

1889-2014 125 jaar
ntog 2015

GYNAECOLOGIE, ONCOLOGIE, PERINATOLOGIE EN VOORTPLANTINGSGENEESKUNDE

Retroperitoneaal hematoom

Registratie geneesmiddelengebruik

Interstitiële graviditeit groot gevaar

De zorg van een bevallingscoach

Ebolavirusziekte bij zwangeren

Bijzondere uterus myomatosus

Colofon

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
 J.W. Nijkamp, namens de NVOG
 J.W.M. Aarts, namens VAGO, webredacteur
 S. Schoenmakers, namens VAGO, webredacteur
 A.C.M. Louwes, bureauondersteuning NVOG

DEELREDACTIES

E.A. Boss, gynaecoloog
 J.J. Duvekot, perinatoloog
 J.W. Ganzevoort, perinatoloog
 B.B. van Rijn, perinatoloog
 K.D. Lichtenbelt, klinisch geneticus
 A.C.J. Ravelli, epidemioloog
 S.J. Tanahatoo, voortplantingsgeneeskunde
 W.B. de Vries, kinderarts-neonatoloog
 W.C.M. Weijmar Schultz, gynaecoloog-seksuoloog
 F. Vernooij, gynaecoloog-epidemioloog
 R.P. Zweemer, gynaecologisch oncoloog
 S.F.P.J. Coppus, rubrieksredacteur NOBT
 M. Braakhekke, rubrieksredacteur UNO
 B. Koullali, rubrieksredacteur UNO
 G.H. de Wet, redigeren abstracts
 J. van 't Hooft, redacteur Crown Initiative

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.

VOLGENDE EDITIE

NTOG 2015 # 10 verschijnt op 5 december 2015.

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

RICHTLIJNEN VOOR AUTEURS

Zie i www.ntog.nl

BEELD OMSLAG

Tijgerlelie (*Lilium tigrinum*)
 Foto Wim van Hof (gaw)

ADVERTEERDERS IN DIT NUMMER

Astellas | *Betmiga*
 Memidis Pharma bv | *Evagynol*
 Ferring | *Menopur*
 Gedeon Richter | *Esmya*

ISSN 0921-4011

Inhoud

Editorial

- 432 **Waardering voor wetenschap**
 dr. Velja Mijatovic, *hoofdredacteur*

Van het bestuur

- 434 **Ze wisten het**
 dr. R.A. Hakvoort, *secretaris NVOG*

Kort nieuws

- 435 **Keer die schoenendoos eens om | Errata | Sam blogt**

Actueel

- 436 **IVF-resultaten 2014: Nederland beste én slechtste leerling van de Europese klas**
 dr. J.M.J. Smeenk en prof. dr. F.J.M. Broekmans

- 438 **Essure-sterilisatie onder vuur**

dr. Pim Ankum

In Memoriam

- 439 **Drs. Aaltje Schram (1903-2015)**
 prof. dr. H.W. Nijman

Ingezonden

- 440 **Simpel en logisch: gynaecologica.nl**
 drs. M.R. van Dijk

Oorspronkelijke artikelen

- 441 **Denk bij aanhoudende buikklachten ook aan retroperitoneaal hematoom**
 drs. N.Semertzidis, drs. N. Janssen-Jansen, dr. E. Hopman, dr. R.A.K.Samlal

- 444 **Registratie geneesmiddelengebruik tijdens de zwangerschap**
 C.H.C. Litjens BSc, drs. L.C. De Vries, drs. P.C.A.M. Bakker, drs. S. Vorstenbosch

- 448 **Interstitiële graviditeit een groot gevaar in een klein hoekje**
 drs. M.L. van Vliet, drs. W. van Vliet, dr. A.M.E. Bos, dr. C.G. Gerestein

- 454 **Hoe ervaren getraumatiseerde zwangeren de zorg van een bevallingscoach?**
 J.C. Ooijens, dr. J.J.H. Bakker, dr. I.M. de Graaf

- 459 **Ebolavirusziekte bij zwangere vrouwen**
 drs. N.M. Vink, dr. J.A. Severin, dr. A.J. Eggink

- 464 **Een bijzondere uterus myomatosis**
 dr. W.M. Klerkx, dr. M.A. Vermeulen, drs. M.T.E.W. Bulstra-Ramakers,
 dr. A.M. van Peperstraten

Column Mieke Kerkhof

- 468 **Ik zie het allemaal als een vertoning zonder werkelijke betekenis**

Focus op historie

- 469 **Raoul Palmer, founding father van de laparoscopie**
 dr. J. de Graaff

PICO Bello

- 471 **Wat zijn de gevolgen van anorexia voor het ongeboren kind?**
 drs.C. L. Vierstra, drs. L.E. van Rheenen-Flacl

Baanbrekend Onderzoek in Buitenlandse Tijdschriften

- 474 **Even wachten | Neoadjuvant de nieuwe standaards? | ProTWIN revisited?**
 dr. Flora Vernooij (redactie)

Update Nederlands Onderzoek

- 474 **IPad | Questa | IVF 38+**
 drs. Chantal Diedrich en drs. Judith Horenblas (redactie)

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.



Waardering voor wetenschap

dr. Velja Mijatovic hoofdredacteur

Recent publiceerde het Rathenau Instituut een rapportage getiteld *Vertrouwen in de Wetenschap*¹. In deze publicatie worden de eerste resultaten beschreven van een enquête die in juni 2015 onder de Nederlandse bevolking werd gehouden en vergeleken met een peiling die in 2012 werd verricht. Wat opvalt is dat het vertrouwen van de bevolking in de wetenschap onverminderd hoog is. De gemiddelde waardering (op een schaal van 0-10) ligt voor de wetenschap op 7 en is daarmee ook koploper op de vertrouwensladder, gevolgd door de rechtspraak, de vakbonden en de media met een waardering rond de 6. De politiek en het grote bedrijfsleven moeten het doen met een lager cijfer, namelijk rond de 5. Vergeleken met de meting in 2012 is de waardering over vrijwel het gehele palet iets gedaald maar de rangorde is onveranderd. In de enquête werd aan de burger ook de vraag gesteld of deze wil meepraten over de onderwerpen voor de wetenschap en welke onderwerpen er toe doen. Deze vragen zijn van belang aangezien het meeste wetenschappelijk onderzoek wordt bekostigd uit publieke middelen. Bovendien sluit het ook aan bij het recent gestarte initiatief van de *Nationale Wetenschapsagenda*² waarbij burgers werd gevraagd om mee te denken over de onderwerpen voor de wetenschap.

Maar wil de burger wel meepraten over de toekomst van de wetenschap? Uit de Rathenau-enquête blijkt dat 42% van de ondervraagden het belangrijk vindt dat het brede publiek meebeslist over de keuzes voor wetenschappelijk onderzoek. Daarbij vinden hoger opgeleiden het belangrijker om zelf mee te beslissen dan lager opgeleiden. Ten aanzien van de onderwerpen voor de wetenschap komt het volgende beeld naar voren: 77% van de bevroegden geeft aan geen weet te hebben van de Nationale Wetenschapsagenda en 20% geeft aan te weten dat er een agenda is, maar weet niet wat deze inhoudt. Slechts 2,6% weet precies wat de wetenschapsagenda is. Ten-

slotte vroeg men de burgers hoe zij het geld voor wetenschappelijk onderzoek zouden willen verdeelen. Het resultaat is dat men de helft van het geld aan medische wetenschappen zou besteden en de andere helft aan onderwerpen uit de natuurwetenschappen en sociale wetenschappen (beide gelijkelijk verdeeld). De keuze voor deze prioriteiten blijkt niet beïnvloed te worden door geslacht, leeftijd en/of opleidingsniveau.

Nu we weten dat de waardering van de samenleving voor de wetenschap nog altijd hoog is, is het interessant om te kijken hoe zich dit vertaalt in het budget dat Nederland vrijmaakt voor wetenschappelijk onderzoek. Uit de berekeningen van het CBS voor 2015 blijkt dat *BV Nederland* circa 6 miljard euro per jaar uitgeeft aan wetenschappelijk onderzoek. In 2018 is dat blijkens de bestaande beleidsvoorname ongeveer 5,5 miljard euro ofwel 0,63% van het bruto nationaal product (bnp). Daarmee haalt Nederland bij lange na niet zijn doelstelling om over 5 jaar 2,5 % van het bnp te besteden aan wetenschap. Voor dit tekort compenseren wij in Nederland steeds meer door onderzoeksgelden binnen te halen vanuit de Europese Unie. Thans is dat circa 450 miljoen euro per jaar, ten opzichte van 165 miljoen euro in het jaar 2000.

En als geld voor onderzoek schaarser wordt in Nederland, is het belangrijker om te weten hoe het wordt verdeeld. Zoals bekend wordt het meeste geld verdeeld via een zogenaamd *grant* systeem: onderzoekers schrijven een onderzoeksvoorstel, dat wordt beoordeeld door *peers*, er wordt gewogen en uiteindelijk besloten door een commissie van wetenschappers. De kans van slagen (toekenning) ligt rond de 15%. Is dit een eerlijk en gebalanceerd beoordelingsstelsel? Uit een recente studie³ van Spinozaprijswinnaar Naomi Ellemers blijkt dat zeker niet het geval. Zij onderzocht samen met Romy van der Lee 2823 Veni-beurs-aanvragen uit de periode 2010-2012.

Spinoza



Zoals ook eerder is gerapporteerd in een onderzoek naar de toekenning van Europese *ERC starting grants*, blijken er sekseverschillen te bestaan in het toekenningsbeleid van NWO met een verschil van 4% ten nadele van vrouwen. Opmerkelijk is dat de achterstelling van vrouwen juist optreedt in de medische wetenschappen en de sociale wetenschappen ondanks het feit dat daarin meer vrouwen actief zijn. De competitie is daar kennelijk feller en de vooroordelen lijken harder mee te spelen.

De studie van Ellemers heeft inmiddels aanleiding gegeven tot maatregelen bij NWO om het verschil in honoreringspercentages tussen mannen en vrouwen te verkleinen. Maar is dat genoeg? Zijn we niet toe aan een nieuw wetenschapsbestel waarin de gelden anders worden verdeeld? Immers, de helft van het onderzoeksbudget gaat thans verloren aan het proces van fondsenoekening. Bovendien induceren subjectiviteit en ongelijkheid in het honoreringsproces een suboptimaal gebruik van de beschikbare diversiteit aan wetenschappers. Marten Scheffer, hoogleraar aquatische ecologie en Spinozaprijswinnaar, heeft een gewaagd plan om het geld efficiënter te verdelen. Scheffer pleit voor een basisbudget per onderzoeker per jaar. Hiermee schaf je het tijdrovende en inefficiënte *grant* systeem af. Vervolgens laat je alle wetenschappers samen bepalen in welke medewetenschappers geïnvesteerd wordt. Scheffer stelt het volgende voor: “alle wetenschappers geven namelijk een fractie – bijvoorbeeld 50% – van de gelden die ze ontvangen aan andere onderzoekers. Het onderzoeksgeld stroomt zo van onderzoeker naar onderzoeker, en convergeert naar de mensen die de gemeenschap wil steunen. Wie wegens grote impact of status veel geld ontvangt moet uiteraard veel herverdelen. Wie weinig ontvangt kan altijd rekenen op de vaste jaarlijkse toelage”. Het model van Scheffer wordt ook wel *self-organized fund allocation* (SOFA) genoemd. Dit systeem is in feite gebaseerd op het

algoritme van Google's Page Rank en zou in theorie tot een beter verdeling van onderzoeksgeld moeten leiden. Maar werkt het daadwerkelijk ook in de praktijk? In een *pilot*-studie zou je het SOFA-model wetenschappelijk kunnen valideren. Als het blijkt te werken, is aannemelijk dat je hiermee een aantal grote problemen van het huidige bestel kunt verminderen zoals inefficiëntie, subjectiviteit en ongelijkheid. Dat zou een grote stap voorwaarts betekenen.

Referenties

1. Jonge, J. de *Vertrouwen in de Wetenschap* - Voorpublicatie, Rathenau Instituut, 24 augustus 2015.
2. Mijatovic, V *De Wetenschapsagenda*, Editorial, NTOG 2015;128:164.
3. Lee, R. van der & N. Ellemers *Gender contributes to personal research funding success in the Netherlands*. Proceedings of the National Academy of Sciences. doi:10.1073/pnas.1510159112



Ze wisten het

dr. R.A. Hakvoort *secretaris NVOG*

Onze beroepsgroep weet zich al jaren verzekerd van ruime media-aandacht. Neonatale sterfte, thuis bevallen of in het ziekenhuis, al of niet IVF voor alleenstaanden. En nu ook de recente innovaties binnen de algemene gynaecologie: eerst implantaten in de bekkenbodemchirurgie en nu de hysteroscopische sterilisatie door middel van *Essure*.

De media bevragen ons, wij vragen ons af: Hoe snel voerden we in? Hoeveel implantaten zijn er geplaatst? Hoeveel complicaties waren er? Van welke aard? Konden we het probleem zien aankomen?

In de uitzending wordt een verdachtmakend beeld geschetst. Nuance en objectieve rapportage ontbreken veelal... ze wisten het... Dat steekt.

Maar kritiek brengt ook iets. Het zorgt ervoor dat de patiënte ons expliciet bevraagt. Het dwingt ons gedetailleerd voor te lichten. Die plicht tot compleet informeren is helemaal niet nieuw. Het is niet alleen een morele maar ook een wettelijke verplichting. Modieuze medici en marktbewuste bestuurders gaan ermee aan de haal: *patient empowerment!*

Aanstekelijke missies van zorginstellingen: *patient in the lead* en *the patiënt is the top of our concern!*

Niks nieuws onder de zon. Het moet beter voor de patiënt en wij moeten dat beter doen.

Hoe groot zou het probleem van de *mesh* zijn geweest als patiënten door de beroepsgroep eenduidig en optimaal geïnformeerd zouden zijn?

Wat had het betekend als wij compleet geïnformeerd waren geweest bij de introductie van *mesh*? Wat had het betekend als we op uniforme wijze onze patiënten hadden kunnen informeren? Er was een aantal studies afgerond op grond waarvan *mesh* een goede aanvulling leek op het bestaande arsenaal van ingrepen. Maar er waren ook nog belangrijke studies onderweg.

Dat betekent dat er op een dergelijk moment grofweg twee smaken zijn voor de individuele zorgverlener. De behandeling wordt aangeboden in studieverband (RCT of prospectief cohort) of het wordt de patiënt duidelijk gemaakt dat de ingreep nog experimenteel is en de (langetermijn)uitkomsten niet bekend zijn. Wanneer zij, grondig geïnformeerd door haar arts, na ampele overweging besluit dat ze geen reële andere optie heeft en daarbij het mogelijke effect op vindt wegen tegen de risico's ervan, kan de zorg op dat moment voor haar alsnog optimaal zijn. Een dergelijke afweging tussen doel, opbrengst en risico's is zo mogelijk nog belangrijker bij zorg die geen behandeling van een aandoening behelst en waar alternatieven volop aanwezig zijn. Een goed voorbeeld hiervan is de sterilisatie.

Voor de toekomst betekent dit voor gynaecologen onverminderd de plicht om patiënten goed te informeren. Bewezen zinnige zorg kunnen we aanbieden, bewezen onzinnige zorg niet. Zorg waarvan we de zin of de risico's (nog) niet kennen moeten we evalueren. Voor de NVOG zou het volgende passen: na inschatting van effect en risico moet besloten worden of een bepaalde innovatie door de NVOG prioritering voor evaluatie verdient door middel van een studie binnen onze consortiumstructuur. Zo zouden we wereldwijd voorop lopen. Zo ben je niet de eerste bij de introductie, niet de *early adapter*, maar je bent wel het gidsland dat laat zien hoe je innovaties verantwoord in de kwaliteitscirkel introduceert.

Gewoon vanuit je oprechte en eenvoudige plicht. Introductie omdat we het wisten.



Het decembernummer van het NTOG dit jaar wordt een speciaal themanummer over de opleiding, met vele leuke bijdragen uit zowel binnen- als buitenland. Maar 'soms zegt een beeld meer dan duizend woorden' en daarvoor hebben we u nodig! Heeft u ook een schoenendoos met leuke, sprekende en opmerkelijke foto's uit uw eigen opleidingstijd? Wij zouden het erg leuk vinden als we die mogen gebruiken voor dit speciale themanummer (met adequate bronvermelding uiteraard).

Hebt u digitale foto('s), wilt u deze dan mailen naar annemijn.aarts@radboudumc.nl.

Hebt u 'analoge' foto's stuur ze dan s.v.p. op naar de NVOG, Postbus 20075, 3502 LB Utrecht, t.a.v. Ank Louwes.

Vermeld achterop elke foto uw naam en adres en wij zorgen dat u ze weer terugkrijgt.

Alvast veel dank, namens de redactie, Annemijn Aarts en Ellen Nijkamp.

Errata

In Memoriam Greet Siregar in het NTOG 2015;128:383 is niet geschreven door Jan de Graaff zoals per abuis is vermeld, maar door Margit Boer-Meisel.

Bij Thurkow, A.L., *Hysteroscopische sterilisatie: verleden, heden en toekomst* NTOG 2015;128: 394.

1. In de laatste zin van de tweede kolom op bladzijde 394 wordt gesteld: *De eerste laparoscopische sterilisatie in Nederland vond plaats in 1973.*⁹ Dat was niet in 1973 maar in 1969.
2. De titel in literatuurverwijzing 9, *Sterilisatie van de vrouw*, is onjuist. De juiste titel is *Film over laparoscopische sterilisatie*.
3. Bladzijde 395, tweede alinea, de zin *Eveneens werden in de eerste helft van de 21e eeuw pogingen gedaan...etc.* moet luiden: *Eveneens werden in de eerste helft van de 20e eeuw pogingen gedaan...etc.*

Met dank aan dr. A.Th.M. Verhoeven, lid Werkgroep Historie NVOG, voor zijn opmerkzaamheid.

Sam blogt

Dr. Sam Schoenmakers is als gynaecoloog in opleiding verbonden aan het Erasmus MC in Rotterdam. Als onderzoeker is hij bijzonder geïnteresseerd in basaal wetenschappelijk onderzoek. Sam Schoenmakers is de komende zes maanden werkzaam bij het Groote Schuur Hospital in Kaapstad, Zuid-Afrika. Sam zal ons regelmatig op de hoogte houden van zijn belevenissen in het zuidelijkste puntje van het Afrikaanse continent. Het land van bobotie, Breytenbach en de Ladysmith Black Mambazo. Lees meer op www.ntog.nl.



IVF-resultaten 2014

Nederland beste én slechtste leerling van de Europese klas

dr. J.M.J. Smeenk *gynaecoloog, Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis, Tilburg*
 prof. dr. F.J.M. Broekmans *hoogleraar VPG, UMC, Utrecht*

Sinds 1996 worden de IVF-resultaten van de Nederlandse centra weergegeven op de website van de NVOG. Hiermee brengt de beroepsgroep als een van de eersten uitkomstindicatoren van alle centra naar buiten. Binnen de huidige registratie is echter een *casemix*-correctie niet mogelijk en ook de gekozen uitkomstmaat 'totaal aantal zwangerschappen' doet in toenemende mate de discussie omtrent de validiteit, binnen de beroepsgroep opslaan. Zo worden de cijfers onder meer tijdens de IVF-werkgroepvergadering bediscussieerd. Onderlinge spiegeling heeft ertoe geleid dat er van elkaar geleerd wordt en 'het veld' opschuift in de goede richting. De verschillen tussen centra zijn kleiner geworden en *overall* zijn de zwangerschapscijfers hoger. Getalsmatige openheid gaat in Nederland gelukkig hand in hand met de mogelijkheid om 'in elkaars keuken te kijken'. Het is belangrijk om dit te koesteren, want veel IVF-centra over de grens kennen geen enkele vorm van (betrouwbare) openheid. Concurrentie-overwegingen lijken hierbij een belangrijke rol te spelen.

IVF-cijfers als indicator van kwaliteit is derhalve een groot goed, maar met de nodige valkuilen omgeven. Het gebruik ervan vraagt om een zorgvuldige afweging van wat wel, maar met name van wat niet bekend is, immers patiëntgebonden factoren, behandelparameters, complicaties etc. maken thans geen deel uit van de rapportage. Daarnaast getuigt de gedachte dat kwaliteit van een behandeling tot een enkel zwangerschapscijfer is terug te voeren, van een nogal reductionistische visie die zeer beperkt recht doet aan de wensen van de patiënt en de inspanningen van de professional. Hier staat tegenover dat patiënten en ziektekostenverzekeraars, overeenkomstig de tijdgeest, hun keuzes toenemend op meer transparantie wensen te baseren. Het is betreurenswaardig dat ondanks de lange geschiedenis en pogingen tot verbetering in het verleden, registratie binnen de voortplantingsgeneeskunde in Nederland nog altijd minimaal is, iets wat ook in Europees verband opvalt.

Wat weten we wel?

Het *overall* zwangerschapspercentage is in Nederland in 2014 nog nooit zo hoog geweest en het meerlingpercentage, wat als complicatie van een IVF/ICSI-behandeling wordt gezien, was nog nooit zo laag.

Het *overall* succespercentage van IVF/ICSI per cyclus nam in 2014 ten opzichte van 2013 toe van 29,5% naar 31,7%, en het percentage IVF-meerlingen nam af van 5,3% naar 3,9%. De daling van het aantal meerlingen is de voorbije jaren in internationaal perspectief spectaculair te noemen en hoewel de Europese IVF-Monitoring van de ESHRE om logistieke redenen enkele jaren achter de feiten aanloopt (1997-2010) geeft de figuur een idee hoe de Nederlandse trend geduid kan worden.

In 2014 is het aantal 'verse' IVF/ICSI-behandelingen t.o.v. 2013 met bijna 1.000 cycli afgenomen tot 14.115, waarbij het aantal IVF-baby's met een aantal van 4.647 min of meer stabiliseerde. Hiermee was één op de 36 baby's in Nederland een IVF-kind.

De in 2012 genomen 'pakketmaatregelen' lijken ook in 2014 effect te sorteren. De huidige registratie kan slechts in beperkte mate details hieromtrent verschaffen, maar met name het strikte *single embryo transfer*-beleid bij vrouwen tot 38 jaar en het afwachtende beleid bij vrouwen met een goede prognose lijken zich in 2014 te hebben vertaald in een afname van het aantal meerlingen (-25%), afname van aantal verse IVF/ICSI-cycli (-7%) ten opzichte van 2013.

Het totaal aantal zwangerschappen dat voortkomt uit een zogeheten cryo-cyclus is inmiddels opgelopen tot een derde van het totale aantal zwangerschappen na IVF of ICSI. Aangezien de hormonale belasting en risico's van een dergelijke cyclus voor een vrouw veel lager zijn, betekent ook dit gezondheidswinst. Hierbij is het overigens goed zich te realiseren dat cryo-embryo's vaak de resultante zijn van een IVF/ICSI-behandeling die enige tijd hieraan voorafgaand heeft plaatsgevonden en dat het aantal beschikbare cryo's (kansen) per patiënt sterk kan verschillen. Het 'overall zwangerschapspercentage' zoals dit in de

Tabel 1. Doorgaande zwangerschappen (+cryo) per cyclus

	IVF&ICSI	95% C.I.	Range
1996	17,6	16,9-18,4	9-22
2000	21,7	21-22,4	14-27
2011	26,9	26,3-27,6	18-37
2012	26,4	25,7-27,1	16-40
2013	29,5	28,7-30,2	19-42
2014	31,7	30,9-32,5	19-41

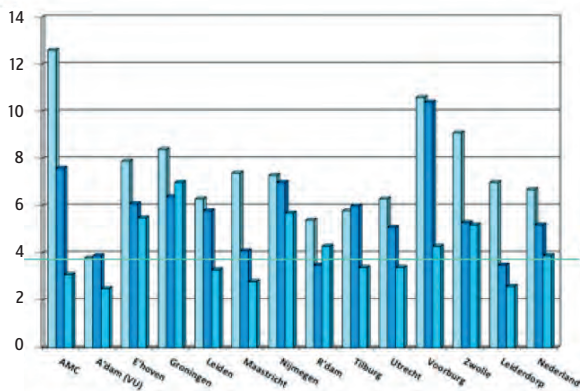


Fig. 1. Percentage meerlingen per centrum, 2012-2014

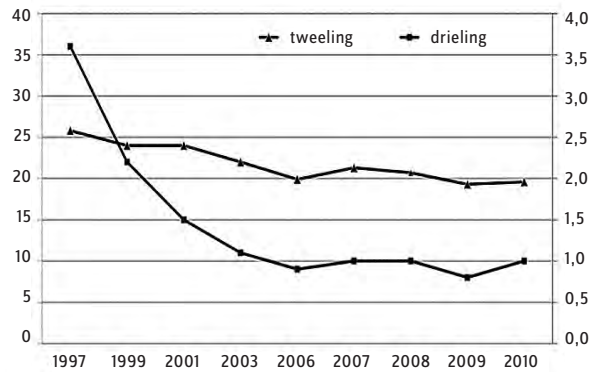


Fig. 2. Percentage meerlingen, 1997-2010 (bron ESHRE)

huidige rapportage wordt gehanteerd is dan ook een matig betrouwbare maat voor een individuele kansinschatting per kalenderjaar.

Hoe verder?

Registratie met eenheid van 'taal' is een voorwaarde voor adequate kwaliteitspeiling en maakt überhaupt een vergelijking mogelijk. Daarnaast wordt wetenschappelijk onderzoek hiermee gefaciliteerd. Vanuit het veld is er een consensuslijst opgesteld van de minimaal te registreren dataset per individueel paar (zgn. DART-gegevens). Uitgaande van het fundament, te weten adequate registratie in het (lokale) bronbestand, is voorts voor rapportage het centraal aggregeren, valideren en analyseren van de data nodig. Dit maakt uiteindelijk interne en externe *benchmarking* mogelijk en kan aldus leiden tot verbetering van kwaliteit en efficiency.

