



> Pijnbestrijden met waterinjecties?

> Zeldzame vormen van
extra-uteriene graviditeit

> Vacuümcurettage: lokale
anesthesie of onder narcose?

> Bevallen na priming: 's ochtends
of 's avonds starten?

ntog 04 2013

GYNAECOLOGIE, ONCOLOGIE, PERINATOLOGIE EN VOORTPLANTINGSGENEESKUNDE
VOLUME 126 MEI 2013

Colofon

HOOFDREDACTIE

V. Mijatovic, hoofdredacteur (e mijatovic@ntog.nl)
 W.M. Ankum, voorzitter deelredactie gynaecologie
 J. van Eyck, voorzitter deelredactie perinatologie
 R.M.F. van der Weiden, voorzitter deelredactie
 voortplantingsgeneeskunde
 I.A.M. van der Avoort, namens de NVOG
 I.M.W. Ebisch, namens de VAGO
 A.C.M. Louwes, bureauondersteuning NVOG

DEELREDACTIES

E.A. Boss, gynaecoloog, J.J. Duvekot, perinatoloog,
 J.W. Ganzevoort, perinatoloog, S.V. Koenen, peri-
 natoloog, K.D. Lichtenbelt, klinisch geneticus,
 A.C.J. Ravelli, epidemioloog,
 S.J. Tanahatoe, voortplantingsgeneeskunde,
 F. van der Veen, voortplantingsgeneeskunde,
 W.B. de Vries, kinderarts-neonatoloog,
 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

UITGEVER & REDACTIESECRETARIAAT

GAW ontwerp+communicatie b.v.
 Generaal Foulkesweg 72, 6703 BW Wageningen
 mw. Judica Velema (bureauredactie)
 t 0317 425880 e redactie@ntog.nl i www.ntog.nl

ABONNEMENTEN

Standaard € 195,- per jaar. Studenten € 86,50 per jaar.
 Buitenland € 295,- per jaar. Losse nummers € 26,-.
 Abonnementen lopen per jaar van 1 januari t/m 31
 december. Aanmelden en opzeggen van abonnementen
 en adreswijzigingen s.v.p. doorgeven aan de uitgever.

ADVERTENTIES

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

OPLAGE & VERSCHIJNING

1700 exemplaren, 10 x per jaar.

AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelelvoudigd of openbaar gemaakt, in enige vorm of enige wijze, digitaal noch analoog, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.
 Redactie en uitgever verklaren dat deze uitgave op zorgvuldige wijze en naar beste weten is samengesteld; evenwel kunnen uitgever en auteurs op geen enkele wijze instaan voor de juistheid of volledigheid van de informatie. Redactie en uitgever aanvaarden dan ook geen enkele aansprakelijkheid voor schade, van welke aard dan ook, die het gevolg is van bedoelde informatie. Gebruikers van deze uitgave wordt met nadruk aangeraden deze informatie niet geïsoleerd te gebruiken, maar af te gaan op professionele kennis en ervaring en de te gebruiken informatie te controleren.

RICHTLIJNEN VOOR AUTEURS

Zie i www.ntog.nl

BEELD OMSLAG

Hanneke van den Bergh (www.hannekevdborgh.nl)
 Fotografie Wim van Hof (www.gaw.nl)

ISSN 0921-4011

ADVERTEERDERS IN DIT NUMMER

Bayer | Mirena
 Ferring | Menopur
 Gedeon Richter | Daylette
 VSO | Tanzania zoekt arts
 UMC Utrecht | Gynaecoloog-perinatoloog
 Ferring | De eerste stap
 Medisch Centrum Leeuwarden | Gynaecoloog
 Astellas Pharma | Vesicare
 Zambon | Emselex
 MSD | Zoely

Inhoud

Editorial

160 **Van spookeiland tot spookziekte** dr. Velta Mijatovic

NVOG (bestuur en werkgroepen)

162 **Kwaliteit en beroepsbelang** dr. Sjaak Wijma (voorzitter)

Actueel

163 **KNOV: 'Injecties met steriel water effectieve pijnbestrijding bij bevallen'**

164 **Standpunt NVOG en NVA: 'Waterinjecties geen vervanging voor ruggenprik'**

166 **Wat komt er uit de pan?** Een nieuwe rubriek

Oorspronkelijke artikelen

167 **Vier patiënten met een zeldzame vorm van extra-uteriene graviditeit**
 drs. I.S. Bakker, drs. H. ter Brugge, dr. H.W.F. van Eindhoven

175 **Vacuümcurettag: poliklinisch onder lokale anesthesie of in dagbehandeling onder narcose?**

drs. M.J.A. Kenkhuis, drs. K. Rose, dr. H.W.P. Quartero

180 **Audit slechte start, een goed begin** dr. J. Stekelenburg, drs. M. van Selm,
 drs. M. Bouma, drs. B. van der Sluis, drs. K. van der Tuuk

187 **Bevallen na een priming: maakt 's ochtends of 's avonds starten verschil?**
 drs. M. van Selm dr. J. Stekelenburg

Column

190 **Marktwerving** dr. Hans Zondervan

191 **Buitenlandstage als onderdeel van de opleiding. Zinvol of onzinnig?** drs. M. Mous,
 dr. O. B. Verburg, dr. M. J. ten Kate-Booij. **Met een naschrift van prof. dr. F. Scheele**

Voortgangstoets vragen

198 **13e Nederlandse Voortgangstoets Gynaecologie en Obstetrie 2012**

NOBT

201 **- What patients want**

- Follow-up practice in endometrial cancer and the association with patient and hospital characteristics: A study from the population-based PROFILES registry
- Dropout is a problem in lifestyle intervention programs for overweight and obese infertile women: a systematic review

Voortgangstoets antwoorden

203 **13e Nederlandse Voortgangstoets Gynaecologie en Obstetrie 2012**

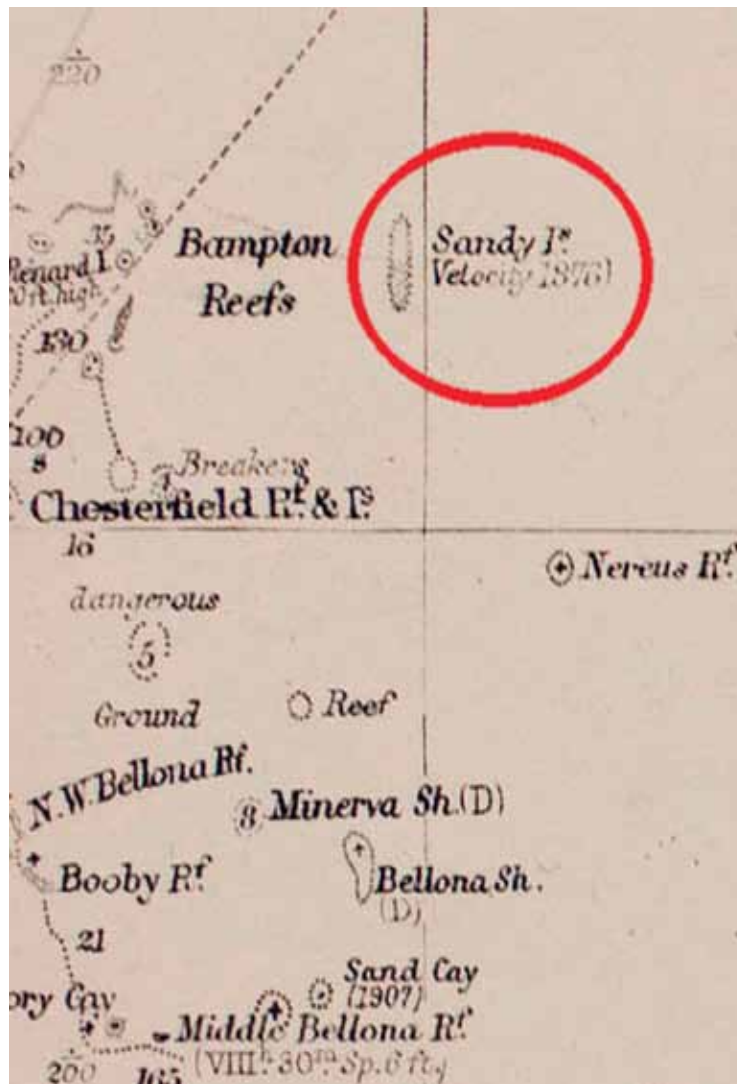
Update Nederlands Onderzoek

204 **Over foetale asfyxie en profylactisch gebruik van een pessarium**
 drs. Sophie Liem, drs. Hannah 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 toepas-

sing 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.



Van spookeiland tot spookziekte

dr. Velja Mijatovic

160

Enige tijd geleden konden we in de media lezen dat er sprake was van een spookeiland in de Stille Oceaan. Het mysterie van Sandy Island, het spookeiland in kwestie, ontpopte zich toen een Australische expeditie, die onderzoek doet naar landmassa's die zich miljoenen jaren geleden van het Australische continent afsplitsten, een kijkje wilde nemen op Sandy Island. Dit eiland zou moeten behoren tot de archipel van Nieuw-Caledonië die ongeveer 1200 km ten oosten van Australië ligt. Deze eilandengroep werd in 1774 door de beroemde Britse ontdekkingsreiziger James Cook ontdekt en vernoemd naar Schotland aangezien de kust van het archipel hem deed denken aan de Schotse kust. Veertien jaar

later werd een deel van het archipel door Frankrijk geannexeerd. Uiteindelijk kwam in 1853 geheel Nieuw-Caledonië onder Frans bewind en verschenen de eilanden op Franse kaarten. Ook Sandy Island vinden we sindsdien terug op historische kaarten en in verschillende zeeatlassen.

In navolging hiervan verscheen Sandy Island ook op meteorologische kaarten en zelfs in de Times Atlas of the World. Uiteindelijk werd het bestaan van Sandy Island ook bevestigd door de internetgoeroe Google Maps. In dit licht bezien, kunt u zich wel indenken dat de Australische expeditie erg verbaasd was om op de plek van Sandy Island niets anders dan open zee aan te treffen.

Het lijkt onwaarschijnlijk dat Sandy Island verzwolgen is door de zee zoals het eilanden in de Stille Oceaan vaker vergaat. De oceaan ter plekke van Sandy Island is namelijk meer dan een kilometer diep. Wat is hier dan aan de hand? Hoe kan een eiland met een oppervlakte van 72 km² zo maar verdwijnen?

Nader onderzoek toont dat het eiland sinds 1979 níet meer vermeld wordt op Franse kaarten en dat er waarschijnlijk sprake is van een zogenaamd spook-eiland. Hoe Sandy Island uiteindelijk terecht is gekomen in de cartografische werkelijkheid en waarom het zo lang op diverse kaarten terug te vinden was blijft vooralsnog een mysterie.

Door dit verhaal over een spookeiland ben ik gaan nadenken over wat de geneeskunde aan spookziekten kent. Chlorose is een bekend voorbeeld daarvan uit het verleden. Chlorose is de 'groene ziekte' van jonge bleekzuchtige Victoriaanse dames, die veelvuldig voorkwam in de 19e eeuw maar na de Eerste Wereldoorlog al heel snel verdween. Het ziektebeeld was een veelheid aan vage klachten en symptomen zoals bleekzucht, vermagering, vermoeidheid in combinatie met menstruatietoornissen waarbij veelal wordt gewezen op de groenige tint die de huid kon aannemen (*dit symptoom wordt overigens niet altijd beschreven en het is mogelijk dat de oorsprong hiervan eerder ligt in de allegorische betekenis van het woord 'groen' verwijzend naar jeugdige ofwel jonge vrouwen*).

Wat Chlorose deed verdwijnen, weten we niet. De Duitser Deneke veronderstelde dat het in onbruik raken van het insnoerende korset de belangrijkste oorzaak ervan was. Anderen denken dat de vooruitgang op diagnostisch vlak het mogelijk maakte om patiënten die vroeger de vergaarbak diagnose Chlorose kregen later anders werden geïnclassificeerd. Zoals vaak ligt de waarheid waarschijnlijk ergens in het midden. Chlorose is m.i. een niet-bestaande aandoening, een spookziekte, die vooral een psychosociale reflectie is van het Victoriaanse keurslijf dat jonge vrouwen werd opgedrongen en dat verdween met de verbetering van de maatschappelijke positie van de vrouw in de twintigste eeuw.

Maar als u van mening bent dat we sindsdien af zijn van spookziekten dan moet ik u helaas teleurstellen. In de jaren 90 overspoelde ons de epidemie van de bekkeninstabiliteit. Zwangere vrouwen klaagden op onze poliklinieken over extreem pijnlijke bekkens die het lopen moeilijk of zelfs onmogelijk maakten.

De pijnklachten werden verondersteld te ontstaan doordat het verband tussen de diverse bekkendeelen verzwakte. Echter, wetenschappelijk onderzoek heeft tot nu toe geen evident substraat voor deze instabiliteit kunnen aantonen, die de pijnklachten kan verklaren. Wat mij weleens opviel in de spreekkamer was dat ik zelden alleenstaande vrouwen zag met bekkeninstabiliteit. Het waren meestal vrouwen die met een suffe man thuis zaten en misschien deze spookziekte gebruikten om hun relatieproblemen uit te vechten.

Als u denkt dat we het nu dan wel gehad hebben met spookziekten, moet ik u weer teleurstellen. Nog steeds spoken dergelijke ziekten, zoals chronisch vermoeidheidssyndroom, RSI etc. rond in onze samenleving en zorgen voor nogal wat ophef bij believers en non-believers.

De sociale media maken het bovendien mogelijk om de discussie ongekend breed te voeren met een sterke neiging naar vervlakking en verlies van nuance.

Enfin, wat kunnen we nu leren van spookeilanden en spookziekten? In eerste instantie dat ze echt onbestaand kunnen zijn ook al claimen 'autoriteiten' dat ze onder ons zijn.

In tweede instantie is het benoemen van een complex aan klachten en symptomen nog geen ziekte, zonder dat er een biologisch substraat of mechanisme ervoor is gevonden.

Ten slotte, het is algemeen erkend dat de mens behoefte heeft om zijn ongenoegen te projecteren in somatische klachten waarbij sommigen menen dat bijvoorbeeld wat vroeger de hysterische verlamming werd genoemd, nu is overgegaan in het chronisch vermoeidheidssyndroom. Het sociaal delen van deze klachten met anderen op o.a. Facebook, Twitter en Hyves geeft verbondenheid en bevestiging.

En zo blijven we geloven in spoken.

1. Treffers, P.E. *Chlorose, een verdwenen ziekte van kwijnende jonge meisjes*. Ned Tijdschr Geneeskunde 2003;147:2535-9.

Bij de afbeelding:

Detail van een Britse zeekaart (1908) met daarop de vermelding van Sandy Island. 'Velocity' verwijst naar het Britse expeditie-schip dat de positie van dit eiland in 1876 vastlegde.

Kwaliteit en beroepsbelang

dr. Sjaak Wijma *voorzitter*

Onlangs was er een beleidsdag voor het bestuur. Positionering van de NVOG stond daarbij centraal. Wanneer beschouwen wij de NVOG als een succesvolle organisatie? De NVOG staat voor vrouwengezondheidszorg. Kwaliteit, doelmatigheid, innovatie en toegankelijkheid zijn daarbij de leidende thema's. De organisatie NVOG wordt op grond van concrete output herkend als de organisatie die deze thema's herkenbaar ontwikkelt en borgt voor alle partijen. Zowel voor de patiënt, de verzekeraar, de overheid, het ziekenhuis als voor de beroepsbeoefenaren. En in die laatste opsomming schuilt meteen de spanning. Zo las ik laatst nog een e-mail van een lid waarin zij zich afvroeg in hoeverre het bestuur zich realiseert dat de NVOG ook de belangenvereniging van en voor gynaecologen is.

De NVOG is een wetenschappelijke vereniging en dient die wetenschap bovenal in te zetten voor de beste vrouwengezondheidszorg. De NVOG als organisatie zet zich in voor het verwezenlijken van die doelstelling. Zo worden er door de NVOG richtlijnen en normen ontwikkeld die democratisch door de vereniging worden aangenomen. Niets mis mee zou je zeggen. Het antwoord op aantijgingen, als zou het belang van de gynaecoloog door het bestuur worden verkwaamd, zou kunnen zijn dat de leden zelf bij de besluitvorming en het proces daaraan voorafgaand, zijn geweest. Wanneer je dieper over de zaken nadenkt valt een verenigingsbesluit vooral ten goede van de algeheel veronderstelde verbetering van zorg. Daar kan niemand als individu op tegen zijn. Dit kan echter betekenen dat de individuele gynaecoloog, dan wel de patiënt, in zijn/haar specifieke setting nadelig wordt getroffen. Het zou te overwegen zijn om bij het opstellen van richtlijnen deze analyse uit te voeren en daar beleid op voor te bereiden. Wie komt er ten gevolge van deze maatregel met de vingers tussen de deur? In zo'n analyse blijft er voor de vereniging de keuze om de verantwoordelijkheid voor de 'individuele implementatieschade' op zich te nemen of er tenminste oog voor te hebben en te kijken in hoeverre de vereniging behulpzaam kan zijn bij het vinden van een goede oplossing. De uitkomst kan ook zijn dat er in bepaalde gevallen geen verant-

woordelijkheid voor de vereniging ligt. De reikwijdte van dergelijke afspraken als vereniging is binnen de huidige constellatie beperkt. Leden delen wel de solidariteit bij het definiëren van de kwaliteit van zorg, maatschappen en vakgroepen hebben echter geen onderlinge solidariteit in hun onderneming. Het is de vraag of de uitspraak zoals boven weergegeven door het lid inhoudelijk algemeen gedeeld wordt of dat het wordt bepaald door de specifieke omstandigheden van een vakgroep of maatschap. Het bestuur heeft in ieder geval de handschoen opgenomen en gaat op locatie het gesprek aan. Aan de Koepel kwaliteit zal worden gevraagd na te denken of de voorgestelde analyse toegevoegd kan worden aan onze kwaliteitsdocumenten. De vereniging heeft met de titel van het beleidsplan 2007-2010 overduidelijke visie afgegeven: kwaliteit als beroepsbelang. De volgorde van deze termen is geen toeval. Het daaropvolgende beleidsdocument 2011-2015 kreeg de titel van zelfsprekende kwaliteit. De uitgangspunten van de NVOG zijn helder, het moge duidelijk zijn wat het uitgangspunt van dit bestuur is.

KNOV: “Injecties met steriel water effectieve pijnbestrijding bij bevallen”

Naar verwachting kunnen vanaf 1 juli 2013 verloskundigen in Nederland vrouwen, die thuis of in het ziekenhuis bevallen, injecties met steriel water geven om pijn in de onderrug te bestrijden. Gezien de toenemende vraag naar pijnbestrijding bij bevallingen kan deze behandeling een goed én goedkoper alternatief zijn vergeleken met medicamenteuze behandelingen. Tijdens een symposium gaf de KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen) meer uitleg over de wetenschappelijke achtergronden en voordelen van steriel waterinjecties.

Zonder pijnmedicatie bevallen

We weten dat veel vrouwen het prettig vinden om zonder pijnmedicatie te bevallen. Omdat water geen medicatie is en er geen monitoring van de moeder of het kind nodig is, kan het ook thuis worden toegepast. Het is wetenschappelijk bewezen dat vier simpele ‘prikjes’ met water de weeënpijn in de onderrug verlichten. Sterielwaterinjecties hebben geen bijwerkingen voor moeder en kind en zijn een goede aanvulling op de huidige pijnbestrijdingsmethodes.

Een zogeheten sterkepijn prikkelwaterinjectie blokkeert weeënpijn. In de Scandinavische landen – maar ook in vele andere westerse landen – gebruiken verloskundigen al langer deze methode. In Zweden al sinds 1985. ‘Er is veel wetenschappelijk onderzoek naar deze methode, dat de effectieve werking bewijst’ aldus Lena Mårtensson, ervaringsdeskundige en Associate professor van de Universiteit van Skövde in Zweden. ‘Er zijn verschillende hypothesen over de werking. De meest denkbare is dat de waterinjecties een sterke pijn prikkel geven die naar de hersenen wordt gestuurd. Hierdoor blokkeren de hersenen de pijnsignalen van de baarmoeder en onderrug, waardoor de barende vrouw minder pijn voelt. Het effect kan een half tot twee uur aanhouden.’

Thuis en in het ziekenhuis

Verscheidene verloskundigen in Nederland hebben inmiddels ervaring opgedaan met sterielwaterinjecties. Ze willen er graag mee aan de slag. ‘Het is

niet alleen handig toe te passen bij thuisbevallingen. Sterielwaterinjecties zijn ook geschikt om te gebruiken in bepaalde situaties ter overbrugging naar een andere, medicamenteuze pijnbehandeling of aan het einde van de ontsluitingsfase wanneer er in de meeste gevallen geen ruggenprik meer wordt gegeven,’ aldus Astrid Schelvis, klinisch verloskundige in het Almelose ZGT. Ze deed onderzoek onder vrouwen die waterinjecties kregen tijdens de bevalling.

