

ntog 07

2025
sinds 1889

GYNAECOLOGIE, ONCOLOGIE, PERINATOLOGIE EN VOORTPLANTINGSGENEESKUNDE

Met onder andere:

Themakatern urogynaecologie // *Ervaringen van patiënten met gynaecologische onderzoeken // Casus: een bijzondere presentatie van postmenopauzaal bloedverlies // Casus: uterus incarcerata als oorzaak van urineretentie tijdens de zwangerschap // Supplement bij mannelijke subfertiliteit: zin of onzin?*



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
OBSTETRIE & GYNAECOLOGIE

PostNL - Port betaald

Retouradres Generaal Foulkesweg 72, 6703 BW Wageningen

Colofon

REDACTIE

J.W.M. Aarts, hoofdredacteur (j.w.m.aarts@amsterdamumc.nl)
O.W.H. van der Heijden, voorzitter deelredactie perinatologie
S.M. Mourad, voorzitter deelredactie gynaecologie
M.H. Mochtar, voorzitter deelredactie VPG
F. Vernooij, rubrieksredacteur Ob Gyn
R. van de Laar, rubrieksredacteur Ob Gyn
M. Bensink, namens VAGO
A.W. Kastelein, rubrieksredacteur Richtlijn Uitgelicht
A.A. de Ruigh, rubrieksredacteur Richtlijn Uitgelicht
N.E. Simons, rubrieksredacteur UNO
M.A. Lugthart, rubrieksredacteur UNO
J. Lind, rubrieksredacteur Gynfeud
D. Voormolen, rubrieksredacteur Kunstsalon
M.J. Janssen, illustrator

LEDEN DEELREDACTIES

N.O. Alers, gynaecoloog
R. Bosgraaf, gynaecoloog, perinatoloog
F.H. Heida, perinatoloog
F. Hinten, fellow gynaecologische oncologie
C.H.J.R. Jansen, aios gynaecologie
R.L.M. Kurstjens, gynaecoloog
L.L. van Loendersloot, gynaecoloog
A.M. van Oers-Zandvliet, gynaecoloog
W.A. Spaans, (uro)gynaecoloog

UITGEVER & REDACTIESECRETARIAAT

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

ABONNEMENTEN

(prijzen per jaar en incl. 9% btw)
Standaard € 224,-. Studenten € 98,-. Klinisch verpleegkundigen, lid van de NVOG € 98,-. Buitenland € 326,-
Studenten buitenland € 162,-.
Abonnementen lopen per jaar van 1 januari t/m 31 december.
Aanmelden en opzeggen van abonnementen en adreswijzigingen s.v.p. doorgeven aan de uitgever.

ADVERTENTIES

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

OPPLAGE, VERSCHIJNING & VOLGENDE EDITIE

2.000 ex., 8 x per jaar.
NTOG vol.138#7 verschijnt 15 november 2025.

AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID

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

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

RICHTLIJNEN VOOR AUTEURS

Zie www.ntog.nl

BEELD OMSLAG

Daantje Bons, *Bloom* (2025)

ADVERTEERDERS IN DIT NUMMER

Gedeon Richter | *Drovelis*
Gedeon Richter | *DDL Ryeqo*
Gedeon Richter | *Drovelis Advertorial*
Amsterdam UMC | *Hand-on Course*
Besins Healthcare | *Oestrogel Inset*
Besins Healthcare | *Utrogestan*

ISSN 0921-4011

Inhoud

Gasteditorial

308 Hoog tijd voor meer aandacht voor urogynaecologie
prof. dr. Huub van der Vaart

Bestuur NVOG

309 Samen bouwen aan de toekomst
prof.dr. Christianne de Groot

In het kort

310 Artsen en geneeskundestudenten stemden GroenLinks-PvdA en D66 | Is het B1? | O wee | Kunstsalon | Gynfeud 40

In memoriam

312 Frank Kho (1946-2025)
Lawrence Kho, Ben Doekhie

Ingezonden

314 Geslaagde Buitendag van de NVOG-seniorleden
Bestuur commissie senioren NVOG

Reactie op Vaginale kunstverlossing
dr. Mariëlle van Pampus

Ingezonden

315 Opereren leer je niet vanzelf – pleidooi voor een chirurgische stage tijdens de opleiding
dr. Marjolein van Zummeren, dr. Astrid Vollebregt, dr. Steven J. Oosterling *et al.*

Concreto

317 ENTOG Exchange: ervaringen van twee aiossen
Mick van den Akker, Sophie Blaauwendraad

Koepel opleiding

318 Gewenst gedrag: de sleutel tot een veilig opleidings- en werkklimaat
Fokkedien Tummers MSc, dr. Marieke Sueters

Themakatern urogynaecologie

320 Urine-incontinent van de wieg tot het graf

322 Partusgerelateerde bekkenbodemschade: verborgen leed

324 Behandeling van prolaps: over het pessarium, opereren en de Nederlandse signatuur

328 Variatie in bekkenbodemporg: een instrument om de rol van samenwerking en richtlijnen in kaart te brengen

333 Urogynaecologie in de opleiding? Ja, het wordt tijd!

336 Patiënten pleiten voor focus op informatievoorziening, transparantie en vermindering van praktijkvariatie

Oorspronkelijke artikelen

340 Ervaringen van patiënten met gynaecologische onderzoeken
dr. Françoise F. Molenaar, Dorrit M. Huijskes

344 Casus: een bijzondere presentatie van postmenopauzaal bloedverlies
drs. Mirre Verstegen, Ellen Duijsings, dr. Wilbert Spaans

346 Casus: uterus incarcerated als oorzaak van urineretentie tijdens de zwangerschap
drs. Gillian Claeys, dr. Jonas Ellerbrock

Column

348 Activisme, iets voor mij?
Ghislaïne Dekeunink

Hora est

349 Diagnostic challenges in postmenopausal bleeding
Albertine Vroom

UNO

350 Prolaps: onderzoek van celniveau tot carbon footprint
dr. Malou Lugthart, dr. Noor Simons

OB GYN

352 Supplement bij mannelijke subfertiliteit: zin of onzin? | MYPP-trial: suppletie met myo-inositol voorkomt geen zwangerschapscomplicaties bij PCOS | Zwangerschapscomplicaties geassocieerd met herseninfarct op jonge leeftijd (<50 jaar)
dr. Floor Vernooij & dr. Raffi van de Laar

Buiten kantooruren

354 Musicals
dr. Joep Kortekaas

355 Antwoorden Gynfeud 40

NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE

Het NTOG is het officiële tijdschrift van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Dutch Society of Perinatal Medicine. De NVOG heeft als doel het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de voortplanting en van de vrouwenziekten te bevorderen, de optimale toepassing van kennis en kunde in de uitoefening van het specialisme Obstetrie en Gynaecologie te stimuleren en de maatschappelijke belangen van beoefenaars van het specialisme

Obstetrie en Gynaecologie en in het bijzonder van haar leden te behartigen. De vereniging wil dit doel bereiken door het houden van wetenschappelijke bijeenkomsten; het publiceren van wetenschappelijke artikelen; het houden van toezicht op de nascholing van opgeleide specialisten; het behartigen van de belangen van de specialisten, alsmede de beoefenaars van dit specialisme, en in het bijzonder de leden van de NVOG, bij daarvoor in aanmerking komende organen en instanties.

Hoog tijd voor meer aandacht voor urogynaecologie

prof. dr. Huub van der Vaart *hoogleraar urogynaecologie UMC Utrecht*

Voor u ligt het themanummer urogynaecologie om u te informeren over de issues in dit vakgebied. Intern, binnen de zeer actieve Werkgroep Bekkenbodem, is dit wel helder. Daarbuiten lijkt dit essentiële onderdeel van ons gynaecologenvak nog wel wat aan profilering te kunnen gebruiken. Het compleet ontbreken van de bekkenbodempromotie - één op de vier vrouwen wordt incontinent en één op de drie heeft een vaginale prolaps - in ons NVOG-promotiefilmpje is daar helaas een voorbeeld van. Ook nemen de Nederlandse universiteiten met hun O&G-afdelingen de handschoen (nog) niet op. Zoals ook wordt geconstateerd door de patiëntenvereniging BB4All. Omdat vooruitgang valt en staat met academische profilering en positionering, nemen wij u in dit themanummer mee op reis door het land van de urogynaecologie.

Het begint bij de geboorte. Niet van de vrouw zelf, maar het baren. Roovers et al. beschrijven dat het trauma aan de bekkenbodem door vaginale partussen substantieel is. Het optimaliseren van de genezing daarvan is belangrijk als secundaire preventie ter voorkoming van urogynaecologische klachten. Dat vraagt om meer aandacht voor de vrouw post partum en investeringen in basaal en translationeel onderzoek.

Urogynaecologische klachten zijn onlosmakelijk verbonden aan het hele leven van een vrouw. (In)continent van wieg tot graf. Bij het opgroeien is er gelukkig steeds meer aandacht voor de essentiële levensfase van de adolescentie. Een cruciale fase met de menarche, seksuele en identiteitontwikkeling, maar zeker ook veranderingen in de bekkenbodemfunctie. Klachten als urineverlies, een overactieve blaas en obstipatie zijn prevalent en de impact op de kwaliteit van leven, en zelfs toekomstperspectief, is substantieel.

In hun bijdrage daagt de patiëntenvereniging BB4All ons uit door te stellen

dat vrouwen met urogynaecologische problematiek dienen te kunnen vertrouwen op de kwaliteit van de door de NVOG-leden geleverde informatievoorziening, op het vergroten van transparantie en vooral ook het verminderen van praktijkvariatie.

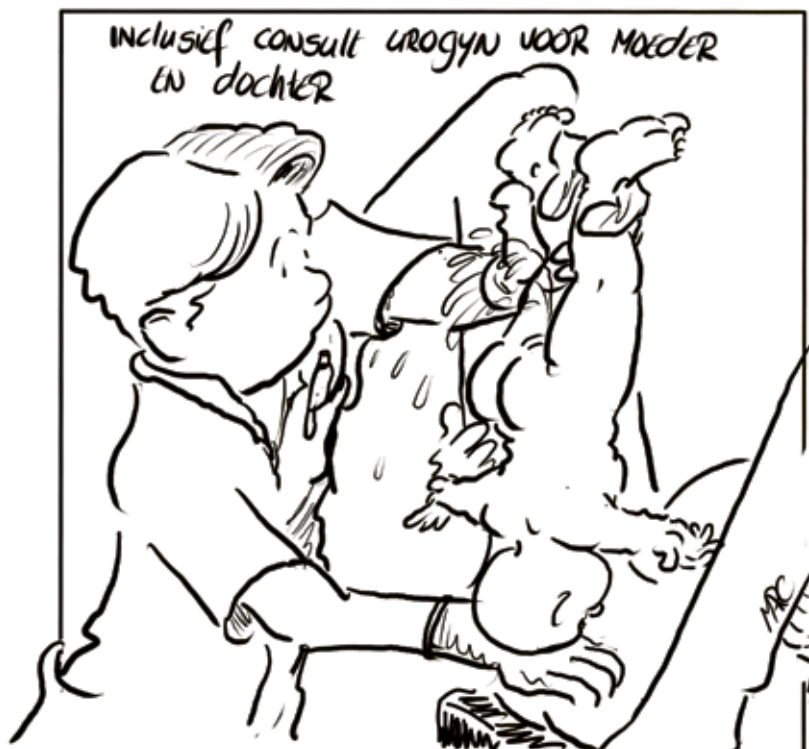
Het artikel van Van der Heijden en coauteurs toont aan dat het in kaart brengen van de praktijkvariatie nog steeds problematisch is. Data voor de eerste lijn zijn nauwelijks te verkrijgen. In de tweede lijn zijn registratiefouten, onduidelijke richtlijnen, problemen met implementatie en ook de implementatie (het urodynamisch onderzoek) nog volop aanwezig. Met als gevolg nog een te grote praktijkvariatie. Daarbij ontbreekt het vooral de patiënte aan inzicht waarvoor zij uiteindelijk kiest. De weg voorwaarts ligt ook hier in meer en meer gestructureerd onderzoek doen.

Met betrekking tot gestructureerd onderzoek heeft het consortium urogynaecolo-



gie zich de laatste twee decennia prominent op het (inter)nationale podium gevestigd, zoals Van Eijndhoven prachtig heeft omschreven. De lijn van goed klinisch evaluatieonderzoek, gevolgd door een adequate implementatie in richtlijnen, met ook oog voor de implementatie en duurzaamheid, is niet alleen de wens van de patiënte, maar ook ons urogynaecologisch bestaansrecht.

Een bestaansrecht dat al start in de opleiding en waar nog heel veel te winnen is zoals Hermens en Van Oudheusden fraai beschrijven in hun bijdrage. Essentie: 'Je doet de urogynaecologie er niet een beetje bij, maar het dient volwaardige verplichte kost te zijn in de opleiding.' Needless to say more. Veel plezier bij het lezen van dit urogynaecologische themanummer.



©marcjanssens.com

Samen bouwen aan de toekomst

prof.dr. Christianne de Groot

Terwijl ik mijn laatste bestuurscolumn schrijf, zijn de verkiezingen in volle gang. Inmiddels weten we hoe het is afgelopen. Wat mij opvalt – en eigenlijk niet verrast – zijn de vele beloften die opnieuw worden gedaan over de toekomst van de zorg, het klimaat en het woningtekort.

In de politiek, maar ook binnen de zorg, zien we een duidelijke trend richting individualisering en eigen verantwoordelijkheid. Nederlanders worden steeds vaker aangesproken op hun eigen gezondheid en keuzes. Tegelijkertijd staat de solidariteit binnen het zorgstelsel onder druk. Vergrijzing, personeelstekorten en stijgende kosten vragen juist om meer samenwerking in plaats van concurrentie, en om zorgvuldige keuzes. De aandacht verschuift van uitsluitend medische zorg naar een bredere blik op gezondheid, leefstijl en sociale omstandigheden, waarbij zorg, sociaal en publiek domein sterker met elkaar worden verbonden.

Deze ontwikkelingen vragen om beleid dat zorgvuldig balanceert tussen persoonlijke regie en collectieve verantwoordelijkheid. Een voorbeeld hiervan, waarover ik eerder in *Medisch Contact*¹ schreef en de nodige discussie opriep, raakt direct aan ons dagelijks werk. De autonomie en zelfbeschikking van de zwangere zijn belangrijke waarden. Maar wanneer de toegankelijkheid van zorg onder druk komt te staan en de rechtvaardige verdeling van schaarse middelen in het geding komt, mogen – en moeten – we als professionals ook duidelijke, redelijke grenzen stellen. Een tweede voorbeeld om de toegankelijkheid en zorgkwaliteit te waarborgen is de integrale organisatie van geboortezorg. Dat vraagt om ontschotten: samenwerken over de grenzen van domeinen heen. Door zorg rondom moeder en kind integraal te organiseren, kunnen we de beschikbare capaciteit beter benutten en de continuïteit van zorg vergroten.² Onderzoek bij Annature Geboortezorg, één van de zeven inte-

grale geboortezorgorganisaties liet zien dat integratie leidt tot minder ziekenhuisverwijzingen, minder vroeggeboorte en lagere kosten.³ Dat is passende zorg waar we niet langer mee kunnen wachten om de toegankelijkheid voor alle zwangeren te garanderen.

Als we verder uitzoomen, zien we ook in Europa een bredere uitdaging: hoe behouden onze rechtsstaat, ingebed tussen grootmachten als de VS en Rusland? Dat lijkt misschien ver van ons werk, maar raakt ook ons. Denk aan het recht van onze patiënten, zoals de keuzevrijheid rond abortus en de betrouwbaarheid van medische informatie.⁴ We vertrouwen Pubmed als bron van medische informatie, maar de vraag is of en hoe lang deze bibliotheek volledig en onbeïnvloed blijft. Juist daarom is onze stem als artsen, professionals en wetenschappers van groot belang, vanuit het perspectief van de patiënt en de medische inhoud. Onlangs hadden we een bestuursvergadering in het Trefpunt Medische Geschiedenis Nederland op Urk⁵, een bijzondere plek waar onze geschiedenis letterlijk tastbaar is. Tussen de boeken van Treub, oude apparatuur en filmbeelden verzorgt onze werkgroep Historie, met curatoren Mark Vierhout en Harry Vervest, het fundament waarop wij verder bouwen.

Als ik terugkijk op de afgelopen drie jaar als voorzitter, dan ben ik trots op wat we samen hebben bereikt. De succesvolle transitie van het Trial Bureau die haar prioriteiten ging verleggen van projecten naar nationaal strategische uitdagingen. Na een diepgaande evaluatie en uitwerking van scenario's hebben we samen met het NVOG-bureau deze transitie uitgewerkt en mede dankzij de inzet van ons bureau hebben we de essentiële taken op ons genomen waaronder de organisatie van bijeenkomsten als kwartaalbijeenkomsten, het verzamelen van intentie- en onderzoeksverklaringen, overzicht houden van inclusies en de TomTom. Zo kunnen de

eerste studies zeer succesvol lopen. Daarnaast zijn belangrijke kwaliteitsdocumenten, richtlijnen en leidraden ontwikkeld, en hebben we een vernieuwde vorm van kwaliteitsvisitatie in pilot gebracht. Ook hebben we onze communicatiekanalen vernieuwd: van degynaecoloog.nl tot een grotere zichtbaarheid van de NVOG in de media. We hebben het belang van vrouwspecifieke aandoeeningen, integrale geboortezorg en 'het minder doen' in het 'less is more'-programma op passende wijze op de kaart gezet. Met de campagne 'De gynaecoloog. Dicht bij jou' hebben we samen gewerkt aan het versterken van ons imago. Daarmee willen we patiënten beter informeren over ons vak en laten zien waar we als gynaecologen echt voor staan: zorg met aandacht, deskundigheid en maatwerk; dichtbij en betrouwbaar in elke levensfase. Tot slot zijn we, als het om passende zorg gaat, in gesprek gegaan met de verzekeraars. Samen met de koepel Gynaecoloog & Maatschappij spreken we ons uit voor academische vrijheid en tegen menonwaardigheden.