Concreet is voor een adequate VPG-registratie een

geavanceerde EPD (module) noodzakelijk. Landelijke dekking hiervan zou een compleet beeld opleveren van de gehele voortplantingsgeneeskundige zorg in Nederland. Daarnaast is de inrichting van een centraal orgaan voor de dataverzameling, analyse en opslag (Landelijke Infertiliteit Registratie 2.0) noodzakelijk. Koppeling van deze gegevens met de PRN (Perinatale Registratie Nederland) zou resulteren in een integraal beeld van de gehele pre- en postconceptionele geboortezorg in Nederland. Het Landelijk Specialistisch Fertiliteit Dossier (LSFD) is thans het enig beschikbare EPD dat aan de voorwaarden voor een volledige VPG-registratie voldoet.

In 2014 is IVF in Nederland met minder verse cycli, minder meerlingen en evenveel zwangerschappen t.o.v. 2013 doelmatiger dan ooit tevoren. De voortplantingsgeneeskunde omvat uiteraard veel meer dan alleen IVF, registratie hiervan is de basis voor verdere vooruitgang van het hele vakgebied.

O wee

Spoedsectio

In allerijl werd zij door de gang gereden, richting OK. Er was haast, want haar placenta was aan het loslaten.

Op OK 10 werd een spoedkeizersnede verricht en zag een gezond meisje het levenslicht. Bij de nacontrole bespraken we het wel en wee nog eens uitgebreid.

Het spoedeisende karakter was de jonge moeder heel duidelijk geworden. Ze zei: 'Op de heenweg naar de OK zag ik allemaal flitslichten en op de terugweg van de OK naar de kraamafdeling bleken dit gewoon TL-buizen te zijn'.

Mieke Kerkhof

Redactie Ank Louwes en Mieke Kerkhof. Zelf iets opmerkelijks, grappigs, wetenswaardigs, ontroerends meegemaakt? Stuur uw tekst naar m.kerkhof@jzbz.nl onder vermelding van O wee. Beperk u tot ongeveer 120 woorden. De redactie behoudt zich het recht voor om wijzigingen aan te brengen, die de leesbaarheid van het stukje optimaliseren.



Essure-sterilisatie onder vuur

dr. Pim Ankum AMC, Universiteit van Amsterdam (w.m.ankum@amc.uva.nl)

De hysteroscopische sterilisatie volgens de Essure-methode kreeg in 2002 het groene licht voor klinische toepassing van de Amerikaanse Food and Drugs Administration (FDA), op voorwaarde dat ook de langetermijnresultaten na vijf jaar bevredigend zouden zijn. Met een vertraging van bijna tien jaar zijn deze resultaten nu bekend.

De vijfjaarsresultaten van de Essure-sterilisatie werden recent gepubliceerd in *The Journal of Minimally Invasive Gynecology* en bekritiseerd in *The New England Journal of Medicine* door onderzoekers van Yale University.^{1,2} Hun kritiek richt zich allereerst op het feit dat publicatie van deze resultaten veel te laat komt. Geïnccludeerde vrouwen werden tussen mei 2000 en februari 2001 gesteriliseerd zodat de data in februari 2006 vrijkwamen, bijna tien jaar geleden. De kortetermijnresultaten werden in 2003 gepubliceerd waarbij een ongepubliceerde tussenrapportage diende voor *FDA-approval* in 2002.³ Verdere kritiek betreft het ontbreken van een controlegroep waardoor een referentiekader ontbreekt en het ontbreken van een *intention-to-treat*-analyse. Men beperkte zich tot vrouwen met een bevestigde, succesvolle tubaafsluiting beiderzijds op het HSG na drie maanden waarna geen zwangerschappen voorkwamen. Bovendien was de *follow-up* met 71% respons (n=336/551) verre van compleet, zodat zwangerschappen en complicaties wellicht gemist werden. Een ander kritiekpunt betreft het feit dat in 2007 een modificatie van het Essure-implantaat werd doorgevoerd - met FDA-instemming - waarvoor opnieuw klinische *follow-up*-studies vereist zijn. Deze studies werden echter niet geregistreerd bij *clinicaltrials.gov*, een essentiële administratieve voorwaarde voor latere publicatie. De nu gepubliceerde vijfjaarsresultaten betreffen een methode die sinds 2007 feitelijk niet meer bestaat. En, hoewel de critici hierover zwijgen, hadden alle auteurs een belangenverstrengeling met de Essure-fabrikant.

Ook *The British Medical Journal* deed een duit in het zakje met de publicatie van een vergelijkend onderzoek tussen laparoscopische en Essure-sterilisatie.⁴ Dit *population-based* cohortonderzoek in de staat New York, vergeleek ruim 8000 vrouwen die een Essure-sterilisatie ondergingen met ruim 44.000 vrouwen die laparoscopisch gesteriliseerd werden tussen 2005 en 2013. Vrouwen die de Essure-methode ondergingen, waren ouder en hadden vaker een PID, buikoperatie of sectio doorgemaakt. Een jaar na de sterilisatie bestond geen verschil in het aantal zwangerschappen (OR 0,84, 95% CI 0,63 - 1,12), 1,2% versus 1,1% (de interventies lijken in de OR

abusievelijk verwisseld). Daarentegen bestond het eerste jaar een tienmaal verhoogde kans op heroperaties na Essure-sterilisaties (OR 10,16, 95% CI 7,47-13,81), 2,4% versus 0,2% in de laparoscopiegroep. Indicaties werden niet vermeld.

De FDA hield op 24 september jongstleden een publieke vergadering van de *Obstetrics and Gynecology Devices Panel* over de Essure-sterilisatie-techniek. Aanleiding was het hoge aantal gemelde 'adverse events' bij het centrale registratiesysteem MAUDE (*Manufacturer and User Device Experience*): 5093 *adverse events* op 750.000 Essure-sterilisaties. Op de FDA-bijeenkomst was ook de patiëntenactiegroep vertegenwoordigd die een verbod van de Essure-sterilisatie door de FDA, nastreeft. Initiatiefneemster is Erin Brockovich die eerder de strijd aanging met de drinkwatervervuilende *Pacific Gas and Electric Company*, waardoor dit bedrijf 333 miljoen dollar schadevergoeding moest uitkeren.

Vooralsnog ontbreekt een systematisch inzicht in de aard en ernst van Essure-gerelateerde complicaties. Behalve mislukte sterilisaties betreft het ook zwangerschappen met prematuur gebroken vliezen toegeschreven aan het implantaat, chronische pijnklachten, door de tuba geperforeerde implantaten, darmperforaties, menstruatieklachten en hysterectomieën. Zonder gedetailleerde informatie is de causale relatie met de Essure-sterilisatie niet steeds helder.

Resumerend ligt de Essure-sterilisatiemethode onder vuur. Daarbij wordt het vertrouwen in de techniek ondermijnd door de overjarige en ondermaatse rapportage van de vijfjaarsresultaten. Het lijkt geen toeval dat behalve dit artikel, ook de kritische publicaties in NEJM en BMJ vlak voor de FDA-vergadering verschenen. In afwachting van de consequenties die de FDA hieraan verbindt, is dit misschien het juiste moment om uw voorraad Filshieclips aan te vullen.

Referenties

- Chudnoff, S.G., J.E. Nichols JE, M. Levie *Hysteroscopic Essure inserts for permanent contraception: Extended follow-up results of a phase III multicenter international study*. J Min Invas Gynecol 2015;22:951-60.
- Dhruva, S.S., S.J. Ross, A.M. Garipey *Perspective: revisiting Essure - towards safe and effective contraception*. N Engl J Med 2015 e17(1-3): 23 september.
- Cooper, J.M., C.S. Carignan, D. Cher et al. *Microinsert nonincisional hysteroscopic sterilization*. Obstet Gynecol 2003;102:56-67.
- Mao, J., S. Pfeifer, P. Schlegel et al. *Safety and efficacy of hysteroscopic sterilization compared with laparoscopic sterilization an observational cohort study*. Br Med J 2015;351:h5162.

De auteur verklaart dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.

Drs. Aaltje Schram (1973-2015)



Op zaterdag 4 juli hebben we afscheid moeten nemen van Aaltje Schram. Na een studie geneeskunde in Groningen, cum laude afgestudeerd, is Aaltje een korte periode werkzaam geweest als arts niet in opleiding. Vervolgens startte zij in mei 2001 met haar opleiding tot gynaecoloog. Vanaf juni 2006 is zij als staflid aangesteld binnen onze afdeling O&G UMCG. Aaltje is negen volle jaren een toegewijd teamlid geweest. Toen ze lid werd van de club in 2006, werd ze omringd door ervaren gynaecologen. Nu negen jaar later werd zij omringd door enthousiaste jongelingen en was zij de ervaren specialist in het vak.

Aaltje heeft al snel haar plek gevonden tussen de algemeen gynaecologen. Zij zette met groot doorzettingsvermogen een bekkenbodencentrum op in het UMCG. Tevens gaf Aaltje leiding en invulling aan een team die zorgden voor een goed functionerend complicatie registratiesysteem. Aaltje is voor ons altijd een uiterst betrouwbare collega in het vak gebleken, en evenzo voor haar patiënten een steun en toeverlaat.

Aaltje wist na het verlies van haar trouwe vriend en man Johan in december 2011 terug te komen in haar baan. Het respect dat Aaltje bij ons afdwong door de baan als moeder van Mats, familielid voor familieleden en vriendin voor vrienden te combineren met haar werk is groot.

Vanaf januari 2014 is Aaltje open geweest over de ziekte die haar trof. Waar wij als collega's haar wilden en konden steunen, liet ze dat toe. Maar tegelijkertijd wilde ze ook, zo lang het fysiek en geestelijk mogelijk was, een rol spelen binnen onze afdeling O&G. Eind mei 2015 was Aaltje nog op het Gynaecologisch congres. Nu realiseren wij ons pas hoe bijzonder dat was.

Wij zijn trots, het UMCG is trots en dankbaar, dat wij Aaltje Schram als collega in ons midden hebben gehad. Mats, familie, vrienden en collega's; wij wensen jullie alle kracht en sterkte toe die nodig zijn om hier mee in het reine te komen en later met weemoed, maar vooral met liefde die onverwoestbaar optimistische Aaltje te gedenken. In lijn met Aaltjes karakter is er geen twijfel dat dat gaat lukken. Er zijn zoveel fantastische dingen om aan terug te denken.

Namens de collega's van het UMCG, Groningen

prof. dr. H.W. Nijman

Simpel en logisch: gynaecologica.nl

drs. M.R. van Dijk *arts-onderzoeker, gynaecologie en verloskunde, Erasmus MC, Rotterdam*

Tijdens mijn studie merkte ik dat de medische wereld weinig feeling heeft met vrijwel alles dat digitaal is. Zo opereren specialisten met de meest geavanceerde apparatuur, maar hun Powerpoint-presentatie krijgen ze tijdens het college niet doorgeklikt. Verpleegkundigen blijven liever met een pen in een status schrijven dan dat ze leren werken met het elektronisch patiëntendossier en keukenpersoneel loopt liever alle patiënten langs dan de bestelling digitaal op te nemen. Ook termen als Facebookeren of een Twitter versturen verraden gebrek aan kennis.



Dit gebrek zie je ook terug op veel medische websites. De websites van (academische) ziekenhuizen zijn vaak een online doolhof met te veel informatie en te weinig structuur, medische nieuwssites richten zich vaak op nieuws in de breedste zin van het woord, ongeacht het vakgebied en de websites van de beroepsverenigingen richten zich, logischerwijs, meer op patiëntenvoorlichting en beleidsontwikkelingen binnen het specialisme.

Mij leek het logisch dat relevante ontwikkelingen en informatie binnen één vakgebied ook op één

plek samenkomen zonder *vervuiling* door irrelevante zaken. Ook viel me toen op dat bepaald onderwijsmateriaal moeilijk te vinden is. Waar voor chirurgische ingrepen alle informatie inclusief film- en fotomateriaal, toelichting en zelfs 3D-simulaties online te vinden is, bleek een simpel overzichtelijk anatomieplaatje van de uterus en adnexen vrijwel onvindbaar.

Vanuit mijn persoonlijke interesse in het gynaecologisch vakgebied heb ik vervolgens bedacht hoe zo'n website er dan uit kan zien. Hierbij zijn belangrijke voorwaarden dat de website voor bezoekers overzichtelijk en leesbaar moet zijn en dat het onderhoud mij weinig tijd en geld kost. Beide voorwaarden zijn goed haalbaar met bestaande gratis online services. Uiteindelijk heeft dit geresulteerd in de website *gynaecologica.nl*, die vanaf 2012 online is en vrijwel alleen wetenschappelijk nieuws en informatie biedt. Soms met een uitstapje in de vorm van een column, interview of opmerkelijke gebeurtenis, maar altijd in relatie tot de gynaecologie en obstetrie en bedoeld voor professionals binnen dit vakgebied.

Een groot voordeel van een selecte doelgroep is dat je bepaalde voorkennis mag veronderstellen en dus bepaalde vaktermen niet hoeft uit te leggen of angstvallig moet omzeilen. Overigens ontkom je er natuurlijk niet aan dat ook patiënten en anderen de site vinden, maar dat kan op zich geen kwaad.

Vaak wordt ervoor gekozen naast een website ook maximaal gebruik te maken van social media. Maar maximaal is iets anders dan optimaal. Voor *Gynaecologica* voegen *Instagram* en *Facebook* bijvoorbeeld weinig toe. Ook zou het onderhouden hiervan veel tijd gaan kosten. Twitter daarentegen heeft wel toegevoegde waarde, want hiermee worden items makkelijker en sneller gedeeld, wat weer zorgt voor een hoger bezoekersaantal en interactie binnen de doelgroep. Deze account werd dan ook vrij snel gekoppeld en heeft inmiddels 942 volgers, iets dat best positief te noemen is met een vrij selecte doelgroep. Steeds vaker komen er verzoeken binnen om aan bepaalde zaken aandacht te schenken, iets dat zelden onmogelijk is. De website leent zich door de opmaak namelijk ook goed voor het kort en bondig onder de aandacht brengen van onderwijsmateriaal lopende studies, afgeronde studies, pas verschenen relevante boeken of tijdschriften.

Inmiddels is er gelukkig meer feeling met de digitale wereld, soms zelfs teveel. Bezoekers zijn steeds moeilijker te boeien. Tijd is schaars, zeker bij de doelgroep. Een goed voorbeeld hiervan is een videoclip op Youtube die voorafgegaan wordt door een korte reclame, want wanneer deze reclame langer dan 4 seconden duurt is dit vaak al genoeg om niet meer te kijken. Iets soortgelijks is terug te zien bij nieuwsberichten. Het aantal bezoekers dat het volledige item doorneemt, of zelfs de bron controleert, ligt beduidend lager dan het aantal dat de samenvattende alinea leest.

Hoe de toekomst van *Gynaecologica* eruit ziet weet ik niet. De voorwaarden met betrekking tot tijd en geld zijn nog altijd van kracht en dat beperkt nu eenmaal de mogelijkheden, maar ondertussen is het leuk te zien hoeveel mensen de site bezoeken en waarderen. Vooral het plaatje van de uterus met adnexen, deze is onder de bijna 100.000 bezoekers al drie jaar het populairst. Blijkbaar zoeken meer mensen hiernaar.

Contact

e m.vandijk@erasmusmc.nl
t 010 7031849

Belangenverstrengeling

Auteur is eigenaar en webmaster van de website www.gynaecologica.nl.

Na TVT-operatie

Denk bij aanhoudende buikklachten ook aan retroperitoneaal hematoom

drs. N.Semertzidis ANIOS gynaecologie

drs. N. Janssen-Jansen gynaecoloog

dr. E. Hopman gynaecoloog

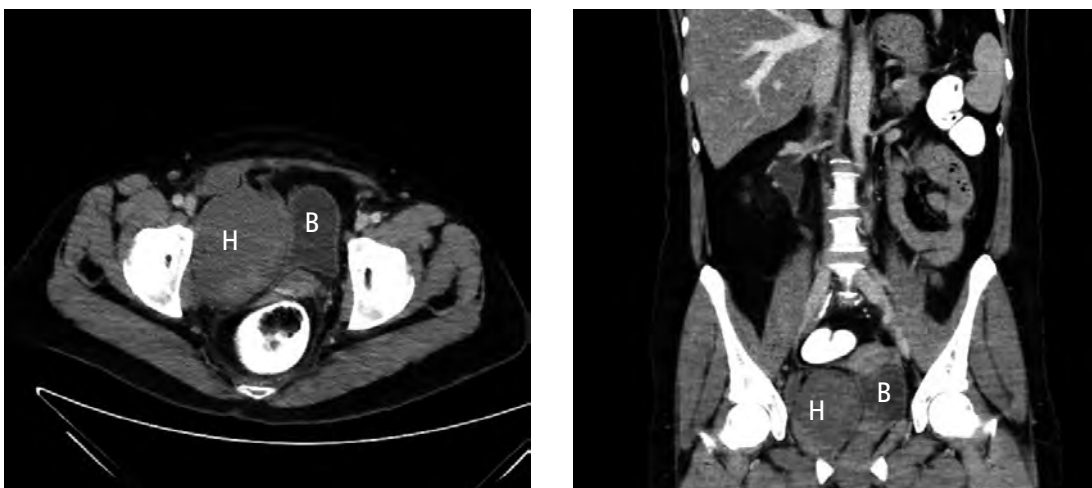
dr. R.A.K.Samlal gynaecoloog

Allen Ziekenhuis Gelderse Vallei Ede

Stressincontinentie bij vrouwen is een frequent voorkomende aandoening.¹ De behandeling kan bestaan uit fysiotherapie, pessarium of chirurgie waarbij in het laatste geval veelal wordt gekozen voor een retropubische (TVT) of een transobturator (TOT) synthetische suburethrale tape. Perioperatieve complicaties na een TVT-operatie komen in ongeveer twintig procent van de gevallen voor waarbij blaasontledigingsstoornis het vaakst wordt gezien. Vasculaire complicaties zoals bloedingen of hematomen zijn zeldzaam.² Wij presenteren een casus waarbij na een TVT-operatie er een fors retroperitoneaal hematoom was ontstaan dat leidde tot klachten en heropname.

Casus

Een 56-jarige patiënte werd naar ons bekkenbodemsprekruur verwezen in verband met ongewild urineverlies bij drukverhogende momenten en prolapsklachten. Zij was para 3 en had een blanco gynaecologische voorgeschiedenis. De algemene anamnese vermeldde diabetes mellitus, hypothyreoïdie en hypertensie waarvoor patiënte thyroxine, metformine, glicazide, en hydrochloorthiazide gebruikte. Bij gynaecologisch onderzoek werd een wijde introitus gezien, een rotatoire descensus van de urethra met urineverlies bij persen. Tevens werd een cysto- en rectocele vastgesteld tot aan het hymen. Bij speculumonderzoek werd een gave cervix gezien, er was geen descensus uteri en de TVL bedroeg 9 cm. Vaginaal toucher was normaal. Transvaginale echografie liet geen afwijkingen aan de uterus en adnexa zien. Concluderend was er sprake van een prolaps van het voorste en achterste compartiment stadium 1 en stressincontinentie. Patiënte werd conservatief behandeld met fysiotherapie en een pessarium. Wegens klachten over het pessarium werd na overleg met patiënte besloten tot een TVT-operatie gecompliceerd met een voor- en achterwand plastiek. De ingreep verliep ongecompliceerd en het bloedverlies bedroeg 60 ml. Enkele uren postoperatief trad hypotensie op waarbij patiënte goed aanspreekbaar was en zij een normale pols had. Derhalve werd volstaan met het geven van extra vulling. De eerste dag postoperatief waren de controles goed en bedroeg het Hb 7,4 mmol/l (preoperatieve Hb: 9,3 mmol/l). Wegens blaasontledigingsstoornis werd gestart met zelfcatheterisatie. Patiënte had geen andere klachten en werd in goede conditie ontslagen. Twee weken postoperatief werd patiënte weer gezien in verband met persisterende buikklachten en koorts. De mictie was na enkele dagen spontaan op gang gekomen maar er was daarna opnieuw een blaasontledigingsstoornis ontstaan waardoor patiënte weer was gestart met zelfcatheterisatie. Tevens was er sprake van een urineweginfectie die door de huisarts werd behandeld met nitrofurantoïne en vervolgens pipemidinezuur op geleide van de urinekweek. Bij onderzoek werd een niet-zieke patiënte gezien met een tensie van 130/80, pols 92/min en een temperatuur van 37,4°C. Onderzoek van het abdomen toonde drukpijn over de gehele onderbuik, geen loslaatpijn. Tevens slagpijn van de nierloges beiderzijds, rechts meer dan links. Bij transvaginale echografie werd anterieur en rechts van de uterus een 8x7 cm grote, deels echolucent en deels echodense structuur gezien. Differentiaaldiagnostisch werd gedacht aan een complicatie gerelateerd aan de ingreep dan wel een ovariumtumor die preoperatief zou zijn gemist. Gezien het onduidelijke klinische beeld werd de volgende dag een CT-scan verricht (figuur 1). CT-scan toonde het beeld van een hematoom rechts in cavum Retzii van 9,2x6,5 cm met stuiving van de rechter ureter. Laboratoriumonderzoek: Hb 7,5 mmol/l, creatinine 72 micromol/l, CRP 49 mg/l, leucocyten 10,2/nanoliter.



Figuur 1. Links: CT-abdomen, transversale doorsnede. Het hematoom (H) bevindt zich rechts in het bekken en de blaas (B) is hierdoor naar links verplaatst. Rechts: CT-abdomen, coronale doorsnede

Concluderend was er sprake van fors hematoom in cavum Retzii en een urineweginfectie, mogelijk pyelonefritis. Patiënte werd opgenomen, de antibiotica werden gecontinueerd en het hematoom werd in eerste instantie conservatief behandeld. Het Hb bleef stabiel evenals de vitale controles van patiënte zodat het ingezette conservatieve beleid kon worden gecontinueerd.

Patiënte knapte goed op en kon na vijf dagen in goede conditie worden ontslagen. Het Hb bij ontslag bedroeg 7,5 mmol/l. Twee weken later werd door de radioloog een echografie verricht waarbij het hematoom in grootte was afgenomen en de stuwung van de rechter ureter niet meer aanwezig was.

Bespreking

Vasculaire complicaties na TVT-operatie zijn zeldzaam. De incidentie van significante peroperatieve bloedingen bedraagt in studies waarbij tenminste 300 patiënten zijn geïncludeerd 1-2%.⁴ Hematoomvorming wordt bij 2-4% van de patiënten gerapporteerd.⁴ In een Nederlandse studie bij 809 patiënten bedroegen deze cijfers respectievelijk 1,2% en 3,4%.² De werkelijke incidentie van hematomen ligt vermoedelijk hoger omdat er in de meeste studies geen systematisch onderzoek naar is gedaan. In slechts één studie werden alle 336 patiënten postoperatief onderzocht en de incidentie in deze studie was het hoogst namelijk 4,1%.³

Over de ontstaanswijze van een hematoom na TVT kan worden gesteld dat er theoretisch drie anatomische locaties zijn waaruit een bloeding en/of hematoom kan ontstaan:

1. letsel van de paravaginale veneuze plexus.
2. letsel van de (multipele) venen in het cavum Retzii.
3. letsel van een grote vene in het bekken, meestal de vena iliaca interna.

Paravaginale bloedingen zullen meestal peroperatief zichtbaar zijn en kunnen worden gecontroleerd door middel van coagulatie of tamponade. Letsels van bekkenvenen zullen massaal bloedverlies veroorzaken en meestal leiden tot onmiddellijke laparotomie. De veneuze bloedingen uit het cavum Retzii kunnen sluipender verlopen en uiteindelijk forse hematomen veroorzaken.

Risicofactoren van vasculaire complicaties na TVT kunnen niet worden geïdentificeerd in de literatuur. Een studie meldt mogelijk een relatie met preoperatieve toediening van heparine.³ Over de vraag of de combinatie met prolapschirurgie risicoverhogend is, zijn gegevens in de literatuur schaars en tegenstrijdig.⁵ In een multivariate analyse van Schraffordt Koops bleek de gecombineerde behandeling geen onafhankelijke risicofactor voor postoperatieve complicaties.²

De patiënten die een hematoom ontwikkelen hebben meestal persisterende pijnklachten. Er lijkt een relatie met de grootte van het hematoom. In de studie van Flock werd gevonden dat hematomen <100 ml veelal symptomeloos waren terwijl hematomen >100 ml matige tot ernstige pijnklachten veroorzaakten.³

Diagnostiek kan bestaan uit echografie eventueel aangevuld door een CT-scan. Er zijn geen data die aangeven welke van deze methoden superieur is

Voor wat betreft de behandeling lijkt een afwachtend beleid gerechtvaardigd, mits de vitale controles stabiel blijven en er geen verdere Hb-daling optreedt. In een literatuuroverzicht bleek dat bij ongeveer een kwart van de patiënten met een hematoom een reoperatie werd verricht en bij driekwart een afwachtend beleid werd gevoerd.^{3,4} Redenen voor een interventie waren forse toename van het hematoom of persisterende hevige pijnklachten.

Men kan zich afvragen of een TOT-procedure bij deze categorie patiënten de kans op vasculaire morbiditeit verkleint. In gerandomiseerd onderzoek blijkt

de effectiviteit van de TVT in vergelijking met de TOT-procedure niet significant verschillend (80% versus 77%) terwijl de incidentie van hematomen voor de beide technieken vergelijkbaar is.^{6,7}

Terugkijkend naar onze casus waren er geen risicofactoren voor het ontstaan van een hematoom. De heparine was postoperatief gegeven. De ingreep verliep ongecompliceerd met 60 ml bloedverlies. Postoperatief klaagde patiënte niet over overmatige pijn die zou kunnen wijzen op een hematoom. Wel was er postoperatief een tensiedaling ontstaan en een daling van het Hb van 9,3 mmol/l preoperatief naar 7,4 mmol/l postoperatief, wat kan wijzen op een hematoom. In retrospect had op grond hiervan aanvullend onderzoek verricht moeten worden.

De buikklachten werden door de huisarts in eerste instantie geduid als passend bij een cystitis, wat met een urinekweek werd bevestigd. Pas na aanhoudende klachten werd verwezen voor aanvullend onderzoek. De *urgency* klachten werden waarschijnlijk veroorzaakt door compressie van het hematoom op de blaas.

