVOG, 2005
5. van Dillen, J., E. van Drunen, B. Blanken & J. Droog, *Bekend maakt bemind*. Een AIOS in de eerste lijn. NTOG 2010; 123; 48-50.
 6. *KNOV beroepscode van verloskundigen*. Utrecht: KNOV, 2010
 7. http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/geldigheidsdatum_10-06-2012
 8. Helm, J.J. van der, *Specialist en assistent geneeskundige: tuchtrechtelijke verdeling van verantwoordelijkheden*. Ned Tijdschr Geneesk 2001;145:1416-9.
 9. *Aansprakelijkheid rond arts-assistenten: de positie van arts-assistenten en hun opleiders*. VVAA, Medirisk B.A. Utrecht, 2005
 10. www.nvog.nl/vakinformatie/informatie/default.aspx (1. autorisatie en aansprakelijkheid van de assistent-geneeskundigen & 2. instructie voor arts-assistenten O&G in niet opleidingspraktijken)

Samenvatting

'Samenwerker' is één van de zeven competenties voor AIOS volgens de CanMEDS-rollen. De eerstelijns verloskundige is een van de belangrijkste partners waar de gynaecoloog mee samenwerkt. Hoewel sinds 2005 in het vernieuwde curriculum voor de opleiding tot gynaecoloog (HOOG), een eerstelijns-verloskundigezorgstage wordt vermeld, is onduidelijk of er zeven jaar na de invoering dergelijke stages in het land zijn geëffectueerd. In een recente enquête onder alle 47 ziekenhuizen met de opleiding gynaecologie bleek dat slechts in 19% van die ziekenhuizen een mogelijkheid is tot het lopen van een eerstelijns-verloskundigezorgstage. Aansluitend volgt een beschrijving van de leerdoelen, de uitvoering en de overwegingen voor een eerstelijns-verloskundigezorgstage zoals deze in het UMC St. Radboud is geëffectueerd in een stageplan. Wellicht kan dit als voorbeeld dienen voor andere klinieken om deze stage mogelijkheid structureel aan te bieden aan de AIOS.

Trefwoorden

Stage eerstelijns verloskundige zorg, AIOS, evaluatie, implementatie

Summary

Collaborator is one of the seven competences for doctors in training according to the CanMEDS roles. In the Netherlands, one of the most important partners for a gynaecologist is the community midwife. Although the new training program for residents gynaecology (HOOG), started in 2005, includes a few days working within community midwifery, it is not known if this training is implemented through

out the Netherlands. In a recent evaluation among all 47 departments with residents gynaecology, we found that only 19% of these hospitals offer a training in community midwifery.

In addition, we illustrate how in the Radboud University Medical Centre at Nijmegen, a local training plan was implemented within the training program for residents gynaecology. We hope this might encourage other hospitals to follow.

Key Words

Community midwifery training, resident gynaecology, evaluation and implementation

Auteurs

M. van de Ven, senior co-assistent afdeling verloskunde UMC St. Radboud Nijmegen

N. van der Lee, promovenda Medisch Onderwijs, SLAZ Amsterdam

P. Offerhaus, verloskundige, richtlijnontwikkeling KNOV

dr. J. van Dillen, gynaecoloog, afdeling verloskunde UMC St. Radboud Nijmegen

Correspondentie

dr. J van Dillen, gynaecoloog
Universitair Medisch Centrum St Radboud
Afdeling Verloskunde en Gynaecologie (791)
Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen
t (024) 36 14747 / f (024) 36 19456/
e j.vandillen@obgyn.umcn.nl

Belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen.

Ontdek de langdurige werking van Pabal*

* Zie voor meer productinformatie elders in dit blad

1 injectie voor langdurige zekerheid na sectio

- Pabal bevat carbetocine, dit is een structuur-analoog van oxytocine met een verlengde werkingsduur
- Pabal voorkomt fluxus postpartum als gevolg van uterus atonie na een sectio
- Pabal geeft de zekerheid van een 16 uur durend oxytocine-infuus¹

FERRING
PHARMACEUTICALS

Ferring B.V., Postbus 184, 2130 AD Hoofddorp, www.ferring.nl



Pabal[®]
carbetocine

Eén injectie maakt het verschil

Zwangerschap na voorgaande sectio caesarea: gezamenlijke besluitvorming en let op tekenen van (dreigende) uterusruptuur

E.N.C. Schoorel, H.C.J. Scheepers & J.G. Nijhuis

Introductie

In Nederland is de prevalentie van het aantal zwangerschappen met een voorgaande sectio caesarea (SC) ongeveer 10%.^{1,2} De begeleiding van deze groep zwangeren vereist speciale aandacht, zowel voor gezamenlijke besluitvorming omtrent het kiezen van de partus modus als voor de begeleiding van deze relatief 'hoog-risico'baring. Dat counseling en adequate zorg rondom het beleid na een eerdere SC van belang is blijkt ook uit de gepubliceerde tuchtrechtzaken (website Medisch Contact). Van 2010 tot heden werden 58 casus uit ons specialisme gepubliceerd, waarvan 35 obstetrische casus (62,5%). Acht hiervan betroffen durante partu casuïstiek, waarvan vier over beleid rondom een vaginale partus na eerdere SC en in alle gevallen werd een veroordeling uitgesproken. Over dossiervorming, bejegening en *informed consent* gingen een aanvullende acht casus; in vier van deze gevallen had dit een veroordeling tot gevolg. Van de obstetrische casuïstiek betrof het dus in 34% van de gevallen het beleid rondom vrouwen met een eerdere keizersnede.

Trends in partus modus na sectio caesarea

Vrouwen met een voorgaande SC zouden volgens huidige richtlijnen moeten worden voorgelicht over de keuze tussen een 'trial of labor' (TOL), hopelijk resulterend in een vaginale bevalling (VBAC) of anders in een electieve *repeat* SC (ERSC).^{3,4} Wereldwijd neemt het percentage ERSC toe,⁵ waarbij in sommige ziekenhuizen in de Verenigde Staten zelfs geen TOL wordt aangeboden.⁶ Nederland kent, in vergelijking met andere landen, een relatief hoog percentage VBAC: in 2002-2003 was dit 54,4%.¹ In de VS is het VBAC-percentage slechts 8,3%⁷ en in Engeland en Wales ongeveer 30-37%.^{8,9} Nog niet gepubliceerde data van de SC-IMPLEMENTatiestudie (SIMPLE) laten echter ook in Nederland een dalende trend in VBAC zien.² Oorzaken voor het dalende VBAC-percentage, die in de literatuur genoemd worden, zijn onder andere angst van artsen voor klachten of claims, verzekeringskwesties, maar zeker ook

de attitude van zorgverleners en de zwangeren zelf ten aanzien van een TOL.¹⁰

Antenatale counseling

Gezamenlijke besluitvorming

Als er geen sprake is van een contra-indicatie voor een TOL geldt de vuistregel 'beide opties moeten kunnen'. Absolute contra-indicaties voor een TOL zijn een uterusruptuur in de voorgeschiedenis, een verticaal (klassiek) sectiolitteken en een placenta praevia of een andere baringsmogelijkheid.³ In de besluitvorming spelen veel factoren een rol; optimale counseling is hier dan ook van groot belang. Het is belangrijk om samen met de zwangere (en haar partner) de voor- en nadelen van een TOL en een ERSC in de context van de persoonlijke situatie van de zwangere af te wegen. Tevens dienen voorwaarden, waaronder de zwangere een TOL wil overwegen, uitgevraagd en genoteerd te worden. Voorbeelden hiervan kunnen zijn het vastleggen van de wens tot goede pijnstilling en het niet (opnieuw) accepteren van een geprotraheerd ontsluitingsbeloop. Het is essentieel om goed vast te leggen dát er gecounseld is, wát er besloten is en dat er sprake is van *informed consent* met het verder te volgen beleid.

Slagingskans TOL in relatie tot morbiditeit.

De kans dat een TOL resulteert in een vaginale partus is 60-80%.⁵ In 2002-2003 was deze kans in Nederland gemiddeld 76%. De meeste studies die de kans op maternale en neonatale morbiditeit beschrijven, vergelijken TOL met ERSC. De kans op morbiditeit hangt samen met de kans van slagen van een TOL.¹¹⁻¹³ In vergelijking met een vaginale baring wordt een SC geassocieerd met meer bloedverlies, een langere herstelperiode, een grotere kans op operatieve schade, postpartum infecties, thromboembolische events en heropnames.¹⁴ De incidentie van maternale morbiditeit is dan ook het kleinst bij een VBAC (0,2%). Bij een secundaire SC is echter de incidentie beduidend groter dan bij een primaire SC (3,8% versus 0,8%), suggererend dat voor vrouwen

met een kleine slagingskans een primaire SC wellicht een betere keus is.¹¹ Verschillende factoren zijn van invloed op de slagingskans van een TOL. Een eerdere vaginale partus maakt de slagingskans groter; een eerdere SC op basis van een niet-vorderende baring, een geschat foetaal gewicht boven 4000 gram of boven het 90e percentiel, een hoge BMI, en inductie van de baring maken deze kans kleiner.⁵ In de internationale literatuur zijn verschillende predictiemodellen gepubliceerd, voor het berekenen van de kans dat een TOL resulteert in een VBAC of in een secundaire SC. Het probleem is, dat deze modellen in het algemeen valide zijn voor het voorspellen van een hoge kans op een VBAC maar niet voor het voorspellen van een secundaire SC.^{5,15} Het in Nederland ontwikkelde model dat op basis van de STAN-populatie is gemaakt, beschrijft de kansen op een kunstverlossing en sectio en hierin is een SC één van de variabelen. Dit model is echter niet bruikbaar in de counseling ante partum, omdat ook intra partum variabelen worden meegenomen.³¹

Op dit moment wordt gewerkt aan de ontwikkeling en validatie van een Nederlands predictiemodel dat de kans op een vaginale baring voorspelt (SIMPLE II). Als gemiddeld 65-70% van de vrouwen vaginaal bevalt, zal de totale morbiditeit bij een TOL lager zijn dan bij een ERSC.¹³ Voor een doorsnee Nederlandse populatie geldt dat een TOL 'medisch gezien' beter is, maar dit zal niet voor alle individuele patiënten gelden.

Kans op uterusruptuur

Een uterusruptuur is de meest gevreesde complicatie van een zwangerschap na een SC en dient dus specifiek met de zwangere besproken te worden. De kans dat een uterusruptuur optreedt, is echter relatief klein. Er bestaan diverse cohorten met verschillende settingen, groepsgroottes en patiëntkenmerken die de incidentie van een uterusruptuur beschrijven. In een recent gepubliceerde grote *case-control*-studie was deze incidentie 0,2% bij vrouwen die een TOL ondergingen.¹⁶ Een meta-analyse van Guise et al. die vóór dit artikel gepubliceerd is, kwam uit op een incidentie van 0,47%. De incidentie neemt toe bij inductie van de baring. De literatuur is over de risico's en incidenties niet eenduidig omdat er grote heterogeniteit bestaat onder de diverse studies. In de eerder genoemde studies wordt een relatief risico beschreven van ongeveer 1,5-2,0. Hiermee is het absolute risico, ook bij het gebruik van prostaglandines, nog steeds kleiner dan 2%. Inleiding met een Foleykatheter lijkt de kans niet te beïnvloeden, maar data zijn beperkt.⁵

Andere factoren die geassocieerd zijn met een verhoogd risico op uterusruptuur zijn een, twee of meer sectio's, een zwangerschap binnen twaalf maanden

na een eerdere SC, een eerder klassiek of laag verticaal SC-litteken, eenlagige sluiting van de uterus, macrosomie en een hoge BMI.⁵ Een eerdere vaginale partus lijkt een beschermend effect te hebben; dit wordt ook bevestigd door literatuur uit eigen land.^{5,32}

Bij de groep die kiest voor een ERSC is de incidentie van uterusruptuur gemiddeld 0,03%.^{5,16} Als een uterusruptuur optreedt, kunnen de gevolgen zeer ernstig zijn. De kans op neonatale sterfte bij een uterusruptuur is 6,2% tot 12,4%.^{5,16} In de literatuur is geen melding van maternale sterfte door uterusruptuur, wel is de kans op hysterectomie in deze groep 14-33%.¹⁷ Voor de predictie van een uterusruptuur is tot op heden nog geen goed model beschikbaar. Er zijn verschillende publicaties over een echometing van de dikte van het SC-litteken, er is echter nog geen consensus over de afkapwaarden waaronder de kans op uterusruptuur significant verhoogd is.¹⁸

Complicaties bij de neonaat

De totale kans op neonatale morbiditeit en mortaliteit speelt een belangrijke rol in het keuzeprocess. De totale kans op neonatale mortaliteit is hoger bij een TOL, voornamelijk door de kans op het optreden van een uterusruptuur. Bij een TOL is de incidentie van perinatale sterfte ongeveer 0,13%, dit is hoger dan bij een ERSC waar deze kans 0,05% is.¹⁷ Ter vergelijking: de totale perinatale sterfte in de a terme periode bedraagt ongeveer 0,23%.¹⁹ De kans op hypoxisch-ischemische encephalopathie is mogelijk hoger na een TOL maar goede studies hierover ontbreken.^{20,21}

Toekomstige zwangerschappen

De invloed van de huidige beslissing op een eventuele toekomstige zwangerschap moet besproken worden, omdat bij elke extra SC de kans op ernstige complicaties in een toekomstige zwangerschap toeneemt. Na drie SC's is de kans op een ernstige morbiditeit (placenta accreta, hysterectomie, IC-opname, transfusie >4 PC) rond de 8%, bij een placenta praevia in combinatie met drie eerdere SC's bedraagt de kans op een hysterectomie 40%.²²

Kiezen?