Met al deze initiatieven bouwen we aan de toekomst. *De Gynaecoloog 2035*⁶ zal in 2026 worden gepresenteerd, gebaseerd op *De Medisch Specialist 2035*. Daarmee geven we richting aan de zorg van morgen, met aandacht voor preventie, diversiteit, duurzaamheid en technologische innovatie, waaronder AI in de gynaecologie. Eén uitgangspunt blijft onveranderd: de mens staat centraal. Zorg voor onze patiënten, voor elkaar en voor ons eigen werkplezier met aandacht voor de maatschappij. Ik ben ongelooflijk trots op onze vereniging, ons bureau en op jouw inzet om samen de beste zorg te leveren voor iedere vrouw. In deze laatste bestuurscolumn kijk ik met vertrouwen naar de toekomst. Op donderdag 13 november zal ik de hamer overdragen. Dank voor het vertrouwen en voor het samen bouwen aan onze NVOG.

Referenties zie pagina 355.

Artsen en geneeskunde- studenten stemden GroenLinks-PvdA en D66

De Tweede Kamerverkiezingen zijn achter de rug. Inmiddels weten we dat D66 met een nipte meerderheid de grootste partij is geworden, op de voet gevolgd door PVV. *Medisch Contact* vroeg ruim vijfduizend artsen en geneeskundestudenten naar hun stemgedrag. GroenLinks-PvdA was 35% was de grootste partij, gevolgd door D66 met 33% van de stemmen.

De artsen namen drie weken voor de verkiezingen al deel aan een verkiezingsenquête van *Medisch Contact*. Toen twijfelde nog 16% over welk vakje ze zouden aankruisen. Deze twijfel en de respondenten die naar een andere partij switchten, heeft in het voordeel gewerkt van GroenLinks-PvdA en D66, en in lichte mate voor de VVD. Op CDA, Volt en Partij voor de Dieren is wat minder gestemd dan men eerder van plan was. GroenLinks-PvdA en D66 scoorden ook hoog onder geneeskunde-

Is het B1?

Meer dan twee miljoen Nederlanders hebben moeite met lezen. Er zijn zes taalniveaus: A1 (laagste) tot en met C2 (hoogste). Taalniveau B1 bestaat uit gemakkelijke woorden die veel voorkomen in de Nederlandse taal. Informatie voor patiënten zou moeten aansluiten op taalniveau B1. Hoe doen wij het in de spreekkamer, is ons taalgebruik B1? In deze rubriek bespreken wij iedere maand een veelgebruikt woord of veelgebruikte zin, met als vraag: Is het B1?

Rookt u?

Is dit B1? Ja! Zoals het niet zal verbazen, is de vraag 'rookt u?' B1. Wat misschien wel zal verbazen is dat patiënten deze vraag vaak met 'nee' beantwoorden als zij vaperen. Veel patiënten zien vaperen niet als roken. Vraag dus ook letterlijk naar vaperen. Ook pleiten wij ervoor dat de vraag over vaperen wordt toegevoegd in de vragenlijsten die patiënten krijgen toegestuurd om een goed beeld te krijgen van de intoxicaties van een patiënt.

Bron: www.ishetb1.nl

Correspondentieadres: m.twisk@bovenij.nl

studenten die meededen aan een exitpoll. Maar hun voorkeur gaat sterker uit naar D66 en minder naar GroenLinks-PvdA. Ook valt op dat zij iets vaker dan

artsen stemmen op de VVD, Partij voor de Dieren, Ja21, FvD, DENK en Bij1.

Bron: *Medisch Contact*

Gynfeud 40



Beste mensen, met en zonder uterus. Aan alles komt een eind. Zo ook aan de rubriek Gynfeud die ik zo'n vijf jaar geleden ben gestart op aanraden van Velja Mejatovic, destijds hoofdredacteur van het *NTOG*. Ik heb het altijd met veel plezier gedaan en veel mooie reacties ontvangen. Een aantal mensen heeft zelfs interessante casussen aangeboden, waarvoor veel dank. De laatste afleveringen probeerde ik de historische interesse wat aan te wakkeren. Ik denk dat het goed is om ons 'potjeslatijn' correct te blijven gebruiken en te schrijven. Hopelijk heeft deze rubriek daaraan een bijdrage geleverd en dan met name wat betreft de woorden die te maken hebben met de *tractus genitalis*. Of is het *tractus genitalia*?

Vraag 1. Welk antwoord is goed?

Een Kelly stitch is

- een leuk damestasje,
- een hechting om urine-incontinentie te corrigeren abdominaal,
- een hechting om urine-incontinentie te corrigeren vaginaal.

Vraag 2. Een epicrisis is

- een voorwoord,
- een episiotomie die per secundam geneest,
- een voetnoot,
- een kritische beoordeling.

Vraag 3. Wat is goed?

Na een enorme chlamydia-infectie ontstaat er soms een ontsteking van beide (het meervoud van epididymis).

- epididymises,
- epididymides,
- epididymisea,
- epididymissen.

De goede antwoorden zijn te vinden op pagina 355.

dr. J. Lind

G₂

NTOG Kunstsalon - Keurslijf

Ik ging op de de koffie in Villa Genitalia, niet het hoofdkwartier van de NVOG maar de fotostudio van Daantje Bons. Ik stap een grote loods binnen met robuuste werkplaatsen vol ijzer, staal, pallets, werkbanken en een lucht van olie en lasrook komt me tegemoet. Bovenin de hoge hal een knalroze balkon met roze parasol en roze versiering. Het contrast met de loods tovert direct een lach op mijn gezicht. Dit is duidelijk een creatieve broedplaats waar vrouwelijkheid omarmt en expressie niet vermeden wordt.

In het werk van Daantje staat het lichaam centraal waarbij ze voornamelijk haar eigen lichaam fotografeert. De beelden zijn haast abstract en toch roept het een sterk fysieke associatie op. Daantje geeft in haar werk op een speelse manier uitdrukking aan onderwerpen die onbesproken blijven, gevoelig zijn en waarvan een verbeelding veelal ontbreekt.

Ze ontwikkelde hiervoor een eigen beeldtaal. Een visuele vertaling van lichamelijkeheid, intimiteit, vrouwelijkheid en genderidentiteit. Het zijn zelfportretten maar ze gaan zeker niet alleen over haar. Een toenemende preutsheid in de samenleving zorgt voor veel (lichamelijk) ongemak en gêne. De maatschappij legt een keurslijf op waarnaar iedereen zich moet schikken. Daantje neemt taboes op de schop en daagt geijkte denkpatronen uit. Via suggestie zoekt ze een schurend grensvlak op tussen kwetsbaarheid en kracht, erotiek en esthetiek, persoonlijk en universeel. Daarmee legt ze vooral bloot wat voor stereotyperende, voorin genomen gedachten dit bij de kijker oproept. Kundig maakt ze gebruik van de aantrekkingskracht van schoonheid en humor. Zo draagt ze een boodschap uit. Het gaat over zeggenschap over jouw eigen lichaam. Naaktheid erkennen als iets van jezelf. De autonome kracht om comfortabel te zijn met je lichaam, zonder gêne. Waarbij je zelf de keuze hebt tussen 'intiem en verborgen' of 'open en bloot' zonder automatisch seksuele connotatie. Via bevrijding naar zelfbeschikking. Ze trekt het keurslijf uit.

Wat zouden deze foto's mooi tot hun recht komen in een gynaecologiewachtkamer. Op een plek waar vrouwen soms kwetsbaarheid en spanning ervaren kunnen deze beelden kracht, trots en herkenning oproepen. Iedereen heeft een blootje. Daantjes kunst nodigt uit tot openheid en normaliseren van lichamelijke thema's. Je laat als afdeling zien dat er aandacht is voor hedendaagse cultuur en beleving van de patiënten. Wellicht verlaagt het voor patiënten de drempel om in de spreekkamer het gesprek aan te gaan. De deur wordt door Daantje al op een kier gezet.

dr. Daphne Voormolen, arts foetale geneeskunde WKZ
www.stichtingkunstsalon.nl



O wee

Hans Klok

Tijdens mijn spreekuur loop ik naar de wachtkamer om mijn volgende patiënt welkom te heten. Ik neem haar mee en vraag in de wandelgangen: 'Vindt u het goed dat mijn coassistent meekijkt? Hij heet Hans'. Zij reageert: 'Dat vind ik oké, als het maar niet Hans Klok is, want dan ben ik er over een paar minuten niet meer.'

Mieke Kerkhof gynaecoloog JBZ

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

Frank Kho (1946-2025)

Lawrence Kho en Ben Doekhie, mede namens het team WHC Amsterdam

Meer dan vier decennia heeft gynaecoloog Frank Kho zich binnen het zorglandschap ingezet voor de vrouwenzorg en hielp hij duizenden vrouwen voor, tijdens en na hun bevalling. In Buitenveldert, Amsterdam-Zuid en Amstelveen kon hij niet over straat zonder herkend en aangesproken te worden met: 'Hallo, dokter Kho.' Eind juli overleed hij, 78 jaar oud.

Frank Kho werd in 1946 geboren in Jakarta, dat toen nog Batavia heette. Zijn vader was ingenieur en Kho groeide op in een hecht gezin met een oudere zus. In 1967 verhuisde hij van Indonesië naar Nederland om geneeskunde te studeren aan de Vrije Universiteit. Op studentencampus Uilenstede ontmoette hij medestudent Iwie Tjondrohandoyo, waarmee hij zijn hele leven samen zou blijven. Ze gingen wonen in Amstelveen, twee kilometer verderop.

Zijn eerste baan als gynaecoloog begon in 1979 in het Luthers Diaconessen Ziekenhuis aan de Koninginneweg, waar hij in plaats kwam van vertrekkende gynaecoloog Beuning. Daar ontstond een jarenlange samenwerking en vriendschap met wijlen mentor en gynaecoloog John Weber, tot diens pensioen. 'Het Lutherse werd geleid door diaconessen', zegt Lenneke Bavinck, die destijds als verpleegkundige met hem werkte. 'Als je een handdoek verkeerd opvouwde, kreeg je dat al te horen. Dan nam dokter Kho het altijd voor ons op. Hij was zo'n prettige man om mee te werken.'

In 1980 opende hij een buitenpoli van het Lutherse, genaamd Centrum voor Gynaecologisch Onderzoek, afgekort CGO. Het Lutherse ziekenhuis fuseerde met en verhuisde naar het Ziekenhuis Amsterdam Noord en werd uiteindelijk in 1987 het BovenIJ ziekenhuis in Noord. CGO ontwikkelde zich tot het huidige Women's Healthcare Center in Buitenveldert, en staat te boek als één

van de eerste vrouwenzorg ZBC's in Nederland.

Kho hield van zijn patiënten, aldus Irene Schreuder, vriendin en ooit zakenvrouw van het jaar. 'Daarom droegen ze hem op handen. Hij nam de tijd en was ongelooflijk gepassioneerd in zijn vak en voor zijn patiënten. Daar dreef die praktijk op.'

Voor zijn werk in de zorg voor vrouwen werd Kho in 2017 geridderd in de Orde van Oranje Nassau. Dat was de kroon op zijn werk. In 2016 werd Kho ziek. De laatste jaren hield hij geen spreekuren meer, maar hij bleef intensief betrokken bij zijn Women's Healthcare Center. Hoewel de eerste behandelingen aansloegen, overleed hij op zaterdag 26 juli in Amstelveen, omringd door zijn dierbaren, zijn vrouw Iwie, kinderen Lawrence en Janine, schoondochter Marinke en kleinkinderen Fabian, Jade, James en Julian. In het uitvaartcentrum De Kwakel in Uithoorn is begin augustus met mooie speeches en muziek omringd door een zee van kleurige bloemen met een door hem uitgekozen thema, 'a touch of color', afscheid genomen van Frank Kho.



Geslaagde Buitendag van de NVOG-seniorleden

Bestuur commissie senioren NVOG

Op 24 september kwamen de seniorleden van de NVOG bijeen voor hun jaarlijkse Buitendag. Ditmaal was gekozen voor Haarlem. Centrale locatie was het Museum van de Geest dat zich met name richt op de geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg en is gevestigd in het vroegere Dolhuys, een voorloper van onze psychiatrische ziekenhuizen. De opkomst was weer voortreffelijk met bijna honderd seniorleden (inclusief een deel partners).



Seniorleden van de NVOG op de Buitendag van 2026.

Zoals gebruikelijk werd het ochtendprogramma verzorgd door de lokale vakgroep, in dit geval de gynaecologen van het Spaarne Gasthuis. Miriam Hanstede trapte af met een verhaal over het paradepaartje van de vakgroep: de hysteroscopie in al zijn facetten. Een mooi voorbeeld van een al langere specialisatie binnen een vakgroep die, opgezet door het pionierswerk van Kees Wamsteker, via Mark Hans Emanuel nu is overgenomen door de huidige generatie.

Astrid Vollebregt nam ons mee in haar strijd voor meer erkenning van vrouw-specifieke aandoeningen en de grote impact die dat heeft op de maatschappij, zowel in verloren arbeidsproductiviteit als in financiële zin. Prachtig hoe zij, gesteund door vele collega's, op de barricades staat voor haar idealen.

Ten slotte vertelde Haye Knipscheer ons over de wonderbaarlijke geschiedenis van de vele Haarlemse ziekenhuizen en hun fusies die, na vele omwegen en met soms veel harteer, resulteerde in het huidige Spaarne Gasthuis. De stelling 'Een fusie maakt soms meer kapot dan drank kan helen' werd door velen herkend.

Na een prima lunch en het maken van de gebruikelijke groepsfoto ging de helft naar de monumentale Sint-Bavokerk waar de stadsorganist speciaal voor ons een orgelconcert gaf. Hierna wandelden de deelnemers tijdens een gegidste stadswandeling terug naar het Museum van de Geest. De andere helft van de groep kreeg een rondleiding door het museum waarbij ook filosofische aspecten van de psychiatrie niet onbesproken bleven.

Middagprogramma

Eenmaal allemaal terug in het museum hield Daphne Voormolen, bekend van haar prachtige kunstbesprekingen en covers in het NTOG, een spetterend pleidooi voor de kunst onder de titel 'Laat kunst voor je zorgen'.

Hans Merkus lichtte hierna de oprichting van de nieuwe commissie In memoriam toe. Het is de bedoeling dat, met terugwerkende kracht tot het jaar 2000, alle overleden gynaecologen een kort in memoriam krijgen op de website van de NVOG.

Traditioneel werd afgesloten met de herdenking van de in het afgelopen jaar overleden leden van de NVOG. Na een uiterst genoeglijke fileborrel ging eenieder weer 'op hoes an' zoals ze in Twente zeggen. Het was weer een zeer geslaagde dag.

Reactie op Vaginale kunstverlossing

dr. Mariëlle van Pampus

Met belangstelling heb ik in *NTOG* 25#6, p. 290, het artikel *Vaginale kunstverlossing (modulaire herziening augustus 2025)* van dr. A.A. de Ruigh en dr. A.W. Kastelein gelezen. Goed dat er ook aandacht is voor de ervaring van de barende. In het artikel wordt genoemd dat het niet duidelijk is in hoeverre goede nazorg PTSS en postpartum depressie kan voorkomen. Recent onderzoek, een RCT vanuit de

Capture Group, heeft aangetoond dat vroege EMDR effectief is bij klachten na een traumatisch ervaren bevalling. Vrouwen in de EMDR-groep hadden significant minder PTSS-klachten, minder depressieve klachten, minder angst voor een volgende bevalling en een betere kwaliteit van leven op psychische gebied.

Referentie

Hendrix YMGA, van Pampus MG, Hofman A, henrichs J, van der Horst HE, de Jongh A. Treatment of traumatic birth experience with postpartum early eye movement desensitisation and reprocessing therapy: a randomised clinical trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2025 Aug 5:s0002-9378 (25)00532-0. doi: 10.1016/j.ajog.2025.07.051.

Opereren leer je niet vanzelf – pleidooi voor een chirurgische stage tijdens de opleiding

dr. Marjolein van Zummeren *gynaecoloog in opleiding*

dr. Astrid Vollebregt *urogynaecoloog en opleider*

dr. Steven J. Oosterling *chirurg en opleider*

drs. Yair I.Z. Acherman *bariatrisch chirurg*

dr. S.C. Bruin *bariatrisch chirurg*

allen Spaarne Gasthuis, Haarlem, Hoofddorp

Hoe ontwikkel je je tot een bekwame operateur? Het vraagt training, het maken van meters in de operatiekamer en inzicht in chirurgische principes. Binnen de gynaecologie is de overlap met de algemene heekunde groot, maar een verplichte chirurgische stage ontbreekt. Dit terwijl juist deze stage kan bijdragen aan een stevig chirurgisch fundament, zowel technisch als klinisch. Hoe ervaren aiossen gynaecologie een stage bij heekunde? En wat zijn argumenten voor structurele inbedding?

Het vak van gynaecoloog vraagt niet alleen om operatieve vaardigheden, maar ook om klinisch inzicht bij ziektebeelden op het grensvlak van de gynaecologie en heekunde. Waar andere snijdende specialismen zoals de urologie, plastische chirurgie, orthopedie en tropengeneeskunde standaard een chirurgische vooropleiding kennen, biedt de gynaecologie deze structurele basis niet. Gezien de verwevenheid met de heekunde is het logisch om ook binnen de gynaecologie deze stap te overwegen. Niet iedere gynaecologisch aios zal zich echter operatief verder willen ontwikkelen. Wij pleiten er daarom voor om als alternatief een chirurgische differentiatiestage binnen de opleiding gynaecologie sterk aan te bevelen voor aiossen met een oncologisch, uro- of benigne gynaecologisch profiel. Een dergelijke stage draagt bij aan het verder ontwikkelen van zowel technische vaardigheden als het klinisch denken en bereidt de aios optimaal voor op de complexiteit van het vak. Operatieve training is een essentieel onderdeel van de opleiding tot gynaecoloog. In opleidingsklinieken wordt

met grote inzet gewerkt aan het overdragen van operatieve kennis en vaardigheden. De mate van operatieve blootstelling en complexiteit van ingrepen waar aiossen mee in aanraking komen in de opleiding is echter mede afhankelijk van de opleidingslocatie en regionale organisatie. Daarnaast neemt het volume van de gynaecologische operatieve ingrepen af. Ondanks dat het landelijk opleidingsplan (LOGO) duidelijke handvatten biedt in de vorm van verplichte EPA's en er (nog) voldoende exposure is om deze EPA's te behalen, bestaat daarmee het risico op een ongelijke leercurve tussen aiossen. Omdat van iedere snijdend specialist juist wordt verwacht dat hij of zij beschikt over een stevig chirurgische basis, is het van belang voldoende exposure en operatieve ervaring op te doen tijdens de opleiding. Dit blijkt ook uit de literatuur: de chirurgische leercurve is een te observeren en meetbaar fenomeen.¹ Er is een duidelijke relatie tussen hogere operatieve volumes en betere individuele uitkomsten, wat geldt voor vele procedures en subspecialismen.