Voor wat betreft de behandeling kozen wij voor het beleid om het hematoom conservatief te vervolgen met frequente Hb-controles hetgeen conform de literatuur goed te verdedigen is.

Concluderend kan worden gesteld dat een TVT-operatie een veel voorkomende ingreep is die meestal zonder complicaties verloopt. Een retroperitoneaal

hematoom is een zeldzame complicatie. De diagnose is lastig, mede omdat de klachten weinig specifiek zijn. Bij een onverklaarde Hb-daling postoperatief en/of persisterende onverklaarde buikpijnklachten, dient men hierop bedacht te zijn. Nader onderzoek middels echografie dan wel een CT-scan dient dan te worden verricht.

Literatuur

1. Vaart, C.H. van de, R. de Leeuw, J.J.P. Roovers et al. *The influence of urinary incontinence on quality of life of community-dwelling, 45-70 year old Dutch women.* Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2000;144(19):894-7.
2. Schrafford Koops, S.E., T.M. Bisseling, A.P. Heintz et al. *Am J of Obstet Gynecol* 2005; 193: 45-52.
3. Flock, F., A. Reich, R. Mucho et al. *Hemorrhagic complications associated with tension-free vaginal tape procedure.* Obstet Gynecol 2004; 104: 989-94.
4. Kolle, D., K. Tamussino, E. Hanzal et al. *Bleeding complications with tension-free vaginal tape operation.* Am J Obstet Gynecol 2005, 193: 2045-9.
5. Cetinel, B. & O. Demirkesen *Risk factors influencing the complication rates of tension-free vaginal tape procedures.* Curr Opin Obstet Gynecol 2005; 17(5): 530-534
6. Richter, H.E., M.E. Albo, M. Halina et al. *Retropubic versus transobturator midurethral slings for stress incontinence.* N Engl J Med 2010; 362: 2066-76.
7. Laurikainen, E., A. Valpas, A. Kiveldi et al. *Retropubic compared with transobturator tape placement in treatment of urinary incontinence. A randomized Controlled Trial.* Obstet Gynecol 2007; 109: 4-11.

Samenvatting

Achtergrond Bij de chirurgische behandeling van stressincontinentie wordt vaak gekozen voor een retropubische synthetische suburethrale tape (TVT). Perioperatieve complicaties van deze ingreep komen in ongeveer 20% van de gevallen voor. Vasculaire complicaties zoals bloedingen of hematomen zijn zeldzaam.

Casus Wij presenteren in dit artikel een casus waarbij een 56-jarige patiënte na een ongecompliceerde TVT-operatie buikklachten hield die niet goed konden worden verklaard. Aanvullende diagnostiek middels echo en CT toonde een fors hematoom in cavum Retzii dat conservatief werd behandeld.

Conclusie Bij onverklaarde persisterende buikklachten na een TVT operatie moet differentiaal diagnostisch ook gedacht worden aan een retroperitoneaal hematoom. Nader onderzoek door echografie dan wel een CT-scan dient dan te worden verricht.

Trefwoorden

TVT-operatie, complicatie, hematoom

Summary

Background Retropubic vaginal tape placement (TVT) is a frequently used surgical procedure for the treatment of stress urinary incontinence. Intra- and

postoperative complications occur in approximately 20% of the cases. Vascular complications however, are rare.

Case We present a case of 56 year old patient who underwent an uneventful TVT procedure. Because of unexplained abdominal pain a CT scan was performed that showed a large hematoma filling cavum Retzii. The hematoma was managed expectantly.

Conclusion Clinicians should be aware that in the presence of unexplained abdominal complaints after a TVT procedure, a retroperitoneal hematoma should be considered. In such cases, further investigations such as ultrasonography and CT scan is warranted.

Keywords

tension-free vaginal tape, complications, hematoma

Contact

drs. N. Semertzidis
Eikstraat 46, 3581 XM Utrecht
e gynaasemertzidisn@zgv.nl
e nicholassemertzidis@hotmail.com

Verklaring belangenverstrengeling

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

Register *pREGnant* helpt de kennis een stap vooruit

Registratie geneesmiddelengebruik tijdens de zwangerschap

C.H.C. Litjens BSc *masterstudent Biomedische Wetenschappen, Radboud Universiteit, Nijmegen*

drs. L.C. De Vries *arts, Bijwerkingencentrum Lareb, TIS, Den Bosch*

drs. P.C.A.M. Bakker *gynaecoloog-perinatoloog, VUmc, Amsterdam*

drs. S. Vorstenbosch *gezondheidswetenschapper, Bijwerkingencentrum Lareb, TIS, Den Bosch*

Internationale cijfers geven aan dat 60 tot 70% van de vrouwen tijdens haar zwangerschap tenminste één geneesmiddel krijgt voorgeschreven, vitamines, mineralen en foliumzuur buiten beschouwing gelaten.^{1,2} Veelal worden deze geregistreerde geneesmiddelen gebruikt zonder dat de veiligheid ervan tijdens de zwangerschap bewezen is in geneesmiddelstudies.^{3,4}

Het zwangerschapsregister *pREGnant* is ontwikkeld om het gebruik van geneesmiddelen tijdens zwangerschap en borstvoeding te registreren. Dit levert meer informatie over het gebruik en de eventuele (negatieve) gevolgen er van en maakt dat zorgverleners een beter onderbouwde afweging kunnen maken over het al dan niet voorschrijven van een bepaald geneesmiddel tijdens de zwangerschap of borstvoedingsperiode. Met twee voorbeelden zal het belang van het genereren van meer kennis via de *pREGnant*-registratie worden gedemonstreerd. Vervolgens zal een toelichting op het register gegeven worden en op welke wijze gynaecologen kunnen bijdragen.

Ondansetron: veilig of niet veilig?

Voorbeeld 1. De afgelopen jaren is het gebruik van Zofran® (ondansetron) fors toegenomen. Met één miljoen blootgestelde vrouwen op vier miljoen zwangerschappen, is het zelfs het meest aan zwangere vrouwen voorgeschreven anti-emeticum in de Verenigde Staten.^{5,6,7} Ondansetron is een selectieve 5-HT₃-receptor-antagonist. Het werkingsmechanisme is niet exact bekend maar berust waarschijnlijk op het blokkeren van 5-HT₃-receptoren in zowel het maag-darmkanaal als in het centrale en perifere zenuwstelsel waardoor het braakreflex wordt tegengegaan.⁸ De geregistreerde indicatie is het tegengaan van misselijkheid en braken ten gevolge van chemotherapie, bestraling of een operatie, waarmee het gebruik van ondansetron ter behandeling van hyperemesis gravidarum (HG) off-label is.⁹

Met meer dan 2000 gevolgd zwangerschappen is er veel beschreven ervaring met betrekking tot het gebruik van ondansetron tijdens de zwangerschap. In verschillende studies worden echter tegenstrijdige uitkomsten gezien. Eén studie zag een verhoogd risico op gespleten gehemelte, twee studies zagen een verhoogd risico op hartafwijkingen.^{10,11,12} Daarentegen werd in twee studies geen verhoogd risico op *major* congenitale afwijkingen gezien.^{13,14}

Mede doordat de grootte, opzet en kwaliteit van deze studies verschilt, is het lastig om conclusies te trekken waarop beleid kan worden gebaseerd. Er zijn verschillende aspecten die meegewogen dienen te worden zoals de methode, criteria van inclusie en exclusie, periode van blootstellingen, *confounding by indication* en mogelijk versturende factoren. De resultaten moeten tevens afgezet worden tegen een achtergrondincidentie van *major* congenitale afwijkingen bij levendgeborenen van reeds 2 tot 4%.¹⁵⁻¹⁷

De Teratologie Informatie Service (TIS), onderdeel van het Bijwerkingencentrum Lareb, is het kenniscentrum op het gebied van mogelijke effecten van geneesmiddelengebruik op de zwangerschap, het ongeboren kind en de lactatieperiode. De TIS beschikt over informatie die gebaseerd is op de meest recente inzichten en kan helpen bij het interpreteren en beoordelen van beschikbare data en dit combineren met kennis over farmacologische aspecten. Deze informatie is gebundeld in het Handboek Geneesmiddelen, Zwangerschap en Borstvoeding (GZB-boek) en is tevens te raadplegen via www.lareb.nl/Teratologie/Naslagwerk-GZB. De TIS concludeert op basis van de tegenstrijdige uitkomsten over de veiligheid van Zofran® (ondansetron), dat het alleen gebruikt dient te worden als gangbare therapieën onvoldoende werken. Emesafene® (meclozine) en Primperan® (metoclopramide) zijn in principe de voorkeursmiddelen bij HG.¹⁵

Over methylfenidaat geen informatie

Voorbeeld 2. In tegenstelling tot ondansetron, waarover voldoende maar tegenstrijdige informatie is, is over het gebruik van methylfenidaat tijdens de zwangerschap bijna geen informatie beschikbaar.

Methylfenidaat blokkeert de dopamine-opname in de centrale adrenerge-neuronen, en is daarmee een indirect werkend sympathicomimeticum.^{18,19}

Volgens Amerikaanse schattingen bevallen jaarlijks achtduizend vrouwen die worden behandeld voor ADHD, dit is ongeveer 0,2% van het totaal aantal geboortes per jaar in de VS. Ondanks het grote aantal vrouwen dat blootgesteld wordt aan ADHD-medicatie, is er weinig informatie over de effecten van deze behandeling op de zwangerschap en het (ongeboren) kind. Wel is bekend dat er substantiële risico's zitten aan het staken van methylfenidaat.²⁰

Een overzicht uit 2013 van de gepubliceerde data tot dan en een cohortstudie uit 2014 concluderen dat er, ondanks beperkte hoeveelheid informatie, geen associatie lijkt te zijn tussen het gebruik van methylfenidaat tijdens de zwangerschap en een aanzienlijk risico op congenitale afwijkingen (d.w.z. niet meer dan tweemaal verhoogd).^{21,22}

De TIS concludeert dat er, met slechts 550 gevolgde zwangerschappen tot nu toe, geen aanwijzingen zijn voor een sterk verhoogd risico op congenitale afwijkingen. Daarbij geeft de TIS aan dat de kwaliteit van de beschikbare studies matig is.⁴ Voorts moet bij het gebruik van methylfenidaat laat in de zwangerschap, rekening gehouden worden met ontwenningverschijnselen bij de neonat.^{20,23} Alternatieven tijdens de zwangerschap zijn bupropion, venlafaxine en tricyclische antidepressiva (TCA's), zoals imipramine en nortriptyline.¹⁵ De keuze van het middel is afhankelijk van waar de vrouw goed op reageert.

De pREGnant-registratie

Om meer (eenduidige) informatie te krijgen over het gebruik van geneesmiddelen tijdens de zwangerschap en borstvoeding is het zwangerschapsregister pREGnant ontwikkeld. pREGnant heeft een prospectief en observationeel karakter. Met behulp van zes vragenlijsten wordt informatie verzameld bij de zwangere vrouw over het gebruik van geneesmiddelen. De eerste vragenlijst zo vroeg mogelijk in de zwangerschap, bij voorkeur vóór 17 weken zwangerschap. De vervolgvragenlijsten met 17 weken en 34 weken zwangerschap en 2, 6 en 12 maanden na de partus. Naast rapportage van geneesmiddelengebruik wordt ook gevraagd naar het verloop van de zwangerschap, de bevalling, leefstijlfactoren, de eigen gezondheid en die van het kind. Deze informatie zal, alleen met toestemming van de vrouw, aangevuld worden met gegevens uit de PRN.

Door deze prospectieve benadering vermindert de kans op *recall-bias*.¹⁶ Door het navragen van het geneesmiddelgebruik bij de zwangere vrouw zelf,

is pREGnant niet (uitsluitend) afhankelijk van apothekergegevens. Zo kan informatie worden verzameld van zowel geneesmiddelen die uitsluitend op recept verkrijgbaar zijn als ook van *over-the-counter* middelen (OTC's). Bovendien kan de vrouw het exacte moment van blootstelling rapporteren en worden zo alleen gegevens vastgelegd van daadwerkelijk gebruikte medicatie. Vrouwen die geen geneesmiddelen gebruiken tijdens de zwangerschap, worden als controlegroep gebruikt.

Het internationale EURAP-onderzoek, naar de effecten van anti-epileptica gebruik op de vrouw tijdens de zwangerschap en op het ongeboren kind, is qua opzet vergelijkbaar aan het landelijke register pREGnant. pREGnant kent echter een bredere benadering waarbij informatie over alle geneesmiddelen, ook OTC's, verzameld worden. Met de ontwikkeling van pREGnant is ook de dataverzameling voor het EURAP-onderzoek binnen Nederland opgenomen in de pREGnant-registratie.

Door continue *monitoring* van de data in het register kan een verband tussen het gebruik van een geneesmiddel en het optreden van een afwijking worden opgemerkt. Of kan juist geconcludeerd worden dat een bepaald geneesmiddel relatief veilig is doordat er veel gezonde zwangerschapsuitkomsten zijn gedocumenteerd. Deze informatie wordt gecommuniceerd naar zorgverleners waardoor deze bruikbaar zijn ter onderbouwing van te volgen beleid.

Momenteel wordt, in samenspraak met de NVOG, KNOV en het CPZ gekeken hoe pREGnant landelijk geïmplementeerd kan worden. Tevens wordt bekeken welke stappen nodig zijn zodat het register onderdeel wordt van de reguliere geboortezorg.

Nodig vrouwen uit!

Zowel zorgverleners als de TIS, kunnen vragen over het gebruik van geneesmiddelen tijdens de zwangerschap beter beantwoorden als er meer informatie beschikbaar komt. Om voldoende informatie te verzamelen over het grote scala aan medicatie is het van belang om het aantal inclusies voor pREGnant te verhogen. Hierbij wordt de medewerking van alle zorgverleners gevraagd. Gynaecologen kunnen hun cliënten/patiënten attenderen op, of uitnodigen voor deelname aan pREGnant. Door het meegeven van een informatiefolder aan cliënten kunnen zij zichzelf op www.pregnant.nl aanmelden voor deelname. Daarnaast kunnen professionals ook een zorgverlenersaccount aanmaken. Wanneer daarop een e-mailadres van een zwangere vrouw wordt ingevuld, wordt deze met een automatisch gegenereerde e-mail uitgenodigd voor deelname. Laatstgenoemde benadering geeft een hogere respons.

Zo helpt u, met een kleine inspanning, de kennis over veilig gebruik van geneesmiddelen tijdens de zwangerschap, voor u en vele anderen, een stap vooruit!

Literatuur

- Mitchell A.A., Gilboa S.M., Werler M.M. et al. *National Birth Defects Prevention Study. Medication use during pregnancy, with particular focus on prescription drugs: 1976-2008*. Am J Obstet Gynecol. 2011 Jul;205(1):51.e1-8
- Smolina K., Hanley G.E., Mintzes B. et al. *Trends and Determinants of Prescription Drug Use during Pregnancy and Postpartum in British Columbia. 2002-2011: A Population-Based Cohort Study*. PLoS One. 2015 May 26;10(5): e0128312.
- Blehar M.C., Spong C., Grady C. et al. *Enrolling pregnant women: issues in clinical research*. Womens Health Issues. 2013 Jan;23(1):e39-e45.
- Shields K.E. & Lyerly A.D. *Exclusion of pregnant women from industry-sponsored clinical trials*. Obstet Gynecol. 2013 Nov;122(5):1077-81.
- Goodwin T.M., Poursharif B., Korst L.M. et al. *Secular trends in the treatment of hyperemesis gravidarum*. Am J Perinatol. 2008 Mar;25(3):141-7.
- Koren G. *Treating morning sickness in the United States—changes in prescribing are needed*. Am J Obstet Gynecol. 2014 Dec;211(6):602-6.
- Mitchell A.A., Gilboa S.M., Werler M.M. et al. *Medication use during pregnancy, with particular focus on prescription drugs: 1976-2008*. Am J Obstet Gynecol. 2011 Jul;205(1):51.e1-8.
- Farmacotherapeutisch Kompas. *Preparaattekst Ondansetron*. Uitgave Commissie Farmaceutische Hulp (CFH) van het College voor zorgverzekeringen; Geraadpleegd via www.farmacotherapeutischkompas.nl. 28 mei 2015
- Bijsluiters Ondansetron*. CBG. Geraadpleegd via <http://db.cbg-meb.nl/Bijsluiters/h33558.pdf>. 18 mei 2015
- Anderka M., Mitchell A.A., Louik C. et al. *Medications used to treat nausea and vomiting of pregnancy and the risk of selected birth defects*. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2012 Jan;94(1):22-30.
- Andersen J.T., Jimenez-Solem E., Andersen N.L. et al. *Ondansetron Use in Early Pregnancy and the Risk of Congenital Malformations*. Register Based Nationwide Cohort Study
- Danielsson B., Wikner B.N. en Källén B. *Use of ondansetron during pregnancy and congenital malformations in the infant*. Reprod Toxicol. 2014 Dec;50:134-7.
- Einarson A., Maltepe C., Navioz Y. et al. *The safety of ondansetron for nausea and vomiting of pregnancy: a prospective comparative study*. BJOG. 2004 Sep;111(9):940-3
- Pasternak B., Svanström H. en Hviid A. *Ondansetron in pregnancy and risk of adverse fetal outcomes*. N. Engl. J. Med. 2013 May 30;368(22):2146
- Stichting Health Base en Lareb/ Teratologie Informatie Service. *Geneesmiddelen, Zwangerschap en Borstvoeding. Praktisch naslagwerk voor zorgverleners*. Eindhoven: Van de garde/ jémé; 2014. p.233
- Strom B.L. *Pharmacoepidemiology*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.; 1994. p. 655
- Grobbee D.E. & Hoes A.W. *Clinical Epidemiology*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers; 2009. p. 355
- Farmacotherapeutisch Kompas. *Preparaattekst Methylfenidat*. Uitgave van de Commissie Farmaceutische Hulp (CFH) van het College voor zorgverzekeringen; Geraadpleegd via www.farmacotherapeutischkompas.nl. 8 juli 2015
- Law V., Knox C., Djoumbou Y. et al. *DrugBank 4.0: shedding new light on drug metabolism*. Nucleic Acids Res. 2014 Jan 1;42(1):D1091-7. PubMed ID: 24203711
- Besag F.M. *ADHD treatment and pregnancy*. Drug Saf. 2014 Jun;37(6):397-408
- Dideriksen D., Pottegård A., Hallas J. et al. *First trimester in utero exposure to methylphenidate*. Basic Clin Pharmacol Toxicol. 2013 Feb;112(2):73-6
- Pottegård A., Hallas J., Andersen J.T. et al. *First-trimester exposure to methylphenidate: a population-based cohort*

study. J Clin Psychiatry. 2014 Jan;75(1):e88-93.

- Debooy V.D., Seshia M.M., Tenenbein M. et al. *Intravenous pentazocine and methylphenidate abuse during pregnancy. Maternal lifestyle and infant outcome*. Am J Dis Child. 1993 Oct;147(10):1062-5

Samenvatting

Naar schatting krijgt 60-70% van de vrouwen tenminste één geneesmiddel voorgeschreven tijdens haar zwangerschap. Over het gebruik en de veiligheid hiervan is echter vaak weinig bekend. In het nationale zwangerschapsregister pREGnant rapporteren zwangere vrouwen via online-vragenlijsten over hun geneesmiddelgebruik en andere relevante onderwerpen met betrekking tot de zwangerschap. Door dit systematisch te documenteren komt er meer inzicht over verantwoord geneesmiddelgebruik tijdens de zwangerschap en lactatieperiode. Om voldoende informatie te verzamelen is het van belang het aantal inclusies te verhogen. Medische professionals kunnen daaraan meehelpen door zwangere vrouwen te attenderen op, of uit te nodigen voor deelname aan pREGnant!

Trefwoorden

zwangerschap, lactatie, geneesmiddelen, register, veiligheid, pREGnant

Summary

It is estimated that 60-70% of pregnant women take at least one prescribed drug during pregnancy. However, information on the safety of medicinal drug use during pregnancy is scarce. In the national pregnancy drug register pREGnant, pregnant women provide information on the use of medicines and other relevant topics related to her pregnancy through web-based questionnaires. Systematic documentation of medicinal drug use during pregnancy in daily practice will increase knowledge and allow more rational use. It is essential to increase the number of inclusions. Medical professionals can contribute by drawing attention to, or inviting pregnant women to participate in pREGnant.

Keywords

pregnancy, lactation, medicines, registry, safety, pREGnant

Contact

De TIS is bereikbaar voor zorgverleners op werkdagen tussen 9.00 en 17.00 uur via t 073 6469702
Meer informatie op www.pregnant.nl.

e info@pregnant.nl

t 073 6469700.

Belangenverstrengeling

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

Interstitiële graviditeit een groot gevaar in een klein hoekje

drs. M.L. van Vliet (destijds) ANIOS gynaecologie, Meander MC, Amersfoort

drs. W. van Vliet gynaecoloog, Meander MC, Amersfoort

dr. A.M.E. Bos gynaecoloog, UMC, Utrecht

dr. C.G. Gerestein gynaecologisch oncoloog, Meander MC, Amersfoort

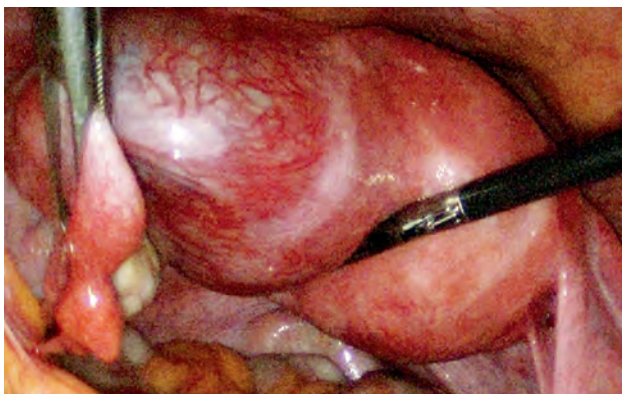
Een interstitiële graviditeit is een zeldzame vorm van een extra-uteriene graviditeit (EUG) en is gelokaliseerd in het proximale deel van de tuba, omgeven door dik en goed gevasculariseerd myometrium. Een interstitiële graviditeit blijft in vergelijking met een tubair EUG langer asymptomatisch maar gaat bij een ruptuur vaker gepaard met massaal bloedverlies. De diagnostiek en behandeling van een interstitiële graviditeit zijn daarom anders dan van een tubair EUG. Aan de hand van twee casus bespreken wij de moeizame diagnostiek van een interstitiële graviditeit, onze overwegingen voor diverse behandelingsopties en implicaties voor de lange termijn.

Casuïstiek

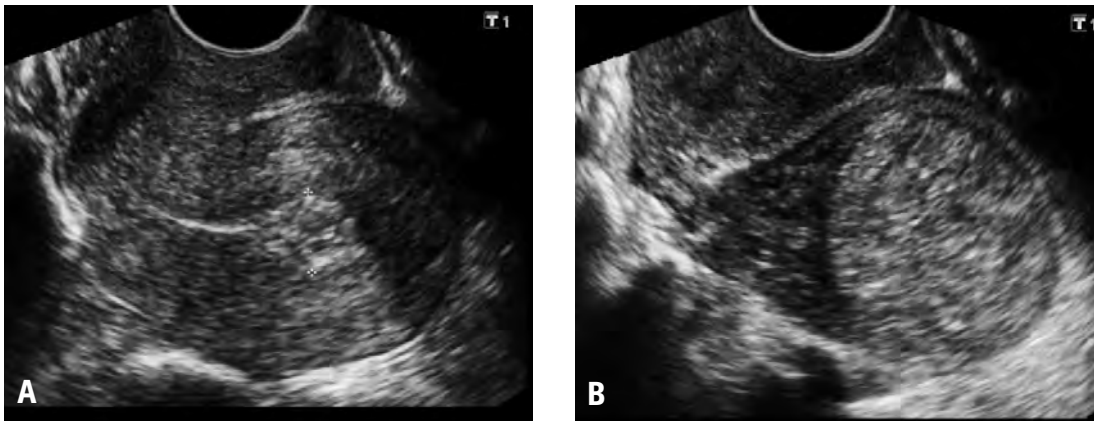
Patiënte A was gravida 4 para 2 en werd door de eerstelijnsverloskundige verwezen in verband met vaginaal bloedverlies en buikpijn bij een positieve zwangerschapstest en een amenorroeduur van acht weken. De obstetrische voorgeschiedenis vermeldde een abortus provocatus, een spontane partus en een primaire sectio bij stuitligging. Patiënte was bij

onderzoek hemodynamisch stabiel en had geen geprikkelde buik. Bij echoscopisch onderzoek werd een inhomogeen verdikt endometrium gezien van 14mm zonder intra-uteriene graviditeit. De adnexa hadden een normaal aspect en er was geen vrij vocht. Bij laboratoriumonderzoek was de humaan-choriongonadotrofineconcentratie (hCG) 19098 IU/L. Omdat er differentiaaldiagnostisch werd gedacht aan een EUG vond een diagnostische laparoscopie plaats, waarbij een interstitiële zwangerschap in de linker uterushoek werd geconstateerd (figuur 1). De procedure werd gestaakt en patiënte werd behandeld met *multi-dose* methotrexaat (MTX) volgens het schema in tabel 1. Bij herhaling van de echo werd een zwelling van 38mm bij 29mm in de linker tubahoek gezien (figuur 2). De hCG-concentratie bedroeg na één week 16471IU/L en er vond wekelijks controle plaats, tot deze na zes weken ondetecteerbaar laag was.

Patiënte B was gravida 6 para 3. Het prenataal-screeningscentrum verwees haar in verband met een verdenking op een niet-vitale zwangerschap bij een amenorroeduur van acht weken. In de obstetrische anamnese had patiënte drie spontane partus, één spontane miskraam en een interstitiële graviditeit, die conservatief is behandeld met een eenmalige injectie MTX. Bij transvaginale echoscopie werd een niet-vitale graviditeit conform 7 weken en 3 dagen gezien, die excentrisch lag van het myometrium (figuur 3). Differentiaaldiagnostisch werd gedacht aan een uterus bicornis met een niet-intacte graviditeit in de rechter hoorn. Na *counseling* werd besloten tot een abortuscurettage. Tijdens de ingreep lukte het niet om in de verwachte rechter hoorn te komen. Middels peroperatieve echoscopie werd duidelijk dat er geen septum of een uterus bicornis was maar een zwangerschapsproduct omgeven door myometrium in de rechter uterushoek. De diagnose interstitiële zwangerschap werd gesteld. Post-operatief bleek de hCG-concentratie 50 IU/L te zijn. Gezien de lage hCG-concentratie bij deze asymptomatische patiënte werd



Figuur 1: Patiënte A bij laparoscopie: interstitiële graviditeit links. Het gebied is hyperaemisch en gezwollen. Blauw doorschijnend zwangerschapsproduct zichtbaar.