Vrouwen ervaren de keuze van de manier van bevallen als moeilijk maar spelen wel graag een rol in het maken er van.^{23,24} Er wordt veel waarde gehecht aan de mening van de behandelend arts.²⁴ In de SIMPLE I werd onderzoek gedaan naar de Nederlandse situatie. Vrouwen geven aan dat ze meer informatie willen en zagen in hun vorige baring het 'geen controle en idee van kunnen meebeslissen' als een zeer negatieve ervaring. Zorgverleners hebben echter hun twijfels over counseling omdat ze bang zijn dat de patiënte 'de verkeerde keuze' maakt.²

Conform de richtlijnen is niet-informeren en niet-counselen echter niet meer acceptabel. Gezamenlijke besluitvorming leidt tot meer patiënttevredenheid en een betere interactie tussen arts en patiënt.²⁵

De baring in de praktijk

Keuze voor een ERSC

Als de keuze is gemaakt voor een ERSC wordt deze gepland vanaf 39+0 weken, omdat bij eerdere electieve SC's meer ademhalingsproblemen bij de pasgeborene ('wet lungs') worden gezien.²⁶ Het is van belang om te bespreken wat er gebeurt als een zwangere eerder spontaan in partu komt, de kans op slagen kan dan groter zijn en afhankelijk van de situatie kan gekozen worden om dan alsnog een TOL te accepteren. Bij bijvoorbeeld een ernstig traumatiserende baring die eindigde in SC zal dat echter misschien niet het geval zijn. In beide gevallen geldt dat het goed afgesproken moet zijn en dat de patiënte daarin een keuze heeft op basis van goede informatie.

Keuze voor een vaginale baring, TOL

Als de zwangere kiest voor een TOL, dient de vrouw duidelijke instructies te krijgen, bijvoorbeeld het advies zich tijdig te melden bij contracties. Men moet zich realiseren dat een baring na SC een bevalling met een relatief 'hoog risico' is en dat de zorg als zodanig geregeld moet zijn. Het is van belang dat dit ook goed binnen het verloskundig samenwerkingsverband wordt besproken en dat hierbij snel overgegaan kan worden op een spoedkeizersnede.

J.R. Scott zegt hierover namens het Amerikaanse ACOG: "To meet patient expectations for a safe and successful outcome with a trial of labor after cesarean delivery (TOLAC), specific management plans, checklists, practical coverage arrangements, and simulation drills are necessary".¹⁴ Het al dan niet overgaan tot een secundaire SC, als in de baring opnieuw tekenen van niet-vorderen of een suboptimaal cardiocogram (CTG) bestaan, dient in goed overleg plaats te vinden.

De TOL in de praktijk

Vroegtijdige signalering van symptomen van een uterusruptuur is belangrijk, de voorspellende waarde van deze signalen is echter niet heel hoog. Herhaalde deceleraties zijn in bijna alle casus van uterusruptuur aanwezig. Variabele deceleraties kunnen snel overgaan in late deceleraties en persisterende foetale bradycardie (casus 1). Andere symptomen die een associatie hebben met (dreigende) uterusruptuur zijn vaginaal bloedverlies, een 'vreemde' pijn, hypertonie en een verstoord patroon of plotselinge afwezigheid van uteruscontracties.^{5,27} Indien er sprake is van 'false labor' (dus langdurig contracties zonder beginnende ontsluiting), dient expliciet het beleid besproken te worden binnen het team. Hernieuwde

evaluatie dezelfde dag, een opname ter observatie of 'doorleiden' kunnen dan opties zijn. In de literatuur zijn geen studies die expliciet de relatie tussen 'false labor' en een onverwachte intra-uteriene vruchtdood (IUVD) of uterusruptuur beschrijven. Wel beschrijft de studie van Al-Zirqi et al.²⁸ in een registratiestudie van zwangerschappen na SC, een relatie tussen 'prelabor uterine rupture' en latente uterusactiviteit of buikpijn bij vrouwen met meerdere SC-littekens of andere relevante littekens uteri.²⁸

Continue CTG-bewaking is tijdens de baring aangevraagd volgens alle beroepsverenigingen⁴ wegens de genoemde associatie tussen een 'nonreassuring fetal heart rate' en uterusruptuur. In de Nederlandse literatuur wordt aangegeven dat in 60-70% van de rupturen CTG-afwijkingen aanwezig waren.^{1,27} Een specifiek patroon kan niet worden aangegeven. Als bij een TOL op basis van een afwijkend CTG een microbloedonderzoek (MBO) overwogen wordt, moet men zich realiseren dat een (nog) normaal MBO een dreigende ruptuur niet uitsluit en een *repeat* SC te overwegen is (casus 2).

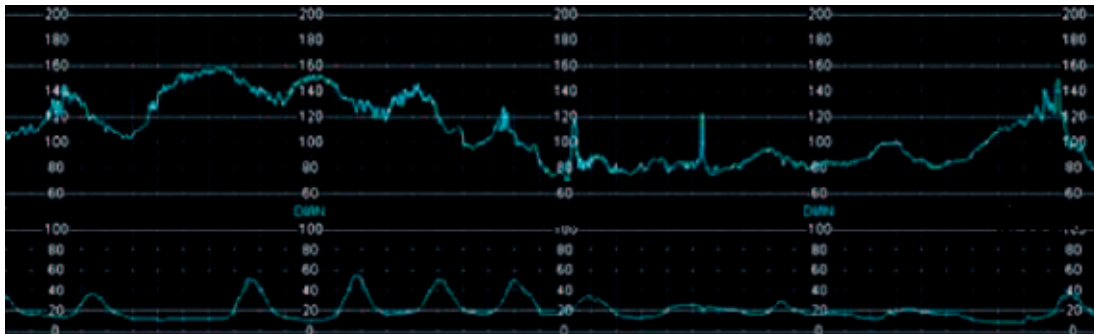
Het inleiden van de baring en bijstimuleren met weeënstimulerende middelen verhoogt de kans op een uterusruptuur. Als er een keuze is, is er enige voorkeur voor oxytocine in vergelijking met prostaglandine-preparaten. Het belang van het bijhouden van een partogram wordt met name in de NVOG-richtlijn benadrukt, ter preventie van ongemerkt veel te lang doorgaan met een TOL en bijstimulatie met een toegenomen risico op een ruptuur (casus 3).

Er is geen contra-indicatie voor epidurale analgesie.²⁹ De initiële angst hiervoor werd ingegeven doordat men dacht dat bijvoorbeeld 'buikpijn tussen de weeën door' zou kunnen worden gemaskeerd. De pijn die ontstaat bij de ruptuur is zodanig dat deze zeker gevoeld zal blijven worden, terwijl er in de meerderheid van de gevallen ook CTG-afwijkingen aanwezig zijn.^{1,27}

In het geval van een (verdenking op) uterusruptuur lijkt het logisch dat snel operatief ingrijpen de kansen op morbiditeit en mortaliteit verminderen, hoewel prospectieve data ontbreken. Een klein retrospectief cohort laat in geval van een daadwerkelijke uterusruptuur bij een geboorte binnen 18 minuten betere uitkomsten zien ten opzichte van langer dan 30 minuten.³⁰

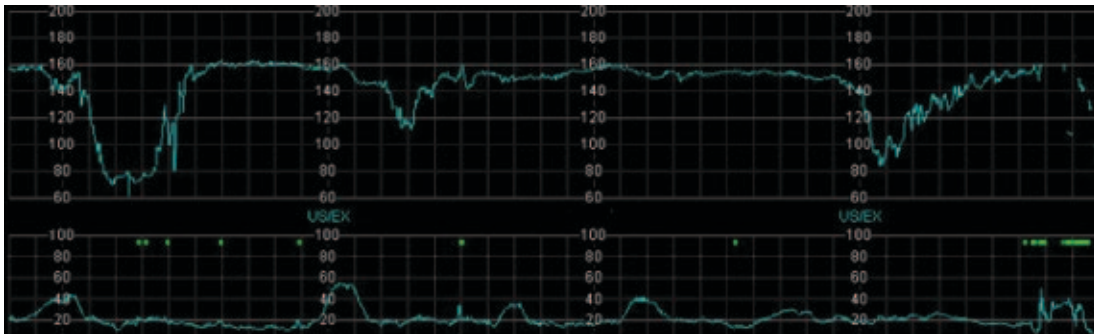
Conclusie

In dit artikel vragen wij aandacht voor zwangerschap en baring na een eerdere SC. Indien er geen sprake is van een contra-indicatie voor een TOL geldt de vuistregel 'beide opties moeten kunnen', dus zowel een TOL als een ERSC. Voor het keuzeprocess is gezamen-



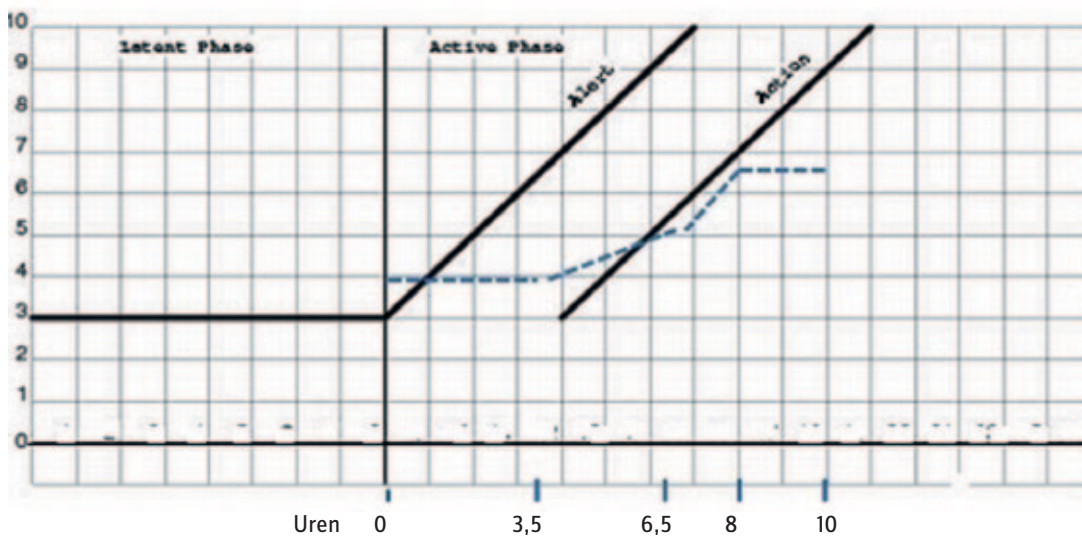
Casus 1. Bij een suboptimaal CTG niet langdurig afwachten

Vorige keer SC wegens niet vorderende ontsluiting. Het CTG liet feitelijk al aanwijzingen zien voor variabele deceleraties met een laat karakter en "monotonie". Beeld is als zodanig niet herkend totdat de bradycardie optreedt. Let ook op het wegvallen van de weeënactiviteit. Op OK wordt een uterusruptuur vastgesteld met een kind in de buik, dat overleden is.



Casus 2. Bij een suboptimaal CTG en een SC litteken, bij twijfel geen MBO, maar repeat SC

Vorige keer SC wegens niet vorderende ontsluiting. Nu 6 cm ontsluiting na aanvankelijk goed CTG maar toenemend diepe variabele deceleraties. MBO voorgesteld, maar besloten tot spoed SC. In de voorbereiding wordt het CTG slechter, bij openen van de buik een groot venster. Het kind heeft een goede start.



Casus 3. Een partogram helpt het "niet vorderen" te herkennen

Vorige keer SC wegens niet vorderende ontsluiting. Nu wordt bijgestimuleerd. Niet herkend wordt dat de ontsluiting te langzaam vordert, daarna treedt een terminale bradycardie op en is er sprake van een uterusruptuur met intra-uteriene vruchtdood.

lijke besluitvorming en optimale counseling is van het grootste belang, hierbij dienen de voor- en nadelen van een TOL en een ERSC aan bod te komen. Met name ook de kans op een uterusruptuur en de slagingskansen van een TOL in relatie tot morbiditeit zijn belangrijke punten om te bespreken. Dit laatste kan door een predictiemodel dat de kans op een succesvolle TOL voorspelt, wellicht ondersteund worden. Als de zwangere goed is voorgelicht zal zij in de regel tot de conclusie komen dat een TOL een veilige procedure is, met een redelijke tot hoge succeskans. Goede verslaggeving omtrent de besluitvorming is voorts van essentieel belang. In geval van inleiding of in situaties waarbij de slagingskansen van een TOL kleiner wordt, moet de keuze opnieuw worden besproken.

Voor de praktijk is het van belang om binnen het verloskundig samenwerkingsverband goede afspraken te maken over de baring na een eerdere SC. Men moet alert zijn op tekenen van een (dreigende) uterusruptuur, hierbij zijn CTG-afwijkingen de belangrijkste voorspeller. Bij elke nieuwe situatie, zoals 'false labor' (langdurig contracties zonder beginnende ontsluiting), langdurig beloop van ontsluiting of uitdrijving en/of een afwijkend CTG is het verstandig om steeds te bedenken of het niet beter is een *repeat* SC te doen, noteer de overwegingen in het dossier en bespreek ze helder met de zwangere en haar partner.