Nut van een chirurgiestage

Een chirurgische stage aan het begin van de differentiatie tot operatief gynaecoloog kan verschillen in operatieve ervaring vanuit de basisopleiding tussen aiossen gynaecologie kleiner maken. Door gerichte betrokkenheid bij de algemene heekunde verruimen aiossen naast technisch inzicht ook skills als besluitvaardigheid en zelfvertrouwen op de operatiekamers. Tegelijkertijd versterkt de stage het begrip van algemene chirurgische principes zoals complicatiezorg en verdiept zij het klinisch redeneren bij overlap-

pende ziektebeelden. De samenwerking met collega's uit de heekunde bevordert niet alleen wederzijds begrip, maar biedt ook gelegenheid om van elkaar te leren: een duidelijke meerwaarde voor de gezamenlijke zorg aan patiënten. Op deze manier vormt de stage een waardevolle en complementaire aanvulling op de opleiding tot gynaecoloog.

Praktijkervaringen & reflecties

Als auteurs hebben wij van dichtbij ervaren hoe nuttig een chirurgische stage is voor de ontwikkeling van operatieve vaardigheden en klinisch inzicht. Een van de auteurs, Marjolein van Zummeren (aios gynaecologie, vijfdejaars, met specifieke interesse in urogynaecologie en minimaal invasieve chirurgie) liep een vier maanden durende stage op de afdeling heekunde van het Spaarne Gasthuis. De nadruk lag op laparoscopische vaardigheden en operatieve besluitvorming.

'Tijdens mijn stage heb ik volledig meegewerkt in de rol van aios heekunde en werd ingeroosterd als differentiant bariatric- en GE-chirurgie. Ik was gekoppeld aan vaste chirurgen om mijn leerrendement op de OK zo groot mogelijk te maken. Tijdens de stage opereerde ik mee met verschillende bariatrische en algemene chirurgische ingrepen, acute chirurgie en rectorpexieën. Daarnaast draaide ik mee op het proctologiespreekuur, voerde ik diverse poliklinische verrichtingen uit, zat de MDO's voor en nam ik deel aan de diensten. Ik voelde mij zeer welkom in de chirurgische vakgroep en de chirurgen waren gemotiveerd mij zowel de basis- als de complexe chirurgie bij te brengen.'

Wat als bijzonder werd ervaren, was het intensief leren van de expertise van het andere specialisme. De stage bood ruimte om technieken, inzichten, cultuur en praktische vaardigheden mee te nemen die direct toepasbaar zijn binnen de gynaecologie.

'Door letterlijk naast de chirurg te staan, verrijk je niet alleen je technische vaardigheden, maar ook je klinische blik. Uiteindelijk ontwikkel je als operateur je eigen stijl, maar die moet gestoeld zijn op brede ervaring en inzicht.'

Ook vanuit de chirurgie wordt het belang van deze uitwisseling onderkend. Door tijdelijk onderdeel te zijn van een ander specialisme ontstaat wederzijds een bredere, meer overkoepelende blik op de patiënt.

Pleidooi voor structurele inbedding

Een chirurgische differentiatiestage is een waardevolle investering in de opleiding van de toekomstige gynaecoloog. Een stage van ten minste zes maanden binnen de gastro-intestinale chirurgie, met aandacht voor zowel basale technieken als minimaal invasieve ingrepen, biedt de aios met operatieve ambities de gelegenheid essentiële vaardigheden verder op te bouwen en uit te breiden. De stage draagt bij aan een optimale interdisciplinaire samenwerking en kruisbestuiving tussen de twee vakgebieden. Wij roepen opleiders, differentiatiecommissies, de NVOG, de NVvH en aiossen op om gezamenlijk werk te maken van landelijke implementatie zodat we samen bouwen aan een sterk, breder opgeleid gynaecologisch vak.

Referentie

1. Toale C, O'Byrne A, Morris M, Kavanagh DO. Defining operative experience targets in surgical training: A systematic review. *Surgery*. 2022 Nov;172(5):1364-1372. doi: 10.1016/j.surg.2022.07.015. Epub 2022 Aug 26. PMID: 36038374.

Contact

Marjolein van Zummeren,
mvanzummeren@spaanegasthuis.nl

Verklaring van belangenverstrengeling

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

ENTOG Exchange: ervaringen van twee aiossen

Mick van den Akker nu vijfdejaars aios gynaecologie Haaglanden Medisch Centrum, cluster Leiden

Sophie Blaauwendraad nu tweedejaars aios gynaecologie, cluster Rotterdam

Begin juni bezochten twee Nederlandse aiossen de jaarlijkse ENTOG Exchange. Tijdens deze uitwisseling krijgen aiossen gynaecologie de mogelijkheid om kennis op te doen over de opleiding en het zorgsysteem in een ander Europees land. Dit jaar was Duitsland het gastland. In totaal vijftig Europese aiossen - maximaal twee per land - verspreidden zich over Duitse steden. De Nederlandse deelnemers Mick van den Akker en Sophie Blaauwendraad vertellen over hun onvergetelijke ervaringen.

Mick van den Akker

Mijn exchange vond plaats in Erlangen. De lokale organisatie had aan alles gedacht: ziekenhuiskleding, logeeradressen, deels gepersonaliseerde dagprogramma's en een divers avondprogramma. De week begon met een warm welkom in de Biergarten waar de gesprekken tussen aiossen uit verschillende landen startten en eigenlijk de hele week niet meer stopten.

We liepen twee dagen mee in de op één na grootste Frauenklinik van Duitsland. Een compleet ziekenhuis gewijd aan gynaecologie met patiënten uit een straal van 150 kilometer. De focus ligt vooral op oncologie en mammazorg; dit laatste is goed voor zo'n tachtig procent van het werk. Voor een ander specialisme kun je via ondergrondse tunnels naar een ander gebouw in de stad, gemiddeld vijf minuten lopen.

We kregen vrij toegang tot de afdelingen en operaties, en leerden zo over de Duitse manier van werken. Dat leidde vervolgens tot levendige gesprekken over de zorg in de landen van de andere deelnemers: Denemarken, Letland en Polen. De overeenkomsten tussen Denemarken en Nederland bleken groot en de verschillen met Duitsland soms verrassend. Zo is in Duitsland bij elke soort bevalling verplicht een verloskundige aanwezig, bestaat er geen leeftijdsgrens voor fertiliteitsbehandelingen zolang je betaalt en is transgenderszorg er minder

strikt geregeld. De opleiding tot gynaecoloog duurt vijf jaar, eindigt met een mondeling examen en tegen die tijd heeft een aios gemiddeld vijftig tot zeventig sectio's verricht. Na afronding van de opleiding ga je werken - in een duidelijk meer hiërarchie cultuur dan hier - en ontwikkel je je verder. Alle indrukken en gesprekken doen je nadenken over hoe wij het doen, en waarom.

Op dag drie troffen alle exchangers en organisatoren elkaar in Mainz, waar het gesprek verderging met andere Europese collega's. De uitwisseling werd afgesloten met een diner en feest, en zette zich nog voort in het EBCOG-congres. Het was een week vol indrukken, leerzame momenten en gezelligheid; een intense, leerzame week die mij niet alleen nieuwe inzichten, maar ook een nieuwe blik op ons vak gaf. Een unieke ervaring en mijns inziens een grote toevoeging voor de ontwikkeling tot specialist!

Sophie Blaauwendraad

Op maandagochtend half acht ontmoette ik mijn protegé bij de Uniklinik Düsseldorf. De avond ervoor was ik met de trein gearriveerd, vol gezonde spanning en gewapend met een rudimentair Duits wintersportvocabulaire. Ook had ik alvast kunnen proeven van de Japanse wijk van Düsseldorf, een verrassende kennismaking met de stad. Na een warm welkom en een extreem efficiënte overdracht, zoals we onze oosterburen kennen, trok iedereen naar zijn afdeling. Op de verloskamers - ofwel 'Kreisse', zeer toepasselijk - was het rustig, dus ging ik richting prenatale diagnostiek.

Tijdens het echoën vertelde de gynaecoloog-perinatoloog me over het Duitse verzekeringssysteem en de scheiding tussen publieke en private verzekeringen. Privéverzekerden betalen tot wel drie keer zoveel voor dezelfde onderzoeken én mogen zelf hun kliniek kiezen. Ziekenhuizen proberen daarom een goede reputatie te behouden om meer privépatiënten te trekken; een

interessant systeem, dat we samen bespraken in het licht van mogelijke overdiagnostiek.

Van de aiossen leerde ik dat de opleiding tot gynaecoloog in Duitsland heel anders verloopt dan in Nederland: je blijft de hele opleiding in één ziekenhuis en opereren gebeurt nauwelijks. Pas als chef, wanneer collega's vinden dat je eraan toe bent, leer je echt opereren. Daardoor mocht ik, onverwacht, als eerste assistent aan tafel bij een borstoperatie. Normaal assisteren co-assistenten, maar vandaag was er geen, dus stond ik plots bij een bilaterale lumpectomie met tepelreconstructie. De chirurg sprak geen Engels, maar dat weerhield haar er niet van om uitgebreid in het Duits Nederlands te complimenteren over onze kleurrijke Klamotten en hoe schlank und groß we zijn. Veel handen- en voetcommunicatie, maar het lukte.

De volgende dag begon vroeg met een dag in de fertiliteitskliniek. Het viel me op hoeveel mensen van over de grens naar Duitsland komen voor hun behandeling: de wachttijden zijn kort, de technologie hypermodern en de begeleiding persoonlijk. De wetgeving is ruimer dan in Nederland - behandelingen zoals eicel- of embryodonatie zijn beter toegankelijk. Ik kreeg uitgebreid uitleg over de verschillende methoden en mocht assisteren bij een embryotransfer. Het was een bijzonder en beladen moment.

's Avonds gingen we met de aiossen en jonge gynaecologen uit eten in het oude centrum van Düsseldorf: Knödel, Schnitzel, Bratwurst en natuurlijk Duits bier. Woensdag volgde in Frankfurt een programma voor alle uitwisselingsstudenten: een stadswandeling, een wetenschapsnacht en een diner, afgesloten met een knallend feest. De volgende ochtend zat menigeen met een even knallende koppijn maar rijk aan nieuwe ervaringen in de trein terug naar huis.

Gewenst gedrag: de sleutel tot een veilig opleidings- en werkklimaat

Fokkediën Tummers MSc *aios gynaecologie*
 dr. Marieke Sueters *gynaecoloog*
 beiden namens de Koepel Opleiding

In 2024 publiceerde De Jonge Specialist (DJS) de nationale a(n)ios enquête 'Gezond en veilig werken' waaruit allesbehalve geruststellende resultaten kwamen; maar liefst 34% van de arts-assistenten kreeg het jaar ervoor te maken met ongewenst gedrag op de werkvloer.¹ Dit betrof grotendeels intimidatie door collega's en patiënten. Ook ons eigen vak kwam er niet ongeschonden uit: de gynaecologie prijkt op plek drie. Een podiumplaats waar we niet trots op kunnen zijn. Tijd om aan de slag te gaan met gewenst gedrag.

Ons vak is van oudsher op meerdere gebieden vooruitstrevend, en dat willen we zeker ook zijn ten aanzien van een veilig werkklimaat. Als Koepel Opleiding willen we daar graag actief aan bijdragen. Een voorwaarde voor een goede opleiding is een veilig werkklimaat waarin fouten en twijfels in openheid besproken kunnen worden. Overigens beperkt het nastreven van gewenst gedrag zich niet tot de opleiding. Dit moet een gezamenlijk streven zijn dat iedere gynaecoloog, iedere aios en iedere andere betrokkene op de werkvloer zijn of haar verantwoordelijkheid neemt.

Ongewenst gedrag op de werkvloer, ook onder gynaecologen, is een hardnekkig probleem. Hierover wordt steeds meer met elkaar gesproken, echter een collega hierop aanspreken blijkt moeilijk.¹ Het goede nieuws: steeds meer collega's willen weten hoe we dit kunnen aanpakken en ongewenst in gewenst gedrag kunnen omzetten. Zo'n cultuurverandering is geen kleine of gemakkelijke opgave. Dit tijd kost en er zijn praktische handvatten nodig. Als eerste concrete stap organiseerde de Koepel Opleiding op 26 september de webinar 'Een veilig en positief werkklimaat creëren!', een inspirerende middag vol praktijkvoorbeelden en



Figuur 1. Veiligheidsladder zelfevaluatie-instrument veilig opleidingsklimaat. Illustratie ZIVOK

inzichten om bewustwording en het schetsen van mogelijkheden te stimuleren. De opname en de presentaties zijn terug te vinden op het LOGO-forum.²

Handvatten

Graag delen we een paar belangrijke inzichten. Naar aanleiding van de enquête heeft DJS samen met de Federatie Medisch Specialististen (FMS) de werkgroep Veilig Opleidingsklimaat opgericht ter verbetering én het structureel waarborgen van een veilige leeromgeving voor (aankomende) specialisten. Een ambitieuze missie, want waar begin je met cultuurverandering? De FMS heeft in dit kader het Zelfevaluatie-instrument Veilig Opleidingsklimaat (ZIVOK) ontwikkeld³ waarmee vakgroepen aan de slag kunnen: de ervaren sociale veiligheid in kaart brengen met de veiligheidsladder (figuur 1) en concrete verbeteracties afspreken. ZIVOK opent het gesprek over sociale veiligheid. De FMS biedt daarnaast een toolbox met handvatten voor verbeteracties.

DJS heeft onlangs het Veilig Meldpunt opgericht waar arts-assistenten en arts-onderzoekers terecht kunnen voor hulp en advies bij grensoverschrijdend gedrag en een melding kunnen doen, wat bijdraagt aan het in kaart brengen van trends. Ook kan persoonlijk advies gegeven worden.⁴

Ziekenhuisbrede aandacht

Verbeteracties beginnen met zichtbaarheid en draagvlak. Creëer ziekenhuisbrede aandacht voor dit onderwerp en betrek ook de Raad van Bestuur en de medische staf erbij. Richt een werkgroep of commissie op waarin de verschillende gremia zitting hebben. Veiligheid is geen tijdelijk project, maar moet geborgd en verankerd worden in beleid en dagelijkse routines. Daarvoor is structuur, financiering en eigenaarschap nodig.

Het helpt om het gesprek over (on)gewenst gedrag te normaliseren in alle lagen van het ziekenhuis: van arts-assistent tot afdelingshoofd. Trainingen, zoals een *bystander*-cursus, kunnen helpen om dat gesprek te ondersteunen en handelingsperspectief te bieden. Ook kan een vertrouwenspersoon of een externe begeleider een rol spelen. De NVOG heeft een vertrouwenspersoon⁵ en bij de FMS kan contact opgenomen worden met Elise Roerdink. Het onderwerp blijft nadrukkelijk op de NVOG-agenda staan. Een veilig en positief opleidings- en werkklimaat is geen luxe, maar een randvoorwaarde voor goed opleiden, goed samenwerken en goede zorg. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Zet het onderwerp op de agenda bij je eigen vakgroep en ga samen aan de slag!

Referenties zie pagina 355.

Onder redactie van:
Floor Vernooij
Wilbert Spaans
Selma Mourad



ntog
thema katern
urogynaecologie

Urine-incontinent van de wieg tot het graf

prof dr. Huub van der Vaart *hoogleraar urogynaecologie, Universitair Medisch Centrum Utrecht*

prof. dr. Maxime Kummeling *hoogleraar urologie, Leids Universitair Medisch Centrum*

'The world is not humane just because it is made by human beings' - *Hannah Arendt*

Urineverlies is een menselijke ervaring, maar wordt lang niet altijd met menselijkheid benaderd. Het gesprek wordt vermeden, schaamte vergroot en het probleem naar 'de ander' verplaatst. Pas wanneer we het bespreekbaar maken en normaliseren, maken we de wereld hierin écht humaan.

Urine-incontinentie, het ongewenst verlies van urine, wordt vaak gezien als een ouderdomskwaal, maar treft vrouwen in alle levensfasen. De opvatting 'het hoort nu eenmaal bij het leven van een vrouw' is zeer hardnekkig en maakt dat veel vrouwen hun klachten accepteren in plaats van hulp zoeken. Een systematische review toonde aan dat de prevalentie van urine-incontinentie tussen de 25-40% is, met verdere toename bij oudere leeftijd.¹ Urine-incontinentie is niet alleen een medisch probleem, maar ook een maatschappelijk vraagstuk. Het kan leiden tot sociale isolatie, verminderde arbeidsparticipatie en hogere zorgkosten.²

In de context van levensloopgeneeskunde is het belangrijk te erkennen dat de eerste klachten vaak veel eerder ontstaan dan gedacht. In dit artikel nemen wij u mee in de wereld van de urine-incontinentie en leggen wij de focus op de jongere generatie. Immers: jong geleerd is oud gedaan en het bespreekbaar maken (en behandelen) van urineverlies in de jonge generatie zal hopelijk leiden tot minder taboe op urineverlies in de toekomst.

Kinderleeftijd

Tot een leeftijd van vijf jaar wordt urine-incontinentie beschouwd als een fysiologisch fenomeen, maar de spreiding van de leeftijd voor het bereiken van continentie is groot. Hoewel anatomische afwijkingen zoals een ectopische uitmonding van een ureter of neurologische stoornissen zoals spina bifida ten grondslag kunnen liggen aan incontinentie na het vijfde levensjaar, is deze meestal functioneel van aard. Urine-incontinentie bij kinderen komt vaker voor dan men denkt en is geen zeldzaamheid die vanzelf verdwijnt. Volgens de recente Nederlandse richtlijn³ heeft 7-10% van de kinderen tussen de 5-13 jaar in meer of mindere mate urine-incontinentie, oplopend tot 21% wanneer ook lagere urinewegdisfuncties (LUTD) worden meegerekend.⁴ LUTD is de overkoepelende term voor functionele blaasproblemen overdag, zonder aantoonbare neurogene of anatomische oorzaak. Binnen deze groep zijn overactieve blaas (OAB) en dysfunctional voiding de meest voorkomende vormen.⁵ Vaak is er sprake van bladder-bowel dysfunctie, waarbij incontinentie samengaat met obstipatie.