Goedkoper

Sterielwaterinjecties zijn – gezien de toenemende vraag naar pijnbestrijding bij bevallingen – een goed en goedkoper alternatief. Zo kost een bevalling met ruggenprik in het ziekenhuis 2500 euro en een bevalling met sterielwaterinjecties 1000 euro. Een bevalling thuis (met of zonder waterinjecties) kost 480 euro.

Uitbreiding bevoegdheden verloskundigen

Naar verwachting worden de bevoegdheden van verloskundigen – beschreven in de AMvB (Algemene Maatregel van Bestuur) – per 1 juli 2013 uitgebreid met het voorschrijven van sterielwaterinjecties, toedienen van lachgas en het voorschrijven en plaatsen van anticonceptie. Voorwaarde is dat verloskundigen bevoegd (geschoold) en bekwaam zijn. Voor de pijnbehandeling met sterielwaterinjecties geldt dat verloskundigen op de hoogte zijn van de inhoud van het protocol Pijnbehandeling Sterielwaterinjecties. Daarbij moeten ze een KNOV-scholingsprogramma volgen – met daarin de werking, voordelen en wijze van injecteren – voordat ze ermee gaan werken.

Meer informatie

www.knov.nl/pijnbestrijding.

De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) is de beroepsorganisatie van verloskundigen. Naast de directe behartiging van de belangen van ongeveer 3000 verloskundigen, zet de KNOV zich in voor de bevordering en de kwaliteit van de Nederlandse verloskundige zorg en de versterking van de positie van de verloskundige.

Standpunt gynaecologen en anesthesiologen

NVOG en NVA: “Waterinjecties geen vervanging voor ruggenprik”

“Het is te vroeg om waterinjecties als standaardbehandeling in te voeren voor pijn tijdens de bevalling. Er is onvoldoende bewijs dat waterinjecties effectief zijn in het tegengaan van pijn bij de bevalling. Ook is niet aangetoond dat er met waterinjecties minder andere pijnbestrijding nodig is, minder keizersneden nodig zijn of dat dit voor de baby beter is”. Dat vinden de Nederlandse gynaecologenvereniging NVOG en de Nederlandse anesthesiologenvereniging NVA.

“Het geven van injecties met water is een medische handeling, die alleen toegepast moet worden als het bewezen werkzaam is”, aldus de NVOG en de NVA. Gynaecologen en anesthesiologen zijn bezorgd dat het gebruik van waterinjecties tot gevolg heeft dat vrouwen pas later tijdens de bevalling een bewezen effectieve vorm van pijnstilling krijgen, zoals de ruggenprik. Waterinjecties zijn geen vervanging voor een ruggenprik.

Reageer!

De redactie benieuwd naar uw mening hierover. Doe mee aan de discussie. Ga naar www.ntog.nl en reageer digitaal en interactief!



Een nieuwe rubriek: Wat komt er uit de pan?

Recent is het tweede jaarrapport van de stichting Perinatale Audit Nederland (PAN) verschenen: 'A terme sterfte 2011. Perinatale audit: de voortgang'. Om hier voldoende aandacht voor te vragen is tevens onderstaand persbericht uitgegaan getiteld 'Geboortezorg onder de loep: perinatale audit leidt tot verbeterpunten'

De belangrijkste beroepsgroepen binnen de verloskundige zorg hebben tijdens perinatale audits hun eigen zorgverlening over 2011 geëvalueerd, wat leidde tot belangrijke verbeterpunten op lokaal, regionaal en landelijk niveau. Maar aanbevelingen zijn niet voldoende om de zorg te verbeteren! In het rapport doet het bestuur van de PAN een dringend beroep op alle betrokken zorgverleners, beroepsgroepen, verloskundige samenwerkingsverbanden en het College Perinatale Zorg om de aanbevelingen landelijk, regionaal en lokaal in te voeren en stil te staan bij hoe dit het beste georganiseerd kan worden.

In een nieuwe rubriek, zowel in dit tijdschrift als het Tijdschrift voor Verloskundigen zullen we regelmatig stilstaan bij geselecteerde casus uit de PAN. Onder de titel 'Wat komt er uit de PAN' zullen geanonimiseerd casus van commentaar worden voorzien door experts uit het veld. Tevens zullen we ingaan welke verbeterpunten lokaal zijn aangepakt, ter informatie en lering voor andere regio's.

Wij beseffen dat de kern van de audit ligt in vertrouwelijkheid. Openheid over casuïstiek kan daar potentieel afbreuk aan doen. Om deze reden zullen al te bijzondere casus voor deze rubriek niet gebruikt worden. Ook kan casuïstiek op cruciale details worden gewijzigd, om herkenbaarheid te verminderen. In eerste instantie zal gebruik gemaakt worden van bestaande casus en thema's uit de jaarrapporten van de PAN. Daarnaast kan de voorzitter aan het einde van toekomstige casusbespreking de aanwezigen vrijblijvend peilen over publiceerbaarheid van de besproken casus en wie dat op zich zou willen nemen. Een negatief antwoord van de aanwezigen is dan natuurlijk bindend, een positief antwoord levert

nog grotere openheid en betrokkenheid bij de uitkomsten op.

We hopen op deze manier meer aandacht te geven aan lokaal verbeterpunten welke zijn geïdentificeerd door de perinatale audits. Tevens hopen we de implementatie van aanbevelingen, en de verspreiding daarvan zowel regionaal als nationaal, te vergemakkelijken en te bespoedigen.

Rubrieksredactie

Marieke Hermus, eerstelijns verloskundige Oosterhout en lid redactiecommissie PAN

Hens Brouwers, kinderarts-neonatoloog UMCU en bestuurslid PAN

Jeroen van Dillen, gynaecoloog UMCN en regiovoorzitter PAN regio Nijmegen

Vier patiënten met een zeldzame vorm van extra-uteriene graviditeit

drs. I.S. Bakker *promovendus UMCG, Groningen (destijds co-assistent, Isala Klinieken, Zwolle)*

drs. H. ter Brugge *gynaecoloog, Isala Klinieken, Zwolle*

dr. H.W.F. van Eijndhoven *gynaecoloog Isala Klinieken, Zwolle*

Een extra-uteriene graviditeit (EUG) is een zwangerschap gelocaliseerd buiten het cavum uteri. Deze aandoening treedt op in circa 1% van de zwangerschappen en is potentieel levensbedreigend. Een vroege opsporing kan leiden tot een lagere morbiditeit en een betere toekomstige reproductieve uitkomst. Het merendeel van de EUG's bevindt zich in de tubae. In minder dan 10% wordt de extra-uteriene vrucht elders gezien, namelijk intra-abdominaal, ovarieel en in zeldzame gevallen interstitieel of cornuaal, cervicaal of in een sectiolitteken. Met name in deze laatste gevallen, waarbij de EUG zich weliswaar buiten het cavum maar wel in de uterus bevindt, kan diagnostiek moeilijk zijn en wijkt de behandeling meestal af van de standaard zoals bij een tubaire EUG. Aan de hand van vier ziektegeschiedenissen bespreken wij problemen bij de diagnostiek en het afwijkende beleid bij deze zeldzame locaties.

Casuïstiek

Patiënte A is een 32-jarige G1P0, met een blanco voorgeschiedenis. Bij een amenorroeduur van acht weken bezocht zij de polikliniek in verband met pijn in de buik. Bij lichamelijk onderzoek was er sprake van een drukpijnlijke maar niet geprikkelde buik. Laboratorium onderzoek liet een β -HCG van 15.200 IU/l zien. Transvaginaal echografisch onderzoek toonde een spoortje vrij vocht in het cavum uteri en er was een vruchtzak zichtbaar in de rechter cornua, waarna gedacht werd aan een EUG. Om de diagnose te bevestigen werd een MRI verricht. Ook deze was conclusief voor een cornuale EUG (fig. 1). Vanwege de grote kans op complicaties bij een laparoscopische benadering van een cornuale graviditeit en de actieve zwangerschapswens van patiënte, werd besloten deze met methotrexaat (MTX) te behandelen. Gestart werd volgens een schema van 1 mg/kg lichaamsgewicht intramusculair, op dag 0, 2, 4 en 6. Aanvullend kreeg zij folinezuur 0,1 mg/kg op de dagen 1, 3, 5 en 7. Na deze kuur daalde het β -HCG in drie maanden tot $<0,1$ UI/l. Echografisch onderzoek toonde geen afwijkingen en zij werd uit de controle ontslagen. Enkele maanden later bezocht zij weer de polikli-

niek in verband met een nieuwe zwangerschap. Bij een amenorroeduur van 6+6 weken was het β -HCG 16.800 IU/l. Echografisch onderzoek toonde weer een extracavitair zwangerschap. De echobeelden waren suggestief voor een EUG rechts, waarbij niet goed kon worden gedifferentieerd tussen een cornuale dan wel een tubaire graviditeit. Daarom werd een diagnostische laparoscopie verricht. Hierbij bleek opnieuw sprake te zijn van een cornuale zwangerschap (fig. 2) bij een verder normale uterus. Evenals de eerste keer werd afgezien van een chirurgische therapeutische ingreep. De patiënte kreeg hetzelfde schema MTX voorgeschreven waarna het β -HCG in vijf maanden normaliseerde. Met het idee dat een recidief EUG zou kunnen worden voorkomen werd hierna een laparoscopische tubectomie rechts verricht. Helaas na tussendoor een miskraam doorgemaakt te hebben, bleek er in haar volgende zwangerschap sprake te zijn van een tubaire EUG links. Er werd een laparoscopische tubectomie aan deze zijde verricht. Na een IVF-procedure is zij opnieuw zwanger geraakt. Deze zwangerschap verloopt tot op heden ongecompliceerd.

Patiënte B is een G2P1. Haar obstetrische voorge-



Figuur 1. MRI: cornuale zwangerschap rechts.



Figuur 2. Diagnostische laparoscopie: cornuale zwangerschap rechter cornua.



Figuur 3. Transvaginale echografie: zwangerschap in het sectiolitteken.

schiedenis vermeldt pre-eclampsie en HELLP tijdens haar eerste zwangerschap. Bij 26+1 weken werd een sectio caesarea verricht in verband met een suboptimaal CTG, waarbij een naar omstandigheden gezonde dochter werd geboren met een gewicht van 760 gram. Een jaar later is zij opnieuw zwanger en komt zij in verband met haar obstetrische voorgeschiedenis voor controle bij de polikliniek. Bij 7+6 weken wordt echografisch een vruchtzak gezien die gelocaliseerd is in de cervix. De CRL is 10 mm en er is een positieve hartactie. Laboratoriumonderzoek toont een β -HCG van 47.400 UI/l. De patiënte wordt opgenomen voor een systemische behandeling met MTX 1 mg/kg intramusculair (dag 0, 2, 4, 6) en folinezuur 0,1 mg/kg (dag 1, 3, 5, 7). Na de tweede gift MTX heeft de patiënte vaginaal bloedverlies en verliest daarbij weefsel. Pathologische analyse toont weefselfragmenten met decidualisatie van het stroma en bloedingen. Er worden geen vruchtzak of embryonale delen gezien. Echografie na het weefselverlies toont geen vruchtzak meer, wel is nog een echodens gebied intracervicaal zichtbaar. Gezien het echo-beeld en een dalend β -HCG wordt besloten af te zien van verdere giften MTX en folinezuur en de patiënte wordt ontslagen. De dalende trend van het β -HCG wordt poliklinisch vervolgd en deze normaliseert in zes weken (47.400 UI/l bij opname tot 2,5 UI/l na zes weken). Tijdens deze laatste controle is zij klachtenvrij en wordt ze uit de controle ontslagen. Twee jaar later is zij opnieuw zwanger. De zwangerschap verloopt ongecompliceerd en bij 38+4 weken bevalt zij spontaan van een gezonde zoon.

Patiënte C is een 31-jarige G3P1 met een miskraam in de voorgeschiedenis en een secundaire sectio in verband met een niet-vorderende baring waarbij een gezonde zoon werd geboren. In de huidige zwangerschap wordt zij verwezen in verband met vaginaal bloedverlies bij een amenorroeduur van 5+1 weken. Laboratoriumonderzoek liet een β -HCG van 7.450 UI/l zien. Transvaginaal echoscopisch onderzoek toonde een vruchtzak in het sectiolitteken met

een diameter van 1,2 cm conform een amenorroeduur van 5+4 weken (fig. 3), waarna de diagnose EUG werd gesteld. Ook deze patiënte werd behandeld met het MTX-schema zoals beschreven bij de twee voorgaande casus. Na vijf maanden was het β -HCG genormaliseerd. Echografie toonde echter nog een kleine echolucente structuur in het sectiolitteken. Gezien de actieve zwangerschapswens van de patiënte werd een diagnostische hysteroscopie verricht om de niche in het sectiolitteken en het eventuele resterende weefsel goed in beeld te kunnen brengen. Dit onderzoek toonde een rest vlokkelig weefsel in de niche, die tijdens een therapeutische hysteroscopie verwijderd kon worden (fig. 4). Pathologisch onderzoek van het verkregen weefsel beschreef een necrotische rest van een vroege zwangerschap. Drie maanden later werd de patiënte opnieuw gezien op de polikliniek met een intra-uteriene zwangerschap. Intussen is zij via een primaire sectio bevallen van een gezonde dochter waarna haar gezin compleet was en zij gesteriliseerd is.

Patiënte D is een G5P1. Haar obstetrische voorgeschiedenis vermeldt een abortus provocatus in 1998, een primaire sectio bij een dichoriale diamniotische tweeling in 2006, waarbij twee gezonde kinderen werden geboren en in 2008 heeft zij twee keer een curettage ondergaan vanwege twee miskramen bij respectievelijk tien en zes weken amenorroeduur. Kort na de laatste curettage had de patiënte een positieve zwangerschapstest. Echoscopisch onderzoek, zes weken na de curettage, toonde echter geen intra-uteriene vruchtzak. In de voorwand van de uterus werd ter hoogte van het sectiolitteken een echolucente structuur gezien met daaromheen een vaatrijk gebied (fig. 5). Laboratoriumonderzoek toonde een β -HCG van 691 U/L. Differentiaal diagnostisch werd gedacht aan een zwangerschap in het sectiolitteken, een persisterende trofoblast of een choriocarcinoom. Een MRI-scan toonde een inhomogene massa met variceuze vaten ventraal van de uterus ter hoogte van het sectiolitteken. De patiënte werd



Figuur 4. Hysteroscopie: necrotische zwangerschapsrest in een sectiolitteken.



Figuur 5. Echolucentie in uterusvoorwand met daaromheen uitgebreide vascularisatie.

besproken op onze multidisciplinaire gynaecologische oncologiebespreking en onder werkdiagnose EUG in het sectiolitteken, dan wel een persisterende trofoblast, werd besloten te starten met een MTX 1 mg/kg volgens het eerder genoemd schema. Na de eerste gift MTX ontwikkelde de patiënt acute dyspnoe en saturatiedalingen. In verband met deze longklachten werd besloten de MTX-behandeling na de eerste gift niet te continueren. Onder verdenking van een pneumonie op basis van infiltratieve afwijkingen gezien op de X-thorax werd zij met ciprofloxacine behandeld. Hoewel er ook gedacht werd aan een zogenaamde 'hypersensitivity pneumonitis' verdwenen haar pulmonale klachten na de ingestelde therapie. Omdat het β -HCG inmiddels sterk aan het dalen was werd niet herstart met MTX. Binnen twee maanden daalde het β -HCG verder door naar $<0,1$ UI/l en het solide proces in de voorste uteruswand nam in grootte af tot een diameter van 2 cm zonder vaatte-

kening. Retrospectief is er tijdens de laatste zwangerschap van patiënte waarschijnlijk sprake geweest van een EUG in het sectiolitteken. Ondertussen is de patiënte een jaar klachtenvrij met een β -HCG $<0,1$ UI/l en heeft zij op dit moment geen actieve zwangerschapswens.

Discussie

Een extra-uteriene graviditeit treedt op in circa 1% van de zwangerschappen. De aandoening is potentieel levensbedreigend en verklaart ongeveer 6% van de maternale sterfte in de Verenigde Staten en 2,1% in Nederland.^{1,2} Het doormaken van een pelviene infectie, tubachirurgie of een extra-uteriene graviditeit in de voorgeschiedenis, is sterk geassocieerd met een verhoogde kans op een EUG.³ De meeste EUG's zijn gelocaliseerd in de tuba (12% in de isthmus, 70% ampulair en 11,1% fimbriëel). In de overige gevallen wordt de extra-uteriene vrucht elders gezien. Onderzoek onder 1800 vrouwen met een EUG toonde in 3,2% een ovariële locatie, 2,4% interstitieel of cornuaal en bij 1,3% van de patiënten was er sprake van een abdominale EUG.⁴ Ook zijn er enkele casus beschreven van locaties cervicaal dan wel in een sectiolitteken.

Een EUG presenteert zich klassiek met pijn in het kleine bekken gepaard aan amenorroe en een positieve zwangerschapstest met of zonder vaginaal bloedverlies. De diagnostiek is gebaseerd op transvaginale echografie in combinatie met bepaling van het β -HCG.⁵ Wanneer echografisch een zwangerschap buiten de uterus zichtbaar is, is dit nagenoeg bewijzend voor een EUG. Vaak is het echobeeld niet conclusief. Afwezigheid van een intra-uteriene vrucht in combinatie met opvolging van het β -HCG maakt de diagnose zeer waarschijnlijk.^{5,6} Bij patiënten met een zeldzame vorm van een EUG is de exacte locatie vaak moeilijk vast te stellen. Vooral als de EUG zich in de uterus (buiten het cavum) bevindt kan dit tot een verkeerde diagnose leiden. Bij twijfel wordt aanvullend onderzoek in de vorm van een MRI of diagnostische laparoscopie geadviseerd.⁷

Behandeling

Laparoscopische chirurgie is de standaard behandeling van een tubaire extra-uteriene graviditeit. Tijdens een laparoscopische ingreep kan de zwangerschap worden verwijderd en een actieve bloeding worden behandeld.⁵ Indien de contralaterale tuba niet afwijkend is wordt een tubectomie of tubotomie verricht. Er bestaat nog steeds onduidelijkheid of er in de behandeling van een tubaire EUG voor een conservatief of radicaal chirurgisch beleid gekozen moet worden. Wellicht dat de uitkomsten van de ESEP-studie antwoord gaan geven op de vraag welk van deze behandelingen de voorkeur verdient.⁸ Een tubotomie zou de voorkeur kunnen hebben bij patiënten

met een actieve zwangerschapswens waarbij beoogd wordt de integriteit van de tuba te behouden. Deze ingreep gaat echter ook gepaard aan een verhoogde kans op een persisterende trofoblast en een herhaalde ipsilaterale EUG. Een tubectomie voorkomt dit risico, maar verlaagt de fertiliteit.^{6,9,10}

Bij hemodynamisch stabiele patiënten met een ongeruptureerde EUG, zonder aanwijzingen voor een actieve bloeding, kan een systemische behandeling overwogen worden. Deze behandeling bestaat uit een multidosis MTX-schema.¹¹ Medicamenteuze therapie vergt tijd en geduld, maar heeft een niet-significante tendens naar een hoger behandelingsucces dan laparoscopische tubectomie.¹¹ Er is geen verschil in langetermijn-followup bij reproductieve uitkomst en het herhaald optreden van een EUG na conservatieve therapie ten opzichte van chirurgisch ingrijpen.^{11,12}

Diagnostiek en beleid in zeldzame vormen van een EUG zoals beschreven in dit artikel, verschillen van die van een tubaire EUG.