Literatuur

1. Kwee, A., M.L. Bots, G.H. Visser & H.W. Bruinse, *Obstetric management and outcome of pregnancy in women with a history of caesarean section in the Netherlands*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2007 Jun;132(2):171-6.
2. SIMPLE study group unpublished data.
3. NVOG-richtlijn Zwangerschap en bevalling na een voorgaande sectio caesarea (www.nvog.nl).
4. Bujold, E., *Evaluating professional society guidelines on vaginal birth after cesarean*. Semin Perinatol. 2010 Oct;34(5):314-7.
5. Guise, J.M. et al., *Vaginal birth after cesarean: new insights*. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2010 Mar(191):1-397.
6. Roberts, R.G. et al., *Changing policies on vaginal birth after cesarean: impact on access*. Birth. 2007 Dec;34(4):316-22.
7. MacDorman, M., E. Declercq & F. Menacker, *Recent trends and patterns in cesarean and vaginal birth after cesarean (VBAC) deliveries in the United States*. Clin Perinatol. 2011 Jun;38(2):179-92.
8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: *Birth after previous Caesarian birth, in Gree-Top Guideline No 45*. London, UK, RCOG, 2007.
9. Montgomery, A.A. et al., *Two decision aids for mode of delivery among women with previous caesarean section: randomised controlled trial*. BMJ. 2007 Jun 23;334(7607):1305.
10. Guise, J.M. et al., *Vaginal birth after cesarean: new insights on maternal and neonatal outcomes*. Obstet Gynecol. 2010 Jun;115(6):1267-78.
11. McMahon, M.J., E.R. Luther, Jr. W.A. Bowes & A.F. Olshan, *Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section*. N Engl J Med. 1996 Sep 5;335(10):689-95.
12. Cahill, A.G. et al., *Is vaginal birth after cesarean (VBAC) or elective repeat cesarean safer in women with a prior vaginal delivery?* Am J Obstet Gynecol. 2006 Oct;195(4):1143-7.
13. Grobman, W.A. et al., *Can a prediction model for vaginal birth after cesarean also predict the probability of morbidity related to a trial of labor?* Am J Obstet Gynecol. 2009 Jan;200(1):56 e1-6.
14. Scott, J.R., *Vaginal birth after cesarean delivery: a common-sense approach*. Obstet Gynecol. 2011 Aug;118(2 Pt 1):342-50.
15. Eden, K.B. et al., *New insights on vaginal birth after cesarean: can it be predicted?* Obstet Gynecol. 2010 Oct;116(4):967-81.
16. Fitzpatrick, K.E. et al., *Uterine rupture by intended mode of delivery in the UK: a national case-control study*. PLoS Med. 2012;9(3):e1001184.
17. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement vaginal birth after cesarean: new insights March 8-10, 2010. Semin Perinatol. 2010 Oct;34(5):351-65.
18. Jastrow, N. et al., *Sonographic lower uterine segment thickness and risk of uterine scar defect: a systematic review*. J Obstet Gynaecol Can. 2010 Apr;32(4):321-7.
19. Rapport A terme sterfte 2010. Perinatale audit.
20. O'Shea T.M., M.A. Klebanoff & C. Signore *Delivery after previous cesarean: long-term outcomes in the child*. Semin Perinatol. 2010 Aug;34(4):281-92.
21. Patel, R.M. & L. Jain, *Delivery after previous cesarean: short-term perinatal outcomes*. Semin Perinatol. 2010 Aug;34(4):272-80.
22. Silver, R.M. et al., *Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries*. Obstet Gynecol. 2006 Jun;107(6):1226-32.
23. Moffat, M.A. et al., *Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: A qualitative study*. BJOG. 2007 Jan;114(1):86-93.
24. Emmett, C.L., A.R. Shaw, A.A. Montgomery & D.J. Murphy, *Women's experience of decision making about mode of delivery after a previous caesarean section: the role of health professionals and information about health risks*. BJOG. 2006 Dec;113(12):1438-45.

25. Staveren, R. van, *Shared decision-making in medical practice - patient-centred communication skills*. Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155(42):A3777.
26. Tita, A.T. et al., *Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes*. N Engl J Med. 2009 Jan 8;360(2):111-20.
27. Zwart, J.J. et al., *Uterine rupture in The Netherlands: a nationwide population-based cohort study*. BJOG. 2009 Jul;116(8):1069-78; discussion 78-80.
28. Al-Zirqi, I., B. Stray-Pedersen, L. Forsen & S. Vangen, *Uterine rupture after previous caesarean section*. BJOG. 2010 Jun;117(7):809-20.
29. Rowbottom, S.J., L.A. Critchley & T. Gin, *Uterine rupture and epidural analgesia during trial of labor*. Anaesthesia. 1997 May;52(5):486-8.
30. Holmgren et al., *Uterine rupture with attempted vaginal birth after cesarean delivery: decision to delivery time and neonatal outcome*. Obstet Gynecol 2012. 119: 725-731
31. Schuit et al., *A clinical prediction model to assess the risk of operative delivery*. BJOG 2012; 119: 915-23
32. De Lau et al., *Risk of uterine rupture in women undergoing a trial of labour with a history of both a previous cesarean section and a vaginal delivery*. Arch Gyn Obstet 2011: 284-1053-1058

Samenvatting:

Na een eerdere sectio cesarea (SC) hebben zwangere de keuze tussen een *trial of labor* (TOL) en een electieve repeat SC (ERSC). Deze beslissing dient gebaseerd te zijn op gezamenlijke besluitvorming met de gynaecoloog. De risico's en de voor- en nadelen van beide opties in relatie tot de persoonlijke situatie van de patiënte moeten hierbij besproken worden. Indien de zwangere kiest voor een TOL, is het belangrijk om haar goed te instrueren wanneer ze naar het ziekenhuis moet komen. Men moet zich hierbij bewust zijn dat het een relatief hoog risico bevalling betreft. Indien er sprake is van 'false labor' moet goed worden overwogen of de zwangere naar huis gestuurd mag worden, aangezien thuis afwachten tot de patiënte echt in partu komt gevaarlijk kan zijn. In het geval van een afwijkend cardiotocogram (CTG) is het mogelijk verstandiger om over te gaan tot een repeat SC dan een microbloedonderzoek (MBO) te doen. Ook een niet vorderende baring dient voorkomen te worden. Het is belangrijk om de zwangere en haar partner goed te informeren en goed te betrekken in de besluitvorming.

Trefwoorden

trial of labor, uterus ruptuur, gezamenlijke besluitvorming

Summary

After a previous cesarean section (CS) pregnant women have to decide for a trial of labor (TOL) or an elective repeat cesarean section (ERCS). Risks and benefits of both options should be discussed in relation to the woman's personal situation. When a woman opts for a TOL, it is important to clearly

instruct her when to come to the hospital. The hospital and its team should be aware that a TOL is a high risk situation. Cases with 'false labor' should be treated carefully and sending such women home to await 'real labor' may be dangerous. In case of a non-reassuring CTG it may be wiser to perform a ERSC than to take a fetal blood scalp sample for further analysis. Prolonged duration of the second and third stage should be prevented, and in all situations the pregnant woman and her partner should be fully informed and involved of the decision-making process.

Keywords

Vaginal birth after cesarean section, trial of labor, uterine rupture

Auteurs

drs. E.N.C Schoorel, arts-onderzoeker
dr. H.C.J. Scheepers, gynaecoloog-perinatoloog
prof. dr. J.G. Nijhuis, hoogleraar obstetrie en gynaecologie

Correspondentie

prof. dr. Jan G. Nijhuis
Maastricht UMC+, GROW instituut voor oncologie en ontwikkelingsbiologie
Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht.

t 043-3874764

f 043-3874765

e jg.nijhuis@mumc.nl

Belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen.

column

Een dagje audit

Wat een heerlijk dagje, daar in Lunteren. Alleen maar goed nieuws: de perinatale sterfte is met bijna 40% gedaald. De volgende ochtend staat er in de Volkskrant een paginagroot positief stuk. Dat is prettig ontbijten. Ook het acht uur Journaal opent op zaterdagavond met 'babysterfte met 40 procent afgenomen'. Opgelucht, tevreden en gelukkig voel ik me en ook wel een beetje trots: we doen het toch maar goed met z'n allen. Ik kan eigenlijk niet wachten tot 2015, wanneer Peristat 4 verwacht wordt over de sterfte in 2010. Zouden we ook eens bovenaan staan in plaats van laatste?

De volgende zondag laat ik die prachtige dag in Lunteren nog eens in gedachten passeren. Ik heb Koos van der Velden voor het eerst live zien optreden. Het is de verdienste van Jan Nijhuis dat met Peristat 1 & 2 de kwaliteit van de verloskundige zorg op de agenda is gekomen. In 'Een Goed Begin' staat wel de analyse (Big Four) en de constatering, dat vooral de foetale sterfte tweemaal zo hoog is als in de ons omringende landen, maar geen enkele aanbeveling hoe we dat probleem gaan tackelen.

Ik kende Koos van der Velde niet en waarom moest iemand uit de public health, uit de eerste lijn nu de verloskunde analyseren? Wat is die Koos eigenlijk voor vent? Martine Eskes liet in haar Wormerveerstudie (over de jaren 70 van de vorige eeuw) al zien dat we niet zo goed zijn in het herkennen van de 'onverwachte dysmatuur'. Wat is er dan gebeurd in de volgende 40 jaar? De echoscopische screening bij 20 weken werd ingevoerd in 2006. De anencephaal bij 33 weken hoeft echt niet meer.

Herman Oosterbaan mocht in Lunteren het goede nieuws van de 40% daling vertellen. Fijntjes wees hij erop, dat deze daling dus al plaats had gevonden voordat er überhaupt met de audit was begonnen. Heeft volop negatieve publiciteit dan iedereen eindelijk wakker geschud?

Bij de gebruikelijke paneldiscussie aan het einde van de dag zag ik wie Koos van der Velden werkelijk was. Het boek zou na afloop aan alle deelnemers worden uitgereikt en Koos vroeg: "Hoe moet dat nou met die diarrhee aan aanbevelingen die in dat boek staat?"

Bij lezing van het boek zie ik wat hij bedoelde: het is allemaal casuïstiek, waarop verstrekkende *authority based* conclusies worden getrokken voor de behandeling van alle zwangeren.

Was de redactie nog van vóór de *evidence based medicine*? Koos van der Velden deugt.

Hans



Laagste dosering

combinatietherapie HST beschikbaar¹

0,5 mg oestradiol / 2,5 mg dydrogesteron



 ***Femoston[®] continu*** 0,5/2,5
oestradiol / dydrogesteron

ntog

GYNAECOLOGIE, ONCOLOGIE, PERINATOLOGIE EN VOORTPLANTINGSGENEESKUNDE

Omdat de huidige hoofdredacteur per 1 januari 2013 zijn functie na vier jaar neerlegt zoekt het Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie (NTOG) een nieuwe

hoofdredacteur m/v

Het hoofdredacteurschap omvat

- het coördineren van werkzaamheden van redactie, secretariaat en uitgever
- het selecteren van artikelen en aanwijzen van 'reviewers' in samenwerking met de redactie
- het voorzitten van de redactievergaderingen (3 per jaar, woensdag 19.00-21.00 uur)
- het voorzitten van de redactieraadvergaderingen (3 per jaar, woensdag 19.00-21.00 uur)
- het verzorgen van het editorial; zelf of door anderen
- verantwoordelijkheid nemen voor de uiteindelijke tekst
- het verzorgen van de inhoud door proactief gynaecologen en organisaties te benaderen
- het maken van een jaarplan in samenwerking met redactie en uitgever
- het nauwkeurig communiceren met het secretariaat: Bureau van de NVOG in de Domus Medica te Utrecht
- jaarlijks overleg met het bestuur van de NVOG om de plannen te bespreken
- contact onderhouden met diverse commissies binnen de vereniging, vooral met de commissie wetenschap
- het enthousiasmeren van de redactie en anderen om manuscripten in te sturen
- actief aansturen en uitzetten van de beleidslijnen met betrekking tot het NTOG (redactie, verschijning, onderwerpen ed.), in samenwerking met de redactie

Het hoofdredacteurschap vraagt aan tijdsbesteding ongeveer 4 à 5 uur per week

Voor de hoofdredacteur is er een vakantie- en reiskostenvergoeding.

Voor inlichtingen kunt u terecht bij de huidige hoofdredacteur Sicco Scherjon (sicco.scherjon@gmail.com) of bij Ank Louwes, Bureau NVOG, telefoon 030-2823832, e-mail anklouwes@nvog.nl.
Haar kunt u ook mailen of bellen als u geïnteresseerd bent in de functie.



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
OBSTETRIE & GYNAECOLOGIE

Fatale afloop na ovarieel hyperstimulatiesyndroom bij in-vitrofertilisatie

T.A Sigterman L. Monen & M.M.E. van Rumste

Ovarieel hyperstimulatie syndroom (OHSS) is een complicatie die kan optreden na in-vitrofertilisatie (IVF). Afgelopen jaar werden wij geconfronteerd met een patiënte met een arteriële cerebrale trombose na IVF, resulterend in het overlijden van patiënte. Sinds 1997 is er in Nederland geen dodelijk incident als gevolg van een IVF-behandeling gemeld. Gezien het dramatische verloop wordt de casus gepresenteerd en de literatuur ten aanzien van trombo-embolische processen bij OHSS besproken.

Casusbeschrijving

Een 38-jarige patiënte had uit een eerdere relatie drie gezonde kinderen. Tijdens deze zwangerschappen en partus waren er geen complicaties opgetreden. In 2008 onderging zij een laparoscopische sterilisatie door middel van tuba-coagulatie en in 2011 werd patiënte naar ons verwezen voor IVF in een nieuwe relatie. IVF was geïndiceerd vanwege onherstelbaar afgesloten tubae na sterilisatie. Zij onderging een IVF-behandeling. Gestart werd met een oraal anticonceptivum, gevolgd door een GnRH-agonist (lang protocol). Stimulatie vond plaats met 150IE follikelstimulerend hormoon (FSH). Oestradiol wordt in ons ziekenhuis niet standaard bepaald tijdens IVF. Op stimulatiedag 12 werd bij 25 follikels 10.000IE hCG toegediend. Er waren twaalf follikels groter dan 15 mm en acht follikels groter dan 12 mm. De grootste follikels waren 19,8 en 19,7 mm. Twee dagen later vond de punctie plaats. Er werden tien oocyten gevonden, waarvan acht bevruchte. Er bleken op dag drie zes embryo's geschikt voor terugplaatsing, waarvan twee top-embryo's. Het verzoek van het paar was om twee embryo's terug te plaatsen. Op dag drie na de punctie werden twee embryo's teruggeplaatst. Luteale fase werd ondersteund met progesteron vaginaal. Patiënte kreeg zowel mondeling als schriftelijk instructies ten aanzien van leefadviezen en symptomen van OHSS (dagelijks meten van de temperatuur en gewicht, letten op de kleur van urine, opge-

zette buik, buikpijn en kortademigheid). Daar er sprake was van meer dan 15 follikels op dag van de punctie werd volgens lokaal protocol patiënte twee dagen na terugplaatsing van de embryo's ter controle gezien. Klachten van OHSS werden uitgevraagd, maar bleken niet aanwezig. Bij echoscopie zagen wij mild vergrote ovaria van 6-7 cm doorsnede. Patiënte werd nogmaals geïnstrueerd te bellen bij klachten. Een afspraak voor een zwangerschapstest werd gemaakt twaalf dagen na embryo transfer. Echter, negen dagen na de embryotransfer (14 dagen na toediening hCG) ontvingen wij het bericht dat patiënte op haar werk was gecollabeerd en was opgenomen in het initieel verwijzende ziekenhuis. Zij werd vanuit daar overgeplaatst naar een academisch centrum onder verdenking arteria basilaris trombose. Laboratoriumonderzoek om OHSS aan te tonen liet een serum hCG-gehalte van 46 U/l, een hemoglobinegehalte van 8,6 mmol/l en een hematocriet van 0,39 L/L zien. Er werd gestart met intraveneuze trombolysie medicatie. Echoscopisch onderzoek in het academisch centrum toonde vergrote ovaria met ruim ascites. Bij CT-hoofd/hals bleek er sprake van een trombose over het traject van de arteria carotis links tot en met de arteria cerebri media links. Daar de prognose zeer somber was na toename van het intracraniale oedeem, werd geen craniotomie meer verricht en overleed patiënte twee dagen na opname. Nader onderzoek werd door familie niet toegestaan. Klinisch werd geen andere focus dan de trombus gevonden.