De impact op het kind en het gezin is groot. Onderzoek laat zien dat kinderen met urine-incontinentie vaker slachtoffer zijn van pestgedrag dan leeftijdsgenoten zonder deze klachten, wat het zelfvertrouwen en de schoolprestaties negatief kan beïnvloeden.^{6,7} Verschillende studies tonen daarnaast een samenhang tussen incontinentie en psychosociale factoren zoals angst, stress en emotionele problemen. Het is echter onduidelijk of deze factoren de oorzaak of het gevolg zijn; waarschijnlijk is sprake van een wederkerige relatie waarin biologische, psychologische en sociale factoren elkaar versterken.⁸

Adolescentenleeftijd

De adolescentie, door het Nederlands jeugdinstituut (www.NJI.nl) gedefinieerd als de leeftijd tussen 10 en 22 jaar, is een periode van grote veranderingen op fysiek, emotioneel en sociaal niveau. Voor meisjes betekent dit onder meer het optreden van hun menarche, ontwikkeling van seksualiteit en zelfstandigheid. Hoewel er veel bekend is over incontinentie bij kinderen en volwassen vrouwen, zijn gegevens over deze impactvolle overgangsfase schaars. Een populatiestudie in het noorden van het land bij jongens en meisjes van 8 tot 17 jaar liet zien dat 30,1% van de meisjes urine-incontinentie melden.⁹ De meerderheid verliest alleen overdag en de incontinentie is vooral van het stresstype. Echter, de response op deze survey was met 23% erg laag, met inherent een grote kans op sample bias. Op internationaal niveau is een van de meest belangrijke studies de Avon Longitudinal Study of Parents and Children uit het Verenigd Koninkrijk.⁹ Uit dit cohort van zwangere vrouwen die in de periode tussen 1 april 1991 en 31 december 1992 a terme waren, werden de kinderen longitudinaal gevolgd tot 19-jarige leeftijd. Via vragenlijsten werd niet alleen hun blaasfunctioneren gevolgd, maar ook hun verdere ontwikkeling op het gebied van geestelijke gezondheid (depressie), zelfbeeld, schooltoelervingen en pestgedrag door leeftijdsgenootjes. Naast urine-incontinentie werd ook gekeken naar urgency en frequency symptomen. Tussen de 14 en 19 jaar nam het percentage urgency toe van 5,5 naar 13%, frequency van 3 naar 24,6% en met betrekking tot urine-incontinentie meldde van de 19-jarigen 2,6% stressincontinentie en 19,3% urgency incontinentie.¹⁰ Deze forse toename in prevalentie tussen de 14 en 19 jaar suggereert dat het deze levensfase belangrijk is om te zoeken naar voorlichting en preventieve maatregelen op het gebied van urine-incontinentie en overactieve blaas-klachten. Op het gebied van impact van urine-incontinentie op hun kwaliteit van leven meldden meisjes met incontinentie significant vaker depressieklachten, slachtoffer te zijn van pestgedrag, slechtere schoolprestaties en een meer negatief zelfbeeld. Slecht onderhouden toiletten, gebrek aan wc-papier maar ook te weinig toezicht waardoor onveilig pestge-

drag kan ontstaan, zijn risicofactoren voor niet alleen urineverlies, maar ook overactieve blaasklachten en het veel te lang ophouden van de mictie. Met de opmars van sociale media, die een grote rol spelen in het leven van adolescenten, groeit ook het risico dat incontinentie leidt tot een versterkt negatief zelfbeeld en pestgedrag. De uitdaging is om deze kanalen juist in te zetten voor betrouwbare en positieve voorlichting over plasklachten in het algemeen en urineverlies in het bijzonder. Onze beroepsvereniging kan hierin, in samenwerking met jeugdgezondheidsorganisaties, een belangrijke rol spelen. Immers, gecombineerde kennis over zowel de menstruele cyclus als het urogynaecologisch en seksueel functioneren is ons kennisgebied.

Volwassen vrouwen tussen de 20-45 jaar

In een Nederlandse random populatiestudie onder 1.393 vrouwen tussen de 20-45 jaar was de prevalentie van stressurine-incontinentie 39%, urgency incontinentie 15% en overactieve blaasklachten 12%.¹¹ Deze cijfers komen overeen met bevindingen uit de Britse ALSPAC-studie waarin op 19-jarige leeftijd vergelijkbare percentages werden gevonden. Vooral klachten van urgency en overactieve blaas waren geassocieerd met mobiliteitsproblemen ('de deur uit durven gaan') en gevoelens van schaamte.

In de fertiele levensfase, waarin vaak zwangerschap en bevalling plaatsvinden, wordt incontinentie helaas nog te vaak als normaal beschouwd en afgedaan met 'het hoort erbij'. Deze normalisering draagt eraan bij dat veel vrouwen hun klachten accepteren, behandeling uitstellen of zich helemaal niet bij hun arts melden.

Uit nog niet gepubliceerd onderzoek in samenwerking met de TU Delft blijkt dat er onder vrouwen die géén zorg hebben gezocht voor hun incontinentie, wezenlijke onvervulde behoeften bestaan. Huidige interventies en keuzehulpverleners vaak dat vrouwen al in een stadium zijn waarin ze willen kiezen tussen behandelingen, maar vrouwen hebben juist ook behoefte aan laagdrempelige, toegankelijke informatie. Daarnaast sluiten bestaande oplossingen vaak niet aan bij persoonlijke voorkeuren of praktische omstandigheden. Sommige vrouwen willen nadrukkelijk het label 'patiënt' vermijden, maar missen wél praktische hulpmiddelen of aanpassingen die hun dagelijks leven direct zouden verbeteren.

De eerste stap in de behandeling bestaat uit bekkenfysiotherapie, het bespreken van leefstijlfactoren (zoals gewichtsreductie, vochtinname en mictiegedrag) en het aanbieden van eenvoudige hulpmiddelen, zoals in geval van stressincontinentie een incontinentietampon. Niet al deze opties worden altijd door de huisarts of de fysiotherapeut besproken, waardoor kansen voor vroege interventie worden gemist. Specialistische behandeling is geïndiceerd bij onvoldoende effect van conservatieve maatregelen, persisterende impact op het dagelijks functioneren of duidelijke anatomische afwijkingen. Ook bij stressurine-incontinentie kan, bij ernstig verlies, direct tot een operatieve correctie worden overgegaan.

Het benutten van natuurlijke contactmomenten – bijvoorbeeld tijdens de zwangerschapsvoorlichting, de nacontrole

na de bevalling of bij het plaatsen van een spiraal – biedt kansen om het onderwerp laagdrempelig te bespreken. Een gebruikersgerichte benadering, waarbij informatie en ondersteuning aansluiten bij de fase en behoeften van de vrouw, kan het verschil maken in het doorbreken van schaamte en het verlagen van de drempel naar passende zorg.

Kwetsbare ouderen

In april 2025 is de vernieuwde richtlijn 'Continente bij (kwetsbare)ouderen' verschenen.¹² Incontinentie komt bij ongeveer de helft van de ouderen voor die gebruikmaken van chronische zorg, vooral de kwetsbare ouderen. Waar mogelijk worden zij net zo behandeld als jongere vrouwen tenzij dit door co-morbiditeit of bijwerkingen niet verantwoord is. Polyfarmacie is een bekend fenomeen en bij het veranderen van medicatie dient altijd naar de potentiële nadelige effecten gekeken te worden. Zo zijn er meerdere recente publicaties die laten zien dat het gebruik van anticholinergica (waaronder ook die met als indicatie overactieve blaas) het risico op het ontwikkelen van dementie verhogen.¹³ Vaak wordt urine-incontinentie bij ouderen beschreven als functionele incontinentie. Hiermee wordt bedoeld dat er co-morbiditeit bestaat die een fysieke belemmering is bij een toiletgang.

De behandeling richt zich op het optimaliseren van co-morbiditeit, faciliteren van de toiletgang (bijvoorbeeld door een poststoel, gemakkelijk uit te trekken kleding en goed toegankelijke toiletten) en het gebruik van adequaat incontinentiemateriaal. Huidbescherming is essentieel om jeuk en irritatie te voorkomen. Stigma speelt ook in deze levensfase een rol: zowel patiënten als zorgverleners kunnen aannemen dat behandeling 'niet meer zinvol' is, terwijl passende interventies juist mobiliteit, zelfstandigheid en kwaliteit van leven kunnen verbeteren.

Samenvattend

Urine-incontinentie en blaasklachten zijn prevalentie aandoeningen in alle levensfasen van de vrouw. Waar risicofactoren zoals het ouder worden en vaginale baring bekend zijn, is het blaasfunctioneren in de levensfase waarin de meeste fysieke en emotionele veranderingen plaatsvinden nog grotendeels een black box. Het is een misvatting te denken dat urine-incontinentie op kinderleeftijd vanzelf overgaat, de adolescentenjaren overslaat en pas op volwassen leeftijd weer terugkeert. Door in elke levensfase oog te hebben voor vroege signalen, laagdrempelig te informeren en interventies af te stemmen op de behoeften van vrouwen, kan veel gezondheidswinst worden behaald. Zoals Simone de Beauvoir zei: 'Old age is not something that happens to someone else. It is the destination we all share.' Van de wieg tot het graf is incontinentie een collectieve verantwoordelijkheid.

Door blaasklachten bij adolescente meisjes goed in kaart te brengen, onderzoek te doen naar de mogelijke risicofactoren en de negatieve gevolgen van deze blaasklachten, en deze informatie te gebruiken voor voorlichtingsprogramma's kan de urogynaecologie echte levensloopgeneeskunde worden.

Referenties

- Milsom, I., & Gyhagen, M. (2018). The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric*, 22(3), 217-222.
- www.gipdatabank.nl/nieuws/actualisatie-mei-2021
- Richtlijndatabase, juli 2025.
- Nieuwhof-Leppink AJ, Schroeder RPJ, van de Putte EM, de Jong TPVM, Schappin R. Daytime urinary incontinence in children and adolescents. *Lancet Child Adolesc Health*. 2019 Jul;3(7):492-501.
- Tekgul, S., Stein, R., Bogaert, G. et al. EAU-ESPU guidelines recommendations for daytime lower urinary tract conditions in children. *Eur J Pediatr* 179, 1069-1077 (2020)
- Joinson C, Heron J, Emond A, Butler R. Psychological problems in children with bedwetting and combined (day and night) wetting: A UK population-based study. *J Pediatr Psychol*. 2007 Jun;32(5):605-16.
- Zhao PT, Velez D, Faiena I, Creenan EM, Barone JG. Bullying has a potential role in pediatric lower urinary tract symptoms. *J Urol*. 2015 May;193(5 Suppl):1743-8.
- von Gontard A, Baeyens D, Van Hoecke E, Warzak WJ, Bachmann C. Psychological and psychiatric issues in urinary and fecal incontinence. *J Urol*. 2011 Apr;185(4):1432-6. doi: 10.1016/j.juro.2010.11.051. Epub 2011 Feb 23. PMID: 21349549.
- ALSPAC, www.bristol.ac.uk/alspac
- Fitzgerald CM, Cunningham SD, Berry A, et al. Prevention of Lower Urinary Tract Symptoms (PLUS) Research Consortium. Is there an association between physical activity and lower urinary tract symptoms in adolescent girls? Results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Int Urogynecol J*. 2023 Dec;34(12):2995-3003.
- https://kennisplatform.venvn.nl/onderwerp/continentie-bij-kwetsbare-ouderen/
- Prevalence of urinary incontinence and other lower urinary tract symptoms in children in the Netherlands. Linde J.M., Nijman R.J.M., Trzpis M, Broens PMA. *Journal of pediatric urology* 2019 15 164. e1-164.e7
- Coupland CAC, Hill T, Denning T, Morriss R, Moore M, Hippisley-Cox J. Anticholinergic Drug Exposure and the Risk of Dementia: A Nested Case-Control Study. *JAMA Intern Med*. 2019;179(8):1084-1093.

ntog 25/7

Partusgerelateerde bekkenbodemschade: verborgen leed

prof. dr. Jan-Paul Roovers *hoogleraar urogynaecologie, Amsterdam UMC*

dr. Jeroen van Bavel *urogynaecoloog, Amphia Ziekenhuis*

prof. dr. Arie Franx *hoogleraar Verloskunde, Erasmus MC*

De eerste vaginale baring is de belangrijkste risicofactor voor het ontwikkelen van bekkenbodemp Problemen. Ongeveer 40% van de vrouwen die ooit vaginaal bevallen is, krijgt in het leven te maken met stressincontinentie en 10% van de vrouwen wordt in haar leven geopereerd aan een verzakking.

Met de vergrijzing en zorg die zich toenemend richt op kwaliteit van leven, groeit ook de zorgvraag op het gebied van de urogynaecologie. Het onderzoek richt zich bijna volledig op diagnostiek en behandeling van stressincontinentie en vaginale verzakking en nauwelijks of niet op preventie en vroege interventie bij bekkenbodemschade postpartum. In dit artikel presenteren wij een aantal aanbevelingen om de zorg voor vrouwen met partusgerelateerde bekkenbodemschade te optimaliseren.

Organisatie van geboortezorg

De geboortezorg richt zich tegenwoordig voornamelijk op de antenatale fase. Tot zes weken postpartum wordt de zorg voor moeder en neonaat volledig door verloskundigen en obstetrici gegeven, maar in de praktijk zijn die vooral bezig met het risico van complicaties van de zwangerschap, zoals

pre-eclampsie, intra-uteriene groei-retardatie of vroeggeboorte, en veel minder op het risico van schade als gevolg van de bevalling, zoals emotionele schade en bekkenbodempathologie. Het is een grote zorg dat bij de nacontrole zes weken postpartum systematisch onderzoek van de bekkenbodemp van de jonge moeder niet plaatsvindt. Bij deze nacontrole zijn de meeste vrouwen nog niet seksueel actief geweest, en zij weten dan ook niet of zij in staat zijn om pijnloos coitus te kunnen hebben. Mogelijk hebben zij ook een niet functionerende bekkenbodemp, die bij belasting door sport of werk nog meer onder druk staat. Uit onderzoek blijkt dat in de eerste twee jaar na de bevalling 40% van de vrouwen pijn bij coitus heeft en de zorg voor deze groep vrouwen is niet optimaal georganiseerd.

De meeste vrouwen geven borstvoeding ten tijde van de eerste nacontrole, en bestaande problemen met mictie en defaecatie wordt vaak geduid als passend bij de korte periode postpartum. Idealiter is er een overdracht van zorg voor de bekkenbodemp naar ofwel de huisarts ofwel een urogynaecologisch geschoolde collega-gynaecoloog. Regelmatig wordt er verwezen naar een gespecialiseerde bekkenfysiotherapeut, maar geboorteschade waarbij de integriteit van spieren en/of steunweefsel is beschadigd, kan niet

behandeld worden met bekkenfysiotherapie. Wel kan bekkenfysiotherapie bijdragen aan betere coördinatie en bewustwording van de bekkenbodem, maar een gemiste totaalruptuur of een wijde hiatus genitalis zal er niet van genezen. Bovendien is de kwaliteit tussen bekkenfysiotherapeuten erg wisselend en ontbreken evidence-based richtlijnen voor behandeling. Daarnaast is de bekkenfysiotherapeut niet de coördinator van de zorg, dat moet een gynaecoloog of huisarts op zich nemen, en deze moet de bekkenbodem ook volgen totdat de functie hersteld is, of totdat een operatieve interventie geïndiceerd is.

Aanbeveling

Verloskundige zorg moet zich meer richten op schade als gevolg van de bevalling bij de moeder en haar bekkenbodem, en de coördinatie van de bekkenbodemp Zorg moet worden overgedragen op urogynaecologisch geschoolde gynaecoloog of huisarts, waarbij bekkenfysiotherapie een rol kan spelen maar structurele schade van spieren en/of steunweefsel die zich uit in verzakking en/of stressincontinentie, vaak uiteindelijk een operatieve interventie behoeft.

Vroegdiagnostiek van bekkenbodemschade

Het exacte mechanisme van bekkenbodemschade is niet goed bekend. Bij één op de drie vrouwen die de eerste keer bevallen, is er sprake van een forse blessure (avulsie, wijde hiatus of beide) van de bekkenbodempier. Dit geeft een hoger risico op prolaps op latere leeftijd en recidief na prolapschirurgie. Verder kan herhaalde druk op de bekkenbodem, tijdens contracties van de uterus, resulteren in schade aan de nervus pudendus.

Toch weten we nog heel veel niet over het mechanisme van schade. Is het zenuwbeschade door herhaalde druk of is er oxydatieve stress, en welke factoren bepalen of deze wel of niet herstelbaar is? Is het avulsie van de spier of is er celafbraak in de spier, en herstelt deze gedeeltelijk of niet? Beter inzicht in het exacte mechanisme waardoor een vaginale baring bekkenbodemschade geeft, zal helpen bij het ontwikkelen van innovatieve behandelmodaliteiten om de bekkenbodemschade vroeg postpartum te behandelen of zelfs te voorkomen.

Verder is er de directe schade van de vaginale baring aan het perineum en de externe anale sphincter. Te vaak wordt deze schade ofwel niet goed herkend, bijvoorbeeld door het achterwege laten van een rectaal toucher, of niet goed hersteld, door beperkte beschikbaarheid van operatieve expertise om complexe rupturen te hechten of onderschatting van de uitgebreidheid van het geboortetrauma. Preventieve maatregelen zoals perineumsteun of episiotomie bij een hoog risico op totaalruptuur worden onvoldoende geïmplementeerd, mede omdat obstetrische hulpverleners de problemen die optreden op de lange termijn zoals anale incontinentie, niet zien. De beperkte kwaliteit van leven door verlaagd zelfbeeld, (angst voor) dyspareunie, incontinentie voor ontlasting of pijnklachten zijn onacceptabel voor een land als Nederland, waar we streven naar 'waardegedreven zorg', 'passende zorg' en 'levensloopzorg'.

Aanbeveling

Er zou meer onderzoek moeten worden gedaan naar primaire preventie, denk hierbij aan predictiemodellen: welke vrouwen zijn at risk en welke interventies pre-partum en durante partu kunnen schade voorkomen?

Mocht schade eenmaal zijn opgetreden, dan is de vraag hoe goed we dit middels bekkenbodemonderzoek of bijvoorbeeld echo-onderzoek van de bekkenbodem kunnen diagnosticeren. Optimalisatie van de screening naar en diagnostiek van de bekkenbodemschade postpartum is noodzakelijk om direct te herstellen wat er hersteld kan worden, en te voorkomen dat deze afwijkingen pas jaren later worden gediagnostiseerd. De aanwezige kennis voor chirurgisch herstel van schade aan het perineum en de anale sphincter moet beter beschikbaar worden gemaakt direct postpartum. Vrouwen zouden geïnformeerd moeten worden over de status van hun bekkenbodem postpartum, zodat ze hiermee rekening kunnen houden in hun dagelijks leven.