Cornuale EUG

Een cornuale zwangerschap is een zeldzame vorm van een EUG en deze vormen 3% van de EUG's.¹³ De vruchtzak heeft een abnormale locatie in het proximale gedeelte van de tuba, gelegen in het myometrium van de uterus. Een cornuale zwangerschap is vaak moeilijk te onderscheiden van een interstitiële zwangerschap. Laatstgenoemde wordt gediagnosticeerd indien er een ononderbroken en regulair endometrium is, waarbij de vruchtzak buiten het endometrium wordt gezien, volledig omgeven door myometrium ter hoogte van het proximale gedeelte van de tuba. De diagnose cornuale zwangerschap wordt gesteld als de vruchtzak asymmetrisch in de cornua, mediaal van het ligamentum rotundum is gelocaliseerd.^{14,15} Door deze unieke ligging is het stellen van de diagnose niet alleen moeilijk, maar is ook de behandeling een uitdaging.¹⁶ Gezien de ruime vascularisatie van het cornuale gebied, kan een geruptureerde cornuale EUG tot hevig bloedverlies leiden. De mortaliteit onder vrouwen gediagnosticeerd met deze zwangerschap bedraagt 2-2,5%.¹³

De meeste patiënten die zich presenteren met een cornuale zwangerschap zijn bekend met beschadigde tubae, herhaalde miskramen en bij 50% van de patiënten een uterus bicornis.¹⁷ De diagnose wordt in de meeste gevallen (75%) gesteld met behulp van vaginaal echografisch onderzoek waarbij in het myometrium ter plaatse van de cornua een vruchtzak wordt gezien zonder relatie met het cavum. Met echografie is echter niet altijd het verschil te zien tussen een intersitiële/cornuale en een excentrische intra-uteriene zwangerschap. Een MRI-scan kan dan uitkomst bieden en leidt meestal tot meer nauwkeurige diagnostiek.^{13,17,18}

De traditionele behandeling van een cornuale zwangerschap was in eerste instantie een uterusextirpatie of een cornuaresectie via een laparotomie. De afgelopen jaren wordt een laparoscopische cornuostomie, cornuale wigresectie, tubotomie of tubectomie veelvuldig toegepast waarbij de integriteit van de uterus en toekomstige vruchtbaarheid beter gewaarborgd blijven.^{16,17,19} Door ervaren laparoscopisch-chirurgen kan bij hemodynamisch stabiele patiënten een laparoscopische ingreep veilig worden uitgevoerd.¹⁶ Bij zo'n ingreep moet rekening gehouden worden met de kans op een recidief cornuale EUG en een verhoogde kans op een uterusruptuur tijdens een volgende zwangerschap. Onderzoek bij 53 laparoscopisch behandelde cornuale EUG's toonde bij 8,3% van de patiënten een recidief.¹⁶ Als de diagnose in een vroeg stadium gesteld wordt kan bij hemodynamisch stabiele patiënten ook een systemische behandeling met een MTX-schema overwogen worden. Een conservatieve behandeling lijkt gunstiger voor de fertiliteit en gaat gepaard met minder morbiditeit.¹⁷

Cervicale EUG

Minder dan 1% van alle EUG's is gelocaliseerd in de cervix. De oorzaak van de intracervicale locatie van de vruchtzak is in de meeste gevallen onbekend. Wel is een aantal risicofactoren beschreven zoals het gebruik van een Intra Uterien Device, of een voorgeschiedenis met een curettage, sectio caesarea of een IVF-behandeling.²⁰

Patiënten met een cervicale EUG hebben een grotere kans op potentieel levensbedreigend bloedverlies waarvoor een hysterectomie noodzakelijk kan zijn.²¹ Chirurgisch ingrijpen door middel van een uterusextirpatie was dan ook altijd de voorkeursbehandeling. Door verbeterde beeldvorming kan de diagnose al in een vroeg stadium worden gesteld waardoor ook een conservatief beleid in aanmerking komt. Door de lage incidentie van een cervicale zwangerschap is er geen standaardbeleid. Onderzoek bij 24 vrouwen met een cervicale EUG, toonde dat een conservatief beleid met MTX i.m., eventueel gecombineerd met foetale intracardiale toediening van KCL-oplossing bij een positieve hartactie, veilig en effectief is. Bij geen van deze conservatief behandelde patiënten was een hysterectomie noodzakelijk.²¹ Bij de cervicale EUG blijkt ook een curettage na MTX toediening effectief.^{22,23}

EUG in een sectiolitteken

Een graviditeit in een sectiolitteken is één van de zeldzaamste vormen van een extra-uteriene graviditeit.²⁴ Er zijn maar enkele casus in de literatuur beschreven. In het geval van een zwangerschap in een sectiolitteken is de vruchtzak volledig omsloten door myometrium en fibreus littekenweefsel, duidelijk gescheiden van het cavum uteri. Er wordt gesuggereerd dat de vroege zwangerschap door een

defect in het endometrium en buitenste laag van het myometrium naar de intramurale locatie migreert.²⁴ Een risicofactor voor het migreren van een vroege zwangerschap is schade aan het endometrium door intra-uteriene ingrepen zoals een secio caesarea, curettage, myomectomie of manuele placentaverwijdering.^{12,24} Een doorgaande graviditeit in een sectiolitteken geeft een aanzienlijke kans op een uterusruptuur met een ernstige bloeding en daarbij een groot risico op een uterusextirpatie leidend tot maternale morbiditeit en verlies van fertiliteit.¹² Vroege diagnostiek is dan ook van groot belang.⁵ De diagnose wordt in de meerderheid van de gevallen gesteld door middel van transvaginale echografie, waarbij in de voorste uterus wand een vruchtzak wordt gezien met of zonder foetale delen, een leeg cavum uteri en geen verbinding tussen het cavum en de vruchtzak. De aanwezigheid van peritrofoblastische perfusie rondom de vruchtzak bij dopplersonderzoek geeft aanvullende diagnostische informatie.^{12,24,25} Gezien de zeldzaamheid van de locatie van deze vorm van EUG is er geen consensus met betrekking tot de behandeling. Medicamenteuze behandeling met MTX lijkt geschikt voor patiënten die hemodynamisch stabiel zijn.^{12,18} In verband met een mogelijk verhoogde kans op perforatie van de uterus, met massaal bloedverlies als gevolg, is een curettage als behandeling discutabel.²⁶ Echter in één studie uit 2007 worden 28 patiënten beschreven waarbij de EUG in een sectiolitteken werd behandeld door middel van curettage. Ter voorkoming van ernstig bloedverlies werd peroperatief of een foleykatheter of een shirodkarcerclage geplaatst. Al deze ingrepen verliepen ongecompliceerd en een uterusextirpatie was in geen enkel geval noodzakelijk. Als de diagnose laat gesteld wordt, de patiënte hemodynamisch instabiel is of de conservatieve behandeling niet voldoende effect heeft, wordt chirurgische interventie geadviseerd.^{12,26}

Conclusie

De door ons beschreven casus illustreren het belang van accurate diagnostiek bij zeldzame locaties van een EUG. Vroege diagnostiek is van belang om een conservatief beleid te kunnen voeren. Systemische behandeling met een multidosis MTX-schema leidt tot lagere morbiditeit en een betere reproductieve uitkomst. Het diagnostisch traject bij deze zeldzame presentaties van een EUG is echter een uitdaging. Indien echoscopisch onderzoek niet conclusief is, moet aanvullende diagnostiek door middel van een MRI overwogen worden. Eerder is al eens voorgesteld de zorg voor patiënten met een interstitiële graviditeit plaats te laten vinden in centra waar ervaring bestaat met conservatieve behandelingen met MTX.²⁸ Gezien de zeldzaamheid van de beschreven casus moet dat wellicht overwogen worden voor alle vormen van een nieltubaire EUG.

Literatuur

1. Chang, J., L.D. Elam-Evans, C.J. Berg, J. Herndon, L. Flowers, K.A. Seed et al. *Pregnancy-related mortality surveillance--United States, 1991-1999*. MMWR Surveill Summ 2003 Feb 21;52(2):1-8.
2. Schutte, J.M., E.A. Steegers, N.W. Schuitemaker, J.G. Santema, K. de Boer, M. Pel et al. Rise in maternal mortality in the Netherlands. BJOG 2010 Mar;117(4):399-406.
3. Barnhart, K.T., M.D. Sammel, C.R. Gracia, J. Chittams, A.C. Hummel & A. Shaunik, *Risk factors for ectopic pregnancy in women with symptomatic first-trimester pregnancies*. Fertil Steril 2006 Jul;86(1):36-43.
4. Bouyer, J., J. Coste, H. Fernandez, J.L. Pouly & N. Job-Spira, *Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases*. Hum Reprod 2002 Dec;17(12):3224-3230.
5. Mol, F., B.W. Mol, W.M. Ankum, F. van der Veen & P.J. Hajenius, *Current evidence on surgery, systemic methotrexate and expectant management in the treatment of tubal ectopic pregnancy: a systematic review and meta-analysis*. Hum Reprod Update 2008 Jul-Aug;14(4):309-319.
6. Nama, V. & I. Manyonda, *Tubal ectopic pregnancy: diagnosis and management*. Arch Gynecol Obstet 2009 Apr;279(4):443-453.
7. Barnhart, K.T., *Clinical practice*. Ectopic pregnancy. N Engl J Med 2009 Jul 23;361(4):379-387.
8. Mol, F., A. Strandell, D. Jurkovic, T. Yalcinkaya, H.R. Verhoeve, C.A. Koks et al. *The ESEP study: salpingostomy versus salpingectomy for tubal ectopic pregnancy; the impact on future fertility: a randomised controlled trial*. BMC Womens Health 2008 Jun 26;8:11.
9. Agdi, M. & T. Tulandi, *Surgical treatment of ectopic pregnancy*. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2009 Aug;23(4):519-527.
10. Al-Sunaidi, M. & T. Tulandi, *Surgical treatment of ectopic pregnancy*. Semin Reprod Med 2007 Mar;25(2):117-122.
11. Hajenius, P.J., F. Mol, B.W. Mol, P.M. Bossuyt, W.M. Ankum & F. van der Veen, *Interventions for tubal ectopic pregnancy*. Cochrane Database Syst Rev 2007 Jan 24;(1)(1):CD000324.
12. Ash, A., A. Smith & D. Maxwell, *Caesarean scar pregnancy*. BJOG 2007 Mar;114(3):253-263.
13. Ross, R., S.R. Lindheim, D. Olive & E.A. Pritts, *Cornual gestation: a systematic literature review and two case reports of a novel treatment regimen*. J Minim Invasive Gynecol 2006 Jan-Feb;13(1):74-78.
14. Jurkovic, D. & D. Mavrellos, *Catch me if you scan: ultrasound diagnosis of ectopic pregnancy*. Ultrasound Obstet Gynecol 2007 Jul;30(1):1-7.
15. Moawad, N.S., S.T. Mahajan, M.H. Moniz, S.E. Taylor & W.W. Hurd, *Current diagnosis and treatment of interstitial pregnancy*. Am J Obstet

- Gynecol 2010 Jan;202(1):15-29.
16. Ng, S., S. Hamontri, I. Chua, B. Chern & A. Siow, *Laparoscopic management of 53 cases of cornual ectopic pregnancy*. Fertil Steril 2009 Aug;92(2):448-452.
 17. Oliver, R., M. Malik, A. Coker & J. Morris, *Management of extra-tubal and rare ectopic pregnancies: case series and review of current literature*. Arch Gynecol Obstet 2007 Aug;276(2):125-131.
 18. Chetty, M. & J. Elson, *Treating non-tubal ectopic pregnancy*. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2009 Aug;23(4):529-538.
 19. Soriano, D., D. Vicus, R. Mashiach, E. Schiff, D. Seidman & M. Goldenberg, *Laparoscopic treatment of cornual pregnancy: a series of 20 consecutive cases*. Fertil Steril 2008 Sep;90(3):839-843.
 20. Kumar, S., N. Vimala, V. Dadhwal & S. Mittal, *Heterotopic cervical and intrauterine pregnancy in a spontaneous cycle*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004 Feb 10;112(2):217-220.
 21. Verma, U. & N. Goharkhay, *Conservative management of cervical ectopic pregnancy*. Fertil Steril 2009 Mar;91(3):671-674.
 22. Fylstra, D.L., *Ectopic pregnancy not within the (distal) fallopian tube: etiology, diagnosis, and treatment*. Am J Obstet Gynecol 2012 Apr;206(4):289-299.
 23. Hwang, J.H., J.K. Lee, M.J. Oh, N.W. Lee, J.Y. Hur & K.W. Lee, *Classification and management of cervical ectopic pregnancies: experience at a single institution*. J Reprod Med 2010 Nov-Dec;55(11-12):469-476.
 24. Fylstra, D.L., *Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review*. Obstet Gynecol Surv 2002 Aug;57(8):537-543.
 25. Jurkovic, D., K. Hillaby, B. Woelfer, A. Lawrence, R. Salim & C.J. Elson, *First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar*. Ultrasound Obstet Gynecol 2003 Mar;21(3):220-227.
 26. Weimin, W. & L. Wenqing, *Effect of early pregnancy on a previous lower segment cesarean section scar*. Int J Gynaecol Obstet 2002 Jun;77(3):201-207.
 27. Ben Nagi, J., S. Helmy, D. Ofili-Yebovi, J. Yazbek, E. Sawyer & D. Jurkovic, *Reproductive outcomes of women with a previous history of Cesarean scar ectopic pregnancies*. Hum Reprod 2007 Jul;22(7):2012-2015.
 28. Timmerman, E., J.P. Roovers, W.M. Ankum & P.J. Hajenius, *Interstitial pregnancy: a rare type of ectopic pregnancy*. Ned Tijdschr Geneesk 2008 Apr 5;152(14):787-791.

Samenvatting

Een extra-uteriene graviditeit is een zwangerschap buiten de baarmoederholte waarbij deze zich in het merendeel van de patiënten in de tubae bevindt. Soms komt de EUG echter ook op een zeldzame plaats voor. Wij beschrijven vier casus van een EUG gelocaliseerd in de uterus buiten het cavum uteri. De diagnose van een dergelijke EUG kan moeilijk zijn en aanvullend onderzoek in de vorm van een MRI is soms noodzakelijk. Een conservatieve behandeling heeft de voorkeur omdat deze minder riskant is en waarschijnlijk een betere reproductieve uitkomst heeft dan de chirurgische behandeling.

Trefwoorden

Extra-uteriene graviditeit (EUG), cervicale EUG, EUG sectiolitteken, cornuale EUG, behandeling EUG

Summary

An ectopic pregnancy is a pregnancy outside the uterine cavity. In most patients the amniotic sac is localized in the fallopian tubes. However in some patients the amniotic sac has a rare location. These cases have a different policy with regard to diagnosis and therapy. In case the ectopic pregnancy is

localized in the uterus outside the cavity the diagnostic workup can be challenging. MRI can play an important role in this type of ectopic pregnancy. An early diagnosis is important because conservative treatment is often the first choice, reducing the risk of life threatening perioperative bleeding and improving the reproductive outcome. We describe four cases of ectopic pregnancy in the uterus outside the cavity.

Keywords

Ectopic pregnancy (EP), cervical EP, cesarean section scar EP, Cornual EP, treatment EP

Correspondentie

I.S. Bakker, BA 11,
Afdeling Abdominale chirurgie
Universitair Medisch Centrum Groningen
Postbus 30.001
9700 RB, Groningen
e ilsalienbakker@gmail.com

Gemelde (financiële) belangenverstrengeling

Er is door de auteurs geen melding gemaakt van belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen.

Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking

Dr. J.J. Duvekot

Recent kreeg ik het verzoek om een uitgave te recenseren van een boek dat al in 2008 verscheen. Tot nu toe had ik nog niet van het bestaan van dit boek gehoord, maar het onderwerp handelt in feite wel over een belangrijk onderdeel van ons vak. Na enige aarzeling ben ik na lezing ervan zo onder de indruk geraakt van dit boek, dat ik graag mijn recensie met u wil delen.

Onder de bezielende leiding van een drietal specialisten op seksuologisch gebied, Woet Gianotten, Greet Meihuizen-de Regt en Nel van Son-Schoones is namelijk een meesterwerk ontstaan. Een groot aantal specialisten, 64 in getal en veelal van naam, hebben meegewerkt aan de verschillende hoofdstukken. Hoewel het meestal niet mijn gewoonte is om zo direct zo met de deur in huis te vallen, moet ik dit keer echt eerst mijn enthousiasme over het boek aan u kwijt. Als u iets wilt weten over algemene seksuologie, seksuologie bij tal van aandoeningen en het voorkomen van seksuologische problemen bij het ontstaan van (chronische) ziekten, mag dit boek niet in uw boekenkast ontbreken. Het is het Nederlands handboek voor de seksuologie. Genoeg loftuitingen nu en over naar de omschrijving.

Het boek is fraai ingebonden en bevat 663 pagina's. De illustraties, deels in kleur, zijn helder en geven een praktische omlijsting van de tekst. Qua inhoud is de tekst verdeeld over zes modules, die eerst de algemene seksuologie en stoornissen daarvan behandelen, en daarna overgaan op specifieke ziektebeelden en de gevolgen daarvan voor de seksuele beleving.

De eerste module over *algemene seksuologie* en het tweede over *stoornissen* zou voor medisch studenten en dus alle artsen verplichte kost moeten zijn. Het is helder geschreven, fraai geïllustreerd en met voorbeelden omlijst.

Module drie, het omvangrijkste deel van het boek, handelt heel systematisch over twintig specifieke (chronische) *ziekten*, ondermeer kanker, en de seksualiteit hieromheen. Per ziektebeeld wordt ingegaan op het ziektebeeld zelf, de invloed ervan op het seksueel functioneren en de hieruit voortvloeiende disfuncties. Zoals overal in het boek, ook hier weer fraaie en illustratieve voorbeelden.

De vierde module gaat over alle mogelijke vormen

van *behandeling*: van praten tot operatieve interventies.

Een mooie module vormt ook die over alle aspecten die met *voortplanting* te maken hebben: van fertiliteit en anticonceptie tot zwangerschap en de bevaling. Het hoofdstuk over *erfelijkheid* is wat mij betreft een van de mooiste van het boek. Het legt de allerlei aspecten van erfelijkheid zo eenvoudig en doeltreffend uit, dat u na lezing hiervan weer volledig bij bent. Voor de algemeen gynaecoloog zijn met name de hoofdstukken in deze module erg praktisch en goed toe te passen in onze dagelijkse praktijk.

De zesde en laatste module behandelt *preventie, zorg en beleid*. Aandoenlijk zijn de voorbeelden in de hoofdstukken over zorgafhankelijke patiënten en hun seksualiteit.

Het register lijkt in eerste instantie wat te summier, maar als ik echt probeer te vinden of er iets niet in staat, lukt dat niet. De verklarende woordenlijst is vooral voor leken en niet-medici bedoeld.

Tenslotte is de opzet en inhoud van het boek in overleg met een klankbordgroep van inhoudsdeskundigen vormgegeven.

Achterin het boek zit ook nog een CD-rom met videofragmenten, foto's, powerpointbestanden, folders, brochures, casuïstiek en aanvullende informatie. Wat op de CD-rom staat kan nog een boek vullen en bevat voor de seksuologisch hulpverlener veel praktische schema's en overzichten.

Samenvattend: het betreft een zeer volledig handboek dat in feite niet alleen seksualiteit in combinatie met ziekte en beperkingen beschrijft maar ook veel wetenswaardigheden over algemene seksuologie en behandeling van seksuele stoornissen heeft te melden. Het boek kan qua wetenschap nog jaren mee en hoort eigenlijk thuis in de kast van elke assistent (in opleiding) en gynaecoloog. Opnieuw hoeft u het voor de prijs niet te laten want het boek kost u maar ongeveer 80 euro.



Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking.

Redactie: W.L. Gianotten, M.J. Meihuizen-de Regt en N. van Son-Schoones. ISBN 9789023244059

Bij miskraam of voor patiëntveiligheid

Vacuümcurettagage: poliklinisch onder lokale anesthesie of in dagbehandeling onder narcose?

drs. M.J.A Kenkhuis

drs. K. Rose

dr. H.W.P. Quatero

allen afdeling gynaecologie en obstetrie Medisch Spectrum Twente Enschede

Bij een miskraam in het eerste trimester zijn er naast een afwachtend beleid twee andere behandelopties: medicatie of vacuümcurettagage. Bij de keuze voor medicatie wordt vaak misoprostol vaginaal voorgeschreven, waarna bij 84-94% van de patiënten een complete miskraam optreedt. Daarnaast wordt frequent een vacuümcurettagage verricht, een meer invasieve ingreep maar met een succespercentage dat hoger is dan bij behandeling met misoprostol: ca. 97%.¹⁻²

Tijdens een vacuümcurettagage dient adequate pijnstilling plaats te vinden. Patiënten ervaren pijn tijdens maar ook na de ingreep. Gedurende de ingreep geven cervicale dilatatie en vacuüm-aspiratie hevige pijn; na de ingreep de uteruscontracties. Een vacuümcurettagage bij een miskraam kan worden verricht in de operatiekamer onder algehele anesthesie. Tegenwoordig worden echter steeds meer vacuümcurettagages verricht in een poliklinische setting met gebruik van lokale anesthesie. Het is bekend dat een vacuümcurettagage onder lokale anesthesie door patiënten goed verdragen wordt en dat het de pijn van de ingreep vermindert.²⁻⁴

Hoewel er veel bekend is over de verschillende vormen van anesthesie bij vacuümcurettagage wegens een miskraam, hebben maar enkele studies de verschillen in complicaties beschreven. Racek *et al.* concluderen dat er bij patiënten die een vacuümcurettagage ondergaan bij 12-18 weken amenorroeduur, met intraveneuze anesthesie, weinig ernstige complicaties optreden.⁵ Een oude studie laat zien dat er geen verschil is in aantal complicaties tussen een vacuümcurettagage onder lokale en onder algehele anesthesie.⁶ Renner *et al.* includeerden 40 studies met 5131 patiënten. Zij concluderen dat beide vormen van anesthesie de pijn tijdens en na de ingreep verminderen en daarmee veilig en draaglijk zijn voor de patiënt.³ Met het openen van een poliklinische ope-

ratiekamer (POK) binnen onze kliniek ontstond de mogelijkheid om vacuümcurettagages voor een miskraam in het eerste trimester onder lokale anesthesie te verrichten. Het doel van deze studie is om de veiligheid van een poliklinische vacuümcurettagage te vergelijken met een vacuümcurettagage verricht op een operatiekamer (OK).