Beschouwing

Epidemiologische data

Al jaren is er in Nederland een stijging zichtbaar van behandelingen met geassisteerde voortplanting. Deze kunnen gecompliceerd worden door trombo-embolische processen. Deze levensbedreigende complicatie is beschreven in combinatie met OHSS.^{1,2} Over het aantal trombo-embolische complicaties ten gevolge

van IVF zijn geen precieze cijfers bekend. In de literatuur worden verschillende percentages gerapporteerd: variërend van 0,01 tot 2,4%.³

In 2010 werden gegevens over sterfgevallen ten gevolge van IVF in de periode van 1984 tot 2008 gepubliceerd.¹ Uit deze gegevens bleek dat sterfgevallen met name voorkwamen in de luteale fase en werden veroorzaakt door onder andere OHSS, trombo-embolische processen en sepsis. Er werden in totaal 17 casus met een fatale afloop beschreven. Zes hiervan waren direct gerelateerd aan de IVF-behandeling, waarvan er drie te wijten waren aan een cerebro-vasculaire trombose, allen in de luteale fase. Een door de onderzoekers gemaakte schatting gaf een IVF-gerelateerde mortaliteit van 6 per 100.000 behandelingen. Dit komt overeen met de gevonden mortaliteit bij IVF-behandeling in een cohortonderzoek in Australië, waar de mortaliteit 5,8 per 100.000 bedroeg.⁴ In de algemene populatie lag de mortaliteit aanzienlijk hoger, namelijk 10,9 per 100.000; waarschijnlijk te verklaren door het 'gezonde-vrouweneffect'. Hiermee werd bedoeld dat vrouwen die fertiliteitsbehandeling ondergingen relatief gezonder en van een hogere sociale klasse waren dan de algemene populatie.^{1,4}

Elf van de 17 fatale casus traden op tijdens een zwangerschap ontstaan na IVF.¹ Hiervan waren er vier als gevolg van pre-eclampsie met cerebrale bloeding. Mortaliteitscijfers bij zwangerschappen na IVF bleken significant verhoogd, 42,5 per 100.000 IVF zwangerschappen tegenover 12,1 per 100.000 in andere zwangerschappen.¹ Dit significante verschil kon verklaard worden door de hogere leeftijd en meer meervoudige zwangerschappen.

Sinds 1997 is er in Nederland geen dodelijk incident als gevolg van een IVF-behandeling meer gerapporteerd.¹ Dit werd toegeschreven aan betere kennis en alertheid omtrent de symptomen van OHSS, naast de striktere regelgeving en mindere stimulatie bij IVF-behandelingen. In Nederland vinden jaarlijks ongeveer 17.000 IVF-behandelingen plaats.⁶ Bij een mortaliteit van zes per 100.000 behandelingen zou men jaarlijks een fatale casus in Nederland verwachten.

Arteriële en veneuze tromboses na IVF

In 2009 werden in een ander review 96 gevallen van trombose na geassisteerde voortplanting beschreven, waarvan 35 arteriële en 61 veneuze tromboses.² Geassisteerde voortplanting bestond uit een verscheidenheid van fertiliteitsbehandelingen, waaronder IVF, intra-cytoplasmatische sperma-injectie (ICSI) en intra-fallope transfer van gameten (GIFT). In het review vond ovariële stimulatie op verschillende wijzen plaats. De gebruikte stimulatie hormonen hiervoor waren Gonadotropine-Releasing Hormoon (GnRH)-agonist, Follikel Stimulerend Hormoon (FSH) of humaan Menopauzaal Gonadotropine (HMG). In

een beperkt aantal patiënten werd clomifeencitraat gebruikt voor ovariële stimulatie (n=4). Humaan choriongonadotrofine (hCG) werd gebruikt voor inductie van de ovulatie. De incidentie van het optreden van een veneuze trombose werd geschat rond 0,08-0,11% van alle IVF-behandelingen. De incidentie van een arteriële trombose lag nog vele malen lager. Mogelijk is er sprake van onderrapportage, ervan uitgaande dat niet elke complicatie beschreven werd. Het risico op een veneuze trombose was zeker tien keer lager in vrouwen in dezelfde leeftijdscategorie.

Veneuze complicaties traden gemiddeld 42,4 dagen na terugplaatsing van een embryo op. Dit bleek meestal enkele dagen tot weken na het verdwijnen van OHSS-symptomen. Bij 78% van de patiënten met een veneuze trombose was er sprake van OHSS. Van de patiënten met een veneuze trombose was 97% zwanger. Veneuze trombus konden zelfs tot aan het eind van het eerste trimester van de zwangerschap nog optreden. Er werden geen dodelijk slachtoffers in de groep met veneuze trombus beschreven.

De arteriële complicatie trad gemiddeld 10,7 dagen na embryo terugplaatsing op. In 90% van de gevallen was er sprake van OHSS. Van de patiënten met een arteriële trombose was 46% zwanger. Van de 35 arteriële trombus was 60% (n=21), gelokaliseerd in het cerebrum, met in totaal drie maal een dodelijke afloop.

De meest voorkomende risicofactor voor het ontwikkelen van trombose, bij patiënten met trombose bleek erfelijke of verworven trombofilie, hetgeen in 40% van de geteste patiënten werd ontdekt. Bij het merendeel hiervan (76%) was sprake van een veneuze trombose. Daarnaast bleek in 24% van de casus de patiënt ouder dan 35 jaar. Een zeldzame gevonden risicofactor was een onderliggende maligniteit of het gebruik van een centraal veneuze katheter.

Aan patiënten met symptomen van OHSS werd meestal tromboseprofylaxe gegeven. Vijf patiënten kregen echter geen tromboseprofylaxe. Bij al deze patiënten werd er progressie van de trombus gezien. De kans op progressie tijdens het gebruik van laagmoleculaire heparine was 7,5%.

Pathogenese trombusvorming bij IVF

Het merendeel van de trombo-embolische processen trad op bij patiënten met OHSS.² Vrouwen met een pre-existent PCOS zijn ook extra sensitief voor trombo-embolische complicaties tijdens ovariële stimulatie, omdat zij een hogere kans hebben op OHSS.⁵ Wanneer OHSS optreedt tijdens een IVF-behandeling dan is er onder andere sprake van endotheelschade, een stijging van het hematocriet en een toegenomen viscositeit van het bloed.^{5,7} Er is sprake van een verhoogd oestradiolgehalte dat leidt tot een toename in trombose. Dit is vergelijkbaar met stu-

dies die trombose tijdens het gebruik van een oraal anticonceptivum beschrijven.² Tevens is er een afgenomen anti-trombinegehalte en verhoogde vasculaire stasis.^{2,3,7} Dit alles kan leiden tot trombusvorming. Een verandering in stollingstijd, werking van trombocyten of fibrinolyse kon niet worden aangetoond.² Andere risicofactoren waren roken, antifosfolipide syndroom en een afgenomen proteïne S.⁷

Er lijkt een verschil in het ontstaansmechanisme van een arteriële trombose en een veneuze trombose, gezien het tijdsverschil in optreden van de trombose. Verder waren meer vrouwen met een veneuze trombose zwanger en bleken ze vaker een onderliggende trombofilie te hebben.²

Predilectieplaatsen van zowel de veneuze als de arteriële trombus zijn de bovenste extremiteiten en hoofd en hals.^{2,7} Er zijn een tweetal hypothesen hierover beschreven. De eerste hypothese beschreef dat oestrogenrijk lymfevocht gedraineerd wordt vanuit het buikvocht naar de thoracale ductus, die dreineert in de linker vena subclavia en ter plaatse een trombose opwekt door lokaal hoge dosis oestrogenen. De tweede hypothese over de ontwikkeling van trombose in de bovenste extremiteiten beschreef de mogelijkheid van mechanische obstructie bij de basis van de vena jugularis en vena subclavia ten gevolge van opvulling van rudimentaire brachiale cysten met vocht ontstaan door OHSS.²

Tot slot is er nog geen significante relatie gevonden tussen de gebruikte methode voor ovariële stimulatie en het optreden van trombo-embolische complicaties.^{2,7}

Conclusie en aanbevelingen

Concluderend kan gezegd worden dat als er een trombose optreedt, er vrijwel altijd sprake is van OHSS. Het tijdstip van optreden van trombose varieert, waarbij de arteriële complicatie gemiddeld tien dagen na embryotransfer optreedt in combinatie met symptomen van OHSS. De veneuze trombus treden vaak pas op na het verdwijnen van de OHSS-symptomen. De pathologie achter de toegenomen stolling is nog niet volkomen opgehelderd. De locatie van de trombose is vaak in de bovenste extremiteiten en hoofd/nek regio.

Bij vrouwen die ovariële stimulatie ondergaan dient de behandelend arts altijd bedacht te zijn op OHSS en bekend te zijn met de risico's die dit met zich meebrengt. In 10% van de gevallen zijn er duidelijke klinische symptomen. Daarnaast dient men extra alert te zijn op de beschreven risicofactoren, zoals roken, PCOS, trombofilie en proteïne-S-afwijkingen. Met betrekking tot de mogelijkheden op profylactisch antistolling is geen eenduidig antwoord te geven. De clinicus dient de voor- en nadelen af te wegen bij elke individuele patiënte, waarbij anamnese en familie-anamnese ten aanzien van stollingsafwijkingen zeer

belangrijk zijn. Tromboseprofylaxe dient te worden overwogen bij patiënten met matig tot ernstige OHSS en we adviseren dit te continueren tot 1 à 2 maanden na het verdwijnen van symptomen. Ook dient tromboseprofylaxe te worden overwogen bij patiënten die IVF ondergaan en bekend zijn met trombofilie. Het routinematig laboratoriumonderzoek op stollingsafwijkingen is niet bewezen zinvol.

De huidige NVOG-richtlijn 'Ovarieel hyperstimulatie syndroom' zou kunnen worden aangevuld met neurologische symptomen als alarmsignaal, omdat er een predilectie is voor het ontstaan van trombose in hoofd- en nekvaten. De fatale afloop van deze casus laat zien dat men alert moet zijn op complicaties, waarbij zelfs goede instructies en adviezen niet afdoende bleken te zijn. In ons lokale protocol zijn inmiddels enkele wijzigingen aangebracht. Er wordt tijdens het eerste polikliniek bezoek standaard gevraagd naar trombo-embolische processen in de voorgeschiedenis of in de familie. Als er tijdens de punctie 15 follikels of meer aanwezig zijn wordt laboratoriumonderzoek verricht ter uitsluiting van OHSS voor het terugplaatsen van een embryo en drie dagen na het terugplaatsen hiervan. Dit wordt gedaan in combinatie met een lichamelijk onderzoek. Een week na de terugplaatsing volgt een telefonische controle. Vanzelfsprekend vindt vaker controle plaats bij klachten of tekenen van OHSS of trombose.

Conclusies

- 1 Als er trombose optreedt, is er vrijwel altijd sprake is van OHSS
- 2 Tijdstip van optreden van trombose varieert, waarbij de arteriële complicatie gemiddeld 10 dagen na embryotransfer optreedt in combinatie met symptomen van OHSS
- 3 Veneuze trombi treden vaak pas op na het verdwijnen van de OHSS-symptomen
- 4 De locatie van de trombose is vaak in de bovenste extremiteiten en hoofd/nek regio
- 5 Risicofactoren zijn o.a. roken, PCOS, trombofilie en proteïne-S-afwijkingen
- 6 Er is geen *evidence* voor profylactische antistolling
- 7 Routinematig laboratoriumonderzoek op stollingsafwijkingen is niet bewezen zinvol

Aanbevelingen

- 1 Tromboseprofylaxe overwegen bij patiënten met matig tot ernstige OHSS. We adviseren dit te continueren tot 1 à 2 maanden na het verdwijnen van symptomen
- 2 Tromboseprofylaxe overwegen bij patiënten die bekend zijn met trombofilie en IVF ondergaan

Afkortingen

OHSS: Ovarieel hyperstimulatie syndroom
PCOS: Polycysteus ovarium syndroom

IVF: In-vitrofertilisatie
 ICSI: Intracytoplasmair spermainjectie
 GIFT: Gamete intrafallopian transfer
 FSH: Follikel Stimulerend Hormoon
 hMG: humaan Menopauzaal Gonadotropine
 GnRH: Gonadotropine-releasing hormoon

Literatuur

1. Braat D.D.M., J.M. Schutte, R.E. Bernardus, T.M. Mooij & F.E. van Leeuwen *Maternal death related to IVF in the Netherlands 1984-2008*. Human Reproduction. 2010;25:1782-1786.
2. Chan, W.S., *The 'ART' of thrombosis: a review of arterial and venous thrombosis in assisted reproductive technology*. Curr Opin Obstet Gynecol 2009;21:207-18.
3. Delvine, A. & S. Rozenberg, *Review of clinical course and treatment of ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS)*. Hum Reprod Update 2003;Jan-Feb;9(1):77-96.
4. Venn, A., E. Hemminski, L. Watson, F. Bruinsma & D. Healy, *Mortality in a cohort of IVF patients*. Hum Reprod 2001;16;2691-2696
5. [www.nvog.nl Richtlijn Ovarieel Hyperstimulatiesyndroom](http://www.nvog.nl/Richtlijn_Ovarieel_Hyperstimulatiesyndroom)
6. www.nvog.nl/voorlichting/IVF-resultaten/default.aspx
7. Girolami, A., R. Scandellari, F. Tezza, D. Paternoster & B. Girolami, *Arterial thrombosis in young women after ovarian stimulation: case report and review of the literature*. J Thromb Thrombolysis 2007;24:169-74.

Samenvatting

Bij vrouwen die een ovariële stimulatietherapie ondergaan, dient men zich bewust te zijn van het verhoogde risico van ernstige trombo-embolische complicaties met mogelijk fatale afloop. De arteriële complicatie treedt vroeg op in vergelijking met de veneuze complicatie. Er is nog veel onduidelijk over de veranderingen in bloedstolling als gevolg van ovariële stimulatie. De kans op trombo-embolische complicaties na OHSS blijft verhoogd gedurende het eerste trimester van de zwangerschap.