Vroege behandeling van bekkenbodemschade

Er is weinig kennis over de vraag wat er in een vroeg stadium aan bekkenbodemp Zorg gedaan kan worden voor de diverse bekkenbodemp Problemen die de eerste weken postpartum ervaren kunnen worden. De rol van de verschillende betrokkenen is ook niet altijd duidelijk.

Het begint bij de obstetricus of verloskundige die in moet schatten of er indicatie is voor aanvullende behandeling. De nacontrole zes weken postpartum is vaak nog te vroeg om dit vast te stellen en duidelijke instructies aan de moeder over de criteria om aanvullende zorg te vragen zijn dan ook belangrijk. Bij verwijzing naar een bekkenfysiotherapeut is het belangrijk dat het doel van de therapie door de verwijzer wordt gecommuniceerd naar de patiënt en de bekkenfysiotherapeut. De kans op spontaan herstel van klachten is groot, maar neemt af met het verstrijken van de tijd. Normalisering van de oestrogene status, zeker na het stoppen van de borstvoeding, gaat vaak gepaard met verder herstel van bestaande klachten, maar iemand moet bepalen of het voldoende is. Schade aan de nervus pudendus en levator ani herstelt vaak in de eerste zes tot negen maanden, maar daarna niet meer.

Veel vrouwen die bevallen zijn, presenteren zich bij de huisarts, maar deze heeft geen richtlijn met aanbevelingen voor onderzoek of met verwijscriteria. Verwijzingen naar de tweede lijn vinden vaak plaats zonder dat gynaecologisch onderzoek heeft plaatsgevonden, en verwijzing zal vaak niet plaatsvinden terwijl er wel een indicatie voor is.

In Frankrijk bezoekt iedere vrouw na de bevalling eenmalig een bekkenfysiotherapeut, maar er is nooit aangetoond dat dit beleid effectief is, laat staan kosteneffectief. Bekkenfysiotherapeuten kunnen schade niet goed identificeren, maar wel beoordelen of de bekkenbodem het probleem is van de ervaren klachten postpartum.

Verwijzing naar een urogynaecologisch geschoolde gynaecoloog geeft een tweede kans op het detecteren van schade aan een levator of een gemiste totaalruptuur. Er lopen te veel vrouwen rond met pijnklachten, waarvan te lang is gezegd dat 'het er bij hoort', of met suboptimaal gehechte tweede-

graadsrupturen of een perineum waar de huid wel geapproximeerd is maar er geen connectie is van de bekkenbodemspieren links en rechts.

Er is nog vrijwel geen onderzoek verricht naar innovatieve behandelmodaliteiten om wondgenezing te bevorderen, waarbij de vaginale baring het trauma is dat de wond heeft gemaakt. Te denken valt aan vaginale oestrogenen, platelet rich plasma, fat-derived stamcellen of hydrogels die een matrix genereren, met het doel om collageenmetabolisme van de fibroblasten te bevorderen.

Aanbeveling

Er moeten zorgpaden ontwikkeld worden voor postpartum bekkenbodenzorg die beginnen met screening bij alle vrouwen, zodat duidelijk wordt welke vrouwen een verwijzingsindicatie voor specialistische diagnostiek hebben en welke interventie bij welk probleem van toegevoegde waarde is. Er moet basaal wetenschappelijk onderzoek worden verricht naar innovatieve behandelmodaliteiten om genezing van bekkenbodenschade vroeg postpartum te bewerkstelligen.

Conclusie

Voor de bekkenbodem wordt postpartum op dit moment niet goed gezorgd. Zowel de organisatie van zorg als het onderzoek naar innovatieve diagnostiek en behandeling is

nodig om betere bekkenbodenzorg te realiseren. We hebben te lang geaccepteerd dat schade door de zwangerschap of de bevalling er 'gewoon bij hoort', terwijl daarentegen blessures door bijvoorbeeld sporten wel serieus worden behandeld. Het effect van bekkenfysiotherapie mag niet overschat worden, structurele schade aan bekkenbodemspieren en steunweefsel van de bekkenbodem verdient in de nabije toekomst een veel betere behandeling.

Referenties

1. Jelovsek JE, Chagin K, Gyhagen M, Hagen S, Wilson D, Kattan MW, Elders A, Barber MD, Areskoung B, MacArthur C, Milsom I. Predicting risk of pelvic floor disorders 12 and 20 years after delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2018 Feb;218(2):222.e1-222.e19.
2. Wilson D, Dornan J, Milsom I, Freeman R. UR-CHOICE: can we provide mothers-to-be with information about the risk of future pelvic floor dysfunction? *Int Urogynecol J.* 2014 Nov;25(11):1449-52.
3. Klootwijk A, Bakx P, Franx A, Bijma H, Ernst-Smelt H, Lamain-de Ruiter M, Posthumus A, van Rijn B. Patient-reported outcome and experience measures for quality improvement in pregnancy and childbirth care: a retrospective cohort study. *BMJ Open Qual.* 2023 Mar;12(1):e001922. doi: 10.1136/bmj-oq-2022-001922. PMID: 36889814; PMCID: PMC10008327.
4. DeLancey JOL, Masteling M, Pipitone F, LaCross J, Mastrovito S, Ashton-Miller JA. Pelvic floor injury during vaginal birth is life-altering and preventable: what can we do about it? *Am J Obstet Gynecol.* 2024 Mar;230(3):279-294.e2. doi: 10.1016/j.ajog.2023.11.1253. Epub 2024 Jan 2. PMID: 38168908; PMCID: PMC11177602.

ntog 25/7

Behandeling van prolaps: over het pessarium, opereren en de Nederlandse signatuur

dr. Hugo W.F van Eijndhoven *gynaecoloog, Isala, Zwolle*

dr. Astrid Vollebregt *gynaecoloog, Spaarne Gasthuis, Haarlem*

dr. Kirsten B. Kluijvers *gynaecoloog, Radboud UMC, Nijmegen*

Urogynaecologie is tegenwoordig een volwaardig subspecialisme binnen ons vakgebied. In dit artikel beschrijven we de weg daar naartoe, waar we nu staan en hoe we in de nabije toekomst de optimale behandeling van prolaps voor ons zien.

De oudere collega's onder ons weten ongetwijfeld nog hoe de bekkenbodenzorg tot aan het begin van deze eeuw was georganiseerd. Hoewel er sprake was van enige subspecialisatie, deden de meeste gynaecologen de behandeling van prolaps en incontinentie erbij. Allen konden een pessarium plaatsen en de operatieve behandeling van een vaginale prolaps was vrij eendimensionaal, namelijk een vaginale uterusextirpatie met plastieken. Dit zag je ook weerspiegeld in de opleiding, waarbij minstens twintig vaginale uterusextir-

paties de verrichtingenlijst moesten sieren. Een aantal dat elke aios makkelijk haalde.

Langzamerhand werd duidelijk dat de operatieve behandeling van prolaps tot een hoog anatomisch recidief percentage leidde, en ook over functionele uitkomsten werd, uitzonderingen daargelaten, weinig nagedacht. Dit maakte dat de behandeling van prolaps gedurende de twintigste eeuw zich weinig ontwikkelde en dat bestaande oudere technieken, zoals de Manchester operatie, in de vergetelheid konden raken. Begin deze eeuw kwam hier geleidelijk verandering in. De introductie van de tension free vaginal tape of mid-urethrale sling tegen stress-urine-incontinentie was een eerste teken hiervan. De spectaculaire resultaten die met deze innovatieve techniek werden behaald, deed gynaecolo-

gen beseffen dat ook bij de behandeling van prolaps er betere uitkomsten mogelijk moesten zijn. De ontwikkeling van vaginale implantaten, de 'matjes' voor prolaps en de toepassing van laparoscopische technieken waren daar een direct gevolg van. Hierover later meer.

PORTRET-studie

Ook in Nederland vond men dat het anders moest en met de werkgroep bekkenbodemp als stuwende kracht werd urogynaecologie in 2011 officieel erkend als subspecialisme.

Hiermee en met het daaraan gekoppelde fellowship urogynaecologie was Nederland internationaal een voorloper. Wat betreft wetenschappelijk onderzoek zijn er verschillende factoren die ons land tot een vruchtbare bodem maken: een beperkt aantal redelijk uniforme ziekenhuizen, actieve werkgroepen waarbinnen collega's elkaar kennen en de organisatie van wetenschap binnen consortia die ondersteund worden door de NVOG. De vraag of dit alles tot belangrijke wetenschappelijk onderzoek op urogynaecologisch gebied heeft geleid, kan wat ons betreft met een volmondig 'ja' worden beantwoord.

Het is gelukt om onderlinge concurrentie om te zetten in een gezamenlijke ambitie voor het uitvoeren van studies met impact op onze dagelijkse praktijk. Veel van deze studies werden gemotiveerd door gezamenlijk benoemde kennislacunes, maar ook bij 'gouden standaard' behandelingen durfden Nederlandse onderzoekers vraagtekens te zetten. Een mooi voorbeeld hiervan is de PORTRET-studie.¹ Hierin werd bekkenfysiotherapie, destijds de eerste-keusbehandeling bij stress-urine-incontinentie, vergeleken met de mid-urethrale sling. Hoewel beide veelvoorkomende behandelingen zijn, waren ze nog niet eerder vergeleken in een RCT. Simpelweg omdat de vergelijking van een conservatieve met een chirurgische behandeling in een studie met voldoende bewijskracht een grote uitdaging is. Toch zijn de onderzoekers erin geslaagd om aan te tonen dat bij matige tot ernstige stress-urine-incontinentie de mid-urethrale sling superieur is aan initieel bekkenfysiotherapie. Deze bevinding heeft grote impact gehad op de (inter)nationale richtlijnen voor de behandeling van urine-incontinentie.

Aan de hand van een aantal belangrijke Nederlandse studies zullen we ook de veranderingen van inzicht bij de behandeling van prolaps voor u beschrijven.

PEOPLE- en VROUW 2-studie

Een mooi voorbeeld van typisch Nederlands onderzoek is de PEOPLE-studie. Opnieuw een RCT waarin een conservatieve met een operatieve behandeling wordt vergeleken, namelijk het pessarium met de operatieve behandeling bij vrouwen met een prolaps.² De subjectieve verbetering van pessariumtherapie na 24 maanden was 76,3% versus 81,5% na operatieve behandeling. Het cross-over-percentage van pessarium naar operatie was hoog, 54,1%. In de gelijktijdig uitgevoerde cohortstudie waarin vrouwen zelf konden kiezen tussen beide behandelingen was dit percentage slechts 23,6%.³ Conclusie van deze studie was dat beide behandelingen een goede uitkomst hadden, maar dat het meewegen van de patiëntvoorkeur een gunstig effect heeft op het conti-

nueren van de pessariumtherapie.² Dit betekent dat counseling en shared-decision making uitermate belangrijk zijn bij het aanbieden van beide behandelingen.

Kijkend naar de operatieve behandeling van prolaps zijn er in de afgelopen vijftientig jaar drie belangrijke ontwikkelingen te herkennen: de introductie van vaginale implantaten (matjes of mesh), de opkomst van de baarmoedersparende prolapsoperaties en het personaliseren van de operatieve prolapsbehandeling. Omdat verzakkingsoperaties, en met name de klassieke plastieken, al dan niet gecombineerd met een vaginale uterusextirpatie gekenmerkt worden door een hoog recidiefpercentage, leek het een logische stap om polypropyleen te gaan gebruiken ter versterking van defecten in de bekkenbodemp. Het gevolg was een ongecontroleerde introductie van vaginale mesh in de dagelijkse praktijk.

Er werden een aantal studies met een korte follow-up en meestal zonder controlegroep uitgevoerd. Daarmee was er een lage bewijskracht, maar het enthousiasme voor deze innovatie was desalniettemin groot. Hoewel enkele goed opgezette studies op de korte termijn minder recidieven lieten zien bij het gebruik van mesh⁴ ontstonden er ook toenemende zorgen over het complicatierisico. Na verschillende waarschuwingen van overheidsinstanties en steeds meer duidelijkheid over de kans op ernstige mesh-gerelateerde complicaties werden veel producten weer van de markt gehaald. Tegenwoordig is het gebruik van mesh in veel landen niet meer of slechts onder strikte voorwaarden toegestaan. Dit laatste geldt ook voor Nederland en dit is mede gebaseerd op de VROUW 2-studie, uniek vanwege de lange termijn follow-up.⁵ Na zeven jaar bleek dat een succesvolle uitkomst (geen anatomisch recidief, geen verzakkingsgevoel, geen herbehandeling) vergelijkbaar was tussen de groep vrouwen geopereerd met mesh (53%) en de groep met eigen weefsel (54%). Ook na twaalf jaar werd er geen verschil in subjectieve tevredenheid gevonden.⁶ Hiermee lijkt er voor het gebruik van vaginale mesh nog maar een zeer beperkt indicatiegebied te bestaan.

SAVE U- en SAM-studie

De gouden standaard voor de behandeling van een descensus uteri was altijd een vaginale uterusextirpatie met ophanging van de vaginatop aan de sacrouteriene ligamenten. In 1968 werd voor het eerst de sacrospinale fixatie van de vaginatop na hysterectomie beschreven. Later werd deze operatie ook toegepast met de uterus in situ. In de SAVE U-studie werd deze techniek voor het eerst op grote schaal vergeleken met de vaginale uterusextirpatie. Patiënten met een descensus uteri POP-Q stadium 2 of hoger werden gerandomiseerd en de primaire uitkomstmaat was chirurgisch falen (recidief stadium 2 prolaps van de apex in combinatie met verzakkingsgevoel of heroperatie). Na vijf jaar follow up bleek de sacrospinale fixatie het significant beter te doen dan de vaginale uterusextirpatie voor deze uitkomst, 1% versus 8% falen. Ook wat betreft het zogenaamde gecombineerde succespercentage (geen anatomisch recidief voorbij het hymen ongeacht het compartiment, geen verzakkingsgevoel, geen herbehandeling) deed de sacrospinale fixatie het beter, 87%

versus 76%.⁷ Publicatie van deze resultaten leidde destijds internationaal tot veel discussie. Een veel gehoord commentaar was dat de uterus, na voltooide kinderwens, een niet-functioneel orgaan was en dat baarmoedersparende chirurgie op basis van culturele of ideologische gronden niet acceptabel was. Hierbij werd voorbijgegaan aan de voorkeur van de meerderheid van de vrouwen om bij een prolaps de uterus niet te verwijderen.

Gesterkt door de resultaten van de SAVE U-studie ontstond er ook hernieuwde belangstelling voor een andere baarmoedersparende techniek, de Manchester procedure. Deze reeds in 1915 beschreven operatie kent vele modificaties. In ons land wordt met name de methode toegepast waarbij een portio-amputatie wordt gecombineerd met extraperitoneale plicatie van de sacrouteriene ligamenten aan de posterieure zijde van de cervixstomp. In een RCT, de SAM-studie, uitgevoerd in 26 Nederlandse ziekenhuizen werd de sacrospinale fixatie vergeleken met de Manchester procedure. Patiënten met een descensus uteri met het POP Q punt D_s-1, wat de restfunctie van de sacrouteriene ligamenten bepaald, konden worden geïnccludeerd. Dit waren vooral vrouwen met een stadium 2 descensus uteri. Bij deze stadia was de Manchester superieur aan de sacrospinale fixatie. Het gecombineerde succespercentage (geen verzakking in alle compartimenten, geen klachten en geen herbehandeling) voor de Manchester procedure was 88% en voor de sacrospinale fixatie 78%.⁸

De toekomst

Toename van kennis over de specifieke behandelresultaten en het toenemend aantal chirurgische mogelijkheden hebben geleid tot een nieuwe fase waarbij er veel meer aan behandeling op maat kan worden gedacht. Hierbij kan rekening worden gehouden met patiëntkarakteristieken, het type en stadium van de prolaps en natuurlijk de wensen van de patiënt. Met de resultaten van de SAVE U- en SAM-studie is er een einde gekomen aan het (inter)nationale debat over de rol van de baarmoedersparende verzakkingschirurgie en heeft deze definitief zijn waarde bewezen. Voor de vaginale uterusextirpatie lijkt alleen nog plaats in geval van een sterke patiëntvoorkeur, verhoogde kans op (pre)maligniteit of cyclusklachten. De Manchester procedure kan breed worden toegepast bij stadium 1, 2 en lage stadium 3 descensus uteri.⁸ De Manchester is ook een goedkopere procedure. Op basis van deze bevindingen zullen de vergoedingen voor de Manchester procedure vanaf 2027 gelijk zijn aan die voor een sacrospinale fixatie.

Bij de hogere stadia heeft de sacrospinale fixatie zijn waarde bewezen en aantoonbaar betere uitkomsten dan de vaginale uterusextirpatie.⁷ Bij de keuze van operatie lijkt behalve het stadium ook het type prolaps van belang. Zo is bekend dat het risico op recidief in het voorste compartiment, een cystocele, verhoogd is na een sacrospinale fixatie, terwijl deze operatie juist beschermt tegen recidief in het achterste compartiment, de rectocele.⁹ Dit betekent dat bij een dominante verzakking van het voorste compartiment een Manchester procedure de beste keus lijkt. Daarbij is het echter ook van belang om laagdrempelig een rectocele te corrigeren, aangezien in de SAM-studie de meeste recidieven gezien werden

in dit compartiment. Bij een dominante verzakking van het achterste compartiment zou daarentegen ook voor een sacrospinale fixatie kunnen worden gekozen.

Laparoscopische prolapschirurgie heeft zich bewezen bij recidief chirurgie. Hoewel sommigen beweren dat dit ook bij primaire chirurgie de gouden standaard moet zijn, is dit allerm minst aangetoond. De LAVA-studie is één van de weinige studies waarbij de vaginale met de laparoscopische benadering wordt vergeleken. Uit deze studie bleek dat er geen verschil was tussen de sacrospinale fixatie en de laparoscopische hysteropexie wat betreft de kans op recidief. Voor het apicale compartiment was dit respectievelijk 1,9% en 3,4%.¹⁰ De sacrospinale fixatie heeft uiteraard een kortere operatieduur, lagere kosten en een lagere CO₂-voetafdruk. Vooralsnog lijkt de laparoscopische benadering alleen een plaats te hebben bij primaire chirurgie als de patiënt een sterke voorkeur heeft voor niet-vaginale chirurgie.