Figuur 2: Patiënte A bij transvaginale echoscopie: endometrium met een leeg cavum uteri (a) en paramediaan een echodens ectopische massa in het linker interstitium (b).

besloten een expectatief beleid te voeren met hCG-controles. De hCG-concentratie was na een dag gedaald tot 29 UI/L en na een week ondetecteerbaar. Bij controle-echo's was er een restafwijking in de rechter uterushoek. Na drie maanden was dit sponstaan verdwenen.

Beschouwing

Een interstitiële graviditeit is een zeldzame vorm van een extra-uteriene graviditeit (EUG) en vormt circa 2-3% van de EUG's op 1 op 2500-4000 levend geboren.¹ De mortaliteit is met 2% bijna zeven maal zo hoog.²

Interstitiële graviditeit wordt vaak ten onrechte als synoniem gebruikt voor een cornuale zwangerschap of een angulaire/excentrische zwangerschap. Een cornuale graviditeit is een zwangerschap in één hoorn van een uterus bicornis of in één helft van een uterus (sub)septus. Een angulaire/excentrische zwangerschap is een implantatie in de hoek van het cavum, mediaal van het ligamentum rotundum. Het is een potentieel levensvatbare intra-uteriene graviditeit.³

Diagnostiek

Vroege diagnostiek van interstitiële graviditeit is uitermate belangrijk om potentieel levensbedreigende rupturen te voorkomen en conservatieve behandelingen mogelijk te maken. Het belangrijkste diagnosticum is de transvaginale echoscopie (TVE).

De belangrijkste en meest voorkomende echoscopische bevindingen bij een interstitiële graviditeit zijn een leeg cavum (1), een excentrische vruchtzak zonder contact met het endometrium (2), die omgeven is door een dunne (<5 mm) myometriummantel (3) (figuur 4). Deze drie parameters hebben een specificiteit van 88-93% voor de diagnose interstitiële graviditeit maar een sensitiviteit van slechts 40%.⁴ Ackerman et al. beschreven een interstitiële lijn. Dit is een echogene lijn tussen het cavum en de intersti-

tiële massa (figuur 4) die het interstitiële tubasegment voorstelt en heeft een sensitiviteit van 80% en specificiteit van 98%.⁵ Tenslotte is de goede vascularisatie te visualiseren waarbij klassiek een *ring of fire* gezien kan worden met kleurendoppler.⁶

Als er twijfel bestaat over de diagnose bij TVE, met name bij differentiatie tussen interstitiële, cornuale of angulaire zwangerschap kan aanvullende diagnostiek middels MRI uitkomst bieden.⁷

De bovenstaande casus zijn representatief voor de complexe diagnostiek bij een interstitiële zwangerschap. Bij patiënte A werd een leeg cavum gezien in combinatie met een hoge hCG-concentratie zodat gedacht werd aan een EUG. Retrospectief is er bij echoscopisch onderzoek onvoldoende naar de uterushoeken gekeken en is zodoende de interstitiële graviditeit gemist. Bij patiënte B werden bij echoscopie alle kenmerken passend bij een interstitiële graviditeit gezien: een verdikt endometrium maar leeg cavum uteri met een excentrische vruchtzak omgeven door een myometriummantel. Toch werd er initieel niet aan deze diagnose gedacht.

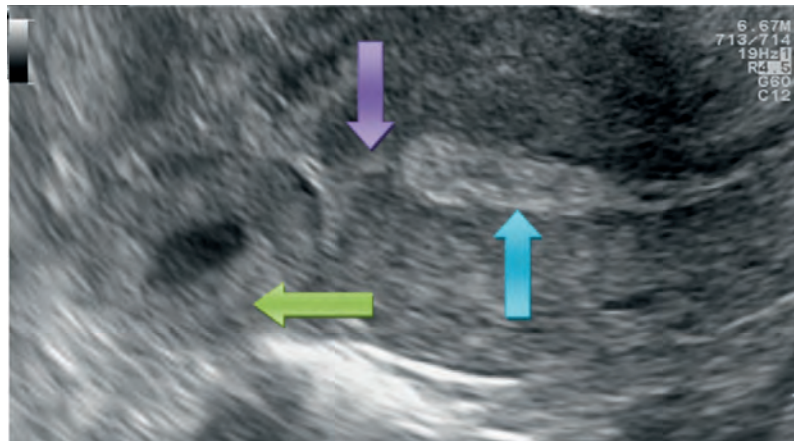
Niet alleen is er echoscopische expertise noodzakelijk maar tevens moet de behandelaar bij het diagnosticeren en lokaliseren van een EUG denken aan zeldzamere lokalisaties zoals een interstitiële zwangerschap en zich hiervan bewust zijn bij het echoscopisch onderzoek.

Behandeling

Traditioneel werd een interstitiële zwangerschap behandeld met een laparotomische wigresectie van de uterushoek of een uterusextirpatie. Door de komst van MTX wordt een conservatieve behandeling bij een hemodynamisch stabiele patiënt tegenwoordig verkozen boven een operatieve ingreep.^{8,9} In tabel 2 wordt een overzicht gepresenteerd met resultaten van onderzoek over conservatieve behandeling met MTX bij interstitiële graviditeit.



Figuur 3: Patiënte B bij transvaginale echoscopie: verdikt endometrium zonder zwangerschapsproduct. Zwangerschapsring met embryonale delen in het rechter interstitium.



Figuur 4: Echoscopische diagnostische bevindingen van een interstitiële graviditeit. Blauw: leeg cavum met iets verdikt endometrium. Groen: excentrische vruchtzak zonder contact met het endometrium, omgeven door een dunne (<5mm) myometriummantel. Paars: interstitiële lijn.

Expectatief

Door geavanceerdere echoscopische technieken en toename van vroege zwangerschapsecho's wordt de diagnose eerder en vaker gesteld, voornamelijk bij asymptomatische vrouwen. Een deel van deze interstitiële graviditeiten was zonder vroege diagnostiek in spontane regressie gegaan en zou nooit aan het licht zijn gekomen. Poon et al. beschreven retrospectief resultaten van expectatief beleid bij interstitiële zwangerschappen. Vrouwen kwamen in aanmerking voor afwachtend beleid als er geen foetale hartactie was en een stabiele of dalende hCG-concentratie. Bij 19 patiënten was een expectatief beleid voor 89,5% succesvol.¹⁰ Enkele andere *case reports* beschreven expectatief beleid met 71,4-100% succesvol resultaat.^{11,12} Alle concluderen dat afwachtend beleid kan worden overwogen bij asymptomatische patiënten met interstitiële graviditeit zonder cardiale activiteit en een dalend hCG, ongeacht de initiële hoogte ervan. Duidelijke instructies bij klachten en strikte *follow-up* zijn cruciaal wanneer voor een expectatief beleid wordt gekozen.

Methotrexaat

MTX is een foliumzuurantagonist die interfereert met de DNA-synthese in de snel delende trofoblast door blokkade van nucleïnezuren. Er zijn meerdere systemische MTX-regimes beschreven bij de behandeling van EUG's waarbij voornamelijk onderscheid wordt gemaakt tussen *single-dose* en *multi-dose* regimes.¹³ In tabel 1 geven we een overzicht van verschillende regimes en doseringsschema's. Het meest gebruikte regime is een *multi-dose* regime, zoals ook bij patiënte A.

Barnhart beschreef in een meta-analyse dat de *single-dose* therapie geassocieerd is met een significant grotere kans op falen in vergelijking met de *multi-dose* therapie (*adjusted odds ratio* (OR) 4,74; *confidence interval* (CI) 1,77-12,62), maar minder bijwerkingen heeft (OR 0,44; CI 0,31-0,63). Het totale slagingspercentage van MTX-therapie was 89%.¹³ Een aantal studies rapporteerde een goed resultaat na eenmalige MTX gift.^{11,14-17} Intacte graviditeiten met hartactie werden echter vaak geëxcludeerd en meestal werd een plafond gesteld voor de hoogte van het hCG. Tevens waren er regelmatig alsnog meerdere giften nodig bij onvoldoende hCG-daling. Opvallend is dat bijna alle studies met *multi-dose* therapie opmerken dat de hoogte van het hCG of aanwezigheid van cardiale activiteit niet voorspellend is voor het falen van de therapie. Bovendien werd de therapie goed verdragen en waren bijwerkingen mild.^{12,14,17-23}

Verschillende auteurs beschreven lokale injectie van MTX (al dan niet in combinatie met kaliumchloride) in de vruchtzak middels laparoscopie, hysteroscopie of echogeleide transvaginale injectie. Het slagingspercentage lijkt bij lokale injectie iets hoger dan bij systemische behandeling, maar hier is mogelijk sprake van publicatiebias.^{12,18,20} Bovendien is er vaak noodzaak tot een additionele systemische injectie, vereist de injectie expertise en er is een groter risico op bloedingen en rupturen.^{24,25} Wij concluderen dat *multi-dose* MTX-therapie de voorkeur heeft.

Operatief

Traditioneel waren laparotomische hysterectomie of wigexcisie van de uterushoek (cornua wigresectie) de behandeling van eerste keus bij interstitiële zwanger-

Tabel 1. Overzicht van methotrexaat regimes

dag	Expectatief	Single-dose i.m.	Single-dose i.v.	Multi-dose i.m.
0	hCG	1 mg/kg MTX	300 mg MTX i.v.	1 mg/kg MTX
1				0,1 mg/kg FZ
2	hCG ^a		15 mg FZ	1 mg/kg MTX
3			15 mg FZ	0,1 mg/kg FZ
4	hCG ^a	hCG	hCG 15 mg FZ	hCG 1 mg/kg MTX
5			15 mg FZ	0,1 mg/kg FZ
6				1 mg/kg MTX
7		hCG ^b	hCG ^{c, d}	hCG 0,1 mg/kg FZ
14		hCG ^b	hCG ^{c, d}	hCG ^b
wekelijks	hCG ^a	hCG ^{c, d}	hCG ^{c, d}	hCG ^{b, c, e}

a. Indien stijging hCG: stap over op ander behandelingschema

b. Indien daling <15%: 1 mg/kg MTX

c. Indien daling >15%: hCG wekelijks vervolgen tot ondetecteerbaar

d. Indien daling <15%: laparoscopie

e. Na vijf giften MTX en daling <15%: laparoscopie

MTX = methotrexaat, FZ = Folinezuur, hCG = Humaan choriongonadotrofine

schappen. De afgelopen jaren zijn er nieuwe, minder invasieve chirurgische technieken ontwikkeld waarbij de integriteit van de uterus beter gewaarborgd is, zoals het laparoscopisch openen van het interstitiële tubedeel en verwijderen van het zwangerschapsproduct (cornuostomie).^{26,27} Zowel laparotomische als laparoscopische operatieve ingrepen vereisen grote expertise van de operateur. Het risico op complicaties door bloedingen is groot. Indicaties voor operatieve behandeling van een interstitiële zwangerschap blijven beperkt tot hemodynamisch instabiele patiënten, patiënten waarbij een verdenking bestaat op een (dreigende) ruptuur, patiënten met een contra-indicatie voor medicamenteuze therapie en bij het falen van medicamenteuze therapie.^{26,27} Een review van alle beschikbare *case reports* en *series* van laparoscopische operatietechnieken bij interstitiële zwangerschappen toonde een slagingspercentage van 85% (164/192 patiënten). De auteurs waarschuwen echter voor publicatiebias.²⁷ Een additionele tubectomie kan worden overwogen om een toekomstig tubair EUG te voorkomen.

Follow-up

Ongeacht de vorm van behandeling is *follow-up* van hCG-concentraties van groot belang bij een interstitiële graviditeit. Bij expectatief of medicamenteus beleid moet het hCG wekelijks worden gevolgd tot dit ondetecteerbaar is. Routinematige echoscopie na MTX-behandeling wordt niet geadviseerd. Na medicamenteuze behandeling worden regelmatig rest afwijkingen bij echoscopie beschreven gedurende weken tot maanden. Een expectatief beleid lijkt hierbij gepast.²⁸

Zwangerschap na EUG

Verschillende *case series* beschreven successieve intra-uteriene zwangerschappen na een interstitiële graviditeit.²⁷ In de literatuur wordt geen advies gegeven over de optimale of minimale interval tussen een interstitiële zwangerschap en de daaropvolgende zwangerschap. In een studie van Surbane vindt bij de meerderheid de partus van een volgende zwangerschap plaats in het jaar na de interstitiële zwangerschap behandeld met MTX.²⁸ Vier casus zijn beschreven van een uterusruptuur in een successieve zwangerschap na een interstitiële zwangerschap, zowel na operatieve als conservatieve behandeling.²⁷ Alhoewel er casuïstiek bestaat over vaginale partus na een interstitiële zwangerschap, bestaat er algemene consensus een primaire sectio caesarea te verrichten gezien een mogelijke verweking en verdunning van het myometrium in de uterushoek, ongeacht of er operatief of conservatief is behandeld.²⁷

Conclusie

De interstitiële graviditeit is een zeldzame maar complexe vorm van een extra-uteriene graviditeit, met een hogere morbiditeit en mortaliteit dan de tubaire EUG. Door vroegetermijnecho's worden interstitiële graviditeiten vaker en eerder opgespoord. Echoscopie is de hoeksteen van de diagnostiek maar is complex en vraagt expertise en alertheid. Bij een hemodynamisch stabiele patiënt is systemische behandeling met MTX de eerste keus ongeachte de hoogte van het hCG of aanwezigheid van foetale hartactie. Indicaties voor operatieve behandeling van een interstitiële zwangerschap zijn beperkt tot een verdenking op een ruptuur of bij falen van medicamenteuze therapie.

Tabel 2. Overzicht van literatuur; conservatieve behandeling van interstitiële graviditeit.

Artikel	Methotrexaat regime	N	Hart actie	Succes (%)	Initial beta-HCG Median (range)	Resolutietijd (dgn) Median (range)	Opmerkingen
Expectatief							
Poon ⁹	Expectatief	17	0	90	3468 (157-89968)	50 (7-141)	Enkel bij dalend HCG zonder hartactie
Jermy ¹⁰	Expectatief	2	0	100	3517 (125-6909)	27,5 (15-40)	
Cassik ¹¹	Expectatief	7	0	71	1799 (438-11460)	30 (10-35)	
Systemisch							
Jermy ¹⁰	Eenm. 50mg/m ² i.m.	17	4	94	4637 (32-31381)	56 (23-94)	6 patiënten 2e gift
Hiersch ¹⁴	Eenm. 50mg/m ² i.m.	3	0	100	? (?-2500)	?	
Rodriguez ¹⁵	Eenm. 50mg/m ² i.m.	7	0	100	18098 (1592-75868)	55 (14-108)	1 patiënt 2e gift
Tang ¹⁶	Eenm. 300mg i.v.	11	4	91	10708 (1600-106634)	43 (21-129)	
Tanaka ¹⁷	Eenm. 300mg i.v.	33	7	94	20546 (230-106634)	56 (19-137)	Resultaten van Tang ¹⁶ ook geïnccludeerd
Cassik ¹²	2 dgn 50mg/m ² i.m.	5	0	80	5576 (793-41150)	49 (21-49)	
Hafner ¹⁸	2 dgn 1mg/kg i.m.	5	0	80	3044 (793-31381)	35 (21-49)	
Fernandez ¹⁹	4 dgn 1mg/kg/dag i.m.	2	?	100	440 (430-450)	33 (20-45)	
Benifla ²⁰	4 dgn 1mg/kg/dag i.m.	4	2	75	8450 (430-43000)	42 (20-45)	2 patiënten 1e gift lokale injectie
Karsdorp ²¹	4 dgn 1mg/kg/dag i.m.	4	?	100	10110 (1500-16800)	30 (23-30)	1 patiënt 1e gift lokale injectie
Hajenius ²²	4 dgn 1mg/kg/dag i.m.	8	?	100	13250 (410-81000)	78 (52-148)	3 patiënten nog een extra single dose
Hiersch ¹⁴	4 dgn 1mg/kg/dag i.m.	14	3	64	15763 (?)	?	
Pellegrino ²³	4 dgn 1mg/kg/dag i.m.	3	1	100	11243 (1351-24213)	24 (20-36)	
Fernandez ¹⁹	5 dgn 15mg/dag i.m.	2	?	50	2852 (364-5340)	20	
Benifla ²⁰	5 dgn 15mg/dag i.m.	2	0	50	2852 (364-5340)	20	
Lokaal							
Cassik ¹²	25mg MTX +/- 0,2mEq KCl transvaginaal	23	5	91	6006 (102-69820)	42 (21-97)	
Hafner ¹⁸	25mg MTX +/- 0,2mEq KCl transvaginaal	5	3	100	1750 (102-16400)	42 (21-77)	
Benifla ²⁰	1mg/kg transvaginaal of laparoscopisch	6	0	100	1500 (360-10000)	18 (9-22)	

? = onbekend, i.m. = intramusculair, i.v. = intraveneus

Literatuur

- Bouyer J., J. Coste, H. Fernandez, J.L. et al. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod* 2002;17:3224-30.
- Timmerman E., J.P.W.R. Roovers, W.M. Ankum et al. De interstitiële graviditeit: niet zomaar een extra-uteriene. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152:787-91.
- Jansen R.P. & P.M. Elliott. Angular intrauterine pregnancy. *Obstet Gynecol* 1981;58:167-75.
- Timor-Tritsch I.E., A. Monteagudo, C. Matera et al. Sonographic evolution of cornual pregnancies treated without surgery. *Obstet Gynecol* 1992;79:1044-9.
- Ackerman T.E., C.S. Levi, S.M. Dashefsky et al. Interstitial line: sonographic finding in interstitial (cornual) ectopic pregnancy. *Radiology* 1993;189:83-7.
- Dialani V. & D. Levine. Ectopic pregnancy: a review. *Ultrasound Quarterly* 2004;20:105-17.
- Filhastre M., H. Dechaud, A. Lesnik et al. Interstitial pregnancy: role of MRI. *Eur Radiol* 2005;15:93-5.
- Oliver R., M. Malik, A. Coker et al. Management of extra-tubal and rare ectopic pregnancies: case series and review of current literature. *Arch Gynecol Obstet* 2007;276:125-31.
- Bakker I.S., H. ter Brugge & H.W.F. van Eijndhoven. Vier patiënten met een zeldzame vorm van extra-uteriene graviditeit. *NTOG* 2013;126(4):167-72.
- Poon L.C.Y., E. Emmanuel, J.A. Ross et al. How feasible is

- expectant management of interstitial ectopic pregnancy?* Ultrasound Obstet Gynecol 2014;43:317-21.
11. Jermy K., J. Thomas, A. Doo et al. *The conservative management of interstitial pregnancy.* BJOG 2004;111:1283-8.
 12. Cassik P., D. Ofili-Yebovi, J. Yazbek et al. *Factors influencing the success of conservative treatment of interstitial pregnancy.* Ultrasound Obstet Gynecol 2005;26:279-83.
 13. Barnhart K.T., G. Gosman, R. Ashby et al. *The medical management of ectopic pregnancy: a meta-analysis comparing "single dose" and "multidose" regimens.* Obstet Gynaecol 2003;101:778-84.
 14. Hiersch L., H. Krissi, E. Ashwal et al. *Effectiveness of medical treatment with methotrexate for interstitial pregnancy.* Aust N Z J Obstet Gynaecol 2014;54(6):576-80.
 15. Rodriguez L., P. Takacs & T. Kang. *Single-dose methotrexate for the management of interstitial ectopic pregnancy.* Int J Gynaecol Obstet 2004;84(3):271-2.
 16. Tang A., D. Baartz & S.K. Khoo. *A medical management of interstitial ectopic pregnancy: A 5-year clinical study.* Aust N Z J Obstet Gynaecol 2006;46:107-11.
 17. Tanaka K., D. Baartz & S.K. Khoo. *Management of interstitial ectopic pregnancy with intravenous methotrexate: An extended study of a standardised regimen.* Aust N Z J Obstet Gynaecol 2015;55(2):176-80.
 18. Hafner T., N. Aslam, J.A. Ross et al. *The effectiveness of non-surgical management of early interstitial pregnancy: a report of ten cases and review of the literature.* Ultrasound Obstet and Gynecol 1999;13:131-36.
 19. Fernandez H., D. De Ziegler, P. Bourget et al. *The place of methotrexate in the management of interstitial pregnancy.* Hum Reprod 1991;6:302-6.
 20. Benifla J.L., H. Fernandez, E. Sebban et al. *Alternative to surgery of treatment of unruptured interstitial pregnancy: 15 cases of medical treatment.* Eur J Obstet Genecol Reprod Biol 1996;7:151-6.
 21. Karsdorp V.H., F. Van der Veen, R. Schatset al. *Successful treatment with methotrexate of five interstitial pregnancies.* Hum reprod 1992;7:1164-9.
 22. Hajenus P.J., R.R. Voigt, S. Engelsbelet al. *Serum human chorionic gonadotropin clearance curves in patients with interstitial pregnancy treated with systemic methotrexate.* Fertil Steril 1996;66:723-8.
 23. Pellegrino A., G.R. Damiani, S. Landi et al. *Pivotal points in interstitial pregnancy: new insights in conservative medical treatment of non-ruptured interstitial pregnancy.* J Obstet Gynaecol. 2014;34(1):93-5.
 24. Gamzu R., B. Almog, Y. Levin et al. *The ultrasonographic appearance of tubal pregnancy in patients treated with methotrexate.* Hum Reprod 2002;17:2585.
 25. Lau S. & T. Tulandi. *Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy.* Fertil Steril 1999;72:207-15.
 26. Ng S., S. Hamontri, I. Chua, B. Chern & A. Siow. *Laparoscopic management of 53 cases of cornual ectopic pregnancy.* Fertil Steril 2009;92(2):448-52.
 27. Moawad N.S., S.T. Mahajan, M.H. Moniz et al. *Current diagnosis and treatment of interstitial pregnancy.* Am J Obstet Gynecol 2010;202:15-29.
 28. Surbone A., O. Cottier, Y. Vial et al. *Interstitial pregnancies' diagnosis and management: an eleven cases series.* Swiss Med Wkly 2013;143:13736.

Samenvatting

De interstitiële graviditeit is een zeldzame maar complexe vorm van een extra-uteriene graviditeit, met een hogere morbiditeit en mortaliteit dan de tubaire EUG. Door vroegertermijnecho's worden interstitiële graviditeiten vaker en eerder opgespoord. Echoscopie is de hoeksteen van de diagnostiek maar is complex en vraagt expertise en alertheid. Bij een hemodynamisch stabiele patiënt is systemische behandeling met MTX de eerste keus. Indicaties voor operatieve behandeling van een interstitiële zwangerschap zijn beperkt tot een verdenking op een ruptuur of bij falen van medicamenteuze therapie. Aan de hand van twee casus bespreken wij de moeizame diagnostiek van een interstitiële EUG, onze overwegingen voor diverse behandelingsopties en implicaties voor de lange termijn.

Trefwoorden

Extra-uteriene graviditeit (EUG), interstitiële graviditeit, cornuale graviditeit, MTX.

Summary

Interstitial pregnancy is a rare but complex form of ectopic pregnancy. It accounts for approximately

2-3% of the ectopic pregnancies and has a sevenfold higher morbidity and mortality rate compared to tubal ectopic pregnancies. Diagnosis prior to uterine rupture and massive hemorrhage is difficult but has become more frequent due to early pregnancy ultrasounds. This has enabled a more conservative approach to management and treatment methods. Here, we report two cases of interstitial pregnancies and give an overview on current knowledge of diagnosis and treatment.

Keywords

Ectopic pregnancy, interstitial pregnancy, cornual pregnancy, methotrexate

Contact

drs. M.L. van Vliet
Afdeling gynaecologie en obstetrie
Ziekenhuis Gelderse Vallei
Postbus 9025, 6710 HN Ede
e marleenvliet@gmail.com

Belangenverstrengeling

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

In een academische setting

Hoe ervaren getraumatiseerde zwangeren de aangeboden zorg van een bevallingscoach?

J.C. Ooijens *klinische doula*

dr. J.J.H. Bakker *klinisch verloskundige*

dr. I.M. de Graaf *gynaecoloog*

Allen AMC Amsterdam

Zwangerschap en het krijgen van een kind is één van de belangrijkste gebeurtenissen in de levens van vrouwen en mannen. Voor sommige vrouwen met een hoog risico op complicaties met de noodzaak in een academisch ziekenhuis te bevallen, brengt dit zorgen met zich mee. De zwangere krijgt in het algemeen uitstekende informatie over de aandoening en de gevolgen hiervan, maar is vaak onvoldoende op de hoogte van de standaardprocedures die ziekenhuizen hanteren. Daarnaast door de organisatiestructuur en wisselende diensten heeft de vrouw vaak te maken met meerdere zorgverleners en is op een druk verloscentrum soms onvoldoende mogelijkheid voor één-op-één persoonlijke en continue ondersteuning.

In de Cochrane¹ review over de effecten van continue begeleiding versus standaardzorg, worden resultaten beschreven van 21 gerandomiseerde studies, waarbij in totaal 15.061 vrouwen betrokken waren in uiteenlopende omstandigheden, in elf verschillende landen². In alle studies is gewerkt met continue begeleiding door een verpleegkundige, verloskundige, doula ofwel bevallingscoach (BC) met verschil betreffende ervaring, kwalificaties en hun relatie met de barendende vrouw. De uitkomst van de review is dat continue begeleiding grotere tevredenheid geeft bij vrouwen, maar ook dat het aantal pijnstillingverzoeken en medische interventies daalde. Continue ondersteuning zou de norm moeten zijn in plaats van de uitzondering en is bijzonder effectief als deze wordt gegeven door één en dezelfde persoon die zich volledig kan concentreren op de barendende vrouw en haar partner.