Trefwoorden

hormonale stimulatie, trombo-embolische processen, fataal, IVF, ovarieel hyperstimulatiesyndroom

Summary

In women undergoing ovarian stimulation therapy, high attention should be paid to the elevated risk of thromboembolic complications, which can lead to death. Arterial complications occur early as com-

pared to venous complication. The pathophysiology behind the ways in blood coagulability is not well understood. The risk on thromboembolic complications after OHSS stays elevated during the first trimester of pregnancy.

Auteurs

T.A. Sigterman, coassistent
 L. Monen, arts-assistent
 M.M.E. van Rumste, gynaecoloog-voortplantingsgeneeskundige
 Allen afdeling Verloskunde & Gynaecologie, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven

Correspondentieadres

M.M.E. van Rumste
 e minouche.v.rumste@catharinaziekenhuis.nl

Belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen.

Na 30 jaar
metronidazol
is het tijd voor

EVAGYNAL[®]
vaginale oplossing





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. **Farmacologische 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 clomifeencitraat geen resultaat heeft gehad. Bij de man: geselecteerde gevallen van een gestoorde spermatogenese. Menopur kan tevens gebruikt worden voor gecontroleerde ovarieel hyperstimulatie om meervoudige follikelgroei te induceren bij geassisteerde reproductietechnieken, zoals zoals in-vitrofertilisatie 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, overgevoeligheid 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, malfomatie van de geslachtsorganen niet verenigbaar met zwangerschap, fibroïde tumoren van de uterus niet verenigbaar met zwangerschap. Bij mannen: prostaatacarinoom, testistumor **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Vóór en tijdens de behandeling dient bij vrouwen de ovarieel activiteit gecontroleerd te worden door middel van echografie en serumoestradiol bepalingen. Bij de eerste verschijnselen van overmatige ovarieel 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 ovarieel hyperstimulatie, bekkenpijn, hoofdpijn, buikpijn, opgezette buik, misselijkheid, pijn en reactie op de injectieplaats. **Registratiehouder:** Ferring B.V., Polarisavenue 130, 2132 JX Hoofddorp. **Registratienummer:** RVG 24536. **Afleverstatus:** UR. **Datum:** Juli 2009

ELONVA (corifollitropin alfa) – verkorte productinformatie

Samenstelling: Elke vorgevulde 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 ovariumcellen van Chinese hamsters (CHO = Chinese Hamster Ovary). **Therapeutische indicaties:** Gecontroleerde ovarieel stimulatie (COS) in combinatie met een GnRH-antagonist voor de groei van multiple follikels bij vrouwen die behandeld worden in het kader van een Assisted Reproductive Technology-programma (ART). **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor het werkzame bestanddeel of voor één van de hulpstoffen. Tumoren van het ovarium, de borst, de uterus, de hypofyse of de hypothalamus. Abnormale (niet menstruele) vaginale bloeding waarvan de oorzaak niet bekend of niet gediagnosticeerd is. Primair ovarieel falen. Ovariumcysten of vergrote ovaria. Geschiedenis van ovarieel hyperstimulatiesyndroom (OHS). Een eerdere gecontroleerde ovarieel stimulatie (COS) die resulteerde in meer dan 30 follikels > 11 mm, gemeten met behulp van een echo-onderzoek. Een basale antrale follikelstelling (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 gekeken worden naar een 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 (re)FSH te worden toegediend (zie ook rubriek 4.2). Bij patiënten met lichte, matige of ernstige nierinsufficiëntie kan de uitscheidingsnelheid van corifollitropin alfa verslechteren (zie rubriek 4.2 en 5.2). Daarom wordt het gebruik van Elonva bij vrouwen afgeraden. Er zijn beperkte gegevens beschikbaar over het gebruik van Elonva in combinatie met een GnRH-agonist. De uitlagen 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 stimulatiecyclus 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, lichte tot matige 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 versterkt door het toedienen van humane choriongonadotrofine (hCG) en door zwangerschap (endogeen 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 gonadotropine-stimulatie. Vroege OHS gestopt 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 verkleinen moet voortgaand aan de behandeling en met regelmatige tussenpozen tijdens de behandeling echografisch de ontwikkeling van follikels worden bepaald en/of het gehalte serumoestradiol worden gemeten. Bij ART (Assisted Reproductive Technology) is er een verhoogd risico op het ontwikkelen van OHS bij 18 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: verdere stimulatie met een gonadotropinepreparaat maximaal 3 dagen staken ('coasting'); wachten met toediening van hCG voor de inductie van oöcytmaturatie totdat het oestradiolgehalte afneemt of stabiliseert; door een dosis hCG van minder dan 10.000 IE toedienen voor de inductie van de uiteindelijke oöcytmaturatie, bijvoorbeeld 5.000 IE hCG of 250 microgram rec-hCG (gelijkwaardig aan ca. 6.500 IE); alle embryo's cryopreservieren voor toekomstige embryotransfer; niet toedienen van hCG en de behandelingscyclus annuleren. Voor ondersteuning in de late fase moet het toedienen van hCG worden vermijden. Teneinde het risico van OHS zoveel mogelijk te vermijden 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 gonadotropine 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 partuscomplicaties) en voor de neonaten (laag geboortegewicht). Bij vrouwen die ART-procedures ondergaan hangt het risico van meerlingzwangerschap hoofdzakelijk samen met het aantal ingebrachte embryo's. Verminderd vruchtbaar vrouwen die ART-behandelingen en in het bijzonder IVF-behandelingen ondergaan, hebben vaak afwijkingen aan de tuba. 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 spontane 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 incidentie 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 infertiliteitsbehandelingen hebben ondergaan. Men heeft nog niet vastgesteld of behandeling met gonadotropinen 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 gonadotropinen nog verder worden verhoogd. Bij dergelijke vrouwen moeten de voordelen van het toedienen van gonadotropinen 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 mammaekachten (waaronder gevoeligheid) (1,2%). Hierna worden de meest voorkomende bijwerkingen bij vrouwen die ART-procedures ondergaan met Elonva genoemd, ingedeeld naar systeemorganklasse en frequentie: vaak (> 1/100 tot < 1/10), soms (> 1/1000 tot < 1/100), Zeldzaamsteaandoeningen: Vaak: hoofdpijn. Soms: duizeligheid. Meestal: Maagdarmsleesaandoeningen: Vaak: misselijkheid, Soms: buikpijn, braken, diarree, verstopping en opgezette buik. Voortplantingsstelsel- en hormonaal: Vaak: OHS, bekkenpijn en -ongemak, mammaekachten, Soms: torsie van het ovarium. **Afgemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen:** Vaak: vermoeidheid. Daarnaast zijn ectopische zwangerschap, miskraam en meerlingzwangerschap gemeld. Men veronderstelt dat deze gerelateerd zijn aan de ART-procedure of aan openlopende 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 **Nummer(s) van de vergunning voor het in de handel brengen:** EU/1/09/609/001, EU/1/09/609/002 **Lokale vertegenwoordiger:** MSD BV, tel. 0800-999000, 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.



Meer informatie over Vesicare / verkorte productinformatie. Samenstelling. Vesicare 5 mg en Vesicare 10 mg filmomhulde tabletten bevatten respectievelijk 5 mg en 10 mg solifenacinusuccinaat 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 werkzame bestanddeel of voor één van de hulpstoffen; urineretentie; gesloten kamerhoekglaucom; 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 solifenacinusuccinaat. Indien angio-oedeem optreedt, dient solifenacinusuccinaat 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 (≥ 1/10) droge mond; vaak (≥ 1/100, < 1/10) constipatie, misselijkheid, dyspepsie, buikpijn en wazig zien; soms (≥ 1/1.000, < 1/100) urineweginfectie, cystitis, slaperigheid, dysgeusie, droge ogen, droge neuslijmvliezen, gastro-oesofageale reflux, droge keel, droge huid, moeilijkheden met mictie, vermoeidheid, perifeer oedeem; zelden (≥ 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. Laatste 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.



Verkorte productinformatie Femoston (2 april 2012)

Naam en samenstelling: Femoston continu 0,5mg/2,5mg, Femoston continu 1/5, Femoston 1/10, Femoston 2/10, filmomhulde tabletten **Indicaties:** Femoston continu 0,5mg/2,5mg en Femoston continu 1/5: Hormoonsubstitutie therapie (HST) bij symptomen van oestrogeendeficiëntie bij postmenopauzale vrouwen, die op zijn minst een jaar postmenopauzaal zijn. Femoston 1/10 en Femoston 2/10: Hormoonsubstitutie therapie (HST) bij symptomen van oestrogeendeficiëntie bij postmenopauzale vrouwen. Femoston continu 1/5, Femoston 1/10 en Femoston 2/10: Preventie van osteoporose bij postmenopauzale vrouwen die een hoog risico hebben op toekomstige fracturen en die andere producten die goedgekeurd zijn voor de preventie van osteoporose niet verdragen of voor wie deze producten contra-indiceerd zijn. Bij alle Femoston producten is ervaring van behandeling van vrouwen ouder dan 65 jaar beperkt. **Contra-indicaties:** Bekende overgevoeligheid voor de werkzame bestanddelen of voor een van de hulpstoffen, aanwezigheid of verdenking van borstkanker of verleden van borstkanker, aanwezigheid of verdenking van hormoongevoelige tumoren of oestrogeengevoelige, kwaadaardige tumoren, aanwezigheid of verdenking van progesteragevoelige neoplasmata, vaginale bloedingen waarvan de oorzaak niet is vastgesteld, onbehandelde hyperplasie van het endometrium, verleden van (idiopathische) veneuze trombo-embolieën, actieve veneuze trombo-embolieën, aanwezigheid van trombofilie, actieve of recent doorgemaakte arteriële trombo-embolische aandoening, acute leveraandoening of een verleden van leveraandoening, zolang de leverfunctiewaarden niet genormaliseerd zijn, porfyrie, zwangerschap. **Waarschuwingen:** Behandeling met HST dient alleen te worden gestart als de symptomen de kwaliteit van leven nadelig beïnvloeden. Er dient minimaal jaarlijks een afweging van de voor- en nadelen te worden gemaakt en behandeling dient alleen te worden voortgezet als de voordelen opwegen tegen de nadelen. Voor start of hervatting van de behandeling moet een volledige anamnese worden afgenomen en gericht lichamelijk onderzoek te worden gedaan. Periodiek onderzoek van de borsten, waaronder mammografie, uitvoeren conform richtlijnen voor gezonde vrouwen. Aandoeningen waarbij controle noodzakelijk is: uterusmyomen, endometriose, progesteragevoelige neoplasmata, voorgeschiedenis van risicofactoren voor trombo-embolische aandoeningen, risicofactoren voor oestrogeengevoelige tumoren, hypertensie, leveraandoening, diabetes mellitus met of zonder vasculaire symptomen, cholelithiasis, migraine of (ernstige) hoofdpijn, SLE, voorgeschiedenis van endometrium-hyperplasie, epilepsie, astma, otosclerose, vaginale bloedingen, verminderde hart- of nierfunctie en hypertriglyceridemie. Behandeling staken bij: geelzucht bij verslechterende leverfuncties, significante bloeddrukstijging, voor het eerst optredende migraine-achtige hoofdpijn, zwangerschap of ontdekken van een contra-indicatie. Patiënten met zeldzame erfelijke aandoeningen als galactose intolerantie, Lapp-lactase deficiëntie of glucose-galactose malabsorptie dienen dit geneesmiddel niet te gebruiken. Deze oestrogeen-progesteragen combinatie is geen anticonceptiemiddel. Patiënten in de peri-menopauzale fase dienen geadviseerd te worden om niet-hormonale anticonceptie-middelen te gebruiken. **Bijwerkingen:** Vaak: hoofdpijn, migraine, misselijkheid, buikpijn, flatulentie, beenkrampen, pijnlijke/gevoelige borsten, metrorragie, postmenopauzale spotting, doorbraakbloedingen en spotting met pijn in bekken, asthenie, abnormaal gewicht, toename/afname in gewicht. Soms: cystitisachtige klachten, vaginale candidiasis, vergroting van myomen, depressie, libidoverandering, nervositeit, duizeligheid, hypertensie, perifeer vaatlijden, varicose, veneuze trombo-embolieën, dyspepsie, galblaasproblemen, allergische huidreactie, huiduitslag, urticaria, jeuk, rugpijn, cervicale erosie, verandering in aard en hoeveelheid cervicale secretie, dysmenorroe, menorragie, metrorragie, perifeer oedeem. **Zelden:** steilere cornea, intolerantie voor contactlenzen, verandering in leverfunctie, groter worden van borsten, premenstruele verschijnselen. **Zeer zelden:** haemolytische anemie, overgevoeligheid, chorea, progesteragenafhankelijke neoplasmata, myocard infarct, beroerte, braken, angio-oedeem, erythema multiforme, erythema nodosum, vasculaire purpura, chloasma of melasma die kunnen blijven bestaan na het staken van de behandeling, verergering van porfyria. **Andere bijwerkingen geassocieerd met oestrogeen/progesteragen behandeling:** benigne en maligne oestrogeen-afhankelijke neoplasmata, vergroting van progesteronafhankelijke neoplasmata, SLE, hypertriglyceridemie, mogelijke dementie, (verergering van) epilepsie, arteriële trombo-embolieën pancreatitis, toename schildklierhormonen. Zie voor de volledige productinformatie de goedgekeurde SmPC teksten. **Afleverstatus:** UR. **Registratienummers:** RVG 103887, 25549, 20311, 17490. **Vergoeding en prijzen:** Femoston wordt volledig vergoed binnen het GVS. Voor rijzen wordt verrijzen naar de Z-index tax. **Registratiehouder:** Abbott B.V., Wegalaan 9, 2132 JD, Hoofddorp. Telefoonnummer: 0888 - 222 688.