Verbetering urogynaecologische zorg

Landelijke implementatie van deze verschillende nieuwe inzichten bij de keuze van de behandeling van prolaps in combinatie met een goede registratie van de uitkomsten kan leiden tot een predictiemodel voor de kans op recidief en succes en vermindering van praktijkvariatie. Het toegenomen aantal behandelingsmogelijkheden biedt kansen om onze urogynaecologische zorg te verbeteren. Tegelijkertijd vergt dit ook veel meer van de behandelend gynaecoloog, waarbij dit tegenwoordig idealiter een gynaecoloog met aandachtsgebied urogynaecologie of een subspecialist is. Want naast het beheersen van de verschillende operatietechnieken, is juist ook de kennis over en ervaring met verschillende pessaria, goede indicatiestelling en uniforme counseling heel relevant. Dit heeft ook consequenties voor de opleiding. Enerzijds moeten we ervoor zorgen dat jonge rejaars aiossen zich de urogynaecologische basiskennis en vaardigheden eigen kunnen maken. Anderzijds moet er ruimte zijn voor differentiatie gedurende de opleiding die ook recht doet aan de toenemende vraag naar urogynaecologische zorg. Daarnaast dient er ook aandacht te zijn voor bijscholing, goede registratie van de uitkomsten, deelname aan studies en preventie.

Bij het verbeteren van de uitkomsten van de urogynaecologische zorg bestaan er een groot aantal uitdagingen. Het cross-over-percentage van pessarium naar operatie zou omlaag moeten worden gebracht bijvoorbeeld door betere informatievoorziening, het beter aanmeten van pessaria (bij voorkeur al in de eerste lijn), pessaria op maat maken en het meer toepassen van zelfmanagement. Een effectief pessarium heeft een veel lagere ecologische impact dan een operatie. Omdat duurzaamheidsaspecten steeds belangrijker worden, is meer kennis over welke patiënt al dan niet geschikt is voor pessariumtherapie van groot belang. Om de operatieve zorg te verbeteren dient er meer inzicht te komen in de verschillende risicofactoren op het ontwikkelen van een (recidief) prolaps. We hebben laten zien dat het stadium en de type prolaps van groot belang zijn bij de keuze van de operatie. Echter, patiëntkarakteristieken zoals BMI, leeftijd en roken spelen nu nog nauwelijks een rol bij deze keuze.

Daarnaast moet er ook naar andere uitkomstmaten worden gekeken. Dat wil zeggen niet alleen naar de recidiefkans, maar ook naar functionele uitkomsten en de voorkeuren en waarden van onze patiënten. Concluderend ziet de behandeling van prolaps er vandaag de dag heel anders uit dan aan het begin van deze eeuw. In plaats van de standaard 'vaginale met plastieken' is er nu veel meer kennis en aandacht voor het samen beslissen en kan er worden gekozen uit een breed pallet aan operaties waarbij een behandeling op maat kan worden aangeboden. Dit alles maakt de urogynaecologie tot een uitdagend en prachtig onderdeel van ons vak.

Referenties

1. Labrie J, Berghmans BC, Fischer K, Milani AL, van der Wijk I, Smalbraak DJC, Vollebregt A, van der Vaart CH. Surgery versus physiotherapy for stress urinary incontinence. *N Engl J Med*. 2013 Sep 19;369(12):1124-33.
2. van der Vaart LR, Vollebregt A, Milani AL, Lagro-Janssen AL, Duijnhoven RG, Roovers JPW, van der Vaart CH. Effect of Pessary vs Surgery on Patient-Reported Improvement in Patients With Symptomatic Pelvic Organ Prolapse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2022 Dec 20;328(23):2312-2323.
3. van der Vaart LR, Vollebregt A, Milani AL, Lagro-Janssen AL, Duijnhoven RG, Roovers JP, Van der Vaart CH. Pessary or surgery for a symptomatic pelvic organ prolapse: the PEOPLE study, a multicentre prospective cohort study. *BJOG* 2022 Apr;129(5):820-829.
4. Altman D, Väyrynen T, Engh ME, Axelsen S, Falconer C; Nordic Transvaginal Mesh Group. Anterior colporrhaphy versus transvaginal mesh for pelvic-organ prolapse. *N Engl J Med*. 2011 May 12;364(19):1826-36.
5. Milani AL, Damoiseaux A, IntHout J, Kluivers KB, Withagen MIJ. Long-term outcome of vaginal mesh or native tissue in recurrent prolapse: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J*. 2018 Jun;29(6):847-858.
6. Kluivers KB, Kamping M, Milani AL, IntHout J, Withagen MI. Subjective outcomes 12 years after transvaginal mesh versus native tissue repair in women with recurrent pelvic organ prolapse; a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J*. 2023 Jul;34(7):1645-1651.
7. Schulten SFM, Detollenaere RJ, Stekelenburg J, IntHout J, Kluivers KB, van Eijndhoven HWF. Sacrospinous hysteropexy versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension in women with uterine prolapse stage 2 or higher: observational follow-up of a multicentre randomised trial. *BMJ*. 2019 Sep 10;366:l5149.
8. Enklaar RA, Schulten SFM, van Eijndhoven HWF, Weemhoff M, van Leijssen SAL, van der Weide MC, van Bavel J, Verkleij-Hagoort AC, Adang EMM, Kluivers KB, SAM Study Group. Manchester Procedure vs Sacrospinous Hysteropexy for Treatment of Uterine Descent: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2023 Aug 15;330(7):626-635.
9. Schulten SF, Detollenaere RJ, IntHout J, Kluivers KB, Van Eijndhoven HWF. Risk factors for pelvic organ prolapse recurrence after sacrospinous hysteropexy or vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension. *Am J Obstet Gynecol*. 2022 Aug;227(2):252.e1-252.e9.
10. van IJsselmuiden MN, van Oudheusden AMJ, Veen J, van de Pol G, Vollebregt A, Radder CM, Housmans S, van Kuijk SMJ, Deprest J, Bongers MY, van Eijndhoven HWF. Hysteropexy in the treatment of uterine prolapse stage 2 or higher: laparoscopic sacrohysteropexy versus sacrospinous hysteropexy-a multicentre randomised controlled trial (LAVA trial). *BJOG* 2020 Sep;127(10):1284-1293.

Samenvatting

De behandeling van prolaps heeft in de afgelopen decennia een grote ontwikkeling doorgemaakt. Waar vroeger de standaard bestond uit een vaginale uterusextirpatie met plastieken, is tegenwoordig sprake van een breed scala aan mogelijkheden, meer wetenschappelijk onderbouwd en met nadruk op shared-decision making. Nederlandse studies zoals onder andere de PEOPLE, SAVE-U en de SAM studie hebben hier een belangrijke rol in gespeeld. Hierdoor kan er meer maatwerk geleverd worden, waarbij type prolaps, patiënt kenmerken en wensen leidend zijn. Tegelijkertijd vergt dit meer van de behandelend gynaecoloog, waarbij dit idealiter een gynaecoloog met aandachtsgebied urogynaecologie of een subspecialist is en vraagt dit ook om voldoende aandacht in de opleiding tot gynaecoloog. Hierdoor ontstaan kansen de urogynaecologische zorg te verbeteren, met oog voor duurzaamheid en voorspelmodellen. Urogynaecologie is daarmee een prachtig en uitdagend vak waarin Nederland internationaal toonaangevend is.

Trefwoorden

urogynaecologie, prolaps, Nederlandse studies

Summary

In the past decades treatment of prolapse has changed from standard vaginal hysterectomy with colporrhaphy repair to a larger variety of surgical techniques and better insight in different treatment modalities. Dutch trials, such as the PEOPLE, SAVE-U and SAM have played an important role in this new perspective on prolapse treatment. Today, tailor-made solutions can be offered, with respect to phenotype of prolapse, patient characteristics and preferences. The work of urogynaecologists has changed in concert with these developments. At the same time, these changes come with demands in both urogynaecological training and organization of care. Rising to these challenges it will offer opportunities to improve quality and sustainability of urogynaecological care.

Keywords

urogynecology, prolapse, Dutch trials

Contact

Hugo van Eijndhoven, h.w.f.van.eijndhoven@isala.nl

Variatie in bekkenbodempzorg: een instrument om de rol van samenwerking en richtlijnen in kaart te brengen

dr. Eric van der Hijden projectleider, Talma Instituut VU, Amsterdam, Zilveren kruis, Leiden

drs. Simon Loop promovendus, Talma Instituut VU, Amsterdam

dr. Karlijn Hermans onderzoeker, Talma Instituut VU, Amsterdam (ten tijde van project), MUMC+, Maastricht (nu)

dr. Piet Stam themaleider, Talma Instituut VU, Amsterdam

drs. Joggem Veen gynaecoloog, Maxima MC, Eindhoven

dr. Hugo van Eijndhoven urogynaecoloog, Isala, Zwolle

dr. Marian Engberts voorzitter begeleidingscommissie, voorzitter Werkgroep Bekkenbodem NVOG, urogynaecoloog, Isala, Zwolle

Mede namens

I. Mostovaya senior adviseur, Kennisinstituut FMS, Utrecht

T. van Barneveld directeur, Kennisinstituut FMS, Utrecht

N. van Bergen bekkenfysiotherapeut, Fysiotherapeutisch Centrum Van Bergen, KNGF/NVFB

D. Teunissen huisarts, UrogynHAG/Radboudumc

M. de Heide Bekkenbodem4all

M. Meurs-Szojda MDL-arts, NoordWest/NVMDL

L. Gerbrandy-Schreuders uroloog, Bergman Clinics/NVU

C. Baeten chirurg, Groene Hart Ziekenhuis/ NVvH

D. Boll gynaecoloog-oncoloog, Catharina, NVVS

Analyse van praktijkvariatie kan inzichtelijk maken welke regionale verschillen in zorg bestaan, en zodoende als instrument dienen om de rol van samenwerking en richtlijngebruik in kaart te brengen. Dit artikel beschrijft de huidige praktijkvariatie in bekkenbodempzorg in Nederland.

Ongewenste praktijkvariatie gaat over verschillen in behandeling tussen instellingen en behandelaars die niet verklaard kunnen worden door de onderliggende aandoening, verschil in patiëntenpopulatie of patiëntpreferenties. Deze variatie kan veroorzaakt worden door een gebrek aan eenduidige richtlijnen, het niet voldoende implementeren van de bestaande richtlijnen, kennis hiaten, of een verschil in vaardigheden die nodig zijn voor specifieke behandelingen. Praktijkvariatie kan leiden tot over- of juist onderbehandeling en gaat over het algemeen gepaard met hogere kosten.¹

In 2015 werd de praktijkvariatie voor de chirurgische behandeling van prolaps in Nederland in kaart gebracht. Hieruit bleek dat zelfs in een klein land als Nederland er grote regionale verschillen waren in de keus voor chirurgische behandeling en type chirurgie. Deze variatie werd toegeschreven aan de afwezigheid van duidelijke richtlijnen. Het advies was om met onderzoek te onderbouwen welk type behandeling voor welk type prolaps geschikt is.²

nmiddels zijn de Save U-, SAM-, LAVA-, Salto 2- en de PEOPLE-studie uitgevoerd en de resultaten gepubliceerd in gerenommeerde tijdschriften.³⁻⁸ Een vervolganalyse van de chirurgische data tussen 2011 en 2017 toonde hierop al een afname in chirurgische praktijkvariatie, voornamelijk door een vermindering van het aantal vaginale hysterectomieën

voor prolaps.⁹ Het verbeteringsignalement zinnige zorg bij vrouwen met bekkenbodempklachten uit 2020 liet echter nog aanzienlijke regionale variatie in de conservatieve en operatieve behandeling van prolaps en urine-incontinentie zien.¹⁰ Dit werd toegeschreven aan verschillen in samenwerking tussen zorgverleners (huisartsen, bekkenfysiotherapeuten en specialisten) en deels door verschillende behandelstrategieën.

Deze studie, een pilotproject geïnitieerd door de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en gefinancierd door de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS), richtte zich op het analyseren van regionale praktijkvariatie in bekkenbodempzorg. Het doel was om een instrument te ontwikkelen om deze variatie inzichtelijk te maken en verbetermaatregelen te formuleren op het gebied van samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. De rol die richtlijnen spelen bij eventuele praktijkvariatie werd eveneens in kaart te gebracht.

Methodie

Variatie in de eerste lijn werd in kaart gebracht met behulp van de huisartsenzorgdata, die via het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel) zijn verkregen. Deze dataset bevat informatie over geregistreerde huisartsenzorg voor ongeveer 10% van de Nederlandse bevolking en is representatief voor de totale populatie patiënten in het hele land.¹¹

Om de praktijkvariatie tussen ziekenhuizen in relatie met de geldende richtlijnen in kaart te brengen zijn de volgende stappen uitgevoerd. Als eerste is er met een groep van inhoudelijk experts bepaald welke zorgactiviteiten (op basis

van NZa-code) relevant zijn voor bekkenbodemborg. In de tweede lijn zijn dat zorgactiviteiten die vallen binnen de DOT-codes G25 (prolaps en incontinentie, gynaecologie), O34 (stressincontinentie, urologie) en O35 (urge-incontinentie, urologie), met daaraan gekoppelde zorgactiviteitscodes. De selectie omvat zowel diagnostische als operatieve verrichtingen en is online te vinden (www.nvog.nl/specialismen/gynaecologie/werkgroepen/werkgroep-bekkenbodem-wbb/). Vervolgens is voor elke zorgactiviteit een aantal indicatoren opgesteld op basis van de Vektis declaratiedata van 2016 tot en met 2019 (2020 is buiten beschouwing gelaten in verband met Covid). Daarbij is gebruik gemaakt van de CBS micro-datumgeving. De volgende indicatoren zijn per zorgactiviteit berekend: het aantal unieke patiënten (volume) per instelling, het aantal instellingen dat de behandeling heeft gedeclareerd en het behandelpercentage. Het behandelpercentage (BP) is gedefinieerd als het aantal unieke patiënten met de bepaalde zorgactiviteit gedeeld door het totaal aantal unieke patiënten met een geopende DBC in de instelling. Om de mate van variatie tussen de ziekenhuizen weer te geven is het gemiddelde behandelpercentage bepaald voor de tien ziekenhuizen die de behandeling het vaakst (top10) en minst vaak (low10) declareren. Ook de verhouding hiertussen (ratio top10/low10) is weergegeven. Alle indicatoren zijn ruwe waarden, dat wil zeggen dat ze niet gecorrigeerd zijn voor

patiënt-, instellings- of regiokenmerken.

Ten derde heeft het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten voor elke zorgactiviteit uitgezocht wat het advies was in de richtlijn voor de desbetreffende behandeling ten tijde van de dataverzameling (2016-2019). Voor dit onderzoek zijn de richtlijnen van de NVU en NVOG geraadpleegd.

Als laatste zijn bovenstaande gegevens geanalyseerd door een groep van experts op mogelijk ongewenste praktijkvariatie. Daarbij is ook gekeken of er sprake kan zijn van registratiefouten waardoor een vertekend beeld kan ontstaan.

Resultaten

Behandeling in de eerste lijn

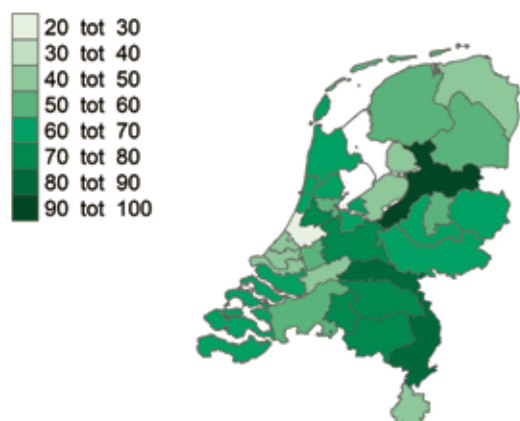
Informatie over het aanmeten van een pessarium in de huisartsenpraktijk was niet te achterhalen in de dataset, omdat hier sinds 2014 geen aparte declaratiecode meer voor wordt gebruikt. Tevens kon door het ontbreken van een koppeling tussen de huisartsen en fysiotherapie datasets niet bepaald worden welk deel van de patiënten vanuit de eerste lijn was verwezen.

Regionale variatie in de tweede lijn

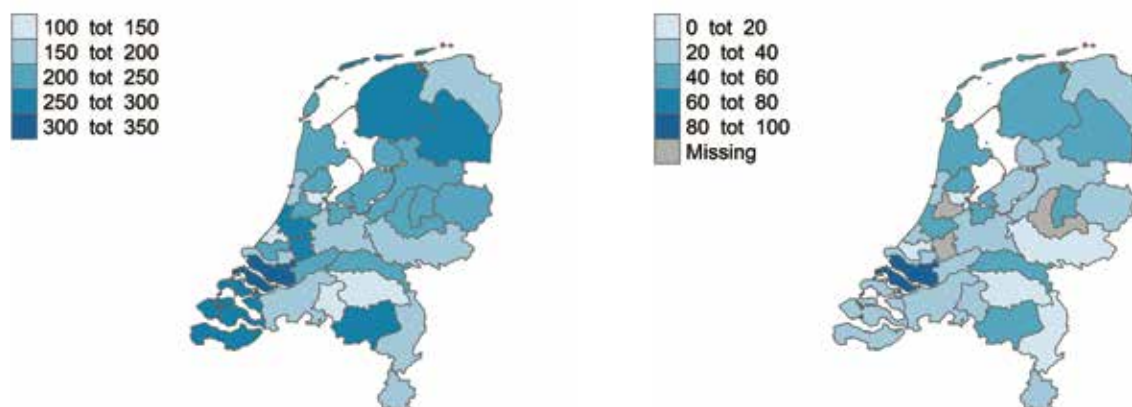
De regionale variatie is weergegeven door de operatieve verrichtingen voor stressincontinentie en prolaps op een kaart van Nederland te projecteren (figuur 1 en 2). Hier is het aantal unieke vrouwen met een operatieve verrichting zichtbaar, gedeeld door het totaal aantal vrouwen in de regio die in de tweede lijn terecht kwamen met deze diagnoses.

Variatie tussen ziekenhuizen

Online staan alle resultaten op het niveau van de combinatie van zorgactiviteit, diagnose (aan de hand van DBC) en specialisme vermeld (<https://www.nvog.nl/specialismen/gynaecologie/werkgroepen/werkgroep-bekkenbodem-wbb/>). In totaal zijn 34 unieke zorgactiviteiten geanalyseerd. In dit artikel worden de combinaties met de meest opvallende uitkomsten beschreven (tabel 1). De aanbevelingen van de destijds geldende richtlijnen zijn weergegeven in tabel 2.



Figuur 1. Operatieve activiteiten (SUI) voor urine-incontinentie in 2019 (per duizend vrouwen)



Figuur 2. Links: Operatieve verrichtingen voor prolaps in 2019 (per duizend vrouwen), rechts: hysterectomieën voor prolaps in 2019 (per duizend vrouwen)

Tabel 1. Resultaten richtlijnanalyse en daadwerkelijke volumes en variatie van zorgactiviteiten

DBC	Omschrijving	ZA code	Hos	Vol	BP			
					BP	top_10	low_10	BPR
G25	Urodynamisch onderzoek	39870	41	942	3,2%	8.8%	0,3%	33,0
034	Urodynamisch onderzoek	39870	72	1269	18,4%	47.1%	2,5%	19,1
035	Urodynamisch onderzoek	39870	75	2258	14,1%	32.3%	2,5%	12,9
G25	Portioamputatie met plastieken	37264	54	760	1,8%	5.4%	0,2%	33,9
G25	Sacrospinale fixatie met plastiek	37385	69	2482	4,6%	11.7%	0,6%	19,8
G25	Vaginale uterus extirpatie met plastieken	37265	68	1365	2,9%	8.0%	0,3%	26,6
034	MUS sling zonder. plastieken	37346	68	1156	15,6%	29.8%	3,5%	8,5
035	PTNS	39885	49	1420	12,5%	25.5%	3,9%	6,5

G25 = prolaps/urine-incontinentie, 034 = stressincontinentie/urologie, 035 = Urge incontinentie/urologie, BP = behandelpercentage, ratio's (top10/low10) kunnen afwijken door afronding. Gemiddelden van 2016-2019

Tabel 2. Richtlijnadvisen voor bovenstaande zorgactiviteiten

Urodynamisch onderzoek	Richtlijn prolaps: Verricht niet standaard een urodynamisch onderzoek bij vrouwen die een behandeling voor prolapsklachten krijgen en daarbij overactieve blaas / urge-incontinentie/stress-urine-incontinentie klachten hebben. Richtlijn urine-incontinentie tweede/derdelijnszorg: verricht een UDO als de resultaten van de test de keuze van invasieve behandeling kunnen veranderen.
Prolapsingrepen	Richtlijn prolaps: bespreek dat prolaps recidief kansen bij uterus sparende chirurgie en vaginale hysterectomie gelijkwaardig zijn.
Mid-urethrale sling zonder plastieken	Richtlijn urine-incontinentie tweede/derdelijnszorg: bied de mid-urethrale sling aan bij vrouwen met ongecompliceerde SUL.
PTNS	Richtlijn urine-incontinentie tweede/derdelijnszorg: bied, indien voorhanden, PTNS aan als optie voor verbetering van de klachten van UUI bij vrouwen (maar niet aan mannen) die geen baat hebben gehad van anticholinerge medicatie of deze medicatie niet konden verdragen.

Urodynamisch onderzoek

Urodynamisch onderzoek werd jaarlijks gemiddeld 942, 1.269 en 2.258 keer uitgevoerd voor de diagnoses prolaps/incontinentie (gynaecologie G25), stressurine-incontinentie (SUI (urologie 034)) en urge-urine-incontinentie (UUI (urologie 035)) respectievelijk in 41, 72 en 75 ziekenhuizen. De praktijkvariatie was bij alle drie de diagnoses substantieel, de ratio van de top10 en low10 bedroeg 12,9, 19,1 en 33,0.

Manchester procedure met plastieken

Over de onderzoeksperiode werd de Manchester procedure met plastieken gemiddeld 760 keer uitgevoerd voor de diagnose prolaps in 54 ziekenhuizen. Het gemiddelde behandelpercentage in deze ziekenhuizen bedroeg 1,8% (low10: 0,2% en top10: 5,4%). De ratio tussen de ziekenhuizen die dit het meest en minst vaak uitvoeren is 33,9. Dit betekent dus dat er aanzienlijke verschillen zijn in de mate waarin gynaecologen deze operatie uitvoeren.

Sacrospinale fixatie met plastieken

Gemiddeld werd de sacrospinale fixatie met plastiek jaarlijks 2.481 keer uitgevoerd voor de diagnose prolaps in 69 ziekenhuizen. De zorgactiviteit had een gemiddeld behandelpercentage van 4,6% (low10: 0,6%, top10: 11,7%). De ratio van het behandelpercentage bedroeg 19,8.

Vaginale uterus extirpatie met plastieken

Tussen 2016 en 2019 werd een vaginale uterus extirpatie gecombineerd met voor- en/of achterwand plastiek (NZA code 37265) gemiddeld 1.365 keer uitgevoerd bij vrouwen met een prolaps, verspreid over 68 ziekenhuizen. Gemiddeld kreeg 2,9% van de patiënten in de tweede lijn deze ingreep, met percentages variërend van 0,3% in de laagste 10 tot 8,0% in de hoogste tien ziekenhuizen. Dat komt overeen met een ratio van 26,6.

Mid-urethrale sling (MUS) (TVT, TOT, single incision sling) zonder plastieken

Van 2016 tot 2019 werd de mid-urethrale sling zonder plastieken gemiddeld bij 1.156 patiënten uitgevoerd in 68 instellingen. Dit komt overeen met een behandelpercentage van 16% (3,5% en 29,8 bij de tien ziekenhuizen met de laagste en hoogste behandelpercentages). Dit resulteert in een ratio van 8,5.

PTNS-neurostimulatie

De behandeling met PTNS-neurostimulatie (NZA code 39885) bij blaas- en/of ontlastingsproblemen werd tussen 2016 en 2019 gemiddeld 1.420 keer uitgevoerd bij vrouwen met UUI in 49 ziekenhuizen. In deze ziekenhuizen werd gemiddeld 12,5% van de patiënten met PTNS behandeld, variërend van 3,9% in de laagste 10 tot 25,5% in de hoogste tien ziekenhuizen.

Discussie

Uit de beschikbare data bleek het niet goed mogelijk om inzicht te krijgen in de regionale variatie in de geleverde zorg in de eerste lijn. Dit hangt samen met het ontbreken van specifieke declaratiecodes, bijvoorbeeld voor pessariumzorg, en het ontbreken van een uniforme registratie voor laboratoriumuitslagen.¹² Tevens is het onduidelijk of de regionale uitsplitsing van de data een representatief beeld geeft van de volledige huisartsenzorg in elke regio. Dit maakt het niet mogelijk om een uitspraak te doen over regionale praktijkvariatie door eventuele verschillen in samenwerking tussen zorgverleners (huisartsen, bekkenfysiotherapeuten en specialisten) of verschillende behandelstrategieën.

In deze studie wordt aangetoond dat het mogelijk is om tweedelijnszorgactiviteiten op een systematische en reproduceerbare manier te analyseren. Op deze manier is inzicht te krijgen in de verschillen tussen ziekenhuizen in de behandeling van prolaps en urine-incontinentie. De berekende indicatoren in combinatie met de analyse van de richtlijnen geven niet alleen inzicht in de mate waarin deze verschillen aanwezig zijn, maar bieden ook aanknopingspunten voor verbetering. Bij de tweedelijnsindicatoren is bewust gekozen voor indicatoren die voor klinici intuïtief te interpreteren zijn in plaats van meer complexe maten en een vergelijking van behandelpercentage tussen de laagste 10% en de hoogste 10% opgesteld. Deze maat roept overigens direct de vraag op wat een acceptabel niveau van variatie is. Dit dient door de beroepsgroep te worden vastgesteld.

Bij urodynamisch onderzoek is zowel het volume als de variatie aanzienlijk. Daarnaast wordt er een verschil gevonden tussen het gebruik van dit type onderzoek binnen de urologie en de gynaecologie. Hoewel de richtlijnen aangeven om terughoudend te zijn met deze vorm van diagnostiek, wordt dit in de top10-ziekenhuizen respectievelijk binnen de urologie bij 47,1% en 32,3% van de patiënten uitgevoerd, ten opzichte van 8,8% binnen de gynaecologie. Bij verdere analyse lijkt hier mogelijk sprake van een registratiefout, die kan ontstaan als een DBC-traject geopend wordt onder SU1 terwijl de diagnose later UUI betreft. Dit werd ook bevestigd bij bespreking en duiding van de resultaten met de urologen uit de expertgroep. Desondanks vraagt het aandacht: naast zorgvuldiger registreren, zijn het aanscherpen van de richtlijn en het opstellen van een de-implementatieplan een mogelijk vervolg.

Bij operatieve verrichtingen voor prolaps is de praktijkvariatie groot. Tegelijkertijd is ook hier de richtlijn niet duidelijk en ten dele achterhaald. In de afgelopen jaren is aangetoond dat uterusparende operaties non-inferieur zijn ten opzichte van hysterectomieën.⁴ Daarnaast laat een recente vergelijking tussen de meest verrichte baarmoedersparende operaties, de sacrospinale fixatie en Manchester procedure zien dat de Manchester superieur is bij de lagere stadia descensus uteri.⁹

De aangetoonde praktijkvariatie bij de operatieve verandering van prolaps kan een indicatie zijn dat deze recente inzichten nog niet optimaal geïmplementeerd zijn in de dagelijkse praktijk. Richtlijnaanpassing en monitoren van implementatie kunnen bijdragen aan de vermindering van deze

praktijkvariatie. Recent is een ZonMW-aanvraag ingediend voor een project om de uitkomsten van deze recente studies te implementeren, waarbij de keuze van operatie bepaald wordt door type en stadium prolaps, patiëntkarakteristieken en voorkeuren. De hier ontwikkelde methode voor kwantificering van variatie kan gebruikt worden voor analyse van de uitkomsten van deze gepersonaliseerde prolapsbehandeling. Daarbij is het uiteindelijke doel de ongewenste praktijkvariatie te verminderen en zo de kwaliteit van zorg te verbeteren. In de literatuur wordt beschreven dat enkel richtlijnen vaak niet het gewenste effect hebben op de klinische praktijk.^{13,14} Het is daarom van belang dat dit gecombineerd wordt met andere maatregelen om variatie te verminderen, zoals bijvoorbeeld landelijke of lokale (de-)implementatie. Hier is een rol weggelegd voor de verschillende wetenschappelijke verenigingen (NHG, NVOG, NVU) en subverenigingen (bijvoorbeeld Werkgroep Bekkenbodemp, Werkgroep Functionele en Reconstructieve Urologie), die de uitkomsten van herziening van richtlijnen aan leden presenteren. Monitoring van de variatie bij de hoog volume behandelingen (bijvoorbeeld tijdens kwaliteitsvisitaties) zou kunnen bijdragen aan terugdringen van ongewenste variatie in bekkenbodempzorg.

Referenties

1. Wennberg J. E. Unwarranted variations in healthcare delivery: implications for academic medical centres. *BMJ* [Internet]. 2002; 325(7370):[961 p.]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.325.7370.961>.
2. van Ijsselmuiden M. N., Detollenaere R. J., Kampen M. Y., Engberts M. K. & van Eindhoven H. W. Practice pattern variation in surgical management of pelvic organ prolapse and urinary incontinence in The Netherlands. *Int Urogynecol J*. 2015; 26: 1649-56.
3. Enklaar R. A., Veen J., Schulten S. F. M., van Eindhoven H. W. F., Weemhoff M., et al. Manchester Procedure vs Sacrospinous Hysteropexy for Treatment of Uterine Descent: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2023; 330: 626-35.
4. Detollenaere R. J., den Boon J., Stekelenburg J., IntHout J., Vierhout M. E., et al. Sacrospinous hysteropexy versus vaginal hysterectomy with suspension of the uterosacral ligaments in women with uterine prolapse stage 2 or higher: multicentre randomised non-inferiority trial. *BMJ (Clinical research ed)*. 2015; 351: h3717.
5. van Ijsselmuiden M. N., van Oudheusden A., Veen J., van de Pol G., Vollebregt A., et al. Hysteropexy in the treatment of uterine prolapse stage 2 or higher: laparoscopic sacrohysteropexy versus sacrospinous hysteropexy-a multicentre randomised controlled trial (LAVA trial). *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2020; 127: 1284-93.
6. van Oudheusden A. M. J., van Ijsselmuiden M. N., Menge L. F., Coolen A.-L. W. M., Veen J., et al. Laparoscopic sacrocolpopexy versus vaginal sacrospinous fixation for vaginal vault prolapse: a randomised controlled trial and prospective cohort (SALTO-2 trial). *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2023; 130: 1542-51.
7. van der Vaart L. R., Vollebregt A., Milani A. L., Lagro-Janssen A. L., Duijnhoven R. G., et al. Effect of Pessary vs Surgery on Patient-Reported Improvement in Patients With Symptomatic Pelvic Organ Prolapse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2022; 328: 2312-23.
8. Detollenaere R. J., den Boon J., Stekelenburg J., Alhafidh A. H. H., Hakvoort R. A., et al. Treatment of uterine prolapse stage 2 or higher: a randomized multicenter trial comparing sacrospinous fixation with vaginal hysterectomy (SAVE U trial). *BMC women's health*. 2011; 11: 4.
9. Enklaar R. A., van I. M. N., IntHout J., Haan S. J. H., Rijssenbeek O., et al. Practice pattern variation: treatment of pelvic organ prolapse in The Netherlands. *Int Urogynecol J*. 2022; 33: 1973-80.

10. Nederland Z. Verbetersignalement Zinnige Zorg bij vrouwen met bekken bodemklachten. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2020.
11. Bes J., Heins M., Weesie Y., Van der Hout V., Baarda E., et al. Zorg door de huisarts: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2023 en trendcijfers 2019-2023. Utrecht: Nivel; 2024.
12. L. Verberne R. V., LFlinterman. Huisartsenzorg aan patiënten met urineweginfecties: diagnostiek en behandeling. Utrecht: Nivel; 2020.
13. Grimshaw J. M., Thomas R. E., MacLennan G., Fraser C., Ramsay C. R., et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2005; 21: 149.
14. Reames B. N., Shubeck S. P. & Birkmeyer J. D. Strategies for reducing regional variation in the use of surgery: a systematic review. *Annals of surgery*. 2014; 259: 616-27.

Samenvatting

Ongewenste praktijkvariatie kan wijzen op onduidelijke richtlijnen of verschillen in implementatie. Dit NVOG-pilotproject, gefinancierd door SKMS, had als doel regionale variatie in bekkenbodempzorg inzichtelijk te maken en verbetermaatregelen te formuleren. Hiervoor zijn data van Nivel, Vektis en CBS gecombineerd en is een richtlijn-analyse uitgevoerd door het Kennisinstituut van de FMS. Daarnaast vonden gesprekken plaats met diverse zorgverleners. Uit eerstelijnsgegevens kon slechts beperkt inzicht worden verkregen door onvolledige registratie en beperkte representativiteit. In de tweede lijn zijn de volumes en variatie van 34 zorgactiviteiten geanalyseerd. Deze lieten aanzienlijke verschillen zien tussen regio's en ziekenhuizen, zowel in diagnostiek als in operatieve verrichtingen. De combinatie van databronnen, richtlijn-analyse en expertbespreking maakt het mogelijk om variatie systematisch in kaart te brengen en biedt handvatten voor eventuele verbetermaatregelen.

Trefwoorden

praktijkvariatie, richtlijnen, prolaps, urine-incontinentie, bekkenbodempzorg

Summary

Unwarranted practice variation may indicate unclear guidelines or differences in their implementation. This NVOG pilot project, funded by SKMS, aimed to provide insight into regional variation in pelvic floor care and to formulate potential measures for improvement. Data from Nivel, Vektis, and CBS were combined, together with a guideline analysis, conducted by the Knowledge Institute of the FMS. In addition, discussions were held with several healthcare providers. Data from primary care provided only limited insight due to incomplete registration and limited representativeness. In secondary care, the

volumes and variation of 34 care activities were analyzed. These showed considerable differences between regions and hospitals, both in diagnostics and surgical interventions. The combination of data sources, guideline analysis and expert consultation enables systematic monitoring of variation and provides tools for potential improvement measures.

Keywords

practice variation, clinical practice guidelines, pelvic organ prolapse, urinary incontinence, pelvic floor care

Contact

Erik van der Hijden, e.j.e.vander.hijden@vu.nl

Verklaring van belangenverstrengeling

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

Toestemming van patiënten

Deze studie is goedgekeurd volgens de governance code van Nivel Zorgregistraties, onder nummer NZR-00322.035. Het gebruik van gegevens uit elektronische patiëntendossiers, zoals verzameld door Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, is onder bepaalde voorwaarden toegestaan, zonder dat van iedere afzonderlijke patiënt daarvoor toestemming wordt gevraagd of dat toetsing door een medisch ethische commissie heeft plaatsgevonden (art. 24 UAVG jo art. 9.2 sub j AVG).

De resultaten zijn gebaseerd op eigen berekeningen (Vrije Universiteit) in projectnummer 9334 op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Deze microdata zijn onder voorwaarden voor statistisch en wetenschappelijk onderzoek toegankelijk. Voor nadere informatie Microdata: Zelf onderzoek doen | CBS.

Urogynaecologie in de opleiding? Ja, het wordt tijd!

dr. Marjolein Hermens *aios gynaecologie, Radboudumc, Nijmegen*

dr. Anique van Oudheusden *fellow urogynaecologie, Martini Ziekenhuis, Groningen*

Urogynaecologie beslaat 15 tot 20% van de normtijd in de gynaecologische praktijk. Door vergrijzing en toegenomen aandacht voor bekkenbodemplachten zal deze zorgvraag verder groeien. Toch lijkt het aandeel urogynaecologie in de opleiding achter te blijven. In dit artikel brengen we in kaart hoe bekkenbodemplacht in het curriculum is opgenomen, wat aiossen hierover terugkoppelen en wat goed werkt in de praktijk.