Patiënten en methoden

Deze retrospectieve studie werd verricht in het Medisch Spectrum Twente tussen 1 juli 2008 en 30 juni 2010. Alle patiënten werden retrospectief en anoniem geïncludeerd in een database en ontbrekende gegevens werden verzameld uit de statussen. De patiënten werden ingedeeld in twee periodegroepen. Groep 1 bevat patiënten die gecuretteerd zijn tussen 1 juli 2008 en 30 juni 2009, vóór de ingebruikname van de POK en groep 2 bevat patiënten die gecuretteerd zijn tussen 1 juli 2009 en 30 juni 2010, na de ingebruikname er van. Het aantal complicaties in beide groepen patiënten werd met elkaar vergeleken om de veiligheid van de vacuümcurettagage bij een eerstetrimestermiskraam in beide settings te kunnen bepalen.

In de periode tussen 1 juli 2008 en 30 juni 2009 (groep 1) werd een vacuümcurettagage wegens een miskraam uitsluitend verricht onder algehele anesthesie en met een dagopname. De gynaecoloog of arts-assistent verrichtte de procedure in de OK volgens een gestructureerd protocol (tabel 1).

Tussen 1 juli 2009 en 30 juni 2010 (groep 2) met het openen van de POK, werd er een nieuw protocol geïntroduceerd. Patiënten die kozen voor een vacuümcurettagage onder lokale anesthesie kregen drie tabletten misoprostol oraal op de avond voor de ingreep voor cervicale priming. Twee uur voor de ingreep namen patiënten thuis 1000 mg paracetamol en 100 mg diclofenac. Zij kwamen vijftien minuten voor de ingreep in het ziekenhuis, waar de gynaecoloog of arts-assistent een vaginale echo maakte om

Tabel 1: Operatieprotocol

Periode 1	Periode 2
<ul style="list-style-type: none"> • Algehele anesthesie • Patiënte in steensnedeliggig • Katheteriseren blaas • Vaginaal toucher ter beoordeling positie corpus uteri • Desinfecteer vagina en perineum met jodium (Betadine) • Inbrengen speculum • Dilatatatie met Hegar stiften • Zuigcurettag 	<ul style="list-style-type: none"> • Patiënte in steensnedeliggig • Katheteriseren blaas • Vaginaal toucher ter beoordeling positie corpus uteri • Desinfecteer vagina en perineum met jodium (Betadine) • Inbrengen speculum • Paracervicaal blok met 1,7 ml Ultracain D-S forte (met Epinefrine) • Intraveneuze injectie 2 ml Alfentanil 0,5mg/ml • Dilatatatie met Hegar stiften • Zuigcurettag met transabdominale echoscopie indien gewenst door opererend gynaecoloog • Echoscopische controle na procedure

Tabel 2: Karakteristieken patiënt en ingreep

	Periode 1 juli 2008 - juni 2009 (N=167)	Periode 2 juli 2009 - juni 2010 (N=186)
Leeftijd (jaren) gemiddeld range	31,1 (18-45)	31,6 (17-42)
Aantal vacuümcurettag	167	186
Lokale anesthesie	0 (0%)	168 (90,3%)
Algehele anesthesie	167 (100%)	18 (9,7%)
Type miskraam		
Niet intacte graviditeit	129 (77%)	135 (73%)
Incomplete miskraam	31 (19%)	41 (22%)
Miskraam in gang	7 (4%)	10 (5%)

te beoordelen of de ingreep nog nodig was. Patiënten waarbij men echoscopisch een complete miskraam zag, na inname van misoprostol, werden niet meer gecuretteerd en daarom geëxcludeerd. Na de echo werd door de verpleegkundige een infuus geprikt. Analgesie werd gegeven door middel van een paracervicaal blok (PCB) en 2 ml alfentanil 0,5% i.v. Patiënten ondergingen de procedure volgens een gestructureerd protocol en bleven twee uur na de ingreep ter observatie. Als zich geen bijzonderheden voordeden konden ze daarna naar huis. Zij kregen het advies om thuis paracetamol te nemen.

Alle ingrepen werden verricht door een gynaecoloog of arts-assistent onder directe supervisie van een gynaecoloog, of zonder supervisie als de arts-assistent competent was bevonden om deze ingreep zelfstandig uit te voeren.

Uitkomstmaten

De belangrijkste uitkomstmaat is het percentage complicaties als indicator voor de veiligheid van de ingreep. Complicaties werden gedefinieerd als situaties waarin

- een re-interventie noodzakelijk was,
- de procedure moest worden afgebroken,
- uterotonica moesten worden gegeven,
- de patiënt een transfusie nodig had of
- de ziekenhuisopname moest worden verlengd.

Alleen de peroperatieve complicaties zijn geregistreerd. Alle resultaten zijn geanalyseerd met behulp van SPSS versie 18.0. Verschillen in complicaties werden geëvalueerd met de chi-kwadraat toets. Alle P-waarden <0,05 (tweezijdig) werden als statistisch significant aangenomen.

Resultaten

In de twee groepen zijn in totaal 389 patiënten geïnccludeerd. Hiervan hebben 195 patiënten een vacuümcurettag wegens een miskraam ondergaan tussen 1 juli 2008 en 30 juni 2009 (groep 1). Hiervan zijn in totaal 28 patiënten geëxcludeerd vanwege incomplete data of een curettage met een andere indicatie dan een eerstetrimestermiskraam. De patiënten die werden geïnccludeerd hadden allemaal een eerstetrimestermiskraam. Dit werd gedefinieerd als een niet-intacte graviditeit waarbij sprake is van een vruchtje met negatieve hartactie (CRL maximaal 52 mm) of een lege vruchszak. Ook waren er patiënten met een - echoscopisch - incomplete miskraam na expulsie (spontaan of met behulp van misoprostol) en waren er patiënten met een miskraam-in-gang.

De andere 194 vrouwen, met de ingreep tussen tussen 1 juli 2009 en 30 juni 2010 werden geïnccludeerd in groep 2. In deze groep werden acht patiënten geëxcludeerd, ook vanwege van incomplete data of vanwege een andere indicatie voor de ingreep. Alle 167 patiënten van groep 1 kregen algehele anesthesie. Van groep 2 ondergingen 168 van de 186 patiënten (90,3%) de ingreep onder lokale anesthesie. De andere achttien patiënten (9,7%) kregen algehele anesthesie vanwege ruim vloeien bij binnenkomst, presentatie in de nacht of op verzoek van de patiënt.

Complicaties

In elf van de 167 (6,6%) procedures die werden verricht in de eerste periode, groep 1, was er een complicatie. Drie patiënten ondergingen een curettage in verband met een incomplete miskraam, één patiënte had een miskraam-in-gang en zeven patiënten had-

Tabel 3: Complicaties per periode

	Periode 1 juli 2008 - juni 2009 (N=167)	Periode 2 juli 2009 - juni 2010 (N=186)	
Complicaties	11 (6,6%)*	2 (1,1%)*	<i>p</i> 0,009
Perforaties	7(4,1%)	1 (0,5%)	
Excessief bloedverlies	3 (1,8%)	0	
Chirurgische re-interventie incomplete procedure	1 (0,6%)	0	
Onmogelijkheid tot uitvoeren ingreep	0	2 (0,5%)	
Operatiekamer		1**	
Poliklinische setting		1**	

* statistisch significant ($p < 0,05$) ** dezelfde patiënt

Tabel 4: Complicaties per vorm van anesthesie

	Algehele anesthesie (N=185)	Lokale anesthesie (N=168)	
Complicaties			
Ja	11 (5,9%)*	2 (1,1%)*	<i>p</i> 0,02
Nee	174 (94,1%)	166 (98,8%)	

* statistisch significant ($p < 0,05$)

den een niet-intacte zwangerschap. In totaal vloeiden drie patiënten (1,8%) ruim (700-1400 ml) waarvoor ze alle 800-1000 mcg misoprostol rectaal kregen. Eén patiënte kwam acht dagen na de ingreep terug met ruim vloeien bij een incomplete curettage en onderging nogmaals een vacuümcurettage. Bij zeven patiënten (4,1%) was er peroperatief sprake van een perforatie. Alle patiënten konden een dag later, zonder verdere complicaties het ziekenhuis verlaten. Bij één patiënte was vijf dagen later een heroperatie nodig omdat de vacuümcurettage toch incompleet was. Bij de andere patiënten was de curettage compleet. Bij twee patiënten werd hiervoor, in dezelfde setting, een hysteroscopie verricht.

In groep 2 werden bij twee van de 186 patiënten (1,1%) complicaties gezien; beide bij een curettage bij een niet-intacte graviditeit. 168 patiënten (90,3%) kregen een PCB met intraveneuze medicatie en achttien patiënten (9,7%) kregen algehele anesthesie. Er was één patiënt (0,5%) met een perforatie in de achterwand van de uterus. Bij een andere patiënt (0,5%) was het onmogelijk om een complete curettage te verrichten vanwege extreme flexie van de uterus. Echoscopie toonde een incomplete curettage en de ingreep werd herhaald onder algehele anesthesie, maar ook nu was er een incomplete curettage. De patiënte wenste geen hysteroscopie en kreeg misoprostol. Beide complicaties deden zich voor bij patiënten die lokale anesthesie hadden gekregen.

Het aantal complicaties was in groep 2 (periode 1 juli 2009 tot 30 juni 2010) significant lager dan in groep 1 (periode 1 juli 2008 tot 30 juni 2009): 1,1% tegenover 6,6% ($p < 0,009$). Bij één patiënte was het niet mogelijk

om een complete vacuümcurettage te verrichten, niet in de POK, noch in de OK. In totaal, over beide periodes, kregen 185 patiënten (52,4%) algehele anesthesie en 168 patiënten (47,6%) lokale anesthesie. Bij elf patiënten (5,9%) van groep 1 was er een complicatie tegenover twee patiënten (1,1%) van groep 2. Dit verschil is statistisch significant ($p < 0,02$) (tabel 4).

Discussie en conclusie

Dit onderzoek laat zien dat een vacuümcurettage bij een miskraam, veilig verricht kan worden in een poliklinische setting onder lokale anesthesie. Na ingebruikname van de POK zijn immers slechts twee complicaties (1,1%) gevonden tegenover elf (6,6%) in de periode waarin de ingrepen onder narcose plaatsvonden in de OK.

Voor zover bekend is de huidige studie één van de weinige waarin de complicaties bij de twee vormen van anesthesie zijn vergeleken. Er is een grote studie van Grimes *et al.* waarin 17.725 patiënten werden geïncludeerd die algehele anesthesie kregen en 36.430 die lokale anesthesie kregen. Grimes *et al.* vonden geen verschil in het percentage ernstige complicaties. Maar het percentage bloedingen, uterusperforaties en cervicale trauma's was hoger in de groep die algehele anesthesie kreeg.⁶ Dit komt overeen met de bevindingen van het huidige onderzoek waarin ook het percentage bloedingen en uterusperforaties groter is in groep 1, de groep met patiënten die algehele anesthesie heeft gehad. Cervicale trauma's zijn in beide periodes niet voorgekomen.

Een verklaring voor het lagere percentage complicaties bij patiënten die in de POK zijn behandeld, kan zijn dat patiënten bij bewustzijn hun pijngrens

kunnen aangeven. Dit zou er indirect voor kunnen zorgen dat de opererend gynaecoloog voorzichtiger handelt, wat dan zou kunnen resulteren in minder perforaties. Een andere belangrijke factor is dat in de POK een echoapparaat beschikbaar is. Een curettage onder echogeleide reduceert het aantal perforaties.⁷ Als er twijfel is over de positie van de uterus of instrumentarium kan dit eenvoudig worden geëvalueerd. Een gerandomiseerd onderzoek uit 2004 heeft laten zien dat het gebruik van een echoapparaat bij een curettage het aantal complicaties significant vermindert: 3,7% tegenover 15,9%. Naast een reductie in complicaties vermindert het gebruik van een echo ook het totale bloedverlies en de operatietijd.⁸ In de huidige studie werd na de ingreep ook een echo gemaakt om de compleetheid te beoordelen om een incomplete miskraam na de ingreep uit te sluiten.

Een ander verschil is dat in de tweede periode alle patiënten zijn voorbereid met misoprostol. Het is bekend dat misoprostol als cervicale voorbereiding, een vacuümcurettage bij een miskraam makkelijker en veiliger maakt en de duur van de ingreep verkort.^{2,9-10} Een Cochrane-review uit 2010 concludeert dat cervicale priming, voor een curettage, met bijvoorbeeld misoprostol de duur van de ingreep verkort en dat de cervix minder gedilateerd hoeft te worden. De review beschrijft daarnaast dat cervixrupturen en uterusperforaties zeer zeldzaam zijn. In de huidige studie is misoprostol 600 mcg voorgeschreven. Door Hamoda *et al.* is beschreven dat de optimale dosering misoprostol 400 mcg vaginaal 2-3 uur voor de ingreep is.²

Opvallend is dat het aantal vacuümcurettings in periode 2 ruim 10% hoger was dan in periode 1. De verwachting was dat de introductie van misoprostol als therapie bij een eersttrimestermiskraam het aantal curettings zou doen afnemen. Bij behandeling met misoprostol treedt namelijk bij 84-94% van de patiënten een complete miskraam op zodat een vacuümcurettage niet meer nodig is.¹⁻² Een mogelijke verklaring voor de toename van het aantal curettings in periode 2 is dat patiënten sneller opteren voor een curettage omdat de zwaarte van de ingreep in de poliklinische setting lager is, onder andere omdat patiënten geen algehele narcose krijgen.

Concluderend: in onze kliniek is het percentage complicaties van een vacuümcurettage in een poliklinische setting lager dan bij een vacuümcurettage onder algehele anesthesie. Gebruik van een poliklinische setting zal worden aangeraden als eerste keuze voor het uitvoeren van deze ingreep mits patiënte hemodynamisch stabiel is. Naast het feit dat het veilig is om een vacuümcurettage in een POK uit te voeren biedt het ook het belangrijke voordeel dat de kosten van een poliklinische ingreep lager zijn dan die van een ingreep op de OK, omdat er in de POK minder personeel nodig is

Referenties

- Zhang, J., J.M. Gilles, K. Barnhart, M.D. Creinin, C. Westhoff & M.M. Frederick, (2005) *A comparison of medical management with Misoprostol and surgical management for early pregnancy failure*. The New England Journal of Medicine, 353, 761-769.
- Hamoda, H. & A. Templeton, (2010) *Medical and surgical options for induced abortion in first trimester*. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 24, 503-516.
- Renner, R.M., J.T. Jensen, M.D. Nichols & A.B. Edelman, (2010) *Pain control in first-trimester surgical abortion: a systematic review of randomized controlled trials*. Contraception 81, 372-388
- Racek, C.M., B.A. Chen & M.D. Creinin, (2010) *Complication rates and utility of intravenous access for surgical abortion procedures from 12 to 18 weeks of gestation*. Contraception, 82, 286-290
- Renner, R.M., M.D. Nichols, J.T. Jensen, H. Li & A.B. Edelman, (2012) *Paracervical block for pain control in first-trimester surgical abortion: a randomized controlled trial*. Obstetrics & gynecology 119, 1030-1037
- Grimes, D.A., K.F. Schulz, Jr. W. Cates & Jr. C.W. Tyler, (1979) *Local versus general anesthesia: which is safer for performing suction curettage abortions?* American journal of obstetrics and gynecology, 135, 1030-1035
- Darney, P.D. & R.L. Sweet, (1989) *Routine intraoperative ultrasound for second trimester abortion reduces incidence of uterine perforation*. Journal of Ultrasound in Medicine 8, 71-75
- Acharya, G., H. Morgan, L. Paramanatham & R. Fernando, (2004) *A randomized controlled trial comparing surgical termination of pregnancy with and without continuous ultrasound guidance*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and reproductive biology 114, 69-74.
- Mittal, S., R. Sehgal, S. Aggarwal, J. Aruna, A. Bahadur & G. Kumar, (2011) *Cervical priming with Misoprostol before manual vacuum aspiration versus electric vacuum aspiration for first-trimester surgical abortion*. International journal of gynecology and obstetrics, 112, 34-39
- Kapp, N., P.A. Lohr, T.D. Ngo & J.L. Hayes, (2010) *Cervical preparation for first trimester surgical abortion*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010, 2, CD007207

Samenvatting

Een vacuümcurettagte wegens een miskraam is één van de meest uitgevoerde gynaecologische ingrepen. Veelal wordt deze ingreep verricht onder algehele anesthesie. Momenteel zijn er steeds meer ziekenhuizen die de mogelijkheid hebben om kleine operaties poliklinisch te verrichten, waaronder een vacuümcurettagte wegens een miskraam. In dit onderzoek vergeleken wij twee opeenvolgende jaren waarin eerst een vacuümcurettagte uitsluitend op een operatiekamer werd verricht onder algehele anesthesie (1 juli 2008 - 30 juni 2009) en later ook poliklinisch met het gebruik van lokale anesthesie (1 juli 2009 - 30 juni 2010). In het eerste jaar onstond er bij elf van de 167 patiënten (6,6%) een complicatie. In de tweede periode, na de ingebruikname van de poliklinische operatiekamer, ontstond er bij twee van de 186 patiënten (1,1%) een complicatie. Geconcludeerd kan worden dat de poliklinische setting significant veiliger is ($p = 0,009$) om een vacuümcurettagte bij een vroege miskraam te verrichten.

Trefwoorden

miskraam eerste trimester, vacuümcurettagte, algehele anesthesie, lokale anesthesie, complicaties

Summary

Background A first trimester miscarriage (FTM) can be treated surgical under general or local anesthesia. Nowadays still more procedures are performed in an outpatient office setting using local anesthesia. The aim of this study was to evaluate

the efficacy and safety of an office setting to perform a surgical abortion.

Patients and methods Women with a FTM who underwent a curettage between 1 July 2008 and 30 June 2010 were retrospectively included. They were structured in two periods before and after introduction of an office setting operating room with the use of local anesthesia.

Results In 11 of the 167 patients (6,6%) treated in the first period who received general anesthesia complications occurred, compared to 2 of the 186 patients (1,1%) treated in the second period.

Conclusion: The complication rate of surgical abortions under local anesthesia performed in an outpatient office setting is significantly ($p = 0.009$) lower than under general anesthesia in a full theatre setting.

Keywords

first trimester miscarriage, curettage, general anesthesia, local anesthesia, complications

Contactpersoon

drs. M.J.A. Kenkhuis, ANIOS gynaecologie
e moniquekenkhuis@gmail.com
t 06-14140038

Gemelde (financiële) belangenverstrengeling

Er is door de auteurs geen melding gemaakt van belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen.

Audit slechte start, een goed begin

dr. J. Stekelenburg *gynaecoloog*

drs. M. van Selm *gynaecoloog*

drs. M. Bouma *AIOS gynaecologie*

drs. B. van der Sluis *AIOS gynaecologie*

drs. K. van der Tuuk *AIOS gynaecologie*

Introductie

Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) is een perifeer opleidingsziekenhuis waar het aantal klinische bevallingen de laatste jaren is gestegen tot rond de 1800 per jaar. Op de verloskamers worden de partus begeleid door teams van verpleegkundigen met O&G-aantekening, klinisch verloskundigen en A(N)IOS onder supervisie van een gynaecoloog. In het MCL zijn negen gynaecologen werkzaam van wie twee met de perinatologie als aandachtsgebied.

In de analyse van data van onze kliniek afkomstig van de Landelijke Verloskundige Registratie (LVR) valt al jaren achtereen het hoge percentage kinderen met lage Apgarscores op. Het gaat om relatief kleine aantallen van enkele tientallen per jaar, 3% van rond de 1600 partus (tabel 1). Het landelijk percentage van Apgarscores < 5 is consistent lager. Vanaf 2006 is te zien in de LVR-data dat onze kliniek boven de 50e percentiel scoort voor kinderen met een Apgarscore <5 bij een zwangerschapsduur van 37 weken of meer (figuur 1).