Marlies Rijnders², onderzoekster bij TNO, heeft een tevredenheidsonderzoek uitgevoerd onder vrouwen kort na hun bevalling. Dit betrof zowel laag- als hoogrisicovrouwen. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat maar liefst één op de vijf vrouwen negatief terug-

kijkt op haar bevalling. Op basis van haar onderzoek pleit zij voor duidelijke taal en openheid over het omgaan met bevallingspijn en benoemt nadrukkelijk ook de voordelen van continue begeleiding.

Het project

Het verloscentrum van het Academisch Medisch Centrum Amsterdam levert hoogwaardige technische zorg rondom een gecompliceerde zwangerschap en baring. Professionals zijn gefocust op het medische probleem en gericht op behandelen. Hierbij krijgt het menselijke aspect van het krijgen van een kind, de *key life experience* die de baring voor ouders is, mogelijk minder aandacht dan het verdient. Daarnaast zijn vrouwen met een belaste anamnese vaak gespannen en angstig, soms zelfs getraumatiseerd door eerdere ervaringen³. In 2009 initieerde het AMC het project 'Het zal je moeder maar wezen' met als centraal thema de kwaliteit van zorg in het AMC te verbeteren. Ziekenhuisbreed kregen werknemers de gelegenheid hun plannen in te dienen. Catharina Ooijens, destijds werkzaam op het secretariaat, diende een projectvoorstel in naar de effectiviteit van de bevallingscoach bij getraumatiseerde vrouwen. Hoewel de subsidie werd afgewezen, is het belang van continue ondersteuning en aanvullende zorg voor vrouwen erkend en werd tijd en geld vrijgemaakt voor het project door de leiding van het verloscentrum. In Nederland is geen studie gedaan naar de bevallingscoach voor deze specifieke groep zwangeren, namelijk vrouwen met een traumatische achtergrond. Wij onderzochten of de bevallingscoach meerwaarde heeft voor de vrouwen maar ook voor een obstetrisch team. Daarnaast werd gekeken of in de academische leeromgeving van het AMC de bevallingscoach de beginnende professional kan motiveren en inspireren naar meer cliëntgerichtheid.

Opzet

Gezien de beperkte financiële middelen was een gerandomiseerde studie niet mogelijk en werd gekozen voor een pilot. Voor deelname aan het project kwamen in aanmerking: angstige vrouwen met een traumatische voorgeschiedenis, vrouwen zonder enig sociaal netwerk en vrouwen met een bovengemiddelde angst voor de bevalling. De beoordeling was gebaseerd op het verhaal van de patiënt in gesprekken met gynaecoloog of klinisch verloskundige.

Initiatiefnemer voor het project Catharina Ooijens trad op als bevallingscoach, zij is gekwalificeerd doula ingeschreven bij de Nederlandse Beroepsvereniging van Doula's.

Na aanmelding werd de vrouw twee keer een *intake* gesprek aangeboden van circa twee uur, thuis of in het ziekenhuis, waarbij de behoeften en wensen van de zwangere werden geïnventariseerd. Voorts werd bekeken in hoeverre hier ruimte voor is of gecreëerd kan worden binnen de afspraken van het ziekenhuis. Deze gesprekken werden in het geboorteplan samengevat en in overleg met de zorgverlener in het dossier vastgelegd.

Family centering care, waarbij de naasten direct worden betrokken bij de zorgverlening, werd ingezet tijdens voorgesprekken en gedurende de baring om de directe betrokkenen te stimuleren, waar mogelijk actief deel te nemen aan de bevalling en hoe hierbij de zwangere optimaal te ondersteunen.

Belangrijke vaardigheden van de bevallingscoach tijdens de een-op-een-begeleiding zijn: empathisch luisteren waarbij de ervaring en angsten van de patiënt centraal staan, daar waar mogelijk geruststellen, bemoedigen en zelfvertrouwen stimuleren. Affectieve vaardigheden als zorgen voor anderen, plezier hebben, beschermen en helpen, horen daar ook bij.

Tijdens de ontsluitingsperiode kan de bevallingscoach helpen met ademhalings- en ontspanningstechnieken, comfortverhogende en pijnverlagende handelingen, zoals geven van massage waardoor gespannen spieren tijdens pijnlijke contracties tot ontspanning worden gebracht.

Het is bekend dat aanraken en masseren oxytocine-verhogend werkt⁴.

De bevallingscoach let erop dat er (licht) gegeten en gedronken wordt, stimuleert haar tot het wisselen van houding, vraagt haar regelmatig de blaas te legen en eventueel gebruik te maken van de douche. Zij ondersteunt met woorden die opbouwend zijn in het baringsproces en vertrouwen in eigen kracht versterken. Indien nodig verwoordt zij specifieke wensen van de moeder naar de zorgprofessionals en geeft extra uitleg over procedures of medisch noodzakelijke handelingen aan de ouders.

Postpartum werd minimaal één maar vaak meermaals een bezoek afgelegd, ter ondersteuning en evaluatie van de begeleiding. Dit vond zowel thuis als op de kraamafdeling plaats.



Onderwijs

Binnen het project is ruimte gemaakt voor aanvullend groepsonderwijs in 'bevalbegeleiding' door de bevallingscoach aan coassistenten, die een periodieke stage van twee weken volgen. Het onderwijs is erop gericht om studenten een helder beeld te geven van aanvullende zorg tijdens de baring en hoe zij elementen hiervan binnen de standaard zorg kunnen faciliteren. Zij krijgen handvatten aangereikt om barendere vrouwen beter te ondersteunen en zelf beter voorbereid de verloskamerdiensten in te gaan. Om inzage te krijgen hoe de coassistent de 'bevallingsbegeleiding' heeft ervaren is gevraagd om een kort verslag te schrijven en aan de onderwijscoördinatoren te overleggen.

Citaat uit de verslaglegging van een coassistente

Nu zat ik als 'mens' bij deze mevrouw en had ik het gevoel juist wel bij te kunnen dragen. Al was het alleen maar door er te zijn, rustig haar hand vast te houden, wat te praten en een glas water te halen. Als 'mens' voel ik me bovendien veel prettiger. Immers, uiteindelijk ligt mijn kracht niet in de 'dokter-in-opleidingsrol', mijn kracht zit hem in de mens die ik ben, die toevallig de kennis opdoet die je als dokter nodig hebt. En mij dat realiseren, is niet alleen belangrijk voor de komende bevallingen waar ik bij zal zijn, het is een inzicht dat me gedurende mijn gehele carrière zal helpen om mezelf te blijven en de rust te bewaren die voor iedere patiënt prettig is.

Dataverzameling

De vragenlijsten zijn ontwikkeld door TNO in samenwerking met de Nederlandse Beroepsvereniging van Doula's en werden digitaal verzonden zes weken postpartum.



De vragenlijst is opgebouwd uit de onderdelen: verloop van de zwangerschap, achtergrondkenmerken (geboorteland, leeftijd, opleidingsniveau), en vragen met betrekking tot veiligheid van moeder en kind tijdens de bevalling en tevredenheid met continue begeleiding van de bevallingscoach.

Bij alle vragen is ruimte gelaten voor persoonlijke toelichting van de vrouwen.

Daarnaast werden aan de zorgverleners, artsen, verpleegkundigen en verloskundigen, vragenlijsten verstuurd om de samenwerking met de bevallingscoach inzichtelijk te maken.

Resultaten

In de periode april 2011 tot april 2013 werden 81 vrouwen begeleid door Catharina Ooijens. Zes weken postpartum werd de vragenlijst naar 72 vrouwen verstuurd waarop 67 vrouwen reageerden.

De meerderheid, 65,7%, van de vrouwen was van Nederlandse afkomst, 22,4% was Surinaams, 6% Marokkaans en 4,5% van Oost-Europees afkomst. Het opleidingsniveau van de deelnemende vrouwen was hoog: 22,6% van de vrouwen had wetenschappelijk onderwijs genoten, 48,4% een HBO-opleiding, 24,2% een MBO-opleiding en slechts 3,2% van de vrouwen had LBO-niveau.

In de groep had 53,1% van de vrouwen een traumatisch voorgeschiedenis in de anamnese, 18,5% sociale problematiek en/of geen sociaal netwerk, 27,2% een bovengemiddelde angst voor de bevalling en één vrouw werd verwezen in verband met maternale pathologie waarbij een contra-indicatie was voor pijnstilling.

In de vragenlijst werd gevraagd naar angst tijdens de baring. De meeste vrouwen (73,1%) voelden geen angst over de veiligheid van de baby tijdens de bevalling. De overige vrouwen (26,9%) ervoeren angst bij

het zien van meconium houdend vruchtwater, bij een hartslagdaling van de baby en bij het voelen van reflectoire persdrang. Op de vraag of zij het gevoel hadden zelf in gevaar te verkeren tijdens de baring, gaf 85% aan dit niet te hebben gevoeld. De overige 15% vrouwen gaf als angst aan het eventuele scheuren van de blaas, of angst bij momenten van intense misselijkheid en bij het persen.

Met de stelling dat elke vrouw een bevallingscoach bij haar baring zou moeten hebben, is 86,6% het eens. Als motivatie werd gegeven dat de rust en ontspanning die een-op-een-begeleiding brengt, ervoor zorgde dat zij beter met de pijn⁵ konden omgaan. Het aspect *mothering the mother*' van de bevallingscoach (verzorging, bescherming en bezig zijn met emoties) zien vrouwen als meerwaarde. De vrouwen die het oneens waren met de stelling, vonden de aanwezigheid van de bevallingscoach een persoonlijke keuze, waarbij het belang van een informatief gesprek werd

Mevr. A

Een medische indicatie waarbij het bevallen in het ziekenhuis 'verplicht' is, geeft onbewust een hoop zorgen. Het gaat bovendien om de eerste bevalling, waardoor ik geen idee had wat mij te wachten stond, en ik daarbij het gevoel kreeg geen enkele controle te hebben over de bevalling. Bij verschillende artsen (cardioloog, anesthesist) in het ziekenhuis ben ik onder controle geweest, en elke keer weer nieuwe scenario's onder ogen gekregen.

De ondersteuning de bevallingscoach gaf mij het inzicht en het vertrouwen dat een natuurlijke bevalling zonder ingrepen toch zeker óók tot de mogelijkheden behoorde! Met dit idee in het achterhoofd ben ik mijn bevalling vol vertrouwen ingegaan.

Mevr. B

Wij hebben een lange geschiedenis (miskramen, onderbroken zwangerschap na diagnose 'Down') en dan is het niet altijd zo dat er voldoende tijd en ruimte is om daar aandacht aan te besteden door het ziekenhuis personeel. Dat was vooral duidelijk bij de artsen e.d. in opleiding.

Mevr. C

Bevallingscoach is zeker niet voor iedereen geschikt. In ons geval waren wij er wel bij gebaat dat er iemand altijd voor ons was. Maar er zijn ook momenten dat de bevallingscoach wat meer op de achtergrond mag staan, namelijk als de artsen een beslissing nemen die wellicht niet strookt met het idee van de bevallingscoach.

genoemd. Vijf vrouwen hadden geen mening. Maar liefst 63 van de 67 vrouwen zouden opnieuw van een bevallingscoach gebruik maken. Vier vrouwen reageerden negatief en waren niet tevreden met de bevallingscoach. Eén zwangere had een perinatale sterfte in de anamnese. De omvang van de problematische rouw was hierbij niet goed ingeschat door zowel de verwijzer als door de bevallingscoach. Twee vrouwen hadden met de voorbereiding naar een vaginale baring onvoldoende gerekend op een mogelijke secundaire sectio en waren teleurgesteld over de uitkomst. Bij één zwangere was er geen goed contact met de bevallingscoach en is met wederzijdse instemming de begeleiding voortijdig gestopt.

Samenwerken

Aan het einde van de projectperiode is een digitale vragenlijst verzonden aan 50 willekeurige klinische zorgverleners zoals verpleegkundigen, verloskundigen, artsen in opleiding en gynaecologen. Dertig medewerkers hadden ervaring met de bevallingscoach en werkten mee aan de enquête 'Wat is er goed gegaan en wat kan er beter'.

Men was over het algemeen tevreden met de zorg van de bevallingscoach. Op het terrein van de begeleiding vond men het inspirerend om te zien hoe de bevallingscoach de vrouw stimuleert in haar eigen kunnen. Ook ziet men de toegevoegde waarde van de bevallingscoach bij een drukke afdeling waarbij de continuïteit van de persoonlijke zorg gewaarborgd blijft. Diverse zorgverleners vinden dat de bevallingscoach een andere kant van patiëntenzorg heeft belicht en zijn zorgverleners door haar aanwezigheid anders gaan denken over de verleende standaardzorg.

In een aantal situaties waar om een epiduraal of een primaire keizersnede werd gevraagd, is de bevallingscoach aangeboden en bleek de patiënt tevreden. Uit beantwoording van de vraag 'wat kan er beter' bleek dat het soms lastig is voor de bevallingscoach om te schipperen tussen de wensen en behoeften van de cliënt en wat medisch noodzakelijk is. Een enkele keer kwam uit de vragenlijst naar voren dat de zorgverlener het lastig vond als de bevallingscoach zich bemoeide met het gevoerde medische beleid. In het medische dossier bleek niet altijd vastgelegd welke vrouwen de bevallingscoach begeleidt en wanneer haar in te schakelen.

Conclusies en aanbevelingen

Wij concluderen dat de bevallingscoach met aanvullende zorg kan bijdragen aan een positievere beleving van de baring voor de cliënt en haar naasten. De bevallingscoach heeft met het onderwijs 'bevalbegeleiding' voor jonge artsen in opleiding bijgedragen aan een beter begrip van de angsten en behoeften van de patiënten in deze kwetsbare periode. Verder is gebleken dat een bevallingscoach meerwaarde

heeft op een drukke afdeling met de daar aan verbonden stress en zorg kan blijven verlenen die een zwangere en barend nodig heeft. Daarbij is documentatie en het afbakenen van de rolverdeling een punt van aandacht.

Gezien de mate van tevredenheid, immers 63 van de 67 vrouwen wilden opnieuw gebruik maken van de bevallingscoach, heeft deze een vaste plek veroverd op de verloskamer in het AMC. Met het oog op de hoge kosten in de gezondheidszorg kan het zinvol zijn een kostenanalyse⁶ te verrichten naar de effecten van de inzet van een bevallingscoach op het terugdringen van medische interventies en de geestelijke gezondheid van moeder en kind.

Literatuur

1. Hodnett E.D., Gates S., Hofmeyr G. et al. *Continuous support for women during childbirth*. The Cochrane Collaboration. 2011 Dec; 16(6): 182-3
2. Rijnders M., Baston H., Schönbeck Y. et al. *Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands*. 2008 Jun; 35(2): 107-16.
3. Emerson, William R. PhD *Birth Trauma: The Psychological Effects of Obstetrical Interventions*. Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health, Vol. 13, No. 1
4. Irene Lund ET al. *Repeated massage-like stimulation induces long-term effects on nociception: contribution of oxytocinergic mechanisms*. European Journal of Neuroscience, Vol. 16, pp. 330±338, 2002
5. Van der Gucht N. et al. *Women's experiences of coping with pain during childbirth: Midwifery*. 2015 Mar, 31 (3): 349-58
6. Katy Backes Kozhimannil, PhD, ET al. *Doula Care, Birth Outcomes, and Costs Among/Medicaid Beneficiaries*. Am J Public Health. 2013; 103(4): e113-e121.

Samenvatting

Het project In 2009 heeft Catharina Ooijens, geregistreerd bevallingscoach bij de Nederlandse Beroepsvereniging van Doula's, in het AMC een pilot uitgevoerd naar de effectiviteit van continue begeleiding door een bevallingscoach voor een specifieke groep vrouwen. Voor deelname aan het project kwamen in aanmerking, angstige vrouwen met een traumatische voorgeschiedenis, vrouwen zonder enig sociaal netwerk en vrouwen met een bovengemiddelde angst voor de bevalling. Wij onderzochten of de bevallingscoach meerwaarde heeft voor de vrouwen maar ook voor het obstetrisch team. Binnen het project is ruimte gemaakt voor aanvullend groepsonderwijs 'bevalbegeleiding' aan coassistenten voor een beter begrip over de angsten en behoeften van de patiënten in deze kwetsbare periode.

Resultaten Zes weken postpartum werd naar 72 vrouwen een vragenlijst verstuurd waarop 67 vrouwen reageerden. De vragenlijst bevatte vragen over gevoelens van veiligheid van moeder en kind en tevredenheid over continue begeleiding met de BC. De meerderheid van de vrouwen was van Nederlandse

afkomst en relatief hoog opgeleid. Maar liefst 63 van de 67 vrouwen zou wederom van een BC gebruik willen maken en ervoer de aanwezigheid van de BC als positief en aanvullend naast standaardzorg.

Conclusie De bevallingscoach heeft inmiddels een vaste plek veroverd op de verloskamer in het AMC. De conclusie van de pilot is, dat de bevallingscoach kan bijdragen aan een positievere beleving van de baring voor de cliënt en haar naasten en een waardevolle aanvulling is voor het obstetrisch team.

Trefwoorden

doula, bevallingscoach, bevalling, ondersteuning, aanvullende zorg, continue begeleiding, trauma, interventie

Summary

Pregnancy and childbirth are major events in the lives of women and men. During this period there are many changes in the outer and inner life of women. For women who are at increased medical risk and have to give birth in a hospital, they might need extra care. Pregnant have often insufficient information about protocols and also have to deal with a wide variety of health care providers.

Furthermore, in a sometimes very busy obstetric department there is insufficient opportunity for one on one personal support. When needs like security and freedom of choice are disrupted, this can adversely affect the birth process. The obstetric department of the Academic Medical Centre in Amsterdam is known for high quality technical care around the complicated pregnancy and delivery. Professionals are mainly concerned on the medical problem and focused on acting. The human aspect of getting a child, a key life experience that birth is, gets less attention than it deserves

Keywords

Doula; Birthcoach; laborcoach; Complementary care; Doula care; Clinic based doula; Continuous support; Hospital based doula care; traumatic birth experience;

Contact

e j.c.ooijens@amc.uva.nl

Belangenverstrengeling

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

Ebolavirusziekte bij zwangere vrouwen

drs. N.M. Vink *AIOS gynaecologie*

dr. J.A. Severin *arts-microbioloog*

dr. A.J. Eggink *gynaecoloog-perinatoloog*

Allen werkzaam bij Erasmus MC

In 2014 werd de wereld opgeschrikt door een Ebola-epidemie in West-Afrika. Hoewel de kans op introductie van een patiënt met Ebola in Nederland klein werd geacht, werden ziekenhuizen opgeroepen voorbereidingen te treffen voor de eventuele komst van een besmette patiënt. Een zwangere patiënte met koorts zal zich vaak rechtstreeks melden bij de gynaecoloog, of op de verloskamers. De gynaecoloog heeft naast de opvang van de moeder, ook met het (ongeboren) kind te maken. In het Erasmus MC, dat aangewezen is als centrum voor opvang van patiënten met Ebola, is er beleid samengesteld voor zwangere vrouwen. Wij willen u dit beleid tonen en een overzicht vanuit de literatuur laten zien.

Literatuur

Er is weinig bekend over een infectie met het Ebolavirus (hierna te noemen: Ebola) in de zwangerschap. Er is vóór 2014 slechts één studie beschreven over Ebola en zwangerschap¹. Deze studie, verricht tijdens een uitbraak in Kikwit Congo, beschrijft 15 zwangere vrouwen van de 105. Vier waren zwanger in hun eerste trimester, zes in het tweede trimester en vijf in het derde trimester. Slechts één vrouw overleefde de Ebola-infectie (sterfte 95,5% in vergelijking met 77% in de algemene populatie). Alle vrouwen stierven vanwege ernstige bloedingen (onder andere vaginaal, rectaal en aan het tandvlees). Alle vrouwen (100%) hadden vaginaal bloedverlies. Tien van de vijftien vrouwen hadden een miskraam of een partus prematurus. Van de overige vijf vrouwen is er één beschreven die een levend kind baarde. Echter de neonat is drie dagen postnataal overleden. Bij alle andere foetussen trad een intra-uteriene sterfte op.

De eerste Ebola-epidemie dateert van 1976 in Yambuku, Zaïre en is destijds uitvoerig beschreven in het bulletin van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO)². Zo wordt beschreven hoe de patiënten besmet zijn geraakt, waar ze woonden en hoe de epidemie werd bedwongen. Van de 318 geïnfecteerde vrouwen waren er 82 zwanger. Dit percentage is zo

hoog, omdat het virus aanvankelijk werd overgedragen door het opnieuw gebruiken van de vaccinatie-naalden in de 'antenatal clinic'. Helaas beschrijft het bulletin erg weinig over deze zwangere vrouwen. Wel is gemeld dat er van de 82 zwangere vrouwen, 73 zijn overleden. In de algemene populatie lag dit percentage net zo hoog: namelijk 280 van de 318 geïnfecteerden stierven (88%). Er wordt niet beschreven in welk trimester de zwangere vrouwen stierven. Wel wordt gezegd dat 25% van de overleden zwangere vrouwen een miskraam kregen. Tevens wordt beschreven dat er 11 neonaten geboren zijn, die allen stierven binnen drie weken.

In 2014 en de eerste twee maanden van 2015 zijn er verschillende artikelen gepubliceerd die iets schrijven over de relatie van Ebolavirusziekte en zwangerschap. Echter in de meeste artikelen zijn bovengenoemde studies slechts beschreven: er staan geen adviezen in ten aanzien van modus partus, plaats van bevalling, pijnstilling et cetera³⁻⁶. Dat is wel het geval in het artikel van Baggi et al⁷. Zij beschrijven twee zwangere vrouwen, die beiden opgenomen waren in een Ebolabehandelcentrum van Artsen Zonder Grenzen, gediagnostiseerd met het Ebolavirus.



Een gesluisde kamer. Het SZA vat is zichtbaar links, een dynamap rechts.



Benodigheden voor een partus; een doptone, eenmalige partusset en hechtset. Tevens een catheter à demeure en medicatie voor een actief nageboorte tijdperk.

De eerste vrouw was een para zes en zeven maanden zwanger. Zij was al genezen verklaard van het Ebolavirus. Echter één dag na de tweede negatieve test, trad er een intra-uteriene vruchtdood op. Er werd een amniocentese verricht en met een polymerase kettingreactie (PCR) werd een zeer hoge concentratie van het Ebolavirus in het vruchtwater gevonden. Na inleiding met misoprostol beviel zij van een levenloze zoon. Er werd bimanuele massage van de uterus, oxytocine en ergometrine gegeven ter preventie van een fluxus postpartum. De kweken van placenta, meconium en foetus (oor-, keel-, navelstrengkweek en kweek van intra-cardiale aspiratie) waren positief voor het Ebolavirus. Patiënte kon drie dagen postpartum worden ontslagen. De tweede geïnfecteerde zwangere vrouw was een primigravida, ook zeven maanden zwanger. Bij opname gaf patiënte aan dat zij geen foetale bewegingen meer voelde. Zij kreeg intraveneuze vloeistoffen, antibiotica en antimalaria medicatie voorgeschreven. Zij ging klinisch zeer snel achteruit. Op de elfde dag van opname werd zij in coma aangetroffen, waarbij de foetus grotendeels in de vagina lag. Onder ketamine en na een episiotomie is zij bevallen van een levenloze zoon. Na de geboorte van de placenta, kreeg zij een fluxus. Na suprapubische paracentesis (in verband met de onmogelijkheid tot catheteriseren bij een besnijdenis in de voorgeschiedenis), oxytocine, ergometrine en gynaecologische tampons in de uterus, stopte het bloeden. De totale hoeveelheid bloedverlies is niet beschreven. Kweken van de placenta en foetus (keel- en oorkweek) toonden het Ebolavirus aan, de kweek van het meconium niet. Eén dag postpartum kwam zij weer bij bewustzijn. Haar klinische toestand verbeterde langzaam. Op dag zestien en achttien waren de testen voor het Ebolavirus negatief en werd zij

genezen verklaard. Zij is op dag negentien ontslagen. Beide partussen vonden plaats in de zogenaamde *high-risk zone* van het behandelcentrum. Personeel was gekleed volgens de kledingvoorschriften van Artsen Zonder Grenzen en er werden uitgebreide maatregelen getroffen om spatincidenten te minimaliseren (matjes onder de patiënten, laken op de buik en de vulvaire regio). De bij de partus betrokken hulpverleners werden niet geïnfecteerd met het Ebolavirus. Dit is de eerste studie die aantoont dat het Ebolavirus transplacentair een foetale infectie kan veroorzaken. Het is goed zich te realiseren dat het virus, ook na het genezen verklaren van een patiënt, nog aantoonbaar kan zijn in het vruchtwater. Om die reden is het belangrijk dat een zwangere vrouw met een bewezen Ebola-infectie (genezen verklaard of niet), altijd bevalt in een ziekenhuis waar de juiste isolatiemaatregelen kunnen worden genomen.

Niet alleen in het vruchtwater, maar ook in borstvoeding is het Ebolavirus gevonden. In één patiënt is het virus aangetoond in de borstvoeding zeven en vijftien dagen na starten van de symptomen middels PCR en kweek, terwijl in het bloed het virus niet meer aantoonbaar was⁸.

Of een perinataal verworven Ebola-infectie 100% mortaliteit kent in de Westerse academische setting is onbekend. Wel zijn bovenstaande uitkomsten een reden om bij een geïnfecteerde zwangere vrouw minder snel in te grijpen bij foetale nood.

Triage van zwangere vrouwen in het Erasmus MC

Het tijdig herkennen van een patiënte die aan de criteria voldoet van de casusdefinitie van Ebola (referentie Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne) is cruciaal in de gehele keten van zorg. Alle patiënten die zich melden op de (poli)kliniek Verloskunde en Gynaecologie van het Erasmus MC, worden getrieerd, bij voorkeur telefonisch. Er wordt gevraagd naar koorts en andere relevante symptomen en naar verblijf in een Ebola-endemisch gebied en naar ontstaan van de klachten. Bij een positieve triage wordt direct contact opgenomen met de dienstdoende internist-infectioloog, via de zogenaamde 'Ebolafoon'. Als er bij een telefonische triage verdenking is op een besmetting met Ebola kan de patiënte direct vanuit huis doorverwezen worden naar één van de isolatiekamers. In het Erasmus MC zijn twee isolatiekamers speciaal ingericht voor patiënten met Ebola, waarvan één op een intensieve zorgafdeling (IC) en één op de afdeling interne geneeskunde. De keuze van de kamer hangt af van de ernst van de situatie. Het besluit hieromtrent wordt genomen door de internist-infectioloog, in nauw overleg met de gynaecoloog als het een zwangere vrouw betreft.