Bekkenbodemplacht in het curriculum: landelijke kaders en regionale invulling

Het landelijke kader (LOGO)

Binnen het Landelijk Opleidingsplan Gynaecologie & Obstetrie (LOGO) vormt de urogynaecologie een vast onderdeel van de opleiding. De zorg voor bekkenbodemplachten is ondergebracht in een van de twaalf basis-EPA's (Entrustable Professional Activity) die in de eerste vier opleidingsjaren moeten worden afgerond. Binnen deze EPA is er aandacht voor diagnostiek, behandeling, patiëntgerichte communicatie en samenwerking in multidisciplinaire teams. Na 1,5 tot 2,5 jaar moet de aios functioneren met weinig supervisie; tussen 2,5 en 4 jaar wordt toegewerkt naar functioneren zonder supervisie. LOGO beschrijft de einddoelen, maar laat de timing van de urogynaecologische stage over aan de regionale opleidingsplannen.

Regionale verschillen in stage-indeling

Regio's kiezen elk hun eigen structuur voor de eerste vier jaar van de opleiding. In model A worden jaar 1 en 2 in een perifere opleidingskliniek gedaan, gevolgd door jaar 3 en 4 in een universitair centrum. In model B zijn jaar 1 en 4 in een niet-universitair ziekenhuis en jaar 2 en 3 in de academie. Deze indeling bepaalt mede het moment waarop aiossen kennismaken met bekkenbodemplacht (figuur 1).

Cluster Groningen streeft ernaar dat EPA-competenties prolaps en bekkenbodemplachten al in de eerste twee jaar op niveau 2 (geen supervisie) worden behaald, vanwege weinig academische blootstelling. Cluster Amsterdam volgt het landelijke EPA-schema, maar de timing van de urogynaecologische stage is niet gespecificeerd. Cluster Utrecht legt het zwaartepunt in de academische fase, met stages bij Bergman Clinics/UMCU; in de eerste jaren krijgt bekkenbodemplacht in de meeste perifere klinieken minder aandacht. In cluster Nijmegen krijgen alle aiossen in jaar 1 of 2 een bekkenbodemplachtstage, passend bij het landelijke EPA-schema. Cluster Rotterdam houdt vast aan de landelijke tijdlijn met modulaire of lijnleer-stages; de focus ligt op basis-EPA's onder supervisie, maar lokale invulling is mogelijk. Cluster

Maastricht biedt een opleiding op maat zonder vaste indeling, waardoor aiossen pas vanaf jaar 4 met bekkenbodemplachtzorg in aanraking kunnen komen; jaar 1 richt zich vooral op laagcomplexere zorg en basisvaardigheden. Bekkenbodemplachtzorg kan hierdoor relatief laat aan bod komen. Cluster Leiden volgt een opbouw zoals cluster Maastricht, maar biedt sinds kort in jaar 1 een snuffelstage urogynaecologie, gevolgd door een volledige bekkenbodemplachtstage in jaar 4, om vroege oriëntatie en latere verdieping te combineren.

Differentiatiekeuze: komt bekkenbodemplacht op tijd?

Een cruciale vraag is of aiossen voldoende ervaring hebben opgedaan met urogynaecologie voordat zij hun differentiatieplan moeten indienen. Ze moeten hun differentiatieplan vaak al eind jaar 3 of begin jaar 4 indienen. Als bekkenbodemplachtzorg pas in jaar 4 wordt aangeboden, maken aiossen dus keuzes zonder ervaring in dit subspecialisme.

Landelijke enquête: bekkenbodemplacht niet vanzelfsprekend

In mei 2025 vulden 57 aiossen uit alle zeven opleidingsclusters een vragenlijst in over hun ervaringen met urogynaecologie in de eerste twee jaar van de opleiding. De uitkomsten geven een gevarieerd beeld van het huidige aanbod, met duidelijke verschillen tussen regio's en een opvallend wisselende mate van multidisciplinariteit.

Aanbod: niet in elk cluster vanzelfsprekend

Twee derde van de aiossen (67%) gaf aan in het eerste of tweede opleidingsjaar een bekkenbodemplachtstage te hebben gevolgd. In Leiden had geen enkele respondent deze stage doorlopen in de eerste twee jaar, terwijl in Rotterdam en Nijmegen alle aiossen die mogelijkheid hadden. In sommige regio's is bekkenbodemplachtzorg goed ingebed in de vroege opleidingsfase. In andere clusters, zoals Leiden en Maastricht, komen aiossen mogelijk pas later in aanraking met dit gebied. Hierdoor heeft een groot deel van de aiossen dus mogelijk pas in jaar 4 een eerste uitgebreide kennismaking met dit vakgebied.

Duur en vorm van de stage

De duur van de stages varieerde van twee weken tot zes maanden. De meeste aiossen (n= 23) volgden een stage van drie maanden. Sommigen rapporteerden dat het urogynaecologisch palet verspreid over de eerste twee jaar aan bod kwam of hadden een serie losse poli's; anderen kregen een fulltime klinische stage. Deze variatie laat zien dat er ruimte is voor lokale invulling van de stages.

Inhoud en samenwerking

Onder aiossen die een stage volgden (n= 38) was er één duidelijke gemene deler: iedereen rapporteerde dat patiënten samen met een urogynaecoloog of aandachtsgebiedhouder werden gezien. Daarnaast had 97% van de aiossen toegang tot bekkenbodempoperaties tijdens hun stage. Multidisciplinaire aspecten kwamen wisselend aan bod: 74% kwam in aanraking met bekkenfysiotherapie en 58% draaide een gecombineerde poli met de urologie. Hoewel de stages dus overwegend klinisch goed zijn ingevuld, komt de breedte van het vakgebied, met name de multidisciplinaire samenwerking, nog niet overal volledig tot zijn recht.

Oriëntatie op het vakgebied

Voor aiossen in jaar 1 en 2 is kennismaking met deelgebieden essentieel voor oriëntatie op de differentiatie. Bij ruim een derde van de respondenten vond die kennismaking met bekkenbodempzorg ook daadwerkelijk plaats voordat zij hun differentiatieplan moesten maken. Enkele aiossen gaven aan dat deze stage hun interesse in het vakgebied had versterkt of zelfs de doorslag gaf richting een differentiatie urogynaecologie. Daar staat tegenover dat andere aiossen pas in jaar 3 of 4 voor het eerst in aanraking kwamen met het onderwerp. Voor sommigen te laat, omdat de differentiatie dan al is gekozen.

Best practices: wat een bekkenbodempstage leerzaam maakt

Hoewel de enquête waardevolle inzichten biedt in het landelijke beeld, zegt kwantitatieve data niet alles. Daarom spraken we met drie aiossen uit verschillende clusters die een bekkenbodempstage volgden. Hun ervaring laat zien hoe de invulling van de stage in de praktijk verschilt en wat het belang is van goede begeleiding, multidisciplinaire samenwerking en voldoende tijd om echt te kunnen leren. Wij interviewden drie aiossen over hun urogynaecologie stage in het basisdeel van de opleiding:

- dr. Michelle van den Berg, Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch, cluster Nijmegen

- drs. Bibia Hellings, Martini Ziekenhuis, Groningen, cluster Groningen

- drs. Anouk Schellekens, Sint Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein, cluster Utrecht

Michelle, aios in het derde opleidingsjaar, liep een drie maanden durende stage bekkenbodempzorg in het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Ze had zelf interesse in het vakgebied en wilde zich verdiepen. Samen met een urogynaecoloog heeft ze kritisch naar de stage gekeken en is er een structurele stage opgezet. De stage was volledig gericht op bekkenbodempzorg: zelfstandig poli draaien, patiënten samen zien met een supervisor, deelname aan MDO's en bekkenbodemp-OK's. Vooral het structureel samen uitvoeren van lichamelijk onderzoek werd als leerzaam ervaren. 'Door drie maanden lang alleen maar bekkenbodemp OK te doen is je leercurve stijl. Dat is veel fijner dan wanneer je af en toe een keer bekkenbodemp OK hebt.' Ze blikt terug op een intensieve en zeer leerzame stage, eentje die haar zelfs aan het twijfelen bracht over haar differentiatiekeuze.

Ook Bibia, derdejaars aios, deed een drie maanden durende urogynaecologie stage, in haar geval in het Martini Ziekenhuis, als onderdeel van het vaste curriculum. Op de polikliniek werden veel nieuwe patiënten gepland, waarbij het onderzoek altijd met de supervisor samen kon plaatsvinden. Naast een eigen poli was er ook gelegenheid mee te lopen met de urogynaecoloog of GUA. Om te horen hoe een supervisor de patiënte counsellert werd in het bijzonder als leerzaam benoemd. Bekkenbodemp OK's kwamen aan bod tijdens de stage en ook erna, zodat de opgedane bekwaamheden werden onderhouden. Postoperatieve nacontroles werden ook bij de aiossen gepland van patiënten die onder supervisie waren geopereerd. De stage omvatte diverse MDO's: maandelijks overleg met urologen en bekkenfysiotherapeuten, apart overleg met MDL-artsen, colorectaal chirurgen en radiologen, en om de week regionaal urogynaecologie overleg over recidief prolaps. De stage heeft een goede indruk gegeven wat betreft de urogynaecologie en zeker de interesse gewekt voor de toekomst.

Cluster opleidingsplannen



Figuur 1. Visuele weergave van de regionale opleidingsplannen per cluster

Anouk, vijfdejaars aios in cluster Utrecht, had in haar tweede jaar een drie maanden durende bekkenbodestage in het Sint Antonius Ziekenhuis. De stage bood een breed klinisch aanbod: een gespecialiseerde bekkenbodempoli, operaties (plastieken, incontinentieslings, Manchester fothergill, sacrospinale fixatie), deelname aan MDO's en een multidisciplinair spreekuur waarin werd samengewerkt met urologen, bekkenfysiotherapeuten, de pijnspecialist en colorectaal chirurgen.

Nieuwe patiënten werden samen met een urogynaecoloog gezien, waarbij de anamnese en het onderzoek gezamenlijk plaatsvonden. Door deze manier van werken werd de basis gelegd voor haar latere differentiatie in de urogynaecologie: 'Het was een goede voorbereiding op mijn differentiatiefase bij Bergman Clinics. Juist doordat je structureel samen patiënten ziet en onderzoekt, krijg je snel vertrouwen in je eigen vaardigheden.' Deze vroege stage was doorslaggevend voor haar carrièrepad.

Best practice reflectie

De ervaringen van de drie aiossen laten zien hoe een goed georganiseerde bekkenbodestage in het begin van de opleiding kan bijdragen aan klinische vaardigheden, inzicht in het vakgebied en loopbaanoriëntatie. De stages van drie maanden boden een breed palet aan onderwijs- en leermomenten, met nadruk op praktijk, supervisie en samenwerking.

Wat deze stages sterk maakte, was de intensieve en gestructureerde begeleiding bij het leren verrichten van urogynaecologisch lichamelijk onderzoek. In alle drie de gevallen zagen aiossen patiënten samen met een (uro)gynaecoloog, waarbij het lichamelijk onderzoek gezamenlijk werd uitgevoerd. Dit gaf ruimte voor directe feedback, systematiek en het opbouwen van klinisch inzicht. Doordat deze gezamenlijke spreekuren structureel waren ingepland, ontstond een veilige en leerzame omgeving waarin de aiossen snel zelfstandigheid ontwikkelden.

Naast poliklinische ervaring was betrokkenheid bij operaties belangrijk. De aiossen konden meekijken bij meerdere operateurs en praktische vaardigheden opbouwen. Op de polikliniek was er een diversiteit aan patiëntencategorieën en aanvullende diagnostiek. De aiossen gaven aan dat juist de aaneengesloten periode van drie maanden hen in staat stelde om een leercurve op te bouwen en het onderwerp echt eigen te maken.

Multidisciplinaire samenwerking speelde ook een grote rol. Tijdens deze drie stages was er regelmatig overleg met urologen, bekkenfysiotherapeuten, pijnspecialisten en colorectaal chirurgen, evenals multidisciplinaire spreekuren.

Ondanks verschillen in intensiteit ervoeren de aiossen deze contacten als essentieel voor het begrijpen van de breedte van het vakgebied.

Tot slot beïnvloedden de stages de verdere oriëntatie. De belangstelling voor urogynaecologie groeide, en de stages boden zicht op de complexiteit en afwisseling van het vakgebied. De gemeenschappelijke succesfactoren waren voldoende tijd, directe supervisie bij spreekuren en operaties, en samenwerking met andere disciplines. Vroege en kwalitatief

goede exposure aan bekkenbodestage kan de interesse en profilering van aiossen binnen dit subspecialisme versterken.

Slotbeschouwing

Hoewel bekkenbodestage formeel onderdeel is van het landelijke opleidingsplan, laat de praktijk zien dat tijdige en voldoende exposure geen vanzelfsprekendheid is. De timing van stages, de duur en inhoud, en de mate van multidisciplinaire samenwerking variëren sterk per regio. Omdat differentiatieplannen vaak al in jaar 3 of 4 rond moeten zijn, is vroege exposure essentieel. Een stage van minimaal drie maanden in jaar 1 of 2 biedt niet alleen klinische vaardigheden maar ook oriëntatie. Directe supervisie, operatieve betrokkenheid en multidisciplinaire samenwerking zijn daarin sleutelcomponenten.

Bekkenbodestage verdient een vaste, structurele plek in het basisdeel van de opleiding; alleen zo kunnen aiossen zich oriënteren, klinische vaardigheden opbouwen en een weloverwogen keuze maken voor verdere profilering. Wij pleiten daarom voor meer uniformiteit en structurele borging van bekkenbodemonderwijs in het basisdeel van de opleiding. Als we willen dat toekomstige gynaecologen goed toegerust zijn op een groeiende zorgvraag, begint dat met tijdige en kwalitatief goede exposure.

Aanbevelingen voor de dagelijkse praktijk

- Bied elke aios een stage bekkenbodestage aan in jaar 1 of 2, bij voorkeur met een duur van ten minste drie maanden, om tijdige oriëntatie én bekwaamheid binnen de EPA te waarborgen.
- Zorg voor structureel ingeplande tijd tijdens het spreekuur voor directe supervisie bij het lichamelijk onderzoek en het bespreken van het beleid.
- Betrek de aios actief bij multidisciplinaire samenwerking, bijvoorbeeld via deelname aan MDO's, gezamenlijke poli's met bekkenfysiotherapeuten, urologen en colorectale chirurgen.
- Zo mogelijk wordt de aios in deze periode ingedeeld bij bekkenbodestage-OK's, zodat indicatiestelling en postoperatieve zorg gekoppeld worden aan intra-operatieve ervaring.
- Leg de afspraken voor de bekkenbodestage vast in het regionale en lokale opleidingsplannen.
- Evalueer bekkenbodestages zodat best practices geborgd en gedeeld kunnen worden.

Verklaring van belangenverstrengeling

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

Patiënten pleiten voor focus op informatievoorziening, transparantie en vermindering van praktijkvariatie

Tine van den Bos *voorzitter*

Monica de Heide *coördinator*

beiden *Stichting Bekkenbodem4All*

Al bijna tien jaar is het eerste uurtje van de bestuursvergadering van de Werkgroep Bekkenbodem van de NVOG gereserveerd voor overleg met patiëntenorganisatie Bekkenbodem4All. We waarderen deze dialoog, die gestart is in een tijd waar nog veel wantrouwen heerste vanwege het 'Radar-matje'. Wat is er in deze tien jaar gerealiseerd in de samenwerking tussen de beroeps- en patiëntenorganisatie? En vooral: wat ziet Bekkenbodem4All als speerpunten voor de toekomst?

Vrouwen die er pas na een operatie achter kwamen dat ze een implantaat hadden gekregen. Ernstige complicaties die aanvankelijk niet erkend werden en soms niet meer konden worden hersteld. De bekkenbodematjes-affaire heeft veel leed bij mesh-slachtoffers veroorzaakt, maar ook jarenlang de drempel voor veel andere vrouwen verhoogd om bij bekkenbodemklachten hulp te zoeken bij een (uro)gynaecoloog. Inmiddels zijn de oorzaken die ten grondslag lagen aan dit drama aangepakt. Er zijn kwaliteitsstandaarden voor urine-incontinentie, prolaps en chronische bekkenpijn. Samen besloten is geïntroduceerd in de veelal multidisciplinaire bekkenbodemcentra van ziekenhuizen. Er zijn consultkaarten en keuzehulpen. Ervaringen van patiënten worden via PROM's en PREM's vastgelegd. Specifiek voor mesh-slachtoffers is de Leidraad 'Nazorg mesh' ontwikkeld. Bij nieuw onderzoek en aanpassing van richtlijnen is de betrokkenheid van patiëntenorganisaties zoals Bekkenbodem4All vanzelfsprekend geworden. Bovendien is ook duurzaamheid een factor geworden om rekening mee te houden. De rode draad bij al deze verbeteringen: betrokken gynaecologen bij wie de patiënt centraal staat. Veel resultaten dus om tevreden over te zijn, maar er zijn nieuwe speerpunten bij gekomen.

Krachten bundelen en samen investeren

Niet alle vrouwen - jong én oud - vinden namelijk hun weg naar de spreekkamer van de (uro)gynaecoloog. Daarmee zijn ook de kansen om in goede gezondheid in de samenleving te participeren niet gelijk. Het taboe op bekkenbodemklachten, ten onrechte nog steeds als vrouwenkwaaltjes afgedaan, blijft voor specifieke groepen vrouwen groot, bijvoorbeeld voor diegenen met minder gezondheidsvaardigheden. De campagne 'De gynaecoloog, dicht bij jou' moet daarom ook aandacht voor de bekkenbodem bevatten. Het is een goede zaak dat de NVOG ons toegezegd heeft dit te gaan doen. En we willen graag een stap verder gaan. Als patiëntenorganisatie en wetenschappelijke vereniging delen we waarde-

volle kenmerken: erkend door overheid en maatschappij zetten we ons in voor verzekerde, evidence based zorg die verricht wordt door BIG-geregistreeerde zorgverleners. Deze overeenkomsten moeten we koesteren in een tijd waarin commerciële influencers de bekkenbodem ontdekt hebben, en Al ook onbetrouwbare informatie kan verstrekken.

Daarom is onze oproep: laten we onze krachten bundelen en samen investeren in awareness campagnes en toegankelijke, betrouwbare en onafhankelijke informatievoorziening. Laat dit onderdeel zijn van een breder platform voor vrouwengezondheid. Want juist bij gevoelige onderwerpen als bekkenbodemproblemen verdienen alle vrouwen duidelijke, eerlijke en goed onderbouwde informatie.

Als vrouwen eenmaal in de spreekkamer van de (uro)gynaecoloog zitten, is het ook van groot belang dat zij overal op dezelfde passende zorg kunnen rekenen of ernaar verwezen kunnen worden. Dat is nu nog niet het geval. Het