Met behulp van LVR-insight hebben we verschillende analyses verricht. Zo namen we bijvoorbeeld een ander afkappunt (AS <4) en bekeken we de groep inclusief en exclusief de IUVD's, maar telkens bleef dezelfde trend zichtbaar: iets hogere percentages bevallingen met lage Apgarscores in vergelijking met het landelijke gemiddelde (tabel 2). In meerdere discussies over dit onderwerp in de groep werden verschillende suggesties aangedragen als verklaring van dit fenomeen (figuur 2). Er bestaat een neiging om met name te kijken naar verklaringen buiten onszelf en niet serieus de kwaliteit van onze eigen zorg te willen beschouwen. Uiteindelijk besloten we om

een audit te organiseren, naar analogie van de audits gericht op obstetrische complicaties als fluxus post partum en ernstige hypertensie in het kader van de kwaliteitsvisite van onze beroepsvereniging.

Methode

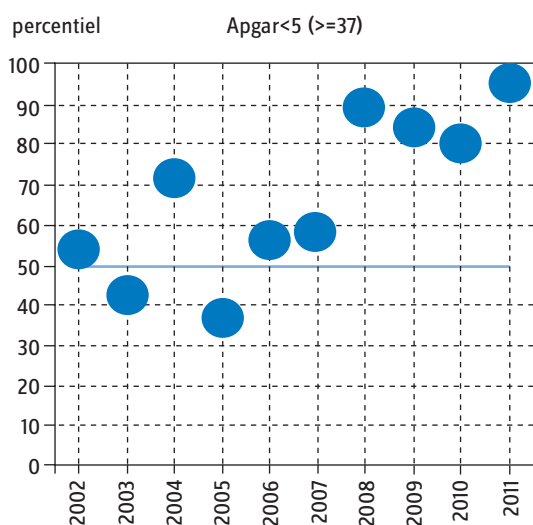
We deden een analyse van de 45 casus met Apgarscores <5 in 2011. Omdat we ons vooral wilden concentreren op die casuïstiek die te maken zou kunnen hebben met substandaard zorg tijdens de partus werden verschillende casus uit de analysegroep geëxcludeerd. Bij 20 casus was er sprake van een zwangerschapsduur van minder dan 25 weken bij de geboorte (o.a. als gevolg van afbrekingen in verband met ernstige congenitale afwijkingen); in zeven gevallen was er sprake van een IUVD; in één geval bleek bij nader inzien dat er verschil was in de Apgarscore door de kinderarts (>5) en de invoer in de LVR en in één geval was er sprake van een uitgedragen zwangerschap van een kind met bekende trisomie 18.

Van de overgebleven zestien casus werd met behulp van LVR-insight gekeken naar geslacht, ligging, pariteit, betrokken gynaecologen, modus partus, kindsgewicht, wel of geen meconiumhoudend vruchtwater, amenorroeduur, tijdstip van de partus, tijdsinterval tussen telefonische aanmelding van een secundaire sectio caesarea bij het OK-team en de geboorte van de baby en het verband tussen de Apgarscore en arteriële navelstreng-pH.

Van deze zestien casus werden er vervolgens nog negen, om verschillende redenen, geëxcludeerd uit verdere analyse in de audit, waarvan we wilden dat die gericht zou zijn op identificatie van eventuele substandaard zorgfactoren en het formuleren van verbe-

Tabel 1. Overzicht van uitkomsten MCL in 2009, 2010 en 2011 versus landelijk volgens LVR

Apgarscore	2009	%	2010	%	2011	%	Landelijk %
0-4	47	3	40	3	45	3	2
5-6	34	2	30	2	34	2	1
7-10	1535	95	1524	96	1478	95	96
Totaal kinderen	1616		1594		1557		



(2008 N=7, 2009 N=9, 2010 N=7, 2011 N = 14)

Figuur 1. Apgar score <5 bij AD > 37 weken MCL versus landelijk volgens percentielen

terpunten. Redenen voor deze exclusies waren: al bekende onvermijdbare oorzaak van slechte start (4), overdracht vanuit eerste lijn en binnen vijf minuten na binnenkomst geboren (3) en al eerder besproken in perinatalesterfteaudit (2). Aldus bleven zeven casus over die bij de audit werden geëvalueerd (figuur 3).

Ter behoeve van de audit werd een groep samengesteld bestaande uit twee gynaecologen (JS en MvS) en twee AIOS (MB en KvdT). Alle zeven casus werden beoordeeld door vier personen, een AIOS en een gynaecoloog uit de voorbereidingsgroep en twee obstetrische hulpverleners (gynaecoloog, arts-assistent of tweedelijns verloskundige) die betrokken waren geweest bij de casus. Voor deze beoordeling werd een formulier ontwikkeld waarop bekende risicofactoren voor slechte neonatale uitkomst konden worden aangegeven. Beoordelaars werd gevraagd om behalve eventuele risicofactoren ook substandaardzorgfactoren te benoemen en verbeterpunten te formuleren.

Tijdens de auditbespreking werden alle casus geïntroduceerd door een van de leden van de voorbereidingsgroep, waarbij eerst de casus werd samengevat en vervolgens tijdens een discussie substandaardzorgfactoren en verbeterpunten werden besproken. Bij

Tabel 2. Vergelijking MCL met landelijk volgens LVR, met en zonder IUVDs, met AS<4 en AS<5

	inclusief IUVD	zonder IUVD
Apgar < 5 na 25 w	MCL 1,56% (N=25) land 1,26 %	MCL 1,12% (N=18) land 0,57 %
Apgar < 4 na 25 w	MCL 1,00% (N=16) land 0,78 %	MCL 0,56% (N=9) land 0,36 %

- Ongunste kenmerken van de Friese populatie (SES; overgewicht; roken; lage uptake van prenatale screening en diagnostiek; afstand)
- Drempelloze beschikbaarheid van arts-assistenten kindergeneeskunde die lager scoren
- Ongunste selectie (centrumfunctie prenatale diagnostiek)
- Niet alle gynaecologen 's nachts in huis
- OK team 's nachts niet altijd in huis
- Eerste beoordeling door 2e lijns verloskundigen of arts-assistenten
- Relatief veel vaginale stuitbevallingen
- Relatief weinig primaire sectio's
- Tekortschietende kwaliteit van verloskundige zorg

Figuur 2. Suggesties genoemd ter verklaring van meer lage Apgar scores

45 casus van AS <5 in 2011	• Exclusie van 20 casus met AD <25 weken
25 casus	• Exclusie van 7 IUVD's
18 casus	• Exclusie van 1 casus waarbij kinderarts een AS >5 had gescoord
17 casus	• Exclusie van 1 casus van uitgedragen zwangerschap van baby met bekende trisomie 18
16 casus	• Exclusie van 9 casus die niet zouden bijdragen aan audit: al bekende onvermijdbare oorzaak van slechte start (4x), binnen 5 minuten na binnenkomst geboren (3x), al besproken in perinatale sterfte audit (2x)
7 casus voor auditbespreking	

Figuur 3. Selectie van casus voor auditbespreking

deze audit waren vrijwel alle verloskundige hulpverleners uit onze kliniek en een drietal O&G verpleegkundigen aanwezig. Een externe expert was uitgenodigd de bijeenkomst bij te wonen en bij te dragen aan de discussie om eventuele bias te voorkomen.

Resultaten

De selectie van zestien casus werd met behulp van LVR-insight aan de hand van een aantal voor de hand liggende variabelen nader geanalyseerd. Er was sprake van tien jongetjes en zes meisjes, twaalf keer hoofdligging en vier keer stuitligging, zeven vacuümextracties, zes secundaire sectio's, twee stuitextracties en een spontane partus. Er was sprake van negen

nullipara en zeven multipara waarvan drie een sectio caesarea in de voorgeschiedenis hadden. Alle gynaecologen waren bij één of meerdere partus betrokken. Drie van de kinderen werden prematuur geboren, twaalf à terme en één serotien (> 42 weken). Bij vijf van de zestien bevallingen was er sprake van meconiumhoudend vruchtwater en drie van de zestien kinderen waren dysmatuur (< p10). Geen enkele kind was macrosoom.

We keken ook naar de relatie tussen de slechte Apgarscores na vijf minuten (AS<5) en de uitslag van de pH van het arteriële navelstrengbloed (pHa). Van de zestien casus hadden er veertien een pHa \geq 7,00. In één casus werd de pHa niet bepaald omdat het kind tijdens verwijzing vanuit de eerste lijn durante partu was overleden. In één casus was er sprake van een spoedsectio vanwege een uterusruptuur. Er werd een kind geboren met AS van 3 na vijf minuten met een pHa van 6,67.

We keken ook naar het tijdstip van geboorte van deze zestien kinderen; vijf van de zestien (31%) kinderen werden overdag (tussen 8.00 en 17.00 uur) geboren, vier van de zestien (25%) tussen 17.00 en 23.00 uur en zeven van de zestien (44%) 's nachts.

In zes van de zestien gevallen werd een spoedsectio caesarea verricht. Het interval tussen bellen van het OK-team en de geboorte van het kind bedroeg 23 tot 50 minuten. De wachttijd was overdag niet korter dan 's nachts.

Zeven casus werden in de audit uitgebreid besproken. Vanuit de bespreking van de casus werden substandaardzorgfactoren en verbeterpunten geformuleerd met betrekking tot o.a. overdrachten, beoordeling van CTG en indicatiestelling van MBO, bewaking van vordering van de baring (met behulp van partogram) en documentatie.

De kwaliteit van de overdracht van informatie was niet in alle gevallen voldoende; soms was de informatie onvolledig en/of niet duidelijk genoeg. Dit geldt zowel voor overdracht van de arts-assistent/klinisch verloskundige aan de gynaecoloog als voor intercollegiaal overleg met andere specialisten zoals anesthesioloog of kinderarts.

De beschrijving van het CTG was niet in alle casus adequaat. Het CTG wordt niet altijd gestructureerd beoordeeld, waardoor de beschrijving soms onvolledig was. Niet in alle gevallen waarin er een indicatie was voor een MBO werd deze ook verricht. Maar er kwam ook een situatie voor waarbij er onafhankelijk van de uitkomst van het MBO een indicatie was voor een interventie en die interventie onnodig werd uitgesteld om eerst een MBO te verrichten. Niet in alle gevallen werd de weeënactiviteit goed geregistreerd, ook niet bij gebruik van oxytocine. Hierdoor werd overstimulatie gemist.

In één casus was er sprake van een veel te lang durende ontsluitingsfase waarbij de 'action line' in

het partogram ver was overschreden. Het standaard bijhouden van een partogram en juist interpreteren ervan kan dergelijke situaties voorkomen.

Documentatie had in bijna alle casus beter gekund. Met name notities over twijfel over het CTG en daarop ingezette acties of overwegingen om geen actie te ondernemen, overlegmomenten met of in huis vragen van de supervisor en notities van de supervisor zelf, ontbraken nogal eens. In geval van (verdenking op) foetale nood waarbij een sectio caesarea werd verricht, was niet altijd duidelijk of overwogen was om tocolyse te geven.

Discussie

In dit artikel wordt beschreven hoe een maatschap in een perifere opleidingsziekenhuis een lokale audit organiseerde en uitvoerde om inzicht te krijgen in oorzaken van lage Apgarscores volgens de LVR, die jaren achtereen consistent lager dan het landelijk gemiddelde waren. De audit werd uitgevoerd door en met gynaecologen, arts-assistenten, klinisch verloskundigen en O&G-verpleegkundigen en leidde tot identificatie van substandaardzorgfactoren en formulering van verbeterpunten. Hoewel in onze kliniek tijdens reguliere overdrachten deze casus met (onverwacht) slechte uitkomst doorgaans ook uitgebreid worden besproken, helpt een dergelijke audit bij herkenning van patronen.

Er lijkt een discrepantie te bestaan tussen de Apgarscores en de uitkomsten van de navelstreng-pH's. Slechts in twee van de zestien gevallen was er sprake van een pHa<7,00. De pHa is een objectievere maat voor de mate van verzuring en daarmee dus voor het (gehad) hebben van foetale nood dan de Apgarscore. In de door ons geanalyseerde casus is de Apgarscore niet in alle gevallen op de juiste manier geregistreerd en in meerdere gevallen was er sprake van een discrepantie tussen de Apgarscore geregistreerd door de arts-assistent van de kindergeneeskunde en die door de obstetrische hulpverlener. Het verdient aanbeveling om in alle gevallen de Apgarscore niet alleen te registreren in cijfers, maar daarbij ook te beschrijven op basis waarvan punten zijn afgetrokken.

Van de zestien casus die werden geanalyseerd werd 69% buiten kantooruren geboren. In onze kliniek zijn buiten kantooruren de kinderarts, anesthesioloog, OK-team en gynaecoloog niet standaard in huis aanwezig. Het is niet duidelijk geworden uit onze analyse en de audit of er een causaal verband is geweest tussen het tijdstip van geboorte en de uitkomst. Bij de zes sectio caesarea met spoedindicatie was er geen verschil in de wachttijd overdag en 's nachts. De wachttijd (van aanmelding tot geboorte van het kind) van 23 tot 50 minuten baarde ons opzien en was langer dan we hadden gedacht. Soms was er sprake van onduidelijkheid over de mate van spoed van de

ingreep. Om communicatiestoornissen hierover tussen gynaecologen en anesthesiologen te voorkomen is inmiddels een classificatiesysteem geïntroduceerd, waarin onderscheid wordt gemaakt tussen indicaties A (zo snel mogelijk), B1 (binnen 15 minuten), B2 (binnen een uur), C (vandaag) en D (electief gepland). Gezien de genoemde wachttijd voor een keizersnede is het soms verstandig om een OK-team, inclusief anesthesioloog, pro-actief in huis te laten komen en stand-by te zijn. Hierover zijn inmiddels met de anesthesiologen afspraken gemaakt.

In alle zeven casus die tijdens de auditbespreking werden geanalyseerd, werden een of meerdere risicofactoren voor foetale nood geïdentificeerd (PIH/PE, meconiumhoudend vruchtwater, diabetes gravidarum, roken, pijnstilling met pethidine, sectio caesarea in de voorgeschiedenis). Het is natuurlijk inherent aan de klinische verloskunde dat in veel casus dergelijke risicofactoren bestaan. Toch leidde de audit tot herkenning van een patroon dat bij aanwezigheid van dergelijke risicofactoren, en zeker bij 'stapelings' van risicofactoren, er hogere alertheid moet zijn op CTG-afwijkingen en laagdrempeliger moet worden gekozen voor een MBO of een interventie om de baring te bespoedigen.

Audit is de afgelopen jaren in onze beroepsvereniging op verschillende manieren geïntroduceerd. De perinatalesterfteaudit is waarschijnlijk het meest bekend, maar audit wordt ook gebruikt als instrument om het beleid met betrekking tot obstetrische complicaties (fluxus post partum en ernstige hypertensie in de zwangerschap/pre-eclampsie) te evalueren in het kader van de kwaliteitsvisiting van onze beroepsvereniging. Bij al deze audits, ook bij de in dit artikel beschreven audit, wordt geëvalueerd of de vrouw en haar kind 'goede zorg' hebben gekregen en - of er momenten zijn geweest waarop de zorg anders of beter had gekund;

- of de betrokken zorgverleners zich hebben gehouden aan richtlijnen, standaarden of protocollen;
- en, als de zorg beter had gekund, hoe dan en wat daarvoor veranderd of verbeterd moet worden.

Een belangrijke voorwaarde voor het uitvoeren van een dergelijke audit is een open en kritische houding van alle deelnemers en het durven spreken over onzekerheden en tekortkomingen. Als dat lukt, leidt een audit niet alleen tot zinnige verbeterpunten, maar is het tegelijkertijd een verbindende activiteit, waarbij benadrukt wordt dat in de verloskunde goede uitkomsten worden bevorderd door het goed functioneren van het volledige team van obstetrische professionals. Deze audit was gericht op het identificeren van verbeterpunten in de zorg op onze eigen afdeling en werd daarom gedaan met alleen personeel van onze eigen afdeling. Een dergelijke audit samen met de eerste lijn kan ook zeer zinvol zijn.

Een audit heeft slechts toegevoegde waarde als er iets wordt gedaan met de uitkomsten en de aanbevelingen worden geïmplementeerd. Hierboven werden al enkele actiepunten beschreven. In onze kliniek werden de verbeterpunten die voortkwamen uit de audit over fluxus post partum en ernstige PIH/PE in het kader van de kwaliteitsvisiting van onze beroepsvereniging reeds eerder geïmplementeerd. Ook na deze audit willen we de aanbevelingen in de dagelijkse praktijk inpassen. In dit geval werd een poster ontworpen waarop de tien belangrijkste actiepunten ter voorkoming van foetale nood staan vermeld. Deze posters worden strategisch opgehangen in verschillende ruimtes van onze afdeling en bijvoorbeeld tijdens overdrachten gebruikt als leidraad om gepresenteerde casus met slechte foetale uitkomst te bespreken.

Het vinden van een balans tussen tijdige interventies ter preventie van foetale nood en het voorkomen van onnodige interventies, is een grote uitdaging. Het effect van een dergelijke audit kan zijn dat het aantal interventies, en daarmee ook het aantal onnodige interventies, toeneemt. Deze audit betreft een relatief klein aantal casus, waarin telkens meerdere factoren hadden kunnen resulteren in een geboorte met slechte start. Directe causale relaties zijn moeilijk te leggen. We moeten ons realiseren dat er geen eenduidig bewijs is dat de audit leidt tot veranderingen in de manier van werken. Een manier van werken die - zoals wij vermoeden - de kwaliteit van de zorg bevordert en het aantal geboortes van kinderen met slechte start reduceert.

Conclusie

In een perifeer opleidingsziekenhuis werd een audit verricht om oorzaken van lage Apgarscores te achterhalen. Belangrijke verbeterpunten werden geformuleerd en de implementatie hiervan is inmiddels gestart. Belangrijke winst lijkt geboekt te kunnen worden bij overdracht, beoordeling van CTG, documentatie, herkenning van risicofactoren voor foetale nood en registratie van Apgarscores. Een hogere alertheid op CTG-afwijkingen en laagdrempeliger overgaan op MBO bij het tegelijkertijd bestaan van meerdere risicofactoren voor foetale nood lijkt geïndiceerd.

Samenvatting

In een perifeer opleidingsziekenhuis werd een audit verricht om oorzaken van lage Apgarscores te achterhalen. Er werden belangrijke verbeterpunten geformuleerd waarvan implementatie inmiddels is gestart. Belangrijke winst lijkt geboekt te kunnen worden bij overdrachten, beoordeling van CTG, documentatie, herkenning

van risicofactoren voor foetale nood en registratie van Apgarscores. Een hogere alertheid op CTG-afwijkingen en laagdrempeliger overgaan op MBO bij het tegelijkertijd bestaan van meerdere risicofactoren voor foetale nood lijkt geïndiceerd.

Trefwoorden

Audit, lage Apgarscores, beoordeling CTG, documentatie, risicofactoren

Summary

Obstetric staff in a Dutch teaching hospital conducted an audit to find out causes of low Apgar scores. Action points were formulated and implementation of recommendations has already started. Important improvements are to be expected with regard to handovers, interpretation of cardiotocography, documentation, recognition of risk factors for foetal distress and registration of Apgar scores. Increased alertness for abnormalities on cardiotocography registrations and lower thresholds for deciding to obstetric interventions to accelerate birth is needed in those cases with multiple risk factors for foetal distress.

Keywords

Audit, low Apgar scores, cardiotocography, documentation, risk factors.

Correspondentie

Dr. J. Stekelenburg, afd. Verloskunde & Gynaecologie, Medisch Centrum Leeuwarden
Henri Dunantweg 2, 8934 AD Leeuwarden
e jelle.stekelenburg@znb.nl
t 058 2863200/3201

Belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen

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

Dankzegging

De auteurs danken prof. dr. J.J.M. van Roosmalen voor zijn aanwezigheid bij de auditbespreking en voor zijn kritische bijdrage aan de discussie; Drs. M.J. A. Apperloo, Dr. L.P. Morssink, Dr. D. Perquin, Dr. M. Post en Drs. D. Wilbers, allen gynaecoloog in het Medisch Centrum Leeuwarden, worden bedankt voor het kritisch doorlezen van het manuscript en de gegeven suggesties ter verbetering ervan.

Observationeel onderzoek met knelpunten en praktische tips

Bevallen na een priming: maakt 's ochtends of 's avonds starten verschil?

drs. M. van Selm *gynaecoloog*

dr. J. Stekelenburg *gynaecoloog*

De laatste jaren is er een toename van het aantal zwangeren met een indicatie om de partus in te leiden. Eerder was er in onze kliniek juist een afname van het aantal inleidingen, omdat de adviezen van Preventive Support of Labour¹ werden gevolgd. De huidige stijging van het aantal inleidingen hangt samen met een minder afwachtend beleid bij hypertensie of pre-eclampsie (naar aanleiding van de Hypitatstudie)², met een betere screening op diabetes gravidarum (en daardoor een toegenomen incidentie) en de tendens om niet tot 42 weken amenorrhoeë af te wachten, maar op verzoek al bij 41 weken in te leiden.