Literatuur: 1) Farmacotherapeutisch Kompas online, 2012.



een vierde,

vijfde 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

Verkorte productinformatie

Naam van het geneesmiddel: Pabal, oplossing voor injectie 100 µg/ml. Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling: carbetocine 100 µg/ml. Farmaceutische vorm: oplossing voor injectie. Therapeutische indicaties: preventie van uterusatonie na bevalling van het kind door keizersnede onder epidurale of spinale anesthesie. Contra-indicaties: tijdens de zwangerschap en de baring voor de geboorte van het kind, inleiding van de weeën, overgevoeligheid voor carbetocine, oxytocine of 1 van de hulpstoffen, lever- of nierlijden, (pre-)eclampsie, ernstige cardiovasculaire aandoeningen of epilepsie. Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik: Het gebruik van carbetocine is niet geschikt in welk stadium voor de bevalling van het kind dan ook omdat zijn uterotone activiteit gedurende enkele uren blijft aanhouden na injectie van één enkele bolus. Dit staat in sterke tegenstelling tot de snelle vermindering van het effect die wordt waargenomen na stopzetting van een infusie oxytocine. In geval van persisterende uterusbloeding na toediening van carbetocine moet de oorzaak bepaald worden (zoals retentie van placentafragmenten, onvoldoende lediging of herstel van de uterus, of stoornissen in de bloedstolling). Bij persisterende hypotonie of atonie van de uterus en de hevige bloedingen als gevolg daarvan, moet er een additionele behandeling met oxytocine en/of ergometrine overwogen worden. Er zijn geen gegevens bekend over additionele doses van carbetocine of over het gebruik van carbetocine na een persisterende uterusatonie na oxytocine. Uit dierstudies blijkt dat carbetocine enige anti-diuretische activiteit bezit en daardoor kan de mogelijkheid van hyponatriëmie niet uitgesloten worden, in het bijzonder bij patiënten die ook grote volumes intraveneuze vloeistoffen toegediend krijgen. De vroegtijdige symptomen van slaperigheid, lusteloosheid en hoofdpijn moeten herkend worden om convulsies en coma te voorkomen. Over het algemeen moet carbetocine met voorzorg gebruikt worden in geval van migraine, astma en cardiovasculair lijden of elke toestand waarbij een snelle vermeerdering van het extracellulaire vocht risico's kan inhouden voor een reeds overbelast systeem. De arts kan de beslissing nemen om carbetocine toe te dienen, nadat hij zorgvuldig heeft afgewogen welk potentieel voordeel carbetocine kan bieden in deze bijzondere gevallen.

Bijwerkingen: misselijkheid, buikpijn, gevoel van warmte, hoofdpijn, tremor, pruritus, hypotensie en opvliegers komen zeer vaak voor. Anemie, metaalsmaak, braken, rillingen (rug)pijn, duizeligheid, borstpijn en dyspnoe komen vaak voor.

Registratiehouder: Ferring B.V.,
Postbus 184, 2130 AD Hoofddorp.
Aflieverstatus: U.R.
Datum: Okt 2008


Pabal
carbetocin
Single injection for lasting prevention

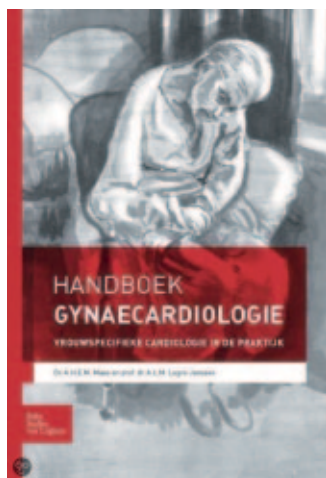
Zambon
1906

Emselex® 7,5 mg en 15 mg Verkorte SPC

Benaming: Emselex® 7,5 en Emselex® 15. **Samenstelling:** Tabletten met verlengde afgifte met 7,5 mg en 15 mg darifenacine (als hydrobromide). **Farmacotherapeutische groep:** urinaire anti-spasmodica. **Farmaceutische vorm:** tabletten met verlengde afgifte. **Therapeutische indicaties:** Symptomatische behandeling van aandrang (urge) incontinentie en/of toegenomen mictie frequentie en verhoogde aandrang zoals kan optreden bij patiënten met overactieve blaas-syndroom. **Dosering:** Startdosering is 7,5 mg éénmaal daags. Na 2 weken dient de patiënt opnieuw geëvalueerd te worden en indien nodig dient de dosering verhoogd te worden tot 15 mg eenmaal daags. Emselex wordt niet aanbevolen bij kinderen (<18 jaar). Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met nierinsufficiëntie of met milde leverinsufficiëntie (Child Pugh A) en bij patiënten die gelijktijdig behandeld worden met geneesmiddelen die krachtige CYP2D6-remmers of matige CYP3A4-remmers zijn. Patiënten met matige leverinsufficiëntie (Child Pugh B): maximale dosering is 7,5 mg éénmaal daags. **Bijwerkingen:** Zeer vaak: droge mond, constipatie. Vaak: hoofdpijn, buikpijn, dyspepsie, misselijkheid, droge ogen. Soms: asthenie, accidenteel letsel, gelaatsoedeem, hypertensie, diarree, flatulentie, ulceratieve stomatitis, verhoogde SGPT en SGOT, perifere oedeem, oedeem, duizeligheid, slapeloosheid, slaperigheid, abnormaal denken, rhinitis, toegenomen hoest, dyspnoe, droge huid, rash, pruritus, zweten, abnormaal zicht, smaakverandering, urinewegstoornis, impotentie, urineweginfectie, vaginitis, blaaspijn en urine-retentie. **Waarschuwingen/voorzorgsmaatregelen:** Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met autonome neuropathie, hiatus hernia, obstructie van de blaasuitgang, risico op urineretentie, ernstige constipatie of gastrointestinale obstructie, bij patiënten die behandeld worden voor nauwe kamerhoek glaucoom of bij patiënten die risico hebben op verminderde gastrointestinale motiliteit, gastro-oesofageale reflux en/of tegelijkertijd geneesmiddelen nemen die oesofagitis kunnen veroorzaken/verergeren. Andere oorzaken van frequente mictie dienen onderzocht te worden alvorens te behandelen met Emselex. Emselex wordt niet aanbevolen tijdens zwangerschap en voorzichtigheid is geboden tijdens borstvoeding. Patiënten die bijwerkingen zoals duizeligheid en wazig zicht, slaperigheid en slapeloosheid ondervinden zouden niet moeten rijden of machines gebruiken. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor één van de componenten, urineretentie, gastrische retentie, ongecontroleerde nauwe kamerhoek glaucoom, myasthenia gravis, ernstige leverinsufficiëntie (Child Pugh C), ernstige colitis ulcerosa, toxisch megacolon, gelijktijdige behandeling met krachtige CYP3A4-remmers. **Interacties:** Krachtige CYP2D6-remmers; krachtige CYP3A4-remmers; krachtige P-glycoproteïne-remmers; enzyminductoren van CYP3A4; CYP2D6-substraten; CYP3A4-substraten; warfarine; digoxine; antimuscarine geneesmiddelen. **Aflieverstatus:** U.R. **Registratiehouder:** Novartis Pharma, Postbus 241, 6800 LZ Arnhem, 026-3782111 of via www.novartis.nl **Verpakking en prijs:** Zie Z-Index **Vergoeding:** Emselex 15 mg: volledige vergoeding Emselex 7,5 mg: gedeeltelijke vergoeding. **Samenvatting van de Productkenmerken:** 20 december 2010. Zie geregistreerde Samenvatting van de Productkenmerken voor volledige productinformatie. Voor informatie en de SPC kunt u terecht bij Zambon Nederland B.V. tel. 033-4504370 **Datum:** December 2010.

Referenties: 1. Napier C and Gupta P. ICS 2002. Abstract 445. 2. Adapted from Ikeda K, et al. Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol 2002;366:97-103


Emselex
(darifenacinehydrobromide) 
eenmaal daags 7,5 mg 15 mg
Effectief en M3-selectief



Maas A.H.E.M., Lagro-Janssen A.L.M. *Handboek Gynaecardiologie, vrouwspecifieke cardiologie in de praktijk*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2011, 177 p ISBN 97890 313 8781 6. €9,95.

Handboek Gynaecardiologie, vrouwspecifieke cardiologie in de praktijk

In dit spotgoedkope en fraai uitgevoerde boekje, komen alle aspecten over de treffende verschillen tussen mannen en vrouwen met betrekking tot hun hart- en vaatzieken aan bod. Onder redactie van de Nijmeegse hoogleraren Maas en Lagro-Janssen wordt door een keur aan auteurs elk aspect van deze aandoeningen belicht inclusief een hoofdstuk over hartklachten en zwangerschap. Het boek is degelijk geschreven, bevat veel recente literatuur verwijzingen en een goed register. De belangrijkste boodschap van het boek komt duidelijk en helder over. Wel ontbreken veel harde getallen en worden vaak alleen termen als meer, groter en sterker gebruikt om verschillen tussen mannen en vrouwen te beschrijven. Ik had graag wat vaker relatieve risico's vergeleken gezien. Aan het einde van ieder hoofdstuk worden de kernpunten bondig samengevat. Wel bevat het boek veel herhalingen. Hoofdstukken die niet helemaal in het palet van het boek passen zijn die over trombose en perimenopauzale klachten, maar met name het eerste hoofdstuk is bijzonder goed geschreven en een aanrader. Wat ik mis is een hoofdstuk over primaire preventie. Het hoofdstuk over genderverschillen bij communicatie zou verplicht moeten zijn voor alle gynaecologen.

Hoewel bepaalde onderwerpen in het boek ook voor de algemeen gynaecoloog erg lezenswaard en nuttig zijn, is het boekje toch vooral geschikt voor de specifiek cardiologisch geïnteresseerde gynaecoloog. (Dr. J.J. Duvekot)



De boeiende memoires van een gynaecoloog.

De Hoornse gynaecoloog Cees Renckens (1946) verwierf nationale bekendheid als voorzitter van de Vereniging tegen de Kwakzalverij, een functie die hij eind 2011 neerlegde. Mede dankzij Renckens' inspanningen is de alternatieve geneeskunde in ons land in het defensief gedrongen en hij werd voor dit werk o.a. beloond met de Hector Treubprijs (2002) en met een ridderorde (2006). Van zijn dissertatie over kwakzalverij en modeziekten verscheen een handelseditie bij Bert Bakker, die werd genomineerd voor de Intermediair-NWO Eureka!prijs 2005. Voor- en tegenstanders prijzen zijn eruditie en welversneden pen.

Het is velen wellicht ontgaan, maar Renckens blijkt ook over andere zaken alleraardigst te kunnen schrijven. Hij ging in 2011 met pensioen en schreef ter gelegenheid daarvan een boek, getiteld *Manuscript naast een verlostang gevonden*, waarin hij vooral terugblijkt op de ruim dertig jaar, dat hij werkzaam was in het Wesfriesgasthuis. Inclusief zijn periode als tropenarts en zijn opleidingsperioden, werkte hij bijna 40 jaar in ons vakgebied. In dit boek behandelt hij eerst een aantal curieuze, moeilijke of verrassende gevallen uit het Westfriesgasthuis. Renckens betoont zich hier nog een ouderwetse gynaecoloog-generalist, die uit alle vier deelgebieden van ons vak boeiende casus op levensechte, soms regelrecht spannende manier beschrijft. Begonnen aan die serie van 46 casus, zal het de lezer niet licht vallen het boek terzijde te leggen. Het tweede deel van het boek bevat een selectie van ruim zeventig artikelen, commentaren en ingezonden brieven over gynaecologische controversen en problemen uit de hedendaagse geneeskunde in bredere zin, die hij in diverse media schreef tussen 1970 en 2011. De onderwerpen uit dit tweede gedeelte zijn zeer gevarieerd en ook goed toegankelijk voor niet-medici. Het eerste artikel uit 1970, dat verscheen in het Tijdschrift voor Medisch Studenten, gaat over patiënten in Viet Nam en het laatste uit 2011 over een Rotterdams proefschrift waarin moxa-acupunctuur wordt aanbevolen bij stuitligging. Renckens noemt dit gedeelte zijn 'Pak van Sjaalman', verwijzend naar de door hem bewonderde Multatuli. Het boek bevat overigens meer ontleningen aan de belletrise. Herkent men die, dan geeft dat een aangenaam gevoel van trots en zielsverwantschap. Zo moet ik mij

al sterk vergissen als de titel van het boek bijvoorbeeld niet verwijst naar Reve's 'Brief in een fles gevonden!' Kwakzalverij komt alleen ter sprake voor zover die zich op gynaecologisch terrein afspeelt. Hoewel het boek onwillekeurig enigermate de nestgeur ademt van de regio en het ziekenhuis, waarin Renckens zijn ervaringen opdeed, hebben veel - zo niet alle - onderwerpen parallellen met zaken die zich op nationaal niveau voordeden. Daarom is het rijk geïllustreerde boek tevens interessant voor hen die niet aan die regio gebonden zijn.

Ook gynaecologen, die al geruime tijd in de praktijk staan, zullen in dit boek patiënten tegenkomen, waarover zij zich zullen verbazen. Zij zullen in het tweede deel van het boek herinnerd worden aan de controversen en discussies die de afgelopen vier decennia in de gezondheidszorg speelden en die men zo snel pleegt te vergeten. Het eigen oordeel erover kan getoetst worden aan dat van Renckens, die een krachtige stellingname nooit schuwt. Daarnaast is het boek een aanrader voor arts-assistenten, maar ook voor verloskundigen, O&G-verpleegkundigen en zelfs algemeen artsen. Zij kunnen er veel van opsteken. De casuïstiek zal voor toekomstige generaties kunnen dienen als een betrouwbare beschrijving van de alledaagse (perifere) gynaecologisch-verloskundige praktijk in ons land in de periode van 1980 tot heden. Om die reden zouden ook medische bibliotheken een exemplaar van dit atypische en unieke boek in hun bestand moeten opnemen. Renckens verspreidde het boek tijdens zijn afscheidssymposium, maar er is bij de uitgever nog een beperkt aantal exemplaren verkrijgbaar. Enige haast is dus geboden bij de aanschaf van dit mooie boek.