Mocht de patiënte positief worden getrieerd bij opname op de verloskamers, dan wordt zij geplaatst

in een speciaal daarvoor aangewezen wachtruimte, ter afwachting op het advies van de internist-infectioloog. De internist-infectioloog zal een telefonische anamnese van de reisgeschiedenis afnemen met de mobiele telefoon van patiënte of een aangewezen telefoon van de afdeling. Patiënte zal dan worden opgehaald door speciaal getraind personeel in beschermende kleding en worden getransporteerd naar de isolatiekamer. Ook op de polikliniek is er een ruimte toegewezen als wachtkamer voor een patiënte met een mogelijke Ebolabesmetting.

Beleid bij opname van een zwangere vrouw met (verdenking op) Ebola

Het beleid in de eerste, acute fase wordt bepaald door een medisch team, waar in elk geval de internist-infectioloog, de internist acute geneeskunde, de deskundige infectiepreventie en de crisiscoördinator deel van uitmaken, aangevuld met een gynaecoloog in geval van een zwangere patiënte.

Binnen 24 uur komt het *Outbreak Management Team* (OMT) bijeen, waarin het vervolgbeleid wordt bepaald (tabel 1).

De internist-infectioloog of intensivist (op IC) is hoofdbehandelaar, de gynaecoloog medebehandelaar. De eerste 72 uur van opname, zolang de diagnose nog niet met zekerheid gesteld kan worden, worden specialisten in opleiding niet betrokken bij de directe behandeling. Bij opname wordt een anamnese afgenomen en lichamelijk onderzoek verricht. Een stethoscoop kan niet worden gebruikt vanwege de beschermende kleding die gedragen moet worden.

Diagnostiek

In Nederland wordt diagnostiek naar Ebolavirus en andere hemorrhagische koortsvirussen alleen uitgevoerd in het WHO-referentiecentrum bij de afdeling Viroscience van het Erasmus MC. Confirmatie van de uitslag, zowel positief als negatief, moet altijd plaatsvinden en gebeurt in het Bernhard Nocht Institute for Tropical Medicine in Hamburg. Bij een negatieve uitslag en bij blijvende klinische verdenking, moet een tweede monster worden afgenomen, dat opnieuw in twee referentiecentra onafhankelijk van elkaar moeten worden getest. Het kan dus voorkomen dat pas na 72 uur met zekerheid te zeggen is of een patiënt besmet is met het Ebolavirus of niet.

Aanvullend bloedonderzoek moet gedaan worden om de ernst van de ziekte te bepalen. Lichaamsmaterialen van patiënten met (verdenking op) Ebola mogen echter alleen in laboratoria van ten minste bioveiligheidsniveau 3 geanalyseerd worden. In het Erasmus MC bestaat het 'Ebolavirus Disease' pakket uit hemocytometrie, stollingsparameters, algemene klinisch chemische diagnostiek en bloedgasanalyse. Tevens kunnen bloedmonsters in dit laboratorium



Met een doptone wordt naar de hartactie geluisterd. De hulpverlener is gekleed volgens de speciale voorschriften.

worden bewerkt, zodat eventueel aanwezig virus wordt geïnactiveerd, waarna verwerking in één van de andere laboratoria kan plaats vinden. Bloedgroep en kruisserum bepalen is niet mogelijk, aangezien de strikte voorzorgsmaatregelen bij deze bepaling niet in acht genomen kunnen worden. Bij een patiënte met een verdenking op een Ebolavirusinfectie dienen andere infectieziekten in de differentiaaldiagnose te worden opgenomen, met name malaria. Bepalingen voor andere infectieziekten zullen in overleg met de internist-infectioloog en de viroloog plaatsvinden. Het bloed moet worden afgenomen en verzonden volgens de gedetailleerde voorschriften. Bloedafnames moeten tot een minimum worden beperkt.

In eerste instantie wordt foetale hartactie aangetoond met een doptone. Aangezien er voor elk apparaat strikte schoonmaak- en desinfectie maatregelen gelden, worden apparaten zoals een CTG- en echoapparaat, gebruikt in overleg met het OMT. Uiteraard is dit mede afhankelijk van de termijn en de consequenties die worden verbonden aan een afwijkend CTG.



Tijdens de partus wordt een laken over de vulvaire regio gelegd om het risico op spatincidenten zo klein mogelijk te maken.

De behandeling in het algemeen

Het klinisch beeld bestaat uit dehydratie, vooral door braken en diarree, een verhoogde bloedingsneiging en electrolytstoornissen. De focus zal dan ook liggen op het handhaven van vocht- en electrolythuishouding. Elke patiënte zal verder behandeld worden met anti-emetica en breed spectrumantibiotica. Bij verdenking op malaria zal er een anti-malariamedicament intraveneus gegeven worden. Als een patiënte bloedtransfusie nodig heeft, zal O-negatief bloed gegeven worden.

In geval van een reanimatiesetting zal er, in verband met de tijdrovende aankleedprocedure, alleen actie ondernomen kunnen worden als er een arts of verpleegkundige op de kamer bij de patiënt aanwezig is. In het Erasmus MC staat op elke Ebola-isolatiekamer een Automatische Externe Defibrillator, met protocol, en er is de mogelijkheid om adrenaline toe te dienen.

Behandeling t.a.v. de zwangerschap; drie denkbare scenario's

Een zwangere vrouw met verdenking op Ebola

1. Artsen en verpleegkundigen die betrokken zijn bij de zorg van de patiënte, dienen zich volgens de geldende instructies aan te kleden. Dit duurt ongeveer 15 minuten. Gedurende deze periode kan de kamer dus niet worden betreden, ook niet in het geval van acute situaties.

Tabel 1

Samenstelling <i>Outbreak Management Team</i>
1. Arts-microbioloog (voorzitter)
2. Medisch coördinator ontvangende afdeling
3. Medisch vertegenwoordiger van insturend specialisme (in geval van een zwangere vrouw: gynaecoloog)
4. Internist-infectioloog
5. Crisiscoördinator
6. Vertegenwoordiger van de afdeling PR&V
7. Deskundige infectiepreventie
8. Unithoofd van de ontvangende afdeling
9. Verpleegkundig vertegenwoordiger van insturend specialisme
10. Lid Raad van Bestuur
11. Klinisch chemicus
12. Viroloog
13. Bedrijfsarts
14. Arts infectieziektebestrijding van de GGD
15. Accountmanager Service Organisatie (facilitaire zaken)
16. Eventueel externe deskundige

2. Als een vrouw in partu raakt, moet een vaginale baring worden nagestreefd. Een partusset en de benodigde spullen staan altijd klaar in een noodkoffer. Naast de geldende kledingvoorschriften wordt er aangeraden nog een paar lange gynaecologische handschoenen te dragen (drie paar handschoenen in totaal). Het dragen van de beschermende kleding is zeer warm en vermoeiend. Daarom mag personeel maximaal één uur aaneengesloten deze kleding dragen, waarna het personeel afgelost moet worden. Wel is er de mogelijkheid een koelvest onder het pak te dragen. Over de vulvaire regio en de buik wordt een laken gelegd, om zo het risico op spatincidenten te minimaliseren.

3. Eventuele pijnbestrijding zal alleen via een PCA-pomp gebeuren. De anesthesioloog zal deze pomp klaarmaken en de gynaecoloog zal deze aansluiten. Op deze manier hoeft de anesthesioloog de kamer niet te betreden.

4. Er wordt een actief nageboorte tijdperk nagestreefd.

5. Tijdens een partus wordt een 'specifiek ziekenhuis afval' (SZA) vat naast het bed van de patiënte gezet, zodat matjes gedrenkt met lichaamsvloeistoffen direct verwijderd kunnen worden. Ook de placenta wordt in deze bak geplaatst.

6. Invasieve technieken worden in eerste instantie

afgeraden. De mate van verdenking van foetale nood zal per casus worden beoordeeld door het OMT en beslissingen rondom beëindigen van de zwangerschap (bijvoorbeeld per kunstverlossing/sectio), zullen per casus besloten worden. Ook beslissingen rondom de neonat zullen per casus besloten worden.

Een zwangere vrouw met bewezen Ebola-infectie

1. De eerste vijf punten als hierboven beschreven.
2. Bij foetale nood zal er geen kunstverlossing of sectio caesarea plaatsvinden. Een peri-mortem sectio wordt niet uitgevoerd. Er zullen, voor de bescherming van het personeel, in principe geen operatieve ingrepen worden verricht. Bij een fluxus postpartum verdient een medicamenteuze behandeling de voorkeur.

Een zwangere vrouw met (verdenking op) Ebola-infectie en een miskraam dan wel partus prematurus < 24 weken

1. Hierbij moet rekening worden gehouden met veel vaginaal bloedverlies als gevolg van een miskraam dan wel incomplete placenta na een partus; bij een Ebola-infectie wordt meer bloedverlies verwacht dan gewoonlijk.
2. In het OMT zal besloten worden of er eventueel een curettage of andere operatieve ingreep zal moeten en kunnen worden verricht op de IC.

Neonataal beleid

De neonat zal opgevangen worden door de intensivist van het Sophia kindziekenhuis. Er zal bloed worden afgenomen voor diagnostiek en een infuus worden achtergelaten. Verder beleid zal bepaald worden door de kinderarts-infectioloog in nauw overleg met de neonatoloog, ook ten aanzien van het verrichten van interventies, uiteraard afhankelijk van zwangerschapsduur en geboortegewicht.

Literatuur

1. Mupapa K., Mukundu W., Bwaka M.A. et al. *Ebola hemorrhagic fever and pregnancy*. The Journal of infectious diseases. 1999;179 Suppl 1:S11-2. Epub 1999/02/13.
2. *Ebola haemorrhagic fever in Zaire, 1976*. Bull World Health Organ. 1978;56(2):271-93.
3. Jamieson D.J., Uyeki T.M., Callaghan W.M. et al. *What obstetrician-gynecologists should know about Ebola: a perspective from the Centers for Disease Control and Prevention*. Obstetrics and gynecology. 2014;124(5):1005-10. Epub 2014/09/10.
4. Black B.O.. *Obstetrics in the time of Ebola: challenges and dilemmas in providing lifesaving care during a deadly epidemic*. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology. 2015;122(3):284-6. Epub 2014/12/18.
5. Kitching A., Walsh A., Morgan D.. *Ebola in pregnancy: risk and clinical outcomes*. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology. 2015;122(3):287. Epub 2015/01/15.
6. Santolaya J.L., Santolaya-Forgas J. *Ebola viral infection in*

pregnancy: a plea for specific clinical recommendations. Journal of perinatal medicine. 2015;43(1):123-4. Epub 2014/12/05.

7. Baggi F.M., Taybi A., Kurth A. et al. *Management of pregnant women infected with Ebola virus in a treatment centre in Guinea, June 2014*. Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin. 2014;19(49). Epub 2014/12/20.
8. Bausch D.G., Towner J.S., Dowell S.F. et al. *Assessment of the risk of Ebola virus transmission from bodily fluids and fomites*. The Journal of infectious diseases. 2007;196 Suppl 2:S142-7. Epub 2007/12/06.

Samenvatting

In 2014 werd de wereld opgeschrikt door een Ebola-epidemie in West-Afrika. Over Ebola in de zwangerschap is weinig bekend. Dit artikel geeft een overzicht weer van de literatuur. In verschillende artikelen is beschreven dat het virus is aangetoond in de borstvoeding en het vruchtwater. Tevens wordt in meerdere artikelen vermeld dat geen van de foetussen en neonaten, van zwangere geïnfecteerd met het Ebolavirus, overleefden. Alle casuïstiek is echter beschreven in de Afrikaanse setting. Naast het overzicht van de literatuur, beschrijven wij ons lokale protocol, waarbij wij iets uitleggen over de complexe zorg die een zwangere vrouw met (verdenking) op het Ebolavirus, nodig heeft.

Trefwoorden

Ebolavirus, zwangerschap, bevalling

Summary

An outbreak of Ebola in Western Africa in 2014 shocked the world. Little is known about Ebola in pregnancy. This article gives a summary of the literature. Two different articles described that the Ebola virus was found in breastmilk and amniotic fluid. It is also reported that none of the fetus or neonates of infected pregnant women survived, all in African setting. Beside a summary of the literature, we present our local protocol in which we describe the complex care a patient, suspected with an Ebola infection, needs.

Keywords

Ebola virus, pregnancy, delivery

Contact

drs. N.M. Vink, AIOS gynaecologie Erasmus MC
e naomivink@gmail.com

Verklaring belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van een belangenverstrengeling

Case report

Een bijzondere uterus myomatosus

dr. W.M. Klerkx AIOS gynaecologie

dr. M.A. Vermeulen AIOS pathologie

drs. M.T.E.W. Bulstra-Ramakers gynaecoloog

dr. A.M. van Peperstraten gynaecoloog,
Allen Diaconessenhuis Utrecht

Tijdens een abdominale uterusextirpatie vanwege een symptomatische uterus myomatosus worden multipale serosale papillaire structuren gezien en gaan alarmbellen rinkelen. Er is een vermoeden van een sarcoom, echter dit wordt niet bevestigd bij pathologisch onderzoek. Wij presenteren u deze patiënte waarbij na pathologisch onderzoek een bijzondere diagnose volgt.

Casus

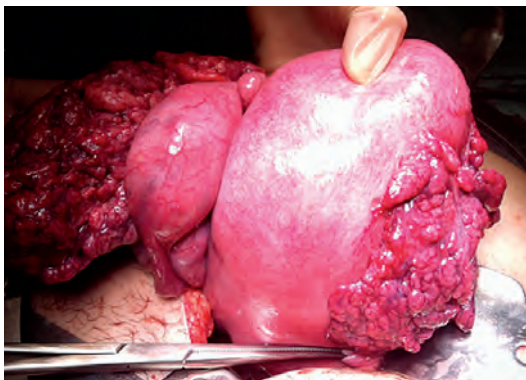
Een 52-jarige para 2 presenteert zich met hevige perimenopauzale bloedingen op de polikliniek. Haar voorgeschiedenis vermeldt een diep-veneuze trombose op 40-jarige leeftijd en tweemaal een sectio caesarea. Verder is zij gezond. Zij nam deel aan het bevolkingsonderzoek voor cervixcarcinoom waarbij haar laatste cytologie twee jaar geleden was afge-

nomen (pap 1). De huisarts was al gestart met progestativa (lynestrenol 5 mg), maar met onvoldoende resultaat.

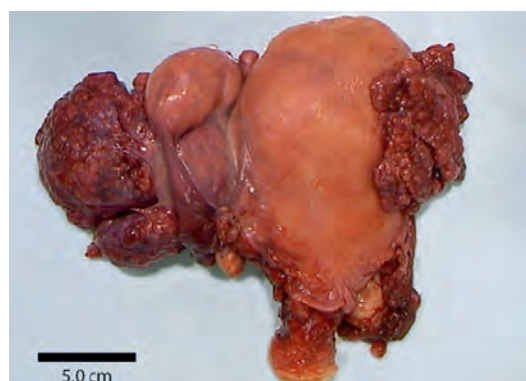
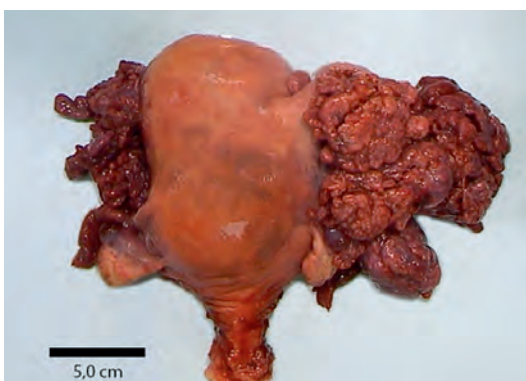
Bij lichamelijk onderzoek is een mobiele, hobbelige uterus tot navelhoogte palpabel. In speculo wordt een gave portio gezien. Cervixcytologie wordt niet afgenomen in verband met het ruime bloedverlies en de eerdere niet-verontrustende uitslag van het bevolkingsonderzoek. Een endometrium-pipelle is afgenomen waarbij ruim weefsel wordt verkregen. De sondelengte is 10 cm. De pathologie uitslag hiervan luidt (pseudo-)deciduale veranderingen en een menstrueel beeld. Er is geen aanwijzing voor een (pre) maligniteit. Bij een transvaginale echo wordt een grote uterus myomatosus gezien en een SIS-echo toont slechts stolsels in het cavum, geen intracavitare pathologie.

Vanwege het ruime bloedverlies wordt besloten tot een abdominale uterusextirpatie, die 14 dagen later plaatsvindt. Het Hb is preoperatief 8,9 mmol/l.

Bij onderzoek onder narcose wordt vanwege de grootte van de uterus en het hobbelige aspect besloten tot een mediane onderbuiklaparotomie.



Afb. 1 (links) Peroperatief beeld van de uterus
Afb. 2a/2b (onder) Macroscopie van voor- en achterzijde van de uterus met adnexa; de papillaire structuren aan serosale zijde zijn duidelijk zichtbaar.



Bij het openen van de buik wordt een afwijkende uterus gezien, waarbij twee grote papillaire tumoren vanuit het myometrium door de serosa heen lijken te groeien (afb. 1). Vanwege de verdenking op maligniteit wordt spoelvocht afgenomen en besluiten wij een uterusextirpatie met adnexa te verrichten. De ingreep verloopt ongecompliceerd. Intra-abdominaal zijn verder geen afwijkingen zichtbaar, met name geen pelviene of para-aortale verdachte lymfeklieren. Peritoneum, omentum majus en appendix zijn normaal en er is een gladde leverkoepel. Het totale bloedverlies bedraagt 300cc. Het postoperatieve beloop is ongecompliceerd en de patiënte kan de derde dag in goede conditie het ziekenhuis verlaten. Een week nadien is de PA-uitslag bekend: 'dissecting cotyledonoid leiomyoma', een benigne aandoening. Macroscopisch wordt een donkerrode polypoïde exofytisch groeiende tumor gezien met afmetingen van 239x123mm (afb. 2 a en 2b). Op snede breidt de tumor zich uit in het myometrium ('dissecting') (afb. 3). De microscopie toont noduli van spoelvormige - dwars op elkaar gelegen cellen - met hierbij myxoïde veranderingen (afb. 4). Er is geen atypie, necrose of toegenomen mitoseactiviteit (maximaal 1 mitose per 2mm²). Dit alles is niet suggestief voor een maligniteit. Immunohistochemisch onderzoek bevestigt de diagnose waarbij Caldesmon, een marker voor gladde spiercellen, positief is (afb. 5). De cervix, het endometrium en de adnexa zijn zonder afwijkingen.

Beschouwing

We vinden in Pubmed sinds 1996 32 hits voor *dissecting cotyledonoid leiomyoma*. Deze tumor wordt ook wel 'Sternberg tumor' genoemd, naar de patholoog die deze tumor als een aparte entiteit voor het eerst beschreef. In totaal worden 46 casus beschre-

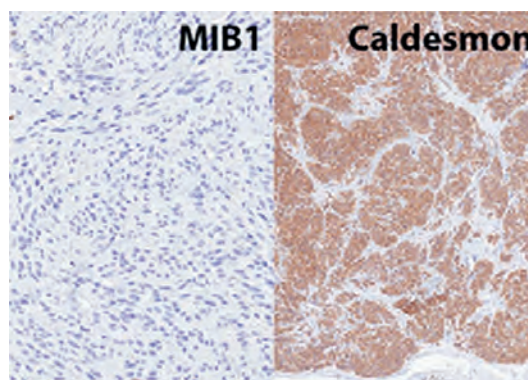
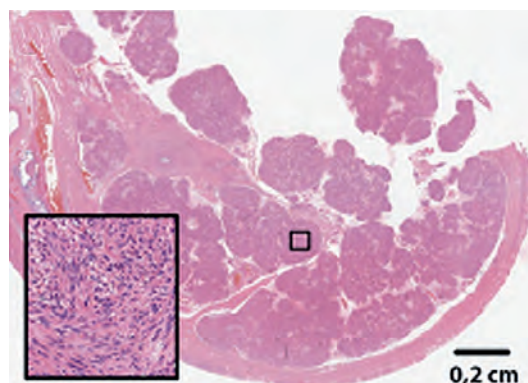
ven, waarbij uit de gepubliceerde *abstracts* opvalt dat het groeipatroon ongewoon is en vaak wordt verward met een sarcoom. Bewoordingen als *bizar and sarcoma-like appearance*¹, *malignancy-mimicking leiomyoma*² en *its alarming gross appearance and growth patterns*³ beschrijven de eerste indruk bij het zien van deze tumor. Het *cotyledonoid dissecting leiomyoma* is een zeldzame variant van een uterinen leiomyoom, gelijkend op cotyledonen van de placenta.

Uit de literatuur lijkt de leeftijd waarbij deze aandoening voorkomt te variëren tussen 23-67 jaar. De meest voorkomende symptomen zijn abnormaal uterinen bloedverlies en een pelviene massa.⁴ Door de vreemde verschijning met rode, exofytisch groeiende papillaire structuren met infiltratieve groei buiten de serosa van de uterus, rijst snel het vermoeden van een maligniteit. Uit casus in de (beperkte) literatuur waarbij, vanwege de leeftijd van patiënten en een mogelijke kinderwens, een uterusparende behandeling werd uitgevoerd, lijkt het beloop niet verontrustend. In drie casus werd uterusparend geopereerd, waarbij in twee casus zelfs incompleet geopereerd was. Bij de *follow-up* van respectievelijk 6, 15 en 23 maanden werd geen groei of recidief gezien.⁴ In een ander *review* worden 41 casus beschreven waarbij van 25 patiënten (61%) de *follow-up* bekend is en varieert tussen 1 maand en 41 jaar.³ Van deze 41 patiënten zijn er 6 patiënten initieel behandeld met een tumorresectie of een subtotaal hysterectomie. Bij de overige 35 patiënten werd minimaal een hysterect-

Afb. 3 (onder) Doorsnede van de uterus (na formaline-fixatie)

Afb. 4 (rechts) Microscopisch onderzoek van de tumor toont een nodulaire architectuur zonder cytonucleaire atypie (HE-kleuring).

Afb. 5 (rechtsonder) De MIB1 (links) toont een lage proliferatieactiviteit. Spiermarker Caldesmon (rechts) is positief in de tumorcellen.



tomie (eventueel gecombineerd met een salpingo-oöfrectomie) verricht. Bij geen van de patiënten waarbij de *follow-up* bekend was, werden er een tumorrecidieven of -metastasen gezien. Bij de 6 patiënten met alleen tumorresectie waren er geen recidieven of metastasen bij vijf maanden tot twintig jaar *follow-up* na resectie.³

Preoperatieve beeldvorming in de vorm van een MRI-scan zou ons gevoerde beleid waarschijnlijk niet hebben veranderd. Er is één artikel gevonden dat een *case-report* beschrijft waarbij preoperatief een MRI-scan is verricht.⁵ Hierbij wordt op de T2-gewogen beelden een heterogene massa beschreven die isointens is met het myometrium met hyperintense stromale componenten. Op de T1-gewogen beelden is de laesie homogeen met een versterkt signaal na intraveneuze contrasttoediening. De differentiaaldiagnose na deze beelden, was een leiomyoom, intraveneuze leiomyomatosis (benigne variant van een wekedelen-tumor die zich in de pelviene venen tot aan het rechter atrium kan ontwikkelen) en een leiomyosarcoom. De auteurs concluderen dan ook dat de MRI-bevindingen niet specifiek genoeg zijn om de diagnose te

stellen en weefsel onderzoek nodig blijft.⁵

Concluderend kunnen we zeggen dat het *cotyledonoid dissecting leiomyoma* een zeldzame benigne aandoening is. Bekendheid met deze diagnose zou overbehandeling bij patiënten in de reproductieve levensfase eventueel kunnen voorkomen.

Literatuur

1. Chawla, I., M. Bhardwaj, N. Sareen & N. Khattar, *Epithelioid cotyledonoid leiomyoma of uterus*. BMJ Case Rep 2014;: Jan 10: 2014.
2. Kim, N.R., C.Y. Park & H.Y. Cho, *Cotyledonoid dissecting leiomyoma of the uterus with intravascular luminal growth: a case study*. Korean J Pathol 2013; 47: 477-80.
3. Smith, C., M. Gold, G. Wile & O. Fadara, *Cotyledonoid dissecting leiomyoma of the uterus: a review of clinical, pathological, and radiological features*. Int J Surg Path 2012; 20: 330-41.
4. Gurbuz, A., A. Karateke, C. Kabaca, H. Ariek & R. Bilgic, *A case of a cotyledonoid leiomyoma and review of the literature*. Int J Gynecol Cancer 2005; 15: 1218-1221.
5. Preda L., S. Rizzo, M. Sole Prevedoni Goroni, R. Fasani, A. Maggioni, et al., *MRI features of cotyledonoid dissecting leiomyoma of the uterus*. Tumori 2009; 95: 532-4.

Samenvatting

Achtergrond Een *dissecting cotyledonoid leiomyoma* is een zeldzame benigne aandoening. Onbekendheid met deze diagnose kan peroperatief voor bezorgdheid zorgen. Overbehandeling in de vorm van een bilaterale adnexectomie zou dan voorkomen kunnen worden.

Casus Een 52-jarige para 2 met twee sectio caesareas in de voorgeschiedenis presenteert zich met hevig perimenopausaal bloedverlies. Bij onderzoek wordt een hobbelige uterus myomatosus tot de navel gepalpeerd en besloten tot een uterusextirpatie per mediane onderbuiksincisie. I.v.m. het verontrustende beeld wordt besloten ook de adnexa te verwijderen. Bij het histopathologisch onderzoek blijkt het te gaan om een *dissecting cotyledonoid leiomyoma*, een zeldzame vorm van een uterus myomatosus.