Als de cervix niet rijp is wordt als voorbereidende behandeling geprimed, voorheen met vaginaal toegediende prostaglandines, sinds de Probaatstudie³ voornamelijk door middel van de foleykatheter. Bij vaginistische vrouwen of op verzoek van de zwangere zelf, wordt af en toe ook nog gebruik gemaakt van prostaglandinegel.

De meeste vrouwen die 's ochtends vroeg ingeleid worden door middel van het breken van de vliezen en oxytocine, bevallen in de loop van de middag. Soms al aan het eind van de ochtend, soms 's avonds, maar zelden 's nachts. Bij primingen die 's ochtends worden opgestart, is veel minder voorstelbaar op welk moment het kind geboren wordt.

Als 's ochtends gestart is met primen is de spreiding over de dag van het tijdstip van bevallen groot. Tussen 08.00 en 20.00 uur bevallen 215 vrouwen (46%), de overige 253 vrouwen (54%) bevallen na 20.00 uur of 's nachts (zie tabel 1).

Bij een inleiding met syntocinon vinden de meeste bevallingen (236 van de 317; 75%) plaats tussen 12.00 en 20.00 uur. Dat is 4 tot 12 uur na het opstarten van de inleiding. De overige 16 uur van de dag bevalt de rest van de vrouwen die ingeleid wordt met syntocinon (zie tabel 1).

Eén van de adviezen van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte is er voor te zorgen dat er altijd voldoende obstetrische professionals en verpleegkundigen aanwezig zijn. Vanuit logistiek oogpunt is het gunstig het aantal nachtelijke bevallingen zo klein mogelijk te houden. Daar komt nog bij dat 's nachts de gynaecoloog, anesthesioloog, het OK-team en de kinderarts wel oproepbaar, maar niet standaard aanwezig zijn in het MCL. We hadden het gevoel dat er wellicht minder bevallingen 's avonds en 's nachts zouden zijn als we aan het begin van de avond zouden starten met een priming in plaats van 's ochtends vroeg. Tevens was de gedachte dat het voor een zwangere wellicht prettiger zou zijn te slapen met een foleykatheter, waarna direct de volgende dag vroeg gestart zou kunnen worden met een inleiding.

Tabel 1. Tijdstip partus na priming met prostaglandines ('s ochtends) of na inleiding met syntocinon ('s ochtends). 2009 en 2010

Tijdstip partus	Aantal partus na prostaglandines of Foley	Aantal partus na inleiding met syntocinon
00.00 - 04.00 uur	87 (19%)	15 (5%)
04.00 - 08.00 uur	56 (12%)	4 (1%)
08.00 - 12.00 uur	42 (9%)	23 (7%)
12.00 - 16.00 uur	83 (18%)	145 (46%)
16.00 - 20.00 uur	90 (19%)	91 (29%)
20.00 - 24.00 uur	110 (24%)	39 (12%)
Totaal aantal	468	317

Tabel 2. Tijdstip bevalling na priming

	onderzoeksgroep 2012, start 's avonds	2009 en 2010, start 's ochtends
00.00 - 08.00 uur	9 (8%)	143 (31%)
08.00 - 20.00 uur	87 (79%)	215 (46%)
20.00 - 24.00 uur	14 (13%)	110 (24%)
	110	468

We besloten deze nieuwe werkwijze te protocolleren, in te voeren en te evalueren.

Methode

Een protocol werd ontwikkeld en alle betrokken medewerkers werden hierover van te voren geïnformeerd.

De indicatie voor de inleiding wordt gesteld op de poli of op de afdeling. Indien de zwangere bij wie de indicatie is gesteld om ingeleid te worden niet inleidend is (Bishop-score < 6) wordt besloten tot priming. De betreffende zwangere belt om 16.00 uur om te vragen of er plek is, eet thuis en komt tussen 18.00 en 18.30 uur op de verloskamer. De foleykatheter wordt ingebracht tussen 19.00 en 20.00 uur, nadat eerst een CTG gemaakt is. Na het inbrengen van de ballon wordt nog 30 minuten een CTG gemaakt en vier uur later opnieuw (conform de voorschriften van de Probaatstudie). Als blijkt dat zij toch inleidend is komt ze de volgende ochtend terug voor inleiding. Patiënte slaapt op de afdeling (eventueel met slaapmedicatie), tenzij zij in partu geraakt is. Als ze wakker wordt door contracties belt ze voor een CTG. Om 07.00 uur vindt een beoordeling middels een vaginaal toucher plaats. Indien de zwangere inleidend is worden de vliezen gebroken en wordt gestart met syntocinon. Als ze niet inleidend is volgt een CTG en gaat ze daarna naar huis (tenzij er een indicatie is om opgenomen te blijven). Bij breken van de vliezen of bij contracties komt zij eerder terug. Zo niet, dan vindt 's avonds om 18.30 uur een herbeoordeling plaats en eventueel voor een tweede nacht een foleyballon ingebracht.

De eerste 125 vrouwen die volgens dit protocol werden geprimeerd, werden prospectief geïncludeerd in deze observationele studie. De inclusie duurde ruim vijf maanden, van half maart tot half augustus 2012.

Gegevens betreffende het tijdstip waarop daadwerkelijk werd gestart, het tijdstip van bevallen, één- of tweemaal plaatsing van een foleykatheter, al dan niet in combinatie met prostaglandines, en de manier van bevallen, werden geregistreerd.

Na afloop van het onderzoek werd per e-mail een korte vragenlijst verspreid onder alle betrokken medewerkers van de afdeling, met de vraag of men voorkeur had (voor de organisatie van de afdeling en voor de zwangere) voor primen 's ochtends of 's avonds, of er knelpunten werden gesignaleerd en of men daarvoor oplossingen had.

Resultaten

Van de 125 geïncludeerde casus startten vijftien primingen toch 's ochtends. Deze casus werden niet in de verdere analyse betrokken. Van de 110 vrouwen bij wie 's avonds werd gestart met primen beviel 79% tussen 08.00 en 20.00 uur (69% van de primen en 88% van de multen).

Het percentage vrouwen dat tijdens kantooruren beviel, tussen 08.00 en 18.00 uur, was 69% (58% van de primen's en 79% van de multen). 8% beviel 's nachts tussen 00.00 en 08.00 uur. In tabel 2 worden deze percentages van de onderzoeksgroep (start 's avonds) vergeleken met dezelfde percentages uit de periode 2009-2010 (start 's ochtends).

In tabel 3 worden de uitkomsten nog uitgesplitst naar primipara en multipara en voor vaginale partus en sectio's.

Viermaal was er sprake van een failed induction, dat wil zeggen: ondanks een foleykatheter en/of prostaglandines bleef de cervix onrijp. Dit was eenmaal het geval bij een primipara en drie keer bij multipara, met alle drie een sectio in de anamnese.

Discussie

's Avonds starten met primen leidt tot veel meer bevallingen tijdens kantooruren. Dit geldt ook voor de bevallingen die eindigden in een sectio.

Van de medewerkers stuurden 25 de vragenlijst terug, twaalf verpleegkundigen, vier arts-assistenten, drie verloskundigen en zes gynaecologen. 23 mede-

Tabel 3. Tijdstip bevallen bij 's avonds starten met primen

	Totaal aantal partus	pariteit		modus partus	
		eerste kind	2e of volgende kind	vaginale partus	sectio
00.00 - 08.00 uur	9 (8%)	4 (8%)	5 (9%)	6 (7%)	3 (10%)
08.00 - 20.00 uur waarvan 08.00 - 18.00 uur	87 (79%) 76 (69%)	36 (69%) 30 (58%)	51 (88%) 46 (79%)	67 (83%) 60 (74%)	20 (69%) 16 (55%)
20.00 - 24.00 uur	14 (13%)	12 (23%)	2 (3%)	8 (10%)	6 (21%)
	110	52	58	81	29

werkers vonden 's avonds starten met primen praktischer dan 's ochtends en prettiger voor de zwangere, twee personen vonden dat het geen verschil maakte. De meeste vrouwen die 's avonds een foleykatheter kregen sliepen 's nachts, al dan niet met slaapmedicatie. Alle verpleegkundigen hadden de indruk dat primen op deze manier minder belastend was voor de zwangere dan 's morgens starten en de hele dag afwachten.

Er kwamen enkele knelpunten naar voren:

Als de vrouw 's avonds tussen 18.00 en 18.30 uur moet komen voor de foleykatheter, kan ze niet meer rustig thuis eten. Als het aan het begin van de avond nog druk is op de verloskamers moeten de zwangeren die geprimeed worden soms lang wachten. Het tweede CTG, vier uur na het plaatsen van de foleykatheter, wordt daardoor erg laat. Dit gaat ten koste van de nachtrust van de vrouw die de volgende dag (hopelijk) gaat bevallen. In de hele onderzoeksgroep is bekeken hoe vaak het tweede CTG afwijkingen vertoonde. Dit was één keer het geval, bij een kind met een bekende groei-achterstand, waarbij het eerste CTG ook niet optimaal was.

Naar aanleiding van de gesignaleerde knelpunten is het protocol aangepast: de vrouw komt om 20.00 uur op de afdeling; bij een optimaal eerste CTG na het plaatsen van de foleykatheter, wordt afgezien

van een tweede CTG voor de nacht, tenzij er een speciale reden is om het CTG nog wel te herhalen.

Conclusie

Na een priming die 's ochtends werd gestart bevielen meer vrouwen 's avonds en 's nachts, dan tijdens kantooruren. Het protocol is veranderd, zwangeren die een indicatie hebben om ingeleid te worden, maar met een onrijp toucher, krijgen nu 's avonds een foleykatheter. De nieuwe werkwijze is prettiger voor zwangeren, maar ook gunstig voor de logistiek op de verloskamers: meer bevallingen tijdens kantooruren en minder behoefte aan extra personeel 's nachts.

Literatuur

1. Bruinse, H., P. Reuwer, *Preventive Support of Labour*, 2002
2. Koopmans, C.M. et al. (Hypitat studie), *Induction of labor versus expectant monitoring for gestational hypertension and preeclampsia after 36 weeks (the HYPITAT trial): a multicenter randomised controlled trial*. *Lancet* 2009;374:979-88.
3. Jozwiak, M. et al. (Probaat studie). *Foley catheter versus vaginal prostaglandin E2 gel for induction of labour at term (PROBAAT trial): an open-label, randomised controlled trial*. *Lancet* 2011;378:2095-103.

Intro

Een observationeel onderzoek werd verricht, waarbij gekeken werd naar de relatie tussen het tijdstip waarop een priming werd gestart en het tijdstip van de partus. 's Avonds primen geeft meer bevallingen overdag, in vergelijking met 's ochtends primen.

Samenvatting

's Ochtends vroeg starten met primen van de cervix leidde tot veel bevallingen 's avonds en 's nachts. Nadat het protocol was veranderd en 's avonds werd gestart met primen, bevielen meer vrouwen tijdens kantooruren. De nieuwe werkwijze is prettiger voor zwangeren en voor de logistiek op de verloskamers.

Trefwoorden

Priming, foleykatheter, tijdstip partus

Summary

Early morning cervical priming led to many births in the evening and at night. Once the protocol was changed to evening start cervical priming, more women gave birth during office hours. The new method is more comfortable for pregnant women and for the logistics of the delivery rooms.

Keywords

Priming, Foley catheter, moment of partus

Correspondentie

drs. M. van Selm, afd. Verloskunde en Gynaecologie, Medische Centrum Leeuwarden
Henri Dunantweg 2, 8934 AD Leeuwarden
e maria.van.selm@znb.nl t 058 2863200

Gemelde (financiële) belangenverstrengeling

Er is door de auteurs geen melding gemaakt van belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen.

Marktwerving

Merkt u op uw verloskamer al iets van de marktwerving? Ik niet. Ik moet alleen maar codes voor verrichtingen aan het goede DBC-subtraject toewijzen, zodat een DOT-product ontstaat dat niet uitvalt. Daarna wordt gekeken in hoeverre de hele medische staf in de loop van dit jaar het met de verzekeraars afgesproken volume heeft 'volgedeclareerd'. Middels de LOGEX-benchmark wordt dan bepaald hoeveel ik nu uit de 'verdeling achter de voordeur' krijg. Voor 80% dan, want 20% krijg ik pas als ik ook deelneem aan ziekenhuisklussen: IFMS, aanleveren van indicatoren, deelname aan de kwaliteitscommissie, VIM, HSMR etc.

Mijn collega in loondienst lacht zich suf, hij weet wat hij verdient.

Hoeveel krijg ik eigenlijk voor mijn 'zorgproduct': om drie uur 's nachts een vacuüm doen bij een niet-vorderende uitdrijving ingestuurd door de eerste lijn? Geen flauw idee.

De onderhandelingen gaan ook niet op dit microniveau van de individuele verloskundige ingreep, maar over het gehele budget voor verloskunde dit jaar. Als dat bij de burens ietsje goedkoper kan, moet er wat van de prijs af. Daartegenover komt dan weer een iets groter budget voor bariatric-operaties, zodat het ziekenhuis daar wat in kan groeien. Gewoon koehandel dus, niks marktwerving.

Chiel Bos van het College Perinatale Zorg loopt zich het vuur uit de sloffen om overal in het land enthousiasmerende verhalen te houden over de samenwerking met de eerste lijn. Er worden regionale consortia opgericht om samen zorgpaden, protocollen en voorlichtingsbrochures te maken. Alle VSV's worden opgepimpt tot VSV's 2.0. Iedereen die in de keten hoort te zitten, doet mee.

Bij elke bijeenkomst wordt er wel gevraagd of er geld beschikbaar is voor ondersteuning. En hoe dat nu straks moet met het integrale tarief. Bezwerend legt onze spreker dan uit dat we eerst aan de slag moeten en dat daarna de afspraken over het geld zullen volgen. De verzekeraars betalen immers 250.000 bevallingen terwijl er maar 175.000 zijn.

Toen Chiel Bos dit uitlegde, bekwam mij een déjà-vugevoel. Ooit raakten wij onze disutility kwijt in ruil voor het grote goed van een uurloon voor alle specialisten. Dat uurloon werd twee jaar later alweer van tafel geveegd. Straks komt er een integraal tarief voor uw hele VSV voor uw werkelijk verrichtte bevallingen. Verdeelt U het verder zelf achter de voordeur. Marktwerving? Gewoon bezuinigen. Gelukkig hebben we dan wel onze multidisciplinaire zorgpaden: de inhoud van de zorg en de kwaliteit van de zorg zijn daarin dan wel gegarandeerd.

Buitenlandstage als onderdeel van de opleiding. Zinvol of onzinnig?

drs. M. Mous gynaecoloog Diaconessenkenhuis Leiden (destijds AIOS Erasmus MC Rotterdam)

dr. O. B. Verburg, gynaecoloog, fellow perinatologie Erasmus MC Rotterdam

dr. M. J. ten Kate-Booij gynaecoloog Erasmus MC Rotterdam. Tevens secretaris DB Concilium en opleider met een naschrift van

prof. dr. F. Scheele gynaecoloog St. Lucas Andreas Hospitaal; post graduate training VUMC, Amsterdam

Jaarlijks bereiken het Concilium Obstetricum et Gynaecologicum diverse verzoeken van AIOS om een deel van hun opleiding in het buitenland te mogen volgen. Menig opleider vraagt zich af of het buitenland toegevoegde waarde heeft voor de opleiding. Twee AIOS uit het cluster Rotterdam die recent naar het buitenland zijn geweest doen verslag.

Hoe kijkt het Concilium er tegen aan?

Een stage in het buitenland past bij de verdere modernisering van de medische vervolgoopleidingen.

Met BOEG wordt de gynaecoloog van de nabije toekomst in de eerste vier jaar van de opleiding 'diagnostisch breed' opgeleid (de kern van de opleiding). De laatste twee jaar specialiseert de AIOS zich in één van de deelgebieden en wordt in dat deelgebied ook therapeutisch bekwaam. Tijdens deze differentiatie kan de AIOS zich extra verdiepen in een algemene competentie (organiseren, bedrijfsvoering, etc.) en wordt naast een vakinhoudelijk aandachtsgebied ook bekwaam in een rolspecialisatie.

Met het lopende project 'de Opleidingsetalage' wordt beoogd de AIOS maximaal de mogelijkheid te bieden zich te scholen in een aandachtsgebied.

De buitenlandstage gaat een dimensie verder: een andere cultuur, een ander zorgsysteem, andere technieken, etc.. Werken in het buitenland vergt van de AIOS aanpassingsvermogen.

Om tijdens de opleiding naar het buitenland te mogen moet de stage 'aantoonbaar van meerwaarde' zijn. De AIOS wordt gevraagd te 'onderbouwen waarom de kennis en ervaring niet bij het eigen OOR kan worden opgedaan'.^{1,2}

Het Concilium heeft tot nu toe alle ingediende verzoeken gehonoreerd. Zij vraagt de AIOS na afloop van de stage verslag te doen. Intussen hebben ons verschillende enthousiaste en positieve evaluaties bereikt. Het blijkt verdiepend, draagt bij aan de zelfontplooiing en is een verdere stap naar zelfstandigheid. De opgedane kennis kan van meerwaarde zijn voor hun werkzaamheden binnen de Nederlandse gezondheidszorg.

Het cluster Rotterdam kent sinds 2003 een differentiatiejaar, waarin verdieping in één van de deelgebieden plaats vindt. Voor de twee AIOS uit het cluster Rotterdam lag voor de één de focus op het uitbreiden van chirurgische vaardigheden binnen de urogynaecologie; de ander wilde zich verder bekwamen in de beeldvormende technieken bij de foetus. Hun verhalen spreken voor zich. Beiden hebben intussen met hun profiel probleemloos een baan als gynaecoloog binnen Nederland gevonden.

Buitenlandstage urogynaecologie

Marieke Mous

Introductie

Ik heb zes maanden in Townsville, Australië doorgebracht voor een verdere differentiatie in de bekkenbodem. Dit is een persoonlijke verhaal en niet al mijn ervaringen zullen van toepassing zijn op een ander, maar ik denk dat ze wel een goede indruk geven.

Vorbereiding

Via het Erasmus MC ben ik in contact gekomen met een hoogleraar urogynaecologie in Townsville, Australië. Hij bood mij de mogelijkheid om zes maanden, zowel in zijn privékliniek als het algemene ziekenhuis (publieke sector) te werken. Na toestemming van mijn opleider in het Erasmus MC, het Concilium en MSRC voor een stage in Townsville begon de grote uitdaging om mij als arts in Australië te registreren en vervolgens een visum te regelen.

Na menig notarisbezoek (alle papieren moeten door de notaris getekend worden) en vele euro's armer was het gelukt en kon ik aan mijn stage beginnen. Ik vloog medio februari 2012 met mijn gezin naar Australië om twee weken later in het ziekenhuis in Townsville te starten.

Privékliniek versus publieke instellingen

Het eerste wat mij opviel was het verschil in de organisatie van zorg tussen Australië en Nederland. In Australië is de zorg verdeeld tussen privéklinieken en publieke ziekenhuizen.

Simpel gezegd gaan patiënten die meer te besteden hebben naar privéklinieken en patiënten die minder te besteden hebben naar publieke ziekenhuizen.

In Townsville werken de meeste gynaecologen zowel privé als publiek; privé vooral voor het grote geld: een gynaecoloog kan hier jaarlijks 1 à 2 miljoen dollar verdienen, in de publieke sector voor de opleiding en het doen van onderzoek.

Dat één van de belangrijkste aspecten in privéklinieken veel geld verdienen is, is goed te merken. Op de polikliniek worden zoveel mogelijk patiënten in een dagdeel gezien en bij de minste of geringste aanleiding wordt aanvullende diagnostiek zoals een UDO of een cystoscopie verricht. Er is redelijk wat concurrentie tussen de verschillende privéklinieken. De klant is koning. Dat betekent dan ook korte wachttijden, een privé-dokter die alle zorg van begin tot eind verricht en zoveel mogelijk meegaan met de wensen van de patiënt, al is dit medisch gezien misschien niet altijd de allerbeste keuze.

De zorg in het publieke ziekenhuis is eigenlijk precies het tegenovergestelde. Het werktempo ligt hier een stuk lager dan in privé, met als gevolg lange wachttijden voor de polikliniek en de OK. De zorg vindt grotendeels plaats door dokters in opleiding, al dan niet onder supervisie. Verder is het doen van aanvullend onderzoek alleen op strikte indicatie mogelijk, gezien ook weer de lange wachttijden voor UDO, cystoscopie of beeldvormend onderzoek.