Dr. C.N.M. Renckens
Manuscript naast een verlostang
gevonden. 2011. DCHG, Haarlem
319 p. ISBN 978-94-90826-10-9.
www.dchg.nl prijs € 29,00

Cardiotocografie en aanvullende technieken

In dit boekje van een zeer handzaam formaat, het past volgens mij net niet in de zakken van de witte jas, waar het wel zou horen, schrijven de auteurs alles over de cardiotocografie wat een gynaecoloog (in opleiding) zou moeten weten. De inhoud van het boekje is zeer volledig en is in een middag aan het zwembad tijdens de zomervakantie door te lezen. Het is vlot en gemakkelijk geschreven door een aantal Belgische hoogleraren als vervolg op de door hen gegeven cursus over cardiotocografie. Verder werkten aan het boek de emeritus-hoogleraar Herman van Geijn en een advocaat medisch recht mee. Wel zal een Nederlander moeten wennen aan de prachtige Vlaamse uitdrukkingen als arbeid (partus) en meconiaal (meconium houdend). Het boekje is wel vrij karig uitgevoerd. De tekeningen en schema's hadden wat kleuriger gemogen. Jammer, want de meeste schema's zijn zo helder, verduidelijkend en briljant dat zelfs voor de ervaren gynaecoloog er wat te halen is.

De geschiedenis van de cardiotocografie en met name de uitleg over de (patho)fysiologie van de oxygenatie van de foetus in relatie tot het cardiotocogram zijn zo superb weergegeven dat deze hoofdstukken verplichte kost zouden moeten zijn voor alle gynaecologen in opleiding. In de volgende hoofdstukken komt de uitleg van het cardiotocogram schematisch aan bod. Hier zouden wat meer subheadings, rijtjes en schema's mogen komen. Helaas wordt geen aandacht besteed aan maternale aandoeningen in relatie tot het cardiotocogram. Wel is de tekst overal praktisch en directief. Er zijn relatief weinig literatuur verwijzingen en degenen die er zijn kloppen niet altijd. Er wordt een volledig overzicht gegeven van alle andere technieken om de foetale conditie te bewaken met adequate en goede uitleg. Het hoofdstuk over medico-legale aspecten is vooral voor de Vlaamse markt geschreven maar bevat wel een zeer praktische top-10 aan valkuilen bij het vervaardigen en beoordelen van het cardiotocogram. Een register ontbreekt jammergenoeg.

Kortom, een boekje waar je blij van wordt en wat in elke praktijk op de plank hoort te liggen als naslagwerk of om gewoon tijdens het wachten op een partus even wat door te bladeren. Voor de prijs hoeft u het zeker niet te laten. (Dr. J.J. Duvekot)

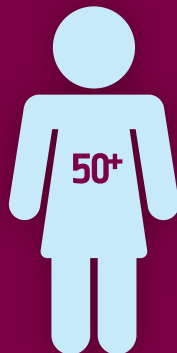


Jacquemyn Y, Hanssens M, Defoort P, Laubach M, Gyselaers W. Cardiotocografie en aanvullende technieken. Acco, Leuven Amsterdam 2012, ISBN 97890 334 7627 3. 108 pagina's; Prijs: 20 euro.

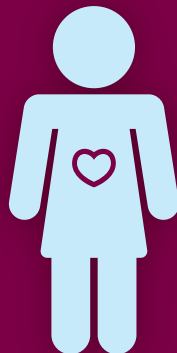


Emselex is de selectieve M₃-receptorantagonist^{1,2}

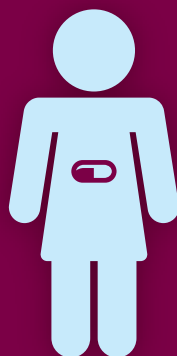
Er zijn LUTS patiënten die...



op seniore leeftijd zijn...



en/of een verhoogd cardiovasculair risico hebben...



en/of ook andere geneesmiddelen gebruiken

 **Emselex**[®]
(darifenacinehydrobromide) TABLETTEN MET
VERLENGDE AFGIFTE
eenmaal daags 7,5 mg 15 mg

Ligasure sealing of ouderwets klemmen, klieven en knopen bij VUE

S.F.P.J. Coppus
e s.coppus@mmc.nl

Deze studie beschrijft de resultaten van een gerandomiseerde studie met als doel het vergelijken van de effecten van de elektrische bipolaire vessel sealing techniek en de conventionele techniek op postoperatieve pijn, herstel, kosten en bekkenbodembodem klachten in vrouwen die een vaginale hysterectomie ondergaan. De hypothese van deze studie was dat het gebruik van vessel sealing de tractie tijdens de operatie vermindert aangezien er geen hechtingen nodig zijn. Deze vermindering in tractie verlaagt mogelijk het risico op schade aan de innervatie van het kleine bekken, wat zou kunnen resulteren in een verlaagde kans op postoperatieve bekkenbodembodem klachten. De studie werd uitgevoerd in acht Nederlandse opleidingsziekenhuizen. Honderd patiënten, die een vaginale hysterectomie ondergingen voor benigne aandoeningen, werden geïnccludeerd. Aan patiënten werd gevraagd om voor de operatie en zes maanden na de operatie gevalideerde vragenlijsten in te vullen (UDI, DDI, IIQ). Pijnscores en postoperatief herstel werden vanaf de avond na de operatie tot zes weken na de operatie beoordeeld met behulp van een pijndagboekje waarin de Visual Analogue Score (VAS) was opgenomen. De avond na de operatie rapporteerden patiënten in de vessel sealing groep significant minder pijn (5.7 vs 4.5 op een schaal van 0-10, $p=0.03$), na deze eerste avond waren de pijnscores vergelijkbaar. De operatieduur was korter in de vessel sealing groep (60 vs 71 minuten $p=0.05$). Bloedverlies en opnameduur waren niet verschillend. Er werden geen grote verschillen in kosten tussen de twee technieken gevonden (2903 vs 3102 euro, $p=0.26$). Veranderingen in mictie en defecatie klachten werden niet beïnvloed door de gebruikte techniek. De auteurs concluderen dat patiënten mogelijk voordeel hebben van vessel sealing aangezien de operatie duur korter is en de pijn gedurende de eerste avond na de operatie minder is. Er werd echter geen verschil gevonden in postoperatieve bekkenbodembodem klachten en de kortere operatie duur compenseert niet volledig de extra kosten van de vessel sealing klem.

Lakeman MM, The S, Schellart RP, Dietz V, ter Haar JF, Thurkova A, Scholten PC, Dijkgraaf MG, Roovers JP.

BJOG 2012,
[Epub ahead of print].

Gasembolie tijdens hysteroscopische elektrochirurgie

S.F.P.J. Coppus
e s.coppus@mmc.nl

In deze studie werd de incidentie van gas embolie tijdens hysteroscopische chirurgie met monopolaire en bipolaire stroom bekeken. Daarnaast werd de relatie tussen de mate van gas embolie en de hoeveelheid extravasatie van distensie vloeistof bekeken. Hiervoor werd een gerandomiseerde, observer geblindeerde studie opgezet. In totaal werden 50 patiënten onderzocht. Trans oesofageale echocardiografie werd gebruikt voor de detectie en classificatie van gas embolie (graad 0-4). Bij 49/50 patiënten werd veneuze gas embolie gezien. Meer uitgebreide embolieën (graad 4) werden vaker gezien bij bipolaire diathermie dan bij monopolaire diathermie (42 vs 13%, $p=0.03$). Een hogere mate van intravasatie was geassocieerd met ernstigere gas embolie ($p=0.04$). De auteurs concluderen op basis van deze data terughoudendheid aan met het accepteren van grote hoeveelheden intravasatie van distensie vloeistof.

Dyrbye BA, Overdijk LE, van Kesteren PJ, de Haan P, Riezbos RK, Bakkum EA, Rademaker BM.

Am J Obstet Gynaecol 2012
[Epub ahead of print]

Intra-cycle fluctuations of anti-mullarian hormone in normal women with a regular cycle: a re-analysis

V. Mijatovic
e mijatovic@vumc.nl

Overbeek A, Broekmans FJ,
Hehenkamp WJ, Wijdeveld ME
et al.

RBM online 2012

Anti-Mullerian hormone (AMH) behoort tot de jongste telg van markers van de zgn. ovariële reserve. Deze prospectieve studie onderzoekt de intracyclische variaties van deze marker en plaatst ze in een leeftijdsgelateerde context. In 44 gezonde kaukasische vrouwen (gemiddelde leeftijd 38,3 jaar [25,6-46,2 jaar]) werden diverse bloed-samples afgenomen gedurende 2 menstruele cycli. Bij de analyse van de data viel op dat serum AMH-concentraties een behoorlijke fluctuaties vertoonden gedurende een cyclus zonder dat er een patroon herkenbaar was. Wat verder opviel was dat de amplitudo van de variaties hoger bleek te zijn onder jongere vrouwen in vergelijking tot oudere vrouwen. Dit laatste past in de hypothese dat AMH-fluctuatie patronen een reflectie zijn van het ouderwordende ovarium hetgeen klinische implicaties heeft. De auteurs concluderen dat door de behoorlijke intracyclische fluctuaties in de serum AMH-concentraties een enkele serumbepaling van AMH waarschijnlijk niet bijdraagt in een correcte inschatting van de ovariële reserve bij jonge vrouwen. Additionele evaluatie en inschatting van de ovariële reserve met bijvoorbeeld een echoscopische bepaalde antral follicle count (AFC) is daarom nog steeds op z'n plaats.

Complications and outcome of assisted reproduction technologies in overweight and obese women

S.J. Tanahatoe
e s.j.tanahatoe@umcutrecht.nl

A.M.H. Koning, M.A.Q. Mut-
saerts, W.K.H. Kuchenbecher, F.J.
Broekmans, J.A. Land, B.W. Mol,
and A. Hoek

Human Reprod 2012

In deze systematische review wordt onderzocht of overgewicht en obesitas tot meer complicaties leiden en invloed hebben op de zwangerschapskans van geassisteerde voortplanting technieken (ART). Er werd een literatuursearch verricht naar studies die rapporteerden over complicaties en succespercentages van ART bij vrouwen met overgewicht en obesitas. Artikelen werden gescoord op methodologische kwaliteit. Vervolgens werden gepoolde odds ratio's (ORs) berekend om de associatie tussen overgewicht en obesitas enerzijds en complicaties en succespercentages van ART anderzijds uit te drukken. Resultaten werden alleen gepooled wanneer data per vrouw in plaats van per cyclus beschikbaar waren.

Dit resulteerde in 14 studies die gegevens rapporteerden over overgewicht en complicaties tijdens en na ART, waarvan zes studies gericht waren op ovarieel hyperstimulatiesyndroom (OHSS), 7 op meerling zwangerschappen en 6 op ectopische zwangerschappen.

Geen van de 14 studies toonden een positieve associatie tussen overgewicht en complicaties bij ART. De gepoolde OR's voor overgewicht versus normaal gewicht ten aanzien van OHSS, meerling zwangerschappen en ectopische zwangerschappen waren respectievelijk 1.0 (CI 95% 0.77-1.3), 0.97 (95% CI 0.91-1.04) en 0.96 (95 % CI 0.54-1.7).

In 27 studies die data rapporteerden betreffende BMI en het succespercentage van ART, waren de gepoolde OR's voor overgewicht versus normaal gewicht ten aanzien van life birth, doorgaande en klinische zwangerschap na ART respectievelijk 0.90 (95% CI 0.82-1.0), 1.01 (95% CI 0.75-1.4) en 0.94 (95% CI 0.69-1.3).

De auteurs concludeerden dat data over complicaties van ART beperkt voor handen zijn en dat daarom een registratiesysteem moet worden geïmplementeerd. In de beschikbare literatuur is er echter geen bewijs dat overgewicht of obesitas het risico van complicaties na ART vergroot. Bovendien wordt de zwangerschapskans slechts marginaal verminderd. Op basis van de momenteel beschikbare gegevens, zouden overgewicht en obesitas geen reden moeten zijn om geen ART te starten.

Techniques for wound closure at caesarean section: a randomized clinical trial

S.A. Scherjon
e sicco.scherjon@gmail.com

de Graaf IM, Oude Rengerink K, Wiersma IC, Donker ME, Mol BW, Pajkert E. *Techniques for wound closure at caesarean section: a randomized clinical trial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* (2012), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.07.019>

Niessen FB et al. *The role of suture material in hypertrophic scar formation: Monocryl vs. Vicryl Rapide. Ann Plastic Surgery* 1997;39:254-260

In deze RCT (n=124) worden de (cosmetische) uitkomsten zes maanden na een primaire, niet-repeat sectio (Patient-Observer Scar Assessment Scale: PSAS en OSAS) vergeleken van het sluiten van de huid met een intracutane draad (Monocryl 3.0) versus met staples. Tevens werd (factorial design) in beide groepen gekeken naar het effect van wel en niet sluiten (5 hechtingen met Vicryl 2.0) van de subcutis (en de betekenis van de dikte van deze laag). Patiënttevredenheid en pijnscores werden mee geëvalueerd. De patiënten en observers scoorden en beoordeelden de littekens als niet verschillend. Hoewel de PSAS-scores gelijk waren beoordeelden minder patiënten met een gesloten subcutis hun litteken als "satisfactory" (52% vs 75%; RR: 0.53; 95% CI 0.32-0.89). De observers zagen geen verschil. Er waren geen verschillen in pijn, wondcomplicaties (aantallen zijn klein hiervoor). Wel was er een kortere tijd benodigd voor het sluiten gebruikmakend van staples (met en zonder sluiten van de subcutis resp. 3.3 en 4.6 min) en een dag langere opnametijd bij het wel sluiten van de subcutis. Hoewel er een tendens tot een fraaier cosmetisch resultaat bij een subcutis > 3 cm is, wordt het door de patiënt beoordeelde cosmetische resultaat niet beïnvloed door de dikte van subcutis

De bevindingen in deze studie zijn min of meer in overeenstemming met andere RCT's die geen verschil of betere uitkomsten zagen bij intracutaan sluiten van de huid.

Hoewel de kosten van staples het dubbele zijn (7,35 vs 4,67) wordt dit waarschijnlijk goed gemaakt door de kortere benodigde tijd voor het sluiten (30 s versus 5 min); echter de tijd benodigd voor het verwijderen van de staples is onbekend, zodat het kostenaspect mogelijk gelijk (of iets hoger) kan uitvallen voor de staples. In deze studie is gekozen sluiten met een monofilament, zoals Monocryl dat t.o.v. Vicryl rapide een smaller litteken met minder weefselreactie en minder hypertrofie (Niessen 1997). Het nadeel is echter wel weer dat het - evenals de staples - verwijderd moet worden.

The reliability of the histological diagnosis of endometritis in asymptomatic IVF cases: a multicenter observer study.