Conclusie Bekendheid met deze diagnose kan overbehandeling, in de zin van adnexectomie, bij patiënten in de reproductieve levensfase voorkomen.

Trefwoorden

Dissecting cotyledonoid leiomyoma, Sternberg-tumor, hevig menstrueel bloedverlies, uterus myomatosus.

Summary

Background A dissecting cotyledonoid leiomyoma is a rare benign uterine tumor. Although the bizarre and unusual shape pointed to a malignancy, the

final pathological examination revealed a benign histology. Awareness regarding this rare entity will prevent unnecessary interventions.

Case A 52-year-old woman with two caesarean sections in her history presented with heavy menstrual bleeding. At physical examination the uterus was palpated extending to the umbilicus and had a wobbly aspect. A hysterectomy by median laparotomy was performed. Because of its alarming gross appearance also a bilateral salpingo-oophorectomy was performed. Histopathological examination revealed a dissecting cotyledonoid leiomyoma, a rare form of a leiomyoma.

Conclusion Awareness regarding this rare entity will prevent unnecessary interventions as in a bilateral salpingo-oophorectomy in woman with a reproductive age.

Keywords

Dissecting cotyledonoid leiomyoma, Sternberg tumor, heavy menstrual bleeding, leiomyoma

Correspondentieadres

Dr. W.M. Klerkx *afdeling gynaecologie en verloskunde Diakonessenhuis Utrecht*
Bosboomstraat 1, 3582 KE Utrecht
e wenckeklerkx@hotmail.com

Belangenverstrengeling

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

Ik zie het allemaal als een vertoning zonder werkelijke betekenis (drs P.)



Af en toe check ik even of het graf van mijn moeder een beetje toonbaar is. Zij ligt begraven in een klein dorp. Enter. Iedereen poetst daar naar hartenlust de - veelal glimmende - grafstenen en zet er steeds weer verse bloemen op.

Mijn moeder ligt vlakbij een beukenhaag die geen blad verliest. Tijdens mijn laatste bezoek word ik aangeschoten door de weduwe van iemand die onder een esdoorn ligt. Ze heeft een schort aan en een afwaskwast bij zich, die in een emmer sop bungelt. Het blad blijft maar vallen en de steen wordt ook nog eens besmeurd door de kleffe ahornsiroop. Zeer geïrriteerd merkt zij op: 'Ja jullie, jullie hebben geluk, jullie moeder ligt daar veel gunstiger, als het herfst is'.

Je kunt je maar ergens druk over maken, denk ik dan. René Gude zei het ook mooi: 'het leven is een gedoetje'.

Nu we in november zijn aanbeland, denk ik aan mijn katholieke opvoeding. Begin november beleefde ons kerkbezoek een piekje. Het begon met Allerheiligen, op 1 november. Talloze Heiligen werden opgenoemd en dan moest je zingend zeggen 'bid voor ons'. Men sloeg zich dan hard op het middelste gedeelte van het sternum, een handeling waarvan ik de meerwaarde nooit begrepen heb. Ik was nogal geïnteresseerd in aardrijkskunde en kon tijdens de mis mijn topografie goed bijhouden. Agnes van Rome, Gommarus van Lier, Johannes van Damascus, Theresia van Lisieux. Zo kwam je nog eens ergens, als Enters meisje. Ik ben ze eeuwig dankbaar dat ze me op het rechte pad hebben gehouden, hoewel, geen idee wat ze van mijn homosexualiteit zouden hebben gevonden.

De dag erna was het Allerzielen. Met een spuuglelijke, bruin ombladerde, bolchrysanthe togen we naar het kerkhof. Mijn vader had een hekel aan het bezoek van de graven. 'Ze hebben nog nooit iets terug gezegd', grapte hij.

Als gynaecoloog staan we aan het begin van het leven. Die andere zekerheid, de dood, heb ik - in navolging van Herman Finkers - omarmd. Dat klinkt wat zwaar, maar zo bedoel ik het niet. Volgens Herman is de dood 'je allerbeste vriend', want je kunt op hem vertrouwen, hij vergeet je niet. Nooit. Volgens Willem Wilmink ga je niet heen, maar 'kom je uit de tijd'. Dus je komt ergens veilig aan. Ik ken mensen die hopen dat er na de dood niets meer is, ze moeten er niet aan denken dat er nog eeuwig leven op volgt. Zelf zou ik het wel knus vinden om elkaar nog eens te zien, ergens in de kosmos. Maar ja, toen ik, jaren geleden, de foto's van André Kuipers zag vanuit de ruimte, heb ik deze illusie volledig opgegeven.

Wel eens overlijdensadvertenties uitgeplozen? Dat kan ik u aanraden. En dan niet die versjes van Toon Hermans, die men in de streekkrant plaatst, omdat ze in de catalogus van de uitvaartbegeleider staan. Nee, kijk eens verder dan uw neus lang is. Bijvoorbeeld in de NRC. In gedachten zwijmel ik weg in families die ik helemaal niet ken, maar waar ik een prachtig beeld bij krijg. Zo las ik:

'Schat, ik weet niet wat jij doet, maar ik ben vast naar boven' (goede relatie)

'Let op het rode licht, er kan nog een trein komen' (depressie in het spel)

'God kan alles, maar ze moeten Frans ook niet uitvlakken' (veel humor)

'Er is geen gelegenheid tot condoleren; moeder was de mening toegedaan dat u dan tijdens haar leven maar langs had moeten komen' (een krengetje)

'Met de grootst mogelijke tegenzin vertrokken' (levensgenieter)

In Enter woonden drie vrijgezelle broers bij elkaar in het ouderlijk huis. Zij communiceerden niet of nauwelijks. Het verhaal gaat dat één van de drie, Gerardje, overleed en dat de andere twee allebei een doodskist hadden laten bezorgen. In de ene kist werd Gerardje gelegd; de andere kist werd op zolder bewaard. Immers één van de twee overgebleven broers begon ook al wat amechtig te worden. Regeren is vooruitzien.

Allerzielen is door Halloween opnieuw gaan leven. Op een spreekuur eind oktober vorig jaar vroeg ik bij het afronden van een consult aan een patiënte wat ze die dag verder ging doen. Enthousiast vertrouwde ze mij toe: 'Ik ga zo lekker mijn tuin Halloweenklaar maken'. Er is niets mis met burgerlijkheid, zegt Brigitte Kaandorp.

Ik wens u allen een zalige Halloween toe. Memento mori, maar vooral: carpe diem!

Raoul Palmer, 1904-1986

Founding father van de laparoscopie?

dr. J. de Graaff *gynaecoloog n.p.*

Succes heeft vele vaders. Zo'n uitspraak geldt zeker voor de ontwikkeling van de laparoscopie, die na een aarzelend begin, een groot succesverhaal is geworden en niet meer weg te denken is uit het arsenaal van behandelingsmogelijkheden van de gynaecoloog.

Al in de Hippocratische tijd bestond er onder de geneeskundigen enorme nieuwsgierigheid naar de binnenkant van het menselijk lichaam. Het naar binnen kunnen kijken, leidde tot het ontwikkelen van instrumenten en lichtbronnen. Het was Philipp Bozzini die in 1805 als eerste een endoscopie uitvoerde via de urethra van de blaas met als lichtbron een kandelaar en reflecterende spiegels. Ruim honderd jaar later, in 1910 werd de eerste laparoscopie bij de mens uitgevoerd door de Zweed H.C. Jacobaeus en in 1911 met een rectoscoop en gewoon licht door Bertram Bernheim in het John Hopkins Hospital, die de procedure een organoscopie noemde. De ontwikkeling in instrumentarium en lichtbronnen kwam in een stroomversnelling. Genoemd moet worden de terugverende naaldpunt, de Veressnaald, ontwikkeld door Janos Veress in 1938. Aanvankelijk bedoeld om ascites te laten aflopen, later om bij een laparoscopie een pneumoperitoneum te vormen.

Ondanks de positieve ontwikkeling van de laparoscopie werd begin jaren 40, in de USA, de laparoscopie in de ban gedaan ten faveure van de culdoscopie vanwege technische problemen bij het uitvoeren van een laparoscopie, de hoge morbiditeit en zelfs mortaliteit. De culdoscopie, sterk door Te Linde in 1940 en Albert Decker in 1944 gepropageerd, was eenvoudiger, veroorzaakte minder complicaties, maar de beeldvorming was minder.

In Europa daarentegen ging de ontwikkeling van de laparoscopie gewoon verder en daarbij moet in het bijzonder Raoul Palmer worden genoemd.

Raoul Palmer werd in 1904 in Parijs geboren uit Zweedse ouders. Hij studeerde geneeskunde in Parijs, werd opgeleid tot chirurg, voelde zich in 1929 na zijn opleiding vooral aangetrokken tot de experimentele chirurgie en werd in 1934 hoofd van de

gynaecologische researchafdeling van de Medische Faculteit in Parijs. Drie jaar later werd hij docent op de afdeling gynaecologie van het Hôpital Broca in Parijs, waar hij vanaf 1935 werkzaam was als chirurg, gespecialiseerd in de infertiliteit. Omdat onderzoek om de fertiliteitsprognose te bepalen niet mogelijk was zonder voldoende kennis van eventuele intra-abdominale afwijkingen, begon hij vanaf 1943 samen met zijn (Nederlandse) vrouw Elisabeth, ook arts en levenslang zijn assistente, met de experimentele 'coeliascopie gynecologie', te onderscheiden in de coeliascopie transabdominale en de culdoscopie de Decker. Al snel stelde hij vast dat de transabdominale route superieur was aan de transvaginale route. Vanwege de eerder tegenwerking dan medewerking van zijn collega's moest de laparoscopie in Hôpital Broca onder lokale anesthesie worden uitgevoerd, omdat er onvoldoende ruimte was in de kamer die daarvoor beschikbaar was, met als gevolg dat geen enkele patiënt ooit nog een herhalingslaparoscopie wilde. Pas in 1952 kreeg hij een heuse operatiekamer.

De Tweede Wereldoorlog was destijds in volle gang, maar het lukte Palmer toch grote vooruitgang te boeken met de ontwikkeling van de laparoscopie. Veel



Raoul en Elisabeth Palmer

instrumenten moest hij zelf ontwikkelen, het vullen van gasflessen met CO₂ was een probleem op zich, waarvoor hij op de fiets naar een vulstation buiten Parijs moest.

Palmer was de eerste die het nut zag van de Trendelenburghouding, belangrijk voor zowel de patiënt om laesies te voorkomen als voor de laparoscopist om een beter beeld te krijgen. Hij plaatste een canule in de uterus om deze te mobiliseren en zag het belang van CO₂ in plaats van het dan toe gebruikte O₂ om een pneumoperitonem te verkrijgen, het CO₂ langzaam te insuffleren met 400-500 ml per minuut en een constante druk te handhaven.

Hij was niet alleen diagnostisch bezig, maar hij richtte ook therapeutische ingrepen. In 1958 zagen Palmer en zijn collega R. Klein follikels via de laparoscoop, waar hij met een lange naald in prikte. Tijdens een voordracht voor de Société de Biologie in 1961 voorspelde hij al het toekomstige belang van deze bevinding voor de fysiologie van de ovulatie en dat de deze kennis zou leiden tot nieuwe mogelijkheden om infertiliteit te behandelen bij afgesloten tubae. Een vooruitblik op de - in vitro fertilisatie.

Zijn hele verdere werkzame leven besteedde hij aan een optimalisering van de laparoscopie. Mede dank zij Palmer zijn de Amerikanen in de jaren 70 bekeerd

tot de laparoscopie. Zeer veel gynaecologen heeft hij bekend gemaakt met de laparoscopie, waarvan Kurt Semm en Patrick Steptoe niet de minsten zijn. Beiden hebben na Palmer grote stappen gemaakt in de laparoscopie.

Raoul Palmer was een visionaire man, die mede dankzij zijn vrouw Elisabeth, moet worden beschouwd als één van de grote pioniers van de twintigste eeuw. Hij heeft gedurende dertig jaar laparoscopische geschiedenis geschreven. Hij zag niet alleen het belang van de laparoscopie, maar was ook één van de eersten die in Frankrijk het belang van de kolposcopie en de cytologie inzag. Deze man, die vijf talen vloeiend sprak, heeft talloze voordrachten over de gehele wereld gehouden, heeft 250 artikelen over de laparoscopie geschreven en in totaal 800 artikelen. Hij kreeg vele ere-lidmaatschappen van buitenlandse verenigingen, is voorzitter geweest van de Franse Gynaecologen Vereniging en vice-voorzitter van de International Federation Fertility Societies (IFFS). Hij was mondiaal bekender dan in Frankrijk. Een professoraat heeft hij niet gekregen; een gemiste kans voor Frankrijk.

Met recht mag gezegd worden dat hij de founding father is van de laparoscopie.

Anorexia nervosa tijdens zwangerschap

Wat zijn de gevolgen van anorexia voor het ongeboren kind?

drs. C. L. Vierstra *basisarts (destijds coassistent gynaecologie en verloskunde VUmc, Amsterdam)*

drs. L.E. van Rheeën-Flach *gynaecoloog*

beiden Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam

Anorexia nervosa wordt volgens de DSM-V gedefinieerd als een weigering het lichaamsgewicht te handhaven op een voor de leeftijd en lengte minimaal normaal gewicht met daarbij de intense angst om in gewicht toe te nemen en een verstoord lichaamsbeeld of ontkenning van de ernst van het lage lichaamsgewicht. Als men denkt aan anorexia nervosa in het kader van zwangerschap zal meestal gedacht worden aan het onderwerp fertiliteit, daarover is dan ook veel literatuur te vinden. Het onderwerp wat daarop volgt, zwanger zijn met anorexia nervosa, komt minder vaak aan bod.

Door zwangerschap neemt de voedingsbehoefte toe.¹ Bij iemand met anorexia nervosa (AN) valt te verwachten dat dit tot problemen kan leiden. Mogelijke problemen zijn een grotere kans op onder andere een laag geboortegewicht en vroeggeboorte, het gebruik van teratogene medicatie zoals laxantia, diuretica en eetlustremmers en ondervoeding van moeder en kind.²

Recentelijk kwam bij een gynaecoloog een vraag om advies terecht, vanuit een verloskundigenpraktijk, over een vrouw met anorexia nervosa.

Op dat moment was de vrouw 30 weken zwanger en woog zij 56 kg, per dag nam ze ongeveer 250 kcal tot zich waarbij ze om de dag opzettelijk vomeerde. Bij aanvang van de zwangerschap woog zij 48 kg bij een lengte van 1,67 m, en had derhalve een BMI van 17,21. De vraag luidde of er in deze situatie extra begeleiding of behandeling nodig is vanwege de mogelijke gevolgen voor het ongeboren kind en of hier protocollen voor zijn. Daarbij is het belangrijk op te merken dat er bij anorexia nervosa naast een laag BMI, sprake is van een sterke preoccupatie met eten en gewicht. Louter een laag BMI is puur somatisch van aard, AN is een psychische aandoening met ernstige somatische en psychische gevolgen. Op beide aspecten vallen problemen te verwachten bij een zwangerschap.

Richtlijnen

De NVOG heeft richtlijnen voor zwangerschap bij obesitas en voor foetale groeirestrictie in het alge-

meen maar er wordt niet gesproken over anorexia. Het *National Institute for Clinical Excellence* heeft een algemene richtlijn voor eetstoornissen³, waarin kort genoemd wordt dat bij zwangeren met anorexia zorgvuldige monitoring tijdens de zwangerschap en postpartumperiode belangrijk is en dat intensievere prenatale begeleiding nodig is om adequate prenatale voeding en foetale ontwikkeling te waarborgen, maar geeft verder geen gedetailleerde adviezen. Het *Royal College Obstetrics and Gynaecology* heeft een richtlijn *Nutrition and pregnancy*¹, waarin staat dat er tussen vrouwen grote verschillen bestaan in basaalmetabolisme en energieverbruik tijdens zwangerschap, wat een persoonlijk advies over voedingsbehoefte lastig maakt. Aangegeven wordt wel dat in het derde trimester gemiddeld 200 kcal per dag extra nodig zijn en dat afvallen in de tweede helft van de zwangerschap gevaarlijk is vanwege lipolyse en vrijkomen van ketonen. Tot slot stelt het *College* dat er bij een minimale inname van 1600 kcal per dag geen afwijkingen wat betreft groei en ontwikkeling van de foetus verwacht worden. Het *American Congress Obstetrics and Gynaecology* heeft geen relevante richtlijnen met betrekking tot dit onderwerp. Er zijn daarmee geen richtlijnen beschikbaar die voldoende antwoord geven op de vragen bij de casus.

Vraagstelling

Wat zijn de gezondheidsrisico's voor het ongeboren kind van een zwangere vrouw met anorexia nervosa? Omdat de vraag hier niet gaat om een interventie is een PEO, Patient Exposure Outcome, meer op zijn plaats dan een PICO. Daarnaast gaan veel gezondheidsrisico's gepaard met een laag geboortegewicht, om die reden is gekozen om op dat onderwerp te focussen. De PEO wordt daarmee als volgt:

Patient: zwangere vrouw

Exposure: Anorexia Nervosa

Outcome: geboortegewicht kind

Zoekstrategie

In de Cochrane library werd gezocht met de termen 'eating disorder' en 'pregnancy', dit gaf negen resultaten waarvan één de vraagstelling enigszins benaderde: *Perinatal outcomes and gestational weight*

*gain in women with eating disorders: A population-based cohort study.*⁴ Het artikel gaf echter onvoldoende antwoord op de vraag. Daaropvolgend werd een search verricht in Pubmed: (((('Pregnancy'[Mesh]) AND 'Anorexia Nervosa'[Mesh])) OR ((pregnan* [tiab] AND anorexi* [tiab]))) AND birthweight.

Er werd bewust niet met limits gewerkt zodat de meest recente, nog niet voor Medline geïndexeerde, studies ook naar voren zouden komen. Er waren 57 resultaten, deze titels werden gescreend en 24 artikelen bleken relevant. Van deze 24 artikelen werden de abstracts gelezen en de systematic reviews en randomized controlled trials handmatig geselecteerd. De andere studies werden geëxcludeerd vanwege het studietype, een andere taal dan Nederlands of Engels, als het onderwerp beperkt was tot overgewicht en obesitas en als het ging om vrouwen met alleen een voorgeschiedenis met AN die momenteel niet aan de aandoening leden. Er werden twee artikelen geselecteerd: *Long-term consequences of anorexia nervosa*⁶ en *Low birth weight in the offspring of women with anorexia nervosa*⁵.

Bespreking

De review *Long-term consequences of anorexia nervosa* van Blazej Meczekalski et al⁶ geeft een beschrijvende samenvatting van de bestaande literatuur. Ze beschrijven dat obstetrische complicaties bij zwangere vrouwen met anorexia significant vaker voorkomen dan bij zwangere vrouwen zonder anorexia, het gaat daarbij om grotere aantallen van hyperemesis gravidarum (33% t.o.v. 9% in de algemene populatie $p < 0,017$), anemie (49% t.o.v. 12%, $p < 0,0017$), intra-uteriene groeivertraging (8% t.o.v. 0%, $p = 0,077$) en zwangerschapsdiabetes (2,4% t.o.v. 0,5%, $p = 0,018$). De meerderheid van de behandelde studies laat een hoger aantal vroeggeboorten zien in de groep met anorexia (bijvoorbeeld 6,5% t.o.v. 4,8%⁸ en 18% t.o.v. 12%, $p = 0,337$, al zijn de verschillen net niet significant. Met name deze laatste twee complicaties, intra-uteriene groeivertraging en vroeggeboorten, zijn klinisch relevant vanwege respectievelijk groeiachterstand en het vatbaarder zijn voor ziekten, en grotere kans op perinatale sterfte en ontwikkelingsstoornissen.

De meta-analyse *Low birth weight in the offspring of women with anorexia nervosa* van Francesca Solmi et al.⁵ stelde als hypothese dat kinderen van moeders met anorexia nervosa een lager geboortegewicht hebben dan moeders zonder anorexia nervosa. Twee onderzoekers hebben Pubmed, Embase en Psychinfo doorzocht met de zoektermen 'anorexia nervosa', 'eating disorders', 'pregnancy outcome(s)', 'birth weight' en '(infant) low birth weight'. Alle studies die het geboortegewicht van kinderen van moeders met anorexia vergeleken met dat van kinderen van moeders zonder anorexia werden geïnccludeerd, studies waarbij ook andere eetstoornissen werden

onderzocht werden alleen geïnccludeerd als de resultaten per eetstoornis apart beschikbaar waren. Studies zonder controlegroep werden geëxcludeerd. In totaal werden negen studies geïnccludeerd, deze kwamen uit Zweden, Nieuw Zeeland, Denemarken, Verenigde Staten, Nederland, Noorwegen, Groot-Brittannië, Israël en Canada uit de periode van 1987 tot 2012. Het totaal aantal deelnemers was 2.126.927, waarvan 4.028 met anorexia. Per studie varieerde het aantal deelnemers sterk, van 58 tot 2.006.475 deelnemers. In alle studies hadden de kinderen van moeders met anorexia een lager geboortegewicht, het gestandaardiseerde gemiddelde verschil was 0,19 kg (95%-CI [-0,25 ; -0,15] $p = 0,01$) en er was voldoende bewijs voor heterogeniteit, de uitkomst van de I²-test was 57,4%. De conclusie van de auteurs van de meta-analyse is dat kinderen van moeders met anorexia nervosa significant minder wegen dan moeders zonder anorexia maar dat dit verschil klein is, namelijk ongeveer 200 gram. Een lager geboortegewicht kan negatieve gevolgen hebben voor het kind zoals een grotere kans op het ontwikkelen van diabetes mellitus en hypertensie. De auteurs stellen dat awareness bij zorgverleners over de mogelijke gezondheidsrisico's van anorexia nervosa bij zwangere vrouwen en hun kind daarom belangrijk is.

Discussie

Dat ondervoeding ongezond is voor het ongeboren kind is duidelijk, maar uit de studies en richtlijnen komen geen harde cijfers naar voren. Bij deze vraagstelling is het doen van een RCT onmogelijk, wat een beperking van het te behalen *level of evidence* geeft. Daarnaast is de uitkomst van de meta-analyse die hierboven besproken is⁵ dat kinderen van moeders met anorexia gemiddeld 190 gram lichter wegen dan kinderen van moeders zonder anorexia, maar het is niet bekend wat normaal gesproken het gewicht van deze kinderen zou zijn. Betreffende de gezondheidsrisico's gaat het voornamelijk om de groeirestrictie, en niet om het absolute verschil in gewicht.

Wat ook belangrijk is om te vermelden, is dat vrouwen met anorexia opvallend veel vaker roken tijdens de zwangerschap dan vrouwen zonder anorexia (37,1% tegen 9,2%), roken zorgt op zichzelf al voor een lager geboortegewicht en hier is niet voor gecorrigeerd.⁹

Conclusie en aanbevelingen

Uit onderzoek⁵ blijkt dat het geboortegewicht van kinderen van moeders met anorexia gemiddeld 190 gram lager is dan kinderen van moeders zonder anorexia. Of dit een direct negatief effect heeft op de gezondheid van het ongeboren kind is niet aangetoond, de klinische relevantie ervan is daarmee niet duidelijk. Wel blijkt uit meerdere onderzoeken^{2,4,5,6} dat een laag geboortegewicht wordt geassocieerd met een grotere kans op het ontwikkelen van dia-

betes mellitus en hypertensie, en dat anorexia tijdens de zwangerschap wordt geassocieerd met meer obstetrische complicaties, verminderde gewichtstoename en intra-uteriene groeivertraging.

Een volledig antwoord op de vraag is er nog niet, één ding is wel zeker en klinisch relevant: foetale groei-restrictie is niet te behandelen, ondervoeding van de moeder wel.

Het advies aan de verloskundigenpraktijk was om extra begeleiding en intensievere zorg te leveren tijdens zwangerschap en in de postnatale periode met speciale aandacht voor voedingsadviezen voor moeder en baby. Daarnaast is het belangrijk awareness te creëren bij zorgverleners die in aanraking (kunnen) komen met zwangere vrouwen met anorexia nervosa. Het signaleren ervan, maar ook kennis over de mogelijke gezondheidsrisico's is erg belangrijk.

Literatuur

1. RCOG richtlijn 'Nutrition in Pregnancy'
2. [www.uptodate.com/contents/eating-disorders-in-pregnant-](http://www.uptodate.com/contents/eating-disorders-in-pregnant-women?source=machineLearning&search=anorexia+pregnancy&selectedTitle=1-150§ionRank=1&anchor=H3#H3http://nvog-documenten.nl/)

women?source=machineLearning&search=anorexia+pregnancy&selectedTitle=1-150§ionRank=1&anchor=H3#H3http://nvog-documenten.nl/

3. NICE richtlijn 'Eating disorders' CG9, jan 2014.
4. Micali N., De Stavola B., Dos-Santos-Silva et al. *Perinatal outcomes and gestational weight gain in women with eating disorders: A population-based cohort study.* BJOG, 2012, 119(12), 1493
5. Solmi F., Sallis H., Stahl D. et al. *Low Birth Weight in the Offspring of Women With Anorexia Nervosa.* Epidemiologic Reviews Vol. 36, 2014. DOI: 10.1093/epirev/mxt004
6. Meczekalski B., Podfigurna-Stopa A. & Katulski K.. *Long-term consequences of anorexia nervosa.* Maturitas 75 (2013) 215- 220 Department of Gynecological Endocrinology, Poznan University of Medical Sciences, Polna 33, 60-535 Poznan, Poland.
7. Kouba S., Hallstrom T., Lindholm C., Hirschberg A.L.. *Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders.* Obstetrics and Gynecology 2005;105:255-60
8. Micali N., Simonoff E & Treasure J. *Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders.* British Journal of Psychiatry 2007;190:255-9.
9. Elizabeth R. Hoffman, Stephanie C. Zerwas, Cynthia M. Bulik. *Reproductive issues in anorexia nervosa.* Expert Rev Obstet Gynecol 2011 July; 6(4): 403-414

Samenvatting

Recent kwam uit een verloskundigenpraktijk de vraag of er protocollen zijn voor de begeleiding van zwangere vrouwen met anorexia nervosa (AN) en welke problemen er verwacht kunnen worden.