De opleiding anders

Wat ik echt opvallend anders vind, is de opbouw van de opleiding tot gynaecoloog. Er wordt gewerkt met het Engelse meester-gezelsysteem waarin je voor een bepaalde periode aan één gynaecoloog gekoppeld bent. Hiermee doe je alles samen: van polikliniek, tot OK en verloskamers.

In het eerste gedeelte van de opleiding ligt de nadruk al veel meer op het opereren dan in Nederland. Met name de operaties die je in de dienst tegen kunt komen zoals een sectio, manuele placentaverwijdering en laparoscopische tubectomie worden in de eerste maanden van de opleiding zoveel mogelijk gedaan zodat de assistent die zelfstandig in de dienst kan verrichten. In Townsville was het zelfs zo dat de eerstejaars opleidingsassistenten pas dienst deden wanneer zij zelfstandig een sectio konden verrichten. De gynaecoloog komt hiervoor in principe niet in huis. Niet onbelangrijk om te weten is dat het sectiopercentage in Australië dan ook 35% is, duidelijk hoger dan in Nederland.

Ook buiten deze verrichtingen die in de dienst van toepassing komen, werkt de Australische arts-assis-

tent al veel eerder zelfstandig op de OK. De gynaecoloog zit heel regelmatig op de poli administratie te doen en komt af en toe eens kijken of het allemaal goed gaat.

Taakstelling van de gynaecoloog anders

Twee aspecten van het vak die in Australië vrijwel ontbreken, zijn het verrichten van echoscopie en patiënten met subfertiliteit. Vrijwel alle echo's worden door de radioloog verricht. Dus een patiënte met postmenopauzaal bloedverlies wordt door de huisarts vaak eerst naar de radioloog gestuurd en met echo-uitslag vervolgens naar het spreekuur van de gynaecoloog. Ook een eerste trimester of een twintigweken echo wordt in principe door de radioloog verricht. Alleen in geval van afwijkingen wordt door hiervoor specifiek getrainde obstetrische gynaecologen een echo verricht.

In het publieke ziekenhuis worden vrijwel geen patiënten met subfertiliteit gezien. Dit komt omdat hier alleen behandeling met clomifeencitraat mogelijk is en de rest niet vergoed wordt. Voor uitgebreide analyse en geassisteerde voortplantingstechnieken kan een patiënt alleen in een privékliniek terecht. Ook hier is de zorg grotendeels 'money driven'. Dus met onbegrepen subfertiliteit een aantal jaar wachten is in Australië echt ongekend. Als de patiënte ervoor wil betalen krijgt zij IVF.

Ander continent, andere regels en wetten

Waar ik verder achter kwam tijdens mijn verblijf in Australië is dat de verschillende staten van Australië bijna als aparte landen te beschouwen zijn met een eigen systeem van scholing, universiteiten, openbaar vervoer en wetgeving. Er loopt bijvoorbeeld vanuit de regering al jaren een project om het basisonderwijs te uniformeren, maar dat is tot op heden niet gelukt. Verder moet je, als je met de trein van de ene staat naar de andere reist, bij de grens tussen de staten overstappen op een andere trein, omdat elke staat zijn eigen vervoersmaatschappij heeft.

Townsville ligt in de staat Queensland en dat is één van de meest conservatieve staten van Australië. Abortus is hier verboden, behalve op een strikte maternale indicatie. Maar het doen van een vruchtwaterpunctie zonder indicatie is geen probleem. Dit betekent dat wanneer iemand een afbreking wil voor bijvoorbeeld een trisomie 21, ontdekt met vruchtwaterpunctie, zij hiervoor naar een andere staat moet reizen waar dit wel legaal is.

Lange afstanden

De reisafstanden zijn in Australië vanzelfsprekend veel groter dan in Nederland. Dit levert af en toe erg interessante problematiek op zoals: wat te doen met een zwangere met drie sectio's in de voorgeschiedenis die bij 36 weken, op zes uur rijden van het ziekenhuis in Townsville, weeën krijgt. De huisarts in

Australië heeft een heel andere rol dan in Nederland want in de zogenaamde 'rural areas' kan de huisarts ook als gynaecoloog functioneren en vaginale bevallingen en ongecompliceerde sectio's verrichten of als anesthesist en ongecompliceerde OK's met algehele anesthesie of een spinaal verzorgen.

Analyse

Naar mijn idee is alleen al het ervaren van de verschillen, tijdens een stage in een buitenlands ziekenhuis, van toegevoegde waarde voor de opleiding. De opleiding is in een ander land anders ingericht en je kunt dit spiegelen aan het Nederlandse systeem. Zo denk ik dat het zogenaamde meester-gezelsysteem, zeker in de eerste jaren van de opleiding, ook in Nederland van toegevoegde waarde is, net als het eerder zelfstandig werken in de operatiekamer. Daarnaast heb ik bepaalde aspecten van het Nederlandse systeem meer leren waarderen zoals het feit dat wij vrijwel geen gescheiden publiek- en privésysteem hebben, wij in onze opleiding meer over de voortplantingsgeneeskunde leren en niet afhankelijk zijn van een radioloog voor het maken van echo's.

Daarnaast heb ik medisch-technisch gezien mijn vaardigheden verbeterd door met een van bekendste urogynaecologen van Australië te werken, waardoor ik heel veel urogynaecologie poli heb kunnen doen met diagnostiek (UDO's en flexibele cystoscopieën). Ik heb veel kunnen opereren waardoor mijn expertise duidelijk is toegenomen.

Concluderend is mijn advies zijn voor iedereen die de basisvaardigheden beheerst en graag een unieke ervaring in het buitenland wil opdoen: gaan!

Buitenlandstage perinatologie

Bero Verburg, december 2012

Introductie

In het kader van mijn differentiatiejaar perinatologie wilde ik van de mogelijkheid gebruik maken om in het buitenland kennis op te doen over foetale MRI. De beeldvormende prenatale diagnostiek heeft altijd mijn interesse gehad en foetale MRI leek mij een logisch onderwerp om mij meer in te verdiepen. Via connecties in het Erasmus MC met The Royal Women's Hospital in Melbourne zijn contacten gelegd en zo is de bal gaan rollen. In 2011 heb ik tijdens een honorary fellowship perinatologie in de Royal Women's Hospital kennis gemaakt met foetale MRI en ervaren dat deze techniek essentieel is bij het diagnosticeren van bepaalde foetale afwijkingen, voornamelijk op gebied waar de traditionele echografie niet conclusief is zoals neuro-cerebrale diag-

nostiek. Na het afronden van mijn opleiding ben ik nog een half jaar terug gegaan als fellow perinatologie voordat ik in begin 2013 in het Erasmus MC aan de slag zou gaan.

Doel van buitenlandstage

Aanvullende beeldvorming in de vorm van foetale MRI wordt in Nederland nog weinig gebruikt. Doel van de stage was het opdoen van kennis, ervaring en vaardigheden om foetale MRI te gebruiken als aanvullend diagnosticum bij foetale afwijkingen. The Royal Women's Hospital gebruikt deze techniek om diagnostische beeldvorming bij ongeboren kinderen uit te breiden en te verbeteren. Door verbeterde prenatale diagnostiek kan de zorg voor vrouwen en hun (ongeboren) kinderen tijdens de zwangerschap, bevalling en in de neonatale periode geoptimaliseerd worden.

Onderzoek

Naast deze klinische ervaring ben ik tijdens deze buitenlandstage een beschrijvend wetenschappelijk onderzoek naar foetale MRI gestart. Kernvragen van dit onderzoek zijn: heeft de MRI (figuur 1) aanvullende bevindingen opgeleverd en heeft dit diagnose, prognose en management tijdens en na de zwangerschap veranderd? De volgende gegevens werden uit de dossiers gehaald met als doel te inventariseren wat de toegevoegde waarde van foetale MRI is:

- initiële diagnose en beleid op basis van echoscopie
- indicatiestelling voor het uitvoeren van foetale MRI
- diagnose en aanvullende bevindingen bij foetale MRI in vergelijking met echoscopie
- verschil in diagnose, prognose en beleid naar aanleiding van de foetale MRI
- verificatie diagnose na de geboorte of abortus

Tot nog toe is de toegevoegde waarde van foetale MRI slechts in casestudies en kleine studiepopula-



Figuur 1. Foetale MRI

ties aangetoond.³⁻⁸ Om evidence-based medicine te kunnen praktiseren is het belangrijk het gebruik van foetale MRI op grotere schaal te evalueren. Hier- toe heb ik ongeveer 500 MRI's die sinds 2009 in de Royal Women's Hospital zijn gemaakt beoordeeld en momenteel worden deze resultaten in een artikel beschreven. De bevindingen en klinische implicaties van deze studie zullen van pas komen bij het gebruik van foetale MRI.

Persoonlijke ervaringen

Gedurende de stage heb ik geparticipeerd in de 'Fetal Management Unit', een samenwerkingsverband van The Royal Women's Hospital en The Royal Children's Hospital in Melbourne. In dit centrum (zie foto) wordt twee dagen per week een multidisciplinair spreekuur gehouden waarnaar zwangere vrouwen vanuit een groot deel van Australië worden verwezen, als er verdenking is op een foetale afwijking. Het ziekenhuis is het verwijscentrum voor circa zeven miljoen mensen. De patiënten worden besproken in het team en er wordt een diagnostisch plan gemaakt, waarbij gedacht moet worden aan het aanbieden van een vruchtwaterpunctie, mogelijke foetale procedures, aanvullend onderzoek en indicatie voor foetale MRI. Vervolgens worden ze gezien op de multidisciplinaire poli waarbij kinderarts/chirurg, kindercardioloog, maatschappelijk werker, psychiater, obstetricus en eventuele andere relevante specialisten betrokken zijn. Tijdens deze poli komen alle aspecten van de foetale afwijking aan bod, wordt de diagnose, prognose en het management besproken en wordt een duidelijk plan opgesteld voor verdere prenatale zorg en perinataal beleid. Na afloop van

de poli worden alle nieuwe patiënten en eventuele nieuwe bevindingen bij bekende patiënten met alle betrokken professionals nabesproken en de beelden getoond. Hier wordt ook ingegaan op de wetenschappelijke achtergrond van de casus. Dit is erg leerzaam en interessant. Indien geïndiceerd krijgen patiënten een foetale MRI voor aanvullende diagnostiek bij bijvoorbeeld intracranieële afwijkingen. In Victoria (de staat waarin Melbourne ligt) is zwangerschapsafbreking bij ernstige afwijkingen in principe mogelijk tot de geboorte. Er vinden dus geregeld late zwangerschapsafbrekingen plaats met intracardiale KCL-injectie.

Er zijn twintig verloskamers met soms wel dertig bevallingen per dag. Om in deze 'Labour Ward' in de functie van fellow eindverantwoordelijke te zijn lijkt voor een ouderejaars een nachtmerrie. Toch is het overzichtelijk, gezien de duidelijke structuur met een piramide systeem: op iedere kamer zijn er twee junior, twee senior registrars en een clinical midwife waar jij als fellow dan boven staat. Je krijgt steeds een briefing zodat je weet wat er speelt. Meer dan 50% van de kunstverlossingen is een forceps. Ook hoge rotatieforceps met achterhoofd achter worden nog vaak toegepast. Bij menig bekkenbodemspecialist in Nederland zullen de rillingen hierbij over de rug lopen. Het ziet er ook niet heel subtiel uit... Interventies vinden eerder plaats. Micro Bloed Onderzoek (MBO) wordt weinig gedaan. Bij een suboptimaal CTG is er al snel een indicatie tot sectio of vaginale kunstverlossing. Daar waar in Nederland waarschijnlijk langer afgewacht zou worden bij een goed MBO. Waarschijnlijk spelen hoge claims hierbij een sturende rol. Alle medical emergencies hebben een



The Royal Women's Hospital, Melbourne

code die je aan de centrale doorbelt en dan wordt er door de intercom van het ziekenhuis omgeroepen bijvoorbeeld 'sectio code rood' of 'neonatale code blauw' (reanimatie) met de locatie. Iedereen weet dan wat te doen en komt onmiddellijk in actie, erg efficiënt.

Meerwaarde voor de opleiding

Alleen al de mogelijkheid om in een andere keuken mee te kijken en te zien hoe het daar geregeld is qua logistiek en zorg, is een geweldig leerzame ervaring die op zich al voldoet aan de gestelde voorwaarde dat er een toegevoegde waarde moet zijn. De bagage die je meekrijgt vormt je verder en verbreedt je visie. Het maakt je bewust van de mogelijkheden en ingrediënten om het vak in alle aspecten uit te oefenen. Toekomstige gynaecologen die een buitenlandstage volgen zullen bij terugkomst hopelijk het beste van twee werelden combineren.

De opzet van het 'Fetal Management Unit' is een vorm van logistieke efficiëntie en patiëntvriendelijke benadering waarbij in één dag alle aspecten van het beleid bij foetale afwijkingen aan bod komen. Participatie in dit multidisciplinaire beslissingsproces is voor een AIOS een bron van kennis en ervaring die voor de toekomst erg bruikbaar zal blijken te zijn.

Aanvullende beeldvorming in de vorm van foetale MRI is in Nederland nog geen algemeen gebruik. In de toekomst zullen we ook in Nederland meer foetale MRI's gaan doen, voornamelijk op het terrein waar de traditionele echografie niet conclusief is zoals neuro-cerebrale diagnostiek. De toegevoegde waarde is al in wetenschappelijke publicaties vastgesteld. Door de mogelijkheid mee te kunnen kijken hoe de logistiek, indicatiestelling en interpretatie van foetale MRI plaatsvindt bij foetale afwijkingen kan ik voor de perinatologie een meerwaarde zijn voor eventuele toekomstige implementatie van foetale MRI.

Tevens is door internationale contacten en gezamenlijke wetenschappelijke projecten een verblijf in het buitenland een goede opzet voor een vruchtbare carrière.

Het motto van 'The Royal Women's Hospital' luidt:

"Be aware that some of the best developments in practice often occur as a result of the cross fertilisation that happens when those working together have had different professional experiences, often in different countries."

Literatuur

1. Kaderbesluit CCMS 2011, art B21. www.knmg.nl
2. Criteria Buitenlandstage Gynaecologie, oktober 2010, www.nvog.nl
3. Costa, F., H. Kaganov, E. O'Mahony et al. *Diagnosis of diaphragmatic hernia with associated congenital lung lesions: contribution of fetal MRI*. Fetal Diagn Ther 2011;29(1):111-5.
4. Fink A.M., T. Hingston, A. Sampson et al.

Malformation of the fetal brain in thanatophoric dysplasia: US and MRI findings. Pediatr Radiol 2010;40 Suppl 1:S134-7.

5. Quinn T.M., A.M. Hubbard & N.S. Adzick, *Prenatal magnetic resonance imaging enhances fetal diagnosis*. J Pediatr Surg 1998;33(4):553-8.
6. Jani J.C., M. Cannie, C.F. Peralta et al. *Lung volumes in fetuses with congenital diaphragmatic hernia: comparison of 3D US and MR imaging assessments*. Radiology 2007;244(2):575-82.
7. Prayer D., *Fetal MRI*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2011.
8. Weston M.J., *Magnetic resonance imaging in fetal medicine: a pictorial review of current and developing indications*. Postgrad Med J 2010;86(1011):42-51.

Samenvatting

De afgelopen jaren is er een toenemende belangstelling van AIOS voor een buitenlandstage. Sommige opleiders vragen zich af of dit van meerwaarde is. Twee AIOS beschrijven hun ervaringen in Australië. Beiden zagen het als een grote kans om kennis en ervaring op te doen.

Marieke Mous ging zes maanden naar Townsville voor verdieping in de urogynaecologie. Zij observeerde de verschillen tussen beide landen in gezondheidszorg en opleiding. Tijdens haar verblijf was er volop gelegenheid zich te bekwamen in verschillende chirurgische technieken binnen de urogynaecologie. Haar advies is: wanneer je de kans hebt, niet te twijfelen, maar gaan.

Bero Verburg beschouwt de foetale MRI van toegevoegde waarde voor detectie van afwijkingen bij de foetus en grijpt de opgedane ervaringen aan om deze nieuwe ontwikkelingen te gaan implementeren in Nederland. Dit kan leiden tot een betere prenatale diagnostiek. Hij ziet the Royal Women's Hospital in Melbourne als het grote centrum van Australië voor training en onderzoek in de obstetrie.

Trefwoorden

Buitenlandstage, toegevoegde waarde, zelfontplooiing, vaardigheden.

Summary

Lately, more obstetrics and gynaecology registrars are interested in doing part of their training in a foreign country. Since there is not much experience with this yet, some consultants are worried about the value of such a foreign traineeship. Two registrars tell their story. It was a great opportunity for both registrars to do part of their specialty training for obstetrics and gynaecology overseas.

Marieke Mous has been to Townsville, Australia for

six months as part of her training. In her opinion this period has been a very valuable one. Both in general, to see the differences in care and training between different countries and for her personally to extend the skills in urogynaecology. She would recommend everyone who has finished the basic part of his training and considers going abroad not to hesitate!

Bero Verburg described that apart from improving knowledge, experience and skills in the incorporation of fetal MRI as an additional diagnostic tool in fetal anomalies, this experience may enhance the development of high standard hospital-based perinatal care and implementation of new developments in the field of prenatal diagnosis in the Netherlands. The Royal Women's Hospital in Melbourne, Australia is particularly suited to attain this goal. It is the biggest specialist referral centre of its kind in Australia, focused on pregnant women and new born babies. It is also a major teaching hospital and a medical research leader of world renown.

Keywords

Training in a foreign country, additional value, self-development, skills.

Correspondentie

Mw. Dr. M.J. ten Kate-Booij, gynaecoloog
Erasmus MC
Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam
m.tenkate-booij@erasmusmc.nl

Gemelde (financiële) belangenverstrengeling

Er is door de auteurs geen melding gemaakt van belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen.

Naschrift

Fedde Scheele

In de discussies over de opleiding tot gynaecoloog zijn dit interessante geluiden. De auteurs laten zien hoe zij in de geest van BOEG een opleiding doorlopen waarin een buitenlandstage op enig moment geschikt blijkt. Positief is dat onze opleiding werkelijk in staat blijkt om AIOS met passie een eigen weg te laten bewandelen. We hebben met elkaar een opleidingsstructuur gestalte gegeven die de 'adult learner' veel meer kansen biedt.

De auteurs hebben positieve ervaringen. Extra interessant is, dat er twee aspecten aan de buitenlandstage hangen. Het eerste aspect is het medisch-technische. Daarbij gaat het voor een deel om technische kennis die in ons land moeilijker te vinden is. Om als vakgebied in de wereldtop te kunnen functioneren is een voeling met visies en handelwijzen in andere landen erg belangrijk. Congressen zijn daarvoor geschikt, maar meedraaien op een werkvloer biedt mogelijkheid tot blikverruiming en is waarschijnlijk veel effectiever. Het is motiverend om te lezen dat het deze collegae zo goed lukte deel te zijn van een buitenlands team en zo veel te mogen doen en leren. Het tweede aspect is de ervaring met buitenlandse zorg. In ons goed georganiseerde en stevig geregeerde landje opgeleid worden geeft al snel het gevoel dat wat wij doen heel goed is. Het is niet eenvoudig om, als men eenmaal deel is van onze zorgcultuur, aan te wijzen waar in ons stelsel de sterkste punten zitten en waar de zwakkere. Deze discussie leeft ook niet binnen de opleiding terwijl het echt belangrijk is dat er AIOS en gynaecologen blijven die constructief kritische vragen stellen over wat wij (op zijn Hollands) doen. De auteurs beschrijven hoe zij door de contrasten tussen de zorgstelsels aan het denken gezet zijn. Dat is een belangrijke vaststelling en ook een argument om de mogelijkheden voor buitenlandstages te koesteren.

Voor de toekomst is het van belang dat de ervaringen van buitenlandstages structureel verzameld en geanalyseerd worden. Wat zijn de beste plekken, wat leer je daar medisch-technisch en wat leer je daar over zorgstelsels? Een vervolgvraag is wat het internationale netwerk oplevert. Globalisering geeft kansen om onze professionele prestaties internationaal te spiegelen en te verbeteren. Een 'community of learners' kan de lering uit deze stages en de contacten die eruit ontstaan op een hoger plan brengen en een waardevolle bijdrage leveren aan de Commissie buitenland van de NVOG.

13e Nederlandse voortgangstoets Gynaecologie en Obstetrie 2012

Gynaecologie

Vraag (1)

Een 24-jarige nullipara kiest voor anticonceptie door middel van een koperhoudend IUD. U bespreekt met haar de procedure en eventuele pijnstilling. Wat is het beste advies met betrekking tot de pijnstilling?