R.M.F. van der Weiden
r.vanderweiden@sfg.nl

Kasius JC, Broekmans FJM, Sie-Go DMDS, Bourgain C, Eijkemans MJC, Fauser BC, Devroey P, Fatemi HM. *The reliability of the histological diagnosis of endometritis in asymptomatic IVF cases: a multicenter observer study. Hum Reprod* 2012; 27: 153-158.

Chronische endometritis kan geassocieerd zijn met abnormaal uterinen bloedverlies, herhaalde miskramen en subfertiliteit. De gouden standaard voor de histopathologische diagnose is de aanwezigheid van plasmacellen in het endometrium stroma. Het doel van de studie was het onderzoeken van de interobserver overeenkomst bij het stellen van de histopathologische diagnose chronische endometritis in asymptomatische subfertiele patiënten. Biopten werden genomen halverwege de achterwand van de uterus in de folliculaire fase van de cyclus tijdens een diagnostische hysteroscopie in het kader een gerandomiseerde studie bij IVF/ICSI patiënten. Bij een aantal patiënten werd een Pipelle-sample afgenomen. De biopten werden door twee pathologen uit twee onderzoekscentra onafhankelijk van elkaar beoordeeld. Alleen de dag van de cyclus en het al dan niet gebruik van orale anticonceptie was aan de pathologen bekend. In eerste opzet werd alleen een hematoxyline-eosinekleuring uitgevoerd, op indicatie immunohistochemisch onderzoek. In iedere onderzoekskliniek werd het aantal positief beoordeelde biopten (cases) aangevuld tot 50 met *at random* geselecteerde biopten waarbij in eerste instantie de diagnose chronische endometritis niet was gesteld (controls). Deze vijftig biopten werden vervolgens ter beoordeling aangeboden aan de patholoog in de andere onderzoekskliniek. Bij 19 van de 678 onderzochte patiënten (2,8%) werd de diagnose chronische endometritis gesteld. De interobserver overeenkomst, gebaseerd op de berekende kappa-waarden, was aanzienlijk. De auteurs concluderen dat op histopathologische gronden de diagnose chronische endometritis voldoende betrouwbaar kan worden gesteld. De lage prevalentie en de onduidelijke klinische betekenis rechtvaardigen verder onderzoek.

VU MEDISCH CENTRUM PRESENTEERT het 5e Iustrum

Programma

Wetenschappelijke voordrachten
Battle: Loondienst of maatschap?
Gast spreker: **André Kuipers**
Skillslab
Feest

**The Sky Is
The Limit!**

Symposium Experimenteel Onderzoek Heelkundige Specialismen

SEOHS 2012

Vrijdag 16 November

AMSTERDAM

Felix Merittis, Keizersgracht

WWW.SEOHS.NL

Prijzen

CCN-Prijzen €2.500 en €1.250
Prof. dr. P.J. Klopperprijs €2.500
Beste voordracht
Beste poster

Abstract deadline: 01.10.2012

Afgeronde studie:

PORTRET

**Volledige titel**

Physiotherapy OR TVT Randomised Efficacy Trial

Achtergrond

Bekkenfysiotherapie wordt in internationale richtlijnen aanbevolen als primaire behandeling van stress urine-incontinentie. Als bekkenfysiotherapie onsuccesvol is, dan kan worden overgegaan tot midurethrale slingchirurgie. Deze twee behandelingen zijn nog niet eerder direct met elkaar vergeleken als primaire behandelingsoptie in een gerandomiseerde studie.

Vraagstelling

Welke behandeling is effectiever voor vrouwen met matige tot ernstige stress incontinentie; primaire bekkenfysiotherapie of primaire midurethrale slingchirurgie?

Studie-opzet

Multicenter gerandomiseerde studie uitgevoerd in 24 Nederlandse ziekenhuizen in samenwerking met 83 geregistreerde bekkenfysiotherapeuten. Vrouwen werden geïncludeerd tussen maart 2008 en mei 2010. De follow-up periode was 12 maanden.

Studiepopulatie

Vrouwen met matige tot ernstige stress urine incontinentie gemeten met behulp van de Sandvik index.

Interventie

Bekkenfysiotherapie volgens de Nederlandse richtlijnen, uitgevoerd door geregistreerde bekkenfysiotherapeuten versus midurethrale slingchirurgie (zowel trans obturator als retropubisch).

Resultaten

Er werden 231 vrouwen gerandomiseerd voor midurethrale slingchirurgie en 231 vrouwen voor bekkenfysiotherapie. Significant meer vrouwen in de midurethrale slingchirurgiegroep rapporteerden verbetering van symptomen dan vrouwen in de bekkenfysiotherapiegroep [90,8% vs. 64,4% $p < 0.001$]. Subjectieve en objectieve curatie van stressincontinentie werd significant vaker gezien bij vrouwen in de chirurgiegroep dan bij vrouwen in de bekkenfysiotherapiegroep [85,2% vs 53,4%, $p < 0,001$ en 76,5% vs 58,8% $p = 0,001$ respectievelijk]. In de bekkenfysiotherapiegroep ondergingen 99 vrouwen additionele midurethrale slingchirurgie. Deze vrouwen rapporteerden dezelfde uitkomsten als vrouwen die primaire chirurgie ondergingen. Verbetering van klachten werd door 31,7% van de vrouwen die alleen bekkenfysiotherapie ondergingen gemeld.

Conclusie

Na 12 maanden follow-up hebben vrouwen met matige tot ernstige stress incontinentie die primaire chirurgie ondergingen een significant betere subjectieve en objectieve uitkomst in vergelijking met vrouwen die primair startten met bekkenfysiotherapie. Een aanvullend effect van bekkenfysiotherapie voorafgaand aan midurethrale slingchirurgie kon niet worden aangetoond.

Artikel

Labrie J, van der Graaf Y, Buskens E, Tiersma ESM, van der Vaart CH. Protocol for Physiotherapy Or TVT Randomised Efficacy Trial (PORTRET): a multicentre randomised controlled trial to assess the cost-effectiveness of the tension free vaginal tape versus pelvic floor muscle training in women with symptomatic moderate to severe stress urinary incontinence. BMC Women's Health 2009 Sept. 1;9(24)

Lopende studie: INDEX



Volledige titel

Costs and effects of INDuction of labour versus EXpectant management in women with impending post-term pregnancies: the 41 week - 42 week dilemma.

Achtergrond

Serotiniteit is geassocieerd met verhoogde perinatale morbiditeit en mortaliteit. Traditioneel werd tot voor kort bij of zelfs na 42 weken ingeleid, maar de vraag is of de risico's niet al bij 41 weken dusdanig verhoogd zijn dat inleiding geïndiceerd is. Er is momenteel in Nederland verschil van inzicht tussen verloskundigen en gynaecologen over het optimale beleid bij naderende serotiniteit (AD 41⁺⁰ - 41⁺⁶ weken), wat leidt tot praktijkvariatie. De beschikbare literatuur over dit onderwerp is wisselend in haar resultaten en moeilijk toepasbaar op de Nederlandse situatie vanwege het gebruik van controlegroepen waarbij frequent werd afgewacht tot ver voorbij de 42 weken. Om het beleidsprobleem in Nederland op te lossen wordt een RCT uitgevoerd om de kosten en effectiviteit van inleiden bij 41⁺⁰ weken te vergelijken met een afwachtend beleid tot 42⁺⁰ weken bij zwangeren waarbij geen medische contra-indicatie is voor een expectatief beleid tot 42⁺⁰ weken.

Vraagstelling

Wat zijn de effecten en kosten van inleiden bij 41 weken versus een afwachtend beleid tot 42 weken.

Studieopzet

Multicenter RCT (verloskundigenpraktijken en ziekenhuizen)

Studie populatie

1800 zwangeren > 18 jaar met een zekere zwangerschapsduur (echo < 16 weken) van 41,0 (-/+2) weken zonder contra-indicatie voor een expectatief beleid tot 42 weken.

Interventie

Interventiegroep (inductie baring): Zwangeren die gerandomiseerd zijn voor inleiden worden naar het ziekenhuis (tweede lijn) verwezen voor inleiding van de bevalling (c.q. cervicale rijping indien noodzakelijk) binnen 48 uur na randomisatie.

Controlegroep (expectatief tot 42⁺⁰ weken): Zwangeren die gerandomiseerd zijn voor expectatief beleid wachten het spontaan in partu komen af tot AD 42⁺⁰ weken onder de plaatselijk overeengekomen condities (wel/geen consult CTG/echo) en zolang de foetale en maternale conditie een expectatief beleid toestaat. Bij het bereiken van een termijn van 42⁺⁰ weken volgt verwijzing naar de tweede lijn voor het inleiden van de baring.

Uitkomstmaten

De primaire uitkomstmaat is een samengestelde uitkomstmaat van perinatale mortaliteit en ernstige morbiditeit die als volgt omschreven is: Apgarscore na 5 minuten < 7 en/of een arteriele navelstreng-pH < 7.05, meconium-aspiratiesyndroom, plexus brachialis laesie, intracraniale bloedingen en/of NICU-opname. De secundaire uitkomstmaten zijn o.a.: modus partus (spontaan, instrumenteel, secundaire sectio), pijnbehandeling (epiduraal, remifentanil, pethidine), bloeding en ernstig perineumletsel (3^e/4^e graads ruptuur). Tevens wordt gekeken naar de maternale preferentie. Verder maakt een kosten-effectiviteitsanalyse onderdeel uit van dit onderzoek.

Stand van zaken

Gestart in mei 2012. Inmiddels zijn 12 centra gestart, vele wachten nog op een onderzoeksverklaring/toestemmingsverklaring. 30 verloskundigenpraktijken zijn (net) gestart, 36 zijn startklaar. Veel praktijken en centra starten pas na de zomer in VSV-verband met includeren. Eind augustus 15/1800 inclusies. Door mee te doen aan de INDEX- studie kunt u ook bijdragen aan een snelle oplossing van het beleidsprobleem bij naderende serotiniteit!

Studie website

<http://www.studies-obsgyn.nl/index>

Heeft u een studie die voor de UNO in aanmerking komt? Aarzel niet contact met ons op te nemen!
Sophie Liem • s.m.liem@amc.nl en Hannah van Meurs • h.s.vanmeurs@amc.nl



1B1 -tekst: zie elders in deze uitgave.

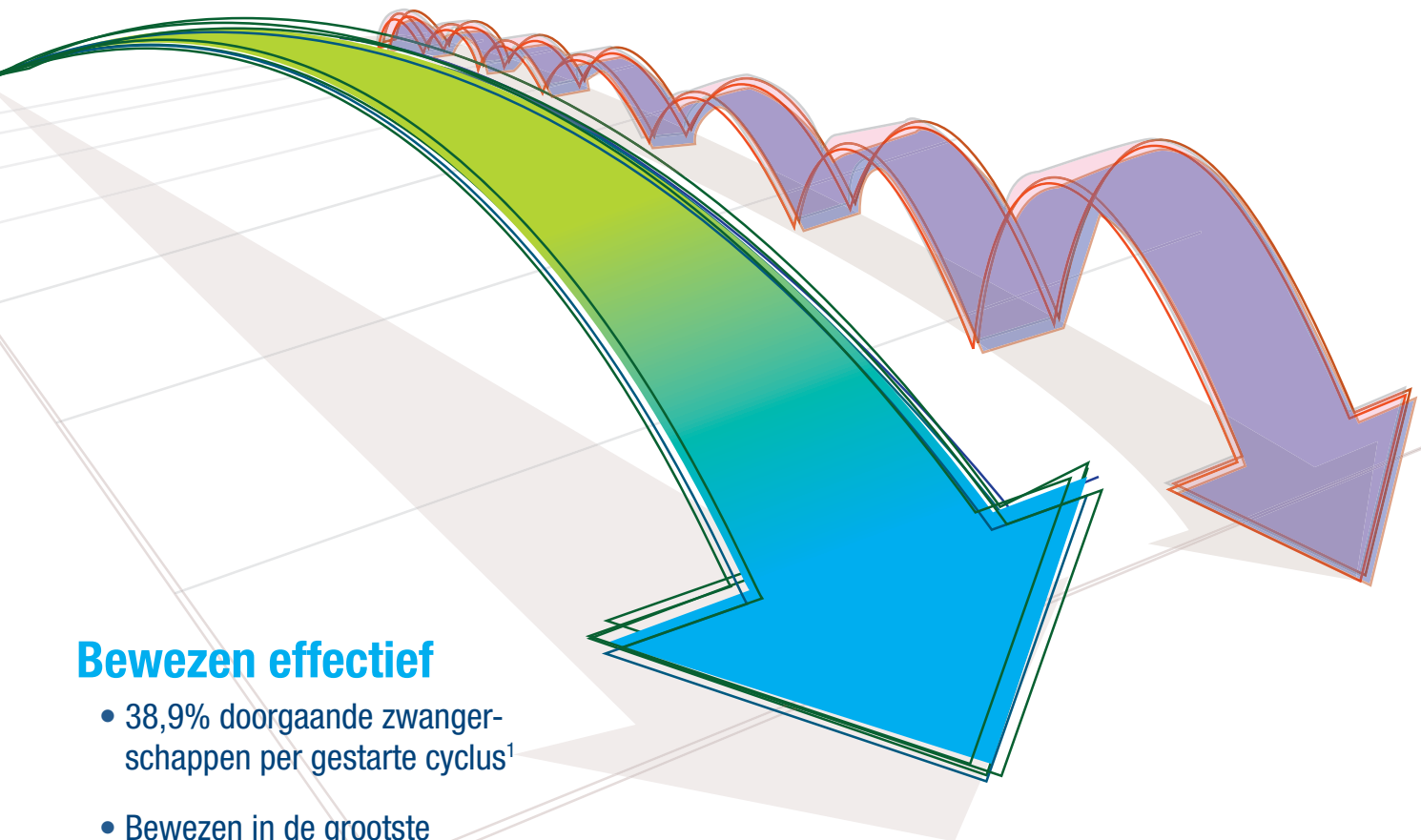
 **astellas** | **UROLOGY**
Leading Light for Life

 **Vesicare**[®]
solifenacine

Geniet, **Urgency** onder controle

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.

 **MSD** Postbus 581, 2003 PC Haarlem, tel. 0800-9999000, e-mail: medicalinfo.nl@merck.com www.msd.nl, www.univadis.nl