Bij het zoeken naar richtlijnen bij het NVOG, NICE, RCOG en ACOG bleek dat er voor deze situatie geen eenduidig beleid of advies is.

In plaats van een PICO is een PEO, Patient Exposure Outcome gedaan om antwoord te vinden op de vraag wat de gezondheidsrisico's voor het ongeboren kind zijn bij een zwangere vrouw met AN, toegespitst op effect op het geboortegewicht. Een laag geboortegewicht wordt geassocieerd met een grotere kans op diabetes mellitus en hypertensie.

Hier bespreken we twee artikelen, een review en een meta-analyse die gaan over resp. de langetermijn-gevolgen van AN en het geboortegewicht van baby's van vrouwen met AN.

Het blijkt dat het geboortegewicht van baby's van moeders mét AN gemiddeld 0,19 kg lager is (95%CI[-0,25;-0,15] p=0,01) dan van de baby's van moeders zonder AN. De klinische relevantie hiervan blijft onduidelijk, hiervoor is verder onderzoek nodig.

Advies Extra begeleiding met speciale aandacht voor voedingsadviezen van zwangeren met AN én inzicht en notie omtrent dit onderwerp bij zorgverleners is belangrijk.

Trefwoorden

zwangerschap, anorexia nervosa, geboortegewicht

Summary

From a midwifery practice recently came the question if there are any protocols for the counseling of pregnant women with anorexia nervosa (AN) and

which problems could be expected in this situation.

In the search for guidelines at the NVOG, NICE, RCOG and ACOG it became clear that there is no specific policy or advice for these women.

Instead of a PICO, a Patient Exposure Outcome (PEO) was performed to find an answer to the question: what are the health risks for the offspring of pregnant women with AN, specified to the effect on the birth weight. Low birth weight is associated with an increased risk for the development of diabetes and high blood pressure later in life.

Here we discuss two articles, a review and a meta-analysis which respectively describe the long term consequences of AN and investigated the birth weight of the offspring of women with AN compared to women without AN.

It appears so that the birth weight of the offspring of women with AN is on average 0.19 kg less (95%CI[-0.25;-0.15] p=0,01) than that of the offspring of women without AN. Whether this is clinically relevant remains unknown.

Recommendation: Elaborate counseling with special attention to nutrition advice of pregnant women with AN and awareness regarding this subject with medical personnel are important.

Keywords

pregnancy, anorexia, birth weight

Correspondentie

Carlijn Vierstra
e cvierstra.gnk@gmail.com

Belangenverstrengeling

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

Even wachten...

Het loont de moeite om de afnavel-reflex direct na de geboorte, te onderdrukken, blijkt uit een Zweedse studie in JAMA Paediatrics. Afnavelen na drie minuten blijkt namelijk te leiden tot betere fijne motoriek en sociale vaardigheden op vierjarige leeftijd (zie tabel 1). De onderzoekers randomiseerden gezonde vrouwen, die tussen 37 en 41 weken (vaginaal of per sectio) bevielen van een eenling, naar afnavelen binnen tien seconden of na drie minuten. Eerder publiceerde deze onderzoeksgroep al dat laat afnavelen leidt tot minder anemie en hogere ijzergehaltes zonder een verhoogd neonataal risico (zie tabel 1) (Andersson 2011).

De verklaring voor de huidige bevindingen is dat ijzer essentieel is voor een normale hersenontwikkeling. Laat afnavelen zorgt voor een verhoging van de ijzer-voorraad tot maanden na de geboorte, een kritieke periode in de hersenontwikkeling.

Hoewel vroeg afnavelen onderdeel is van een proactieve derde fase, leidt laat afnavelen, volgens een Cochrane review, niet tot meer maternaal bloedverlies of fluxus (Cochrane 2013). In Nederland blijkt 25% van de ondervraagde gynaecologen vroeg af te navelen bij een ongecompliceerde vaginale partus (Boere 2015). Er lijkt dus ruimte om deze interventie ruimer te implementeren, helemaal omdat de interventie niet meer inhoudt dan 'even wachten'...

Tabel 1. Resultaten RCT vroeg vs. laat afnavelen

Afnavelen	Vroeg (n=189)	Laat (n=193)
Kortetermijneffect (Andersson 2011)		
Hb (g/L) na twee dagen	*175	*189
Hb (g/L) na vier maanden	113	113
Ijzergehalte (umol/L) na twee dgn	9,9	9,9
Ijzergehalte (umol/L) na vier mnd	*9,3	*10,2
Fototherapie (%)	1,1	0,5
Langetermijneffect (Andersson 2015)	(n=122)	(n=141)
IQ ¹	117	117
Score fijne motoriek ²	*52,3	*54,2
Score sociale vaardigheden ²	*53,1	*55,5

* = significant verschil ($p < 0,05$)

1. Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, Third Edition

2. Ages and Stages Questionnaire

Neoadjuvant de nieuwe standaard?

Sinds de EORTC-NCIC-trial uit 2010 heeft neoadjuvante chemotherapie een belangrijke plek in de behandeling van vrouwen met gevorderd ovariumcarcinoom die niet primair compleet te debulken zijn. Uit de CHORUS-trial blijkt nu ook dat neoadjuvante chemotherapie in de hele groep gevorderd ovariumcarcinoom-patienten leidt tot minder post-operatieve complicaties, met een vergelijkbare overleving. In deze gerandomiseerde trial in 87 ziekenhuizen in Groot-Brittannië en Nieuw-Zeeland, werden 552 vrouwen met FIGO III of IV ovarium-, tuba- of peritoneumcarcinoom geïncludeerd.

Onder de patienten die primair werden geopereerd, ontwikkelde 24% een post-operatieve complicatie, terwijl dat in de neo-adjuvante groep 14% was. De meest voorkomende complicatie na primaire debulking was misselijkheid en overgeven (zie tabel 2). De overleving in de primaire debulking-groep was 22,6 maanden en in de neoadjuvante groep 24,1 maanden, een niet significant verschil.

Alle patienten in deze studie werden geopereerd door gynaecologisch oncologen. Complete debulking werd echter behaald in slechts 17% van de primair geopereerde patienten, terwijl dat in Nederland 31% is (IKNL Kankerzorg in beeld, 2014). In de neoadjuvante groep werd 39% compleet gedebulkt.

In een begeleidend editorial wordt geciteerd dat na neoadjuvante chemotherapie toch nog meer dan 40% van de patienten radicale bovenbuikchirurgie nodig heeft om tot complete debulking te komen. Neoadjuvante chemotherapie vermindert dus niet de noodzaak tot complexe chirurgie van ovariumcarcinoom-patienten maar vermindert wel het risico op complicaties.

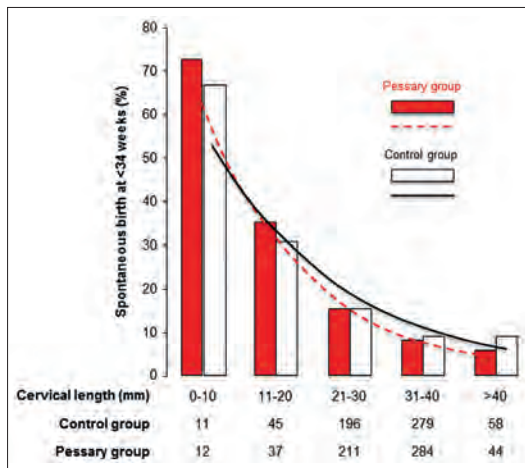
Tabel 2. Complicaties na primaire debulking en na intervaldebulking na primaire chemotherapie

Complicatie	Debulking (n=255)	Chemo (n=219)
Graad 3/4 complicatie(s)	60 (24%)	30 (14%)
Ruim bloedverlies	8 (3%)	14 (7%)
Veneuze trombo-embolie	5 (2%)	0 (0%)
Hypotensie	6 (2%)	2 (1%)
Misselijkheid/overgeven	24 (9%)	2 (1%)
Infectie	16 (6%)	6 (3%)
Darmobstructie	2 (1%)	1 (<1%)
Overlijden	14 (6%)	1 (<1%)

ProTWIN revisited?

Naar aanleiding van de in 2013 verschenen ProTwin-studie, adviseert de Otterlo-werkgroep vrouwen in verwachting van een gemel met een cervixlengte van <38 mm bij AD 20 weken te counsellen voor een arabinpessarium. In de studie bleek namelijk dat bij deze groep zwangeren het risico op partus prematurus (AD <32 weken) de helft was bij gebruik van het pessarium. Echter, in de recent verschenen studie van Nicolaidis *et al* wordt er geen effect van pessarium op vroeggeboorte bij gemelli-graviditeiten gezien. Deze gerandomiseerde trial startte in 2008 en er werden in totaal 1177 zwangeren geanalyseerd. De cervixlengte werd tussen 20 en 24 weken (mediaan 22 weken) gemeten en de mediane cervixlengte was 32 mm (27-37 mm). In de ProTWIN werd de cervixlengte-meting eerder gemeten (mediaan rond 18,5 weken) en was de mediane cervixlengte hoger (rond 44 mm) (Liem 2013).

Er werd in de trial van Nicolaidis *et al* geen verschil gevonden in geboorte <AD 34, perinatale sterfte, slechte neonatale uitkomst of neonatale therapie tussen de vrouwen met en zonder pessarium. Ook was er geen effect van de Arabin in de subgroep vrouwen met een cervixlengte <25 mm (figuur 1). De auteurs concluderen dat insertie van een pessarium rond AD 22 bij gemelli-graviditeiten niet zinvol is.



Figuur 1. Relatie tussen cervix-lengte ten tijde van randomisatie en vroeg-geboorte <AD 34 bij zwangeren met pessarium (rode balken) en zonder pessarium (witte balken).

Om de andere maand verschijnt de rubriek BOBT, *Baanbrekend Onderzoek in Buitenlandse Tijdschriften* van Floor Vernooij, over studies met directe klinische impact. Floor is gynaecoloog en epidemioloog en promoveerde in 2008 op het effect van ziekenhuis en behandelaar op de uitkomsten van de behandeling van ovariumcarcinoompatiënten. In 2014 rondde zij de opleiding tot gynaecoloog af (Meander MC, Utrecht). Momenteel werkt Floor in Singapore, waar zij een fellowship colorectale chirurgie doet.



Literatuur

Literatuur bij 'Even wachten'

- Andersson O., Lindquist B., Lindgren M. et al. *Effect of Delayed Cord Clamping on Neurodevelopment at 4 Years of Age: A Randomized Clinical Trial.* JAMA Pediatr. 2015 Jul 1;169(7):631-8.
- Andersson O., Hellström-Westas L., Andersson D. et al. *Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial.* BMJ. 2011 Nov 15;343.
- McDonald S.J., Middleton P., Dowswell T. et al. *Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes.* Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 11;7.
- Boere I., Smit M., Roest A.A. et al. *Current practice of cord clamping in the Netherlands: a questionnaire study.* Neonatology. 2015;107(1):50-5.

Literatuur bij 'Neoadjuvant'

- Kehoe S., Hook J., Nankivell M. et al. *Primary chemotherapy versus primary surgery for newly diagnosed advanced ovarian cancer (CHORUS): an open-label, randomised, controlled, non-inferiority trial.* Lancet. 2015 May 19.

Literatuur bij 'ProTWIN'

- Nicolaidis K.H., Syngelaki A., Poon L.C. et al. *Cervical pessary placement for prevention of preterm birth in unselected twin pregnancies: a randomized controlled trial.* Am J Obstet Gynecol. 2015 Aug 28
- Liem S., Schuit E., Hegeman M. et al. *Cervical pessaries for prevention of preterm birth in women with a multiple pregnancy (ProTWIN): a multicentre, open-label randomised controlled trial.* Lancet. 2013 Oct 19;382(9901):1341-9.

Deze maand bespreken we drie lopende studies. Als eerste bespreken we de zojuist gestarte IPAD-studie. Hierin wordt gezocht naar een verband tussen een fluxus post partum en een post-traumatische stress-stoornis, bij patiënte en partner. De QUESTA-studie vergelijkt de kwaliteit van leven na embolisatie of een hysterectomie als behandeling voor adenomyosis. In de IVF38+-studie, ten slotte, wordt de vraag gesteld of IVF, bij vrouwen boven de 38 jaar met een onverklaarde subfertiliteit, wel de juiste behandeling is.

Vergeet u niet contact met ons op te nemen als u een studie heeft die voor deze rubriek in aanmerking komt!

drs. Chantal Diedrich (c.m.diedrich@amc.nl)
drs. Judith Horenblas (j.horenblas@amc.nl)



IPAD

Volledige titel

Identification of PArEnts in Distress: post-traumatische stress stoornis bij vrouwen en hun partners, na een ernstige fluxus post-partum.

Achtergrond

Na het meemaken van een traumatische gebeurtenis kan een post-traumatische stress stoornis (PTSS) ontstaan. Ook na een traumatische partus is dit beschreven: 1.3% van alle vrouwen ontwikkelt een PTSS na de bevalling in Nederland. Er is echter nooit aangetoond dat een ernstige fluxus post-partum een risicofactor is voor het ontstaan van PTSS. Middels deze studie onderzoeken wij de relatie tussen PTSS en een ernstige fluxus van 2 liter of meer, zowel bij patiënten als hun partner, en vergelijken dit met controle patiënten. We sturen 6 tot 8 weken post-partum digitale vragenlijsten op met hierin de PCL-5 (screenings vragenlijst voor PTSS). Indien er boven gevalideerde afkapwaarden gescoord wordt, is er mogelijk sprake van PTSS en worden patiënten benaderd voor een interview om de PTSS te bevestigen. Indien er sprake is van PTSS, zal verwezen worden naar een gespecialiseerde psycholoog via de huisarts.

Vraagstelling

Is een ernstige fluxus post-partum van 2 liter of meer een risicofactor voor het krijgen van PTSS of PTS-symptomen, bij zowel patiënte en/of partner?

Studie opzet en populatie

Multicenter prospectieve cohort studie. Minstens 120 patiënten en 120 partners die een fluxus post-partum ≥ 2 liter hebben meegemaakt. Inclusiecriteria: ≥ 18 jaar, Nederlands- of Engels sprekend. Exclusiecriteria: PTSS in de voorgeschiedenis.

Interventie

Geen.

Uitkomstmaten

Primair: PTSS
 Secundair: PTS-symptomen

Stand van zaken

Start per 01-03-2015, 8 participerende centra (OLVG-Oost en West, VUmc, AMC, Flevoziekenhuis, Spaarne- en Kennemergasthuis, Westfriesgasthuis), 45 inclusies.

Artikel of website

www.capture-group.nl
ipad-study@olvg.nl
 Study protocol. Post-traumatic stress disorder in women and their partners, following severe post-partum hemorrhage: a study protocol for a prospective cohort study. Karel W.F. Scheepstra, Minouk E. van Steijn, Lea M. Dijkman and Maria G. van Pampus. BMC pregnancy and Childbirth, submission

QUESTA

Quality of life after Embolisation vs. hySTerectomie in Adenomyosis. (Uterine artery embolization versus hysterectomy for symptomatic adenomyosis: a randomized controlled trial.)

Achtergrond

Adenomyose wordt bij patiënten met abnormaal bloedverlies en dysmenorroe toenemend vastgesteld. Wegens verbeterende kwaliteit van beeldvorming is de nauwkeurigheid om adenomyose met MRI of echo aan te tonen toegenomen. Hysterectomie is meestal de enige behandeloptie (gouden standaard) wanneer conservatieve behandeling faalt. Case series voor embolisatie bij adenomyose patiënten laten veelbelovende resultaten zien. Gerandomiseerde data zijn echter nog niet beschikbaar.

Questa



Vraagstelling

Evaluatie van het effect van embolisatie op de kwaliteit van leven in vergelijking met patiënten die een hysterectomie ondergaan.

Studie opzet en populatie

Multicenter RCT.

96 premenopauzale vrouwen zonder kinderwens met symptomatische MRI bevestigde pure of dominante adenomyose (dominante adenomyose: adenomyose in combinatie met myomen, waarbij adenomyose het grootste volume heeft).

Interventie

Embolisatie versus hysterectomie (TLH, abdominaal of vaginaal).

Uitkomstmaten

Primaire uitkomstmaat: Kwaliteit van leven.

Secundaire uitkomstmaten: Failure rate, (technisch, klinisch), complicaties, gedurende therapie of binnen drie maanden na therapie, extra therapieën, (medisch, radiologische interventie, chirurgisch), opname duur, terugkeer naar normale activiteiten (werk etc), tevredenheid, pijn, uitkomsten beeldvorming in embolisatie groep middels trans vaginale echoscopie en MRI (Afmeting uterus, infarction rate, reductie junctional zone, volume en vascularisatie), kosten analyse 12 maanden na therapie.

Stand van zaken

De studie is gestart in september 2015 in het VU Medisch centrum Amsterdam en het St. Elisabeth ziekenhuis in Tilburg. Voorsnog wordt de studie in 13 centra opgezet. Geen inclusies tot op heden. De volgende ziekenhuizen zullen deelnemen:

Academisch Medisch Centrum

Amphia ziekenhuis

Maxima Medisch Centrum

Onze Lieve Vrouwe Gasthuis

Sint Lucas Andreas ziekenhuis

St. Elisabeth ziekenhuis

Universitair Medisch Centrum Groningen

VU Medisch Centrum

Patiënten kunnen eventueel hiernaar verwezen worden.

Website

www.questa-studie.nl

IVF38+

Onderzoek

Is, bij vrouwen vanaf 38 jaar met onverklaarde of milde mannelijke subfertiliteit, IVF de juiste behandeling?



Achtergrond

Jaarlijks worden er in Nederland meer dan 8000 IVF cycli uitgevoerd. Hoewel IVF ooit in het leven is geroepen voor vrouwen met een tubafactor, wordt IVF op dit moment voor het overgrote deel toegepast bij onverklaarde subfertiliteit. Een groot deel van de vrouwen die IVF ondergaan zijn 38 jaar of ouder. Maar is IVF wel de juiste behandeling voor deze indicatie? Het is bekend dat de spontane zwangerschapskans afneemt bij toenemende leeftijd van de vrouw, en hetzelfde geldt voor de zwangerschapskans van IVF.

Vraagstelling

Leidt IVF gedurende 8 maanden, bij vrouwen boven de 38 jaar met een onverklaarde subfertiliteit, tot meer zwangerschappen dan een natuurlijke conceptie gedurende 8 maanden.

Studie opzet

Multicenter RCT

Studie populatie

440 normo-ovulatoire vrouwen tussen 38 jaar en 42 jaar oud met tenminste 12 maanden subfertiliteit en 1 of 2 open tuba(e) met een partner, met een minimale VCM van 3 miljoen .

Interventie

IVF behandeling gedurende 8 maanden met maximaal 3 eicelpuncties, inclusief de terugplaatsingen van cryo embryo's, versus het nastreven van natuurlijke conceptie gedurende 8 maanden.

Uitkomstmaten

Primair: levend geboren

Secundair: (doorgaande) zwangerschap, meerling-zwangerschap, miskraam, zwangerschapscomplicaties, vroeggeboorte, kwaliteit van leven. Identificeren van een (sub) groep die wel of geen baat heeft van IVF.

Stand van zaken

Start per september 2015, 20 centra hebben ingetkend voor de studie.

Website

www.studies-obsgyn.nl/ivf38

'Als mijn naambordje eraf gaat, gaat het mee het graf in'

prof. dr. S.A. Scherjon afdeling Obstetrie en Gynaecologie, UMCG, Groningen

Liefde in tijden van Cholera, van Gabriel Garcia Márquez¹ begint met de laatste dag van dokter Juvenal Urbino, een ernstige man met een aanzienlijke sociale status en verhaalt over zijn gelukkige huwelijk met Fermina Daza. De sfeer van dit boek kwam direct bij me boven toen ik *Anyway... Sergio Leon, vrouwenarts en eilandskind*² las, over het leven van deze voor vele Nederlandse gynaecologen zo bepalende, misschien ook wel ernstige, Curaçaose gynaecoloog. Opgebouwd uit vele interviews, met vooral Nederlandse collega's, komt naar voren dat hij veel meer is geweest dan alleen een voorbeeld. Het is zelfs meer dan bewondering: 'de Godfather van de obstetrie', een bijzondere persoonlijkheid, die zonder indruk te willen wekken en door een natuurlijk

autoriteit een belangrijk stempel heeft gedrukt op bijna vijftig jaar obstetrie op het eiland. Het is opvallend dat hij zo velen - veelal vanuit Groningen - vanuit hun co-assistentenschap, heeft weten te inspireren om de keuze te laten vallen op ons specialisme. Zijn aanwezigheid, slapend op een brancard op de verloskamers, in afwachting van volkomen ontsluiting, was al voldoende. Zacht en veel pratend, afdwalend, soms sneller denkend dat hij het verwoordt, zelfs nu nog op zijn 84e, spreekt hij bevolgen over zijn vak: vrouwenarts. Niet obstetricus of gynaecoloog, nee, vrouwenarts.

De beschrijving van het opgroeien op Landhuis Stadsrust en het naastgelegen Landhuis De Goede Hoop is Marquesiaans: de verantwoordelijkheid als buitenkind voor de vele dieren op de plantage, alle producten van het veld die je kent, als kind van dertien konijnen schieten op de Oostpunt, Spaans spreken met zijn Venezuelaanse moeder Carmen Leyba, Nederlands en Papiaments met zijn broer en zusjes.

Na zijn MULO op de Hendrikschool verkoos Sergio Tennessee boven Nederland en ging naar highschool in de VS. Hij begon zijn medische opleiding aan Tulane University of Louisiana in New Orleans en volgde co-schappen in New York: het Kings County Hospital Center. Een harde, zeer praktische leer-school: 'je kon wel terugvallen op een ander, maar dat deed je liever niet' of zoals een collega het zei: 'Sergio if you need me, don't call me'. Omdat het academische te veel ontbrak, besloot hij zijn specialistische opleiding te doen bij James Henry Ferguson in Miami. Ferguson is één van de eersten die waarschuwde tegen het gebruik van DES³, deed onderzoek naar het CTG en schreef veel over de betekenis van het uitstrijkje, o.a. een artikel samen met Leon⁴. In 1962 kwam Leon naar Curaçao in een gedeelde overheidsaanstelling en werkzaam in de particuliere praktijk. De gezondheidszorg voor vrouwen op



Anyway...
Sergio Leon, vrouwenarts en eilandskind
Jeannette van Ditzhuijzen
LM Uitgevers, Utrecht
Paperback, 150 p. € 17,50
ISBN 9789460223945



Curaçao viel hem enorm tegen. De SVB (de verzekeraar) en het katholieke ziekenhuis sloten ongehuwde (zwangere) vrouwen uit voor veel hulp, zoals de PAP-test, anticonceptie en fertiliteitsonderzoek.

In de verloskunde was al jaren niet geïnvesteerd. In het Anna Paviljoen werd de zorg gratis verleend aan de pp- (pro paupers) patiënten. Hij zette zich vanaf het begin in voor verbetering van de zorg en hoopte met de bouw van de nieuwe polikliniek in 1976 een echt centrum voor zwangere vrouwen te kunnen opzetten met voorlichting over voeding, gezinsplanning, kinderverzorging etc. Hij kreeg echter niet zijn zin. Zijn ideaal van een centrale bevallingskliniek, gecombineerd met polikliniek, waar vroedvrouwen, huisartsen en gynaecologen zouden samenwerken, klassenloos, dus zonder onderscheid hoe de patiënt verzekerd was, lukte niet en is ook nooit gelukt.

Ideeën voor het inzetten van verloskundigen bijvoorbeeld in het ziekenhuis ter verbetering van de verloskundige zorg ontbreken. Dat is opvallend voor iemand die zijn leerlingen leerde 'als je in de verloskunde geen geduld hebt, maak je brokken'.

Voor de worsteling die er is geweest met abortus provocatus en de illegale abortus, ondanks de aanwezigheid van een abortuscommissie, en de rol van het katholicisme hierbij, laten veel indruk na. De illegale abortuspraktijk bleef bestaan en was in omvang in de jaren 70 tenminste tweemaal zoveel als de geregistreerde, veilige abortus in het ziekenhuis. Van toen geschatte 300-900 (illegaal en legaal) naar nu, nog steeds hoog, 1300 geregistreerde met mogelijk inclusief de niet-geregistreerde 1500-2000 abortussen per jaar. Op 2000 bevallingen.

Om *family planning* te realiseren was hij de grote motor achter 'Famia Plania', een stichting voor verantwoord ouderschap: hij zat meer dan dertig jaar in het bestuur. Vanaf 1966 had hij in zijn eigen kliniek, met hulp van diverse kanten en alle medewer-

kenden persoonlijk opgeleid in de familie planning. Erkenning was er voor zijn werk voor de bevordering van de positie van vrouwen in de vorm van een serie postzegels van 1974 en in 1991 toen hem een hoge Antilliaanse onderscheiding werd toegekend.

Sergio Leon was geen groot manager en ook geen diplomaat. Voor sommigen communiceerde hij eigenlijk niet: 'Hij verwacht van jou dat je alles begrijpt wat hij niet kan zeggen'. Hij is geen door-drammer geweest, geen vechter, in een land waar je juist verschillende keren iets moet zeggen voor er wat gebeurt.

Een levensverhaal in interviews, geschreven als een Zuid-Amerikaanse roman, door een auteur die de sfeer van binnen uit kent. Jeanette van Ditzhuizen woonde van 1990-1994 op Curaçao en schreef meerdere boeken over de eilanden.

Als je Márquez leuk vind en je bent gynaecoloog dan is dit boek, ook al ken je het eiland niet, een enorm plezier!

Literatuur

1. Márquez, Gabriel Garcia *Liefde in tijden van Cholera*. Meulenhof Amsterdam (1999) ISBN 9789029020053
2. Ditzhuijzen, Jeanette van *Anyway... Sergio Leon, vrouwenarts en eilandskind*. LM Publishers. Utrecht 2015.
3. Ferguson, J.H. *The importance of controls in a clinical experiment; stilbestrol therapy in pregnancy*. *Obstet Gynecol* 1954;4:452-7.
4. Ferguson, J.H. & S. Leon *The emergency-accident room of a hospital as a cancer detection center*. *JAMA* 1963;183:629-631