- A. Misoprostol 400 microgram 45 minuten voor plaatsing met 100 mg diclofenac 1 uur vooraf
- B. Ibuprofen 400 mg oraal 45 minuten voor de plaatsing
- C. Ibuprofen 600 mg oraal twee keer voor en twee keer na de plaatsing
- D. Geen pijnstilling

Vraag (2)

U opereert een 26-jarige nullipara vanwege een grote cysteuze ovariumtumor. De tumor wordt zonder spill in toto aan de patholoog aangeboden voor vriescoupe-onderzoek. U wacht met het beëindigen van de ingreep op de voorlopige uitslag die luidt: mucineuze ovariumtumor, waarschijnlijk niet maligne, maar waarschijnlijk borderline. Wat is de aanbevolen volgende stap?

- A. U gaat over tot een stageringslaparotomie en verwijdert o.a. de uterus en het andere adnex
- B. U neemt ween wigexcisiebiopt uit het andere ovarium
- C. U verwijdert de appendix
- D. U beëindigt de operatie

Obstetrie

Vraag (3)

Een 25-jarige primigravida wordt verwezen vanuit de eerste lijn in verband met afwezige cortonen bij een AD van 35 weken. Echoscopisch is er geen hartactie en is er sprake van een anhydramnion. U adviseert cytogenetisch onderzoek.

Welk weefsel geeft het meeste kans op een geslaagde karyotypering in deze situatie?

- A. Navelstrengbiopt
- B. Huid-spier-fascie-biopt
- C. Placentabiopt
- D. Kraakbeenbiopt

Vraag (4)

Wat is het hoofddoel van de perinatale audit?

- A. Analyseren van de schuldvraag
- B. Optimaliseren doodsoorzaakclassificatie
- C. Verbeteren kwaliteit van de zorgverlening
- D. Verbeteren van landelijke registratie

Oncologie

Vraag (5)

Met betrekking tot de etiologie van het endometriumcarcinoom zijn er enkele bekende risicofactoren. Welke risicofactor hoort NIET in dit rijtje thuis?

- A. Hogere leeftijd
- B. Multipariteit
- C. Tamoxifengebruik
- D. Obesitas

Voortplantingsgeneeskunde

Vraag (6)

In een Nederlands multicenteronderzoek werd gerapporteerd over de kans op ovariumcarcinoom 15 jaar na een IVF-behandeling. Welk resultaat bleek uit dit onderzoek?

In die periode:

- A. Was het risico op invasieve ovariumcarcinomen significant verhoogd
- B. Was het risico op borderline ovariumcarcinomen significant verlaagd
- C. Was er geen significante relatie aantoonbaar tussen het aantal IVF-pogingen en de individuele kans op een ovariumtumor
- D. Was er een significante relatie aantoonbaar tussen het aantal verzamelde oocyten en de individuele kans op een ovariumtumor

What patients want

prof. dr. Willibrord Weijmar Schultz
w.c.m.weijmar@umcg.nl

Hoewel de meeste professionals in de gezondheidszorg impliciet of expliciet ervan uit gaan dat zij doorgaans patiëntgerichte communicatiestrategieën gebruiken, zijn er redenen om te geloven dat dit misschien niet altijd een geldige aanname is. In de dagelijkse praktijk vormt het eigen waardesysteem van de beroepsbeoefenaar vaak zijn of haar dominante leidraad. Dit artikel geeft een samenvatting van lopend onderzoek naar en reflecties op de kwaliteit van de communicatie in de gezondheidszorg vanuit het perspectief van de patiënt, dit alles binnen het raamwerk dat de zes functies van medische consultaties omvat: 1. versterken van het dokter-patiëntcontact, 2. verzamelen van informatie, 3. geven van informatie, 4. gezamenlijk beslissingen nemen, 5. versterken van de positie van de patiënt in het zorgproces en 6. aandacht besteden aan emoties. Bij deze inventarisatie is rekening gehouden met de toegepaste methodologie: kwantitatief versus kwalitatief.

Resultaten

Twee functies van het medisch consult zijn sterk vertegenwoordigd in de verzamelde documenten over de kwaliteit van de communicatie vanuit het patiënten perspectief: 'het versterken van de relatie' en 'het verstrekken van informatie'. Er is een opmerkelijk verschil tussen de kwalitatieve en kwantitatieve studies: als patiënten niet zijn gebonden aan voorgestructureerde vragenlijsten, maar zich volledig vrij kunnen uiten, hebben ze de neiging zich te richten op 'het bevorderen van de relatie' met de nadruk op persoonlijke aandacht, warmte en empathie.

Conclusies: de bij patiënten aanwezige behoefte aan en voorkeur voor persoonlijke en humane medische zorg kan niet worden overschat. Voor wat betreft de andere vijf functies van de medische communicatie is de diversiteit bij patiënten enorm, wat de beperkte bruikbaarheid van deze algemene communicatierichtlijnen demonstreert. En, onderzoekers moeten zich realiseren dat de visie van patiënten verschilt, afhankelijk van de toegepaste methodologie.

De sterke voorkeur voor en de behoefte aan een empathische arts die bereid is de tijd te nemen om te luisteren naar het verhaal van de patiënt, en bereid is om te zoeken naar oplossingen op maat is een mooi voorbeeld van een kwaliteitsindicator die wordt gedeeld door de patiënten zelf, door trainers in arts-patiëntcommunicatievaardigheden, en door artsen die een biopsychosociale benadering van patiënten in de gezondheidszorg voorstaan.

*J. Bensing, M. Rimondini,
A. Visser
Patient Education and Counselling 2013; 90:287-290*

Follow-up practice in endometrial cancer and the association with patient and hospital characteristics: A study from the population-based PROFILES registry

dr. Pim Ankum
w.m.ankum@amc.uva.nl

De auteurs onderzochten in hoeverre de oncologische follow-up van vrouwen, behandeld wegens een endometriumcarcinoom FIGO-stadium 1 of 2, voldeed aan de Nederlandse richtlijn. Daarbij werd gekeken naar verbanden tussen het zorggebruik en sociodemografische en klinische kenmerken, kwaliteit van leven en angst, ook voor een recidief. De patiënttevredenheid over de verleende zorg werd eveneens geëvalueerd.

Methoden

Aan alle vrouwen, geregistreerd bij het Integraal Kankercentrum Zuid met een endometriumcarcinoomstadium 1 of 2, werden vragenlijsten voorgelegd over de frequentie van poliklinische controlebezoeken en hun mening daarover. Bovendien werden kwaliteit van leven en angst gemeten via gevalideerde vragenlijsten.

Resultaten

742 (77%) patiënten retourneerden de ingevulde vragenlijsten. In totaal rapporteerden 19% van de vrouwen vaker gecontroleerd te zijn dan de richtlijn adviseert. Deze overconsumptie van zorg was het laagst in het eerste jaar (13%) en het hoogst tussen zes en tien jaar na behandeling (27%). Overconsumptie was geassocieerd met comorbiditeit, een hogere angstscore, en met het ziekenhuis waar de patiënt onder controle was. De meeste patiënten waren tevreden met de wijze waarop ze nagecontroleerd werden. Het minst tevreden waren patiënten met een follow-up tussen de zes en tien jaar na operatie (69%).

Conclusie

Vooraf tussen zes en tien jaar na behandeling werd (door sommige ziekenhuizen) intensiever gecontroleerd dan noodzakelijk was volgens de wetenschappelijk gefundeerde richtlijnadviezen.

De auteurs suggereren dat een betere patiëntenvoorlichting zowel de overconsumptie van zorg als onterechte zorgen over een recidief zou kunnen reduceren.

Nicolaije KA, Ezendam NP, Vos MC, Boll D, Pijnenborg JM, Kruitwagen RF, Lybeert ML, van de Poll-Franse LV. Gynecol Oncol. 2013 Feb 19. [Epub ahead of print]

Dropout is a problem in lifestyle intervention programs for overweight and obese infertile women: a systematic review

dr. Robin van der Weiden
r.vanderweiden@sfg.nl

De effectiviteit van life-style interventieprogramma's ten aanzien van de verhoging van de conceptiekans bij obese subfertiele patiënten is aangetoond. De uitval bij deze interventieprogramma's is aanzienlijk en een belangrijke beperkende factor. De auteurs includeerden 15 studies over life-styleprogramma's (12 prospectieve cohortstudies, 3 randomized controlled trials), gepubliceerd tussen 1980 en 2012 in een systematisch review naar deze uitval, waarbij tevens werd onderzocht welke factoren met uitval geassocieerd lijken te zijn. In tien studies werd de uitval gerapporteerd: mediaan 24% (range 0-31%). De mate van het gewichtsverlies en de zwangerschapscijfers waren lager bij de uitvallers in vergelijking tot de patiënten die het programma voltooiden. De uitval was gerelateerd aan de lengte van het programma, meer uitval in de programma's van langere duur. Slechts vier studies vermeldden basale karakteristieken van de uitvallers; beïnvloedbare predictoren konden niet worden geïdentificeerd. In geen enkele studie werden interventiegerelateerde factoren die tot uitval kunnen leiden onderzocht. De auteurs vonden geen verschil in uitval tussen programma's waarin alleen dieetmaatregelen waren opgenomen en programma's waarin daarnaast aandacht werd besteed aan lichaamsbeweging. Beperkingen van deze studie zijn de eerdergenoemde gebrekkige rapportage en de heterogeniteit van de geïnccludeerde studies. Van tevoren bepalen van realistische doelstellingen blijft belangrijk, evenals de identificatie van factoren welke kunnen leiden tot uitval.

Mutsaerts MAQ, Kuchenbecker WKH, Mol BW, Land JA, Hoek A. Human Reproduction 2013; 28: 979-986.

Gynaecologie

Antwoord (1)

Correct is: D

NSAID's van verschillende types en doseringen bleken niet effect voor pijnreductie tijdens IUD insertie. Misoprostol ter cervicale rijping heeft ook geen bewezen effect op de pijn bij plaatsing van IUD in nulliparae.

Bron: Cochrane Database Syst Rev. 2009 Allen et al. Interventions for pain with intrauterine device insertion.

Antwoord (2)

Correct is: C

In geval van een mucineuze ovariumtumor is zorgvuldige inspectie van de appendix en darmen aangewezen en is appendectomie geïndiceerd omdat het hier een ovariële metastase kan betreffen.

Bron: www.oncoline.nl

Obstetrie

Antwoord (3)

Correct is: A

Een navelstrengbiopt geeft 32% kans op een succesvolle karyotypering. Daarentegen is een chorionvillus biopt in 100% van de gevallen succesvol en een amniocentesis in 84%.

Bron: Korteweg et al. Cytogenetic analysis after evaluation of 750 fetal deaths: proposal for diagnostic workup. Obstet Gynecol 2008;111:865-74.

Antwoord (4)

Correct is: C

Bron: <http://www.perinataleaudit.nl/onderwerpen/125/perinatale-audit>

Oncologie

Antwoord (5)

Correct is: B

Risicofactoren zijn langdurig E2 stimulatie endogeen (hogere leeftijd, nullipariteit, anovulatoire cycli, late menopauze en obesitas) of exogeen (oestrogeen suppletie). Daarnaast is er een genetische predispositie bekend onder het Lynchsyndroom.

*Bron: www.oncoline.nl
Richtlijn endometriumcarcinoom.*

Voortplantingsgeneeskunde

Antwoord (6)

Correct is: C

Bron: van Leeuwen et al. Risk of borderline and invasive ovarian tumours after ovarian stimulation for in vitro fertilization in a large Dutch cohort. Hum Reprod 2011;26:3456-65.

Over foetale asfyxie en profylactisch gebruik van een pessarium

Ook deze maand presenteren wij u weer een Update van Nederlands Onderzoek. Dit zal de laatste bijdrage zijn door ons, Sophie Liem en Hannah van Meurs. Vanaf volgende maand nemen Kai Mee Wong en Sabine Ensing het van ons over! Vanaf nu kunt u hen mailen met nieuwe en afgeronde studies.

Foetale asfyxie tijdens de bevalling is een belangrijk probleem in de verloskunde waar al veel onderzoek naar is gedaan. Het kan nadelig zijn voor onvolgroeide hersenen als de periode van blootstelling aan zuurstofgebrek te lang duurt.

Vooraf in de eerste uren na zo'n periode van zuurstofgebrek ontstaat schade aan de hersenen door vorming van schadelijke stoffen. Allopurinol is een middel dat vorming van deze schadelijke stoffen mogelijk remt. Eerdere studies met allopurinol wezen erop dat het medicijn optimaal kon werken als het al werd toegediend aan de moeder voor de geboorte, wanneer er sprake was van een verdenking op zuurstofgebrek bij het nog ongebooren kind. Het doel van de ALLO-trial was om te onderzoeken of het medicijn allopurinol mogelijke schade aan de hersenen ten gevolge van zuurstofgebrek kon beperken.

Uiteindelijk bleek na afronding van het onderzoek dat maternale behandeling met allopurinol ten tijde van foetale hypoxie biomarkers voor neuronale schade in het navelstrengbloed niet significant verlaagde. Post-hoc analyse toonde echter wel een significant behandelingseffect van allopurinol aan in het voordeel van meisjes. Een bijzondere bevinding die om verder onderzoek vraagt!

Zoals we u berichtten in de eerste editie van het NTOG van dit jaar kon uit de ProTWIN-trial worden geconcludeerd dat het profylactisch gebruik van een pessarium bij een groep ongeselecteerde vrouwen met een meerling zwangerschap niet effectief was in de preventie van vroeggeboorte en neonatale mor-

taliteit en morbiditeit. Echter, in vrouwen met een meerlingzwangerschap en een cervixlengte onder 38 mm bleek behandeling met een pessarium wel degelijk effectief in de reductie van slechte perinatale uitkomst en vroeggeboorte.

Gezien deze enorme reductie van het aantal vroeggeboortes en de daarbij behorende babysterfte zijn deze resultaten gepresenteerd aan de individuele leden van de Otterlogroep (De commissie voor Verloskundige richtlijnen). Op deze bijeenkomst is geadviseerd om vooruitlopend op de landelijke richtlijn al te starten met het gebruik van het pessarium bij vrouwen met een meerlingzwangerschap en een verkorte cervix.

Omdat het een implementatie betreft van een relatief "nieuwe" behandeling, is het belangrijk om dit te toetsen: de PIMPP-studie. Het doel hiervan is om te kijken of de resultaten na implementatie net zo goed zijn als nu gevonden in de interventiearm van de ProTWIN trial. Daarom is het van belang om deze groep meerlingen, behandeld via een nieuw protocol, te vervolgen in een cohort. Op de volgende pagina's vindt u hierover meer informatie.

Ten slotte, vergeet niet contact op te nemen met de nieuwe deelredacteuren als u een studie heeft die voor de UNO in aanmerking komt!

Afgeronde studie: ALLO-trial

Acroniem

ALLO

Volledige titel

Is maternale allopurinol een nieuwe behandeling voor hersenschade ten gevolge van foetale asfyxie? Een multicenter gerandomiseerde trial.

Achtergrond

Hypoxisch ischemische encephalopathie ten gevolge van foetale hypoxie is een belangrijke oorzaak van spasticiteit en cognitieve ontwikkelingsstoornissen, en daarmee één van de meest fundamentele problemen in de perinatologie. Allopurinol vermindert de productie van vrije radicalen, waardoor de schade, veroorzaakt door ischemie en reperfusie, mogelijk kan worden verminderd.

Vraagstelling

In de ALLO-trial toetsten wij de hypothese dat maternale allopurinol toediening tijdens verdenking op foetaal zuurstofgebrek biomarkers voor neuronale schade in het navelstrengbloed kan verlagen.

Studie-opzet

De studie werd uitgevoerd als een dubbelblind gerandomiseerde placebocontroleerde multicenterstudie in elf deelnemende centra.

Studiepopulatie

Zwangere vrouwen, met een amenorroeduur van minimaal 36 weken, werden geïncludeerd als er durante partu, vanwege verdenking op foetale nood, gestreefd werd naar de directe geboorte van het kind.

Interventie

Deelnemers kregen ofwel 500 mg allopurinol ofwel placebo intraveneus toegediend, direct voorafgaand aan de geboorte van het kind.

Uitkomstmaten

Het primaire eindpunt van de studie was S100B in het navelstrengbloed. Neuroketal was een secundaire uitkomst. Beiden zijn biochemische markers voor neuronale schade. Het verschil in de mediane S100B tussen de twee groepen (DiM) werd berekend met behulp

van quantiele regressie. Voor neuroketal rapporteren we geometrisch gemiddelde verschillen (GMD). We berekenden ook het verschil in het aantal kinderen met een S100B en/of een neuroketal waarde boven het 75e percentiel tussen beide groepen.

Resultaten

Van oktober 2009 tot december 2011 werden 222 vrouwen gerandomiseerd voor ALLO (n=111) of placebo (n=111). Zowel S100B als neuroketal in het navelstrengbloed waren niet significant verschillend tussen de twee groepen (DiM -7.69 (95%CI -24,9;9,52), $RR_{>p75}$ 0,85 (95%CI 0,53;1,4) respectievelijk GMD -7,53 (95%CI -15,5;3,62), $RR_{>p75}$ 0,85 (95%CI 0,51-1,4)). Post-hoc analyse toonde een duidelijk behandel-effect bij meisjes voor zowel S100B ($RR_{>p75}$ 0,37 (95%CI 0,14-0,99)) als neuroketal (GMD-16,4 (95%CI -24,6;-1,64)), terwijl bij jongens geen verschil aan kon worden getoond.

Conclusie

Maternale behandeling met allopurinol ten tijde van foetale hypoxieverlaagde biomarkers voor neuronale schade in het navelstrengbloed niet significant. Post-hocanalyse toonde een significant behandel-effect van allopurinol aan in het voordeel van meisjes. Een bevinding waar in de toekomst meer onderzoek naar gedaan zal moeten worden.

Website

www.studies-obsgyn.nl/allo

The logo for the ALLOtrial consists of the word 'ALLOtrial' in a sans-serif font. The 'O' in 'ALLO' is a large, stylized circle with a smaller circle inside it, resembling a double circle or a stylized 'O'. The '2' in 'trial' is a small, subscripted number.

Lopende studie: PIMPP

Acroniem

PIMPP

Volledige titel

Pessarium IMpLementatie Project

Achtergrond

Bij vrouwen met een meerlingzwangerschap is een partus prematurus de belangrijkste oorzaak van perinatale morbiditeit en mortaliteit. De helft van de vrouwen met een meerlingzwangerschap bevalt voor de 37e zwangerschapsweek. De ProTWIN-trial liet een significante reductie zien in zowel perinatale outcome als het aantal vroeggeboorten bij de vrouwen behandeld met een pessarium en een cervixlengte <38mm (<25e percentiel). Het percentage extreme vroeggeboorten nam af van 29% naar 14% en de kans op neonatale sterfte nam af van 18% naar 3%.

Vraagstelling

Het doel van het Pessarium IMpLementatie Project (PIMPP) is te beoordelen of de resultaten die gevonden werden in de interventiearm van de ProTWIN-trial na implementatie in de dagelijkse praktijk gehandhaafd blijven.

Studieopzet

Nationale multicenter prospectieve cohort studie.

Studiepopulatie

Vrouwen met een meerlingzwangerschap en een cervixlengte <38 mm (25^{ste} percentiel) tussen de 16e en 22e zwangerschapsweek die voor de 22e week een cervicaal pessarium kregen (Arabin). Dit cohort zal worden vergeleken met het historisch controle cohort uit de AMPHIA- & ProTWIN-trial.

Interventie

Alle vrouwen met een meerlingzwangerschap en een cervixlengte <38mm (25e percentiel) bij een amenorroeduur tussen de 16e en 22e week krijgen een cervicaal pessarium (Arabin). Het pessarium zal verwijderd worden bij een amenorroeduur van 36 weken, tenzij er sprake is van: hevige pijnklachten (veroorzaakt door het pessarium), vaginaal bloedverlies, contracties of prematuur gebroken vliezen.

Uitkomstmaten

De primaire uitkomstmaat is een slechte perinatale uitkomst, samengesteld uit onder andere: sterfte, periventriculaire leucomalacie, sepsis, bronchopulmonale dysplasie, intra-ventriculaire hemorrhagie en necrotiserende enterocolitis. Secundaire uitkomstmaten zijn: zwangerschapsduur; het aantal dagen dat een kind opgenomen ligt op neonatale intensive care unit, maternale morbiditeit en bijwerkingen/klachten van het pessarium.

Stand van zaken

De studie is van start gegaan in december 2012. Momenteel zijn er 24 klinieken die interesse hebben getoond in het PIMPP, waaruit tot op heden 17 patiëntaanmeldingen zijn voortgekomen.

Website

www.studies-obsgyn.nl/PIMPP (Website onder constructie)

www.studies-obsgyn.nl/ProTWIN

The logo for the PIMPP study. It features a stylized, metallic-looking ring or pessarium symbol above the letters 'PIMPP' in a bold, sans-serif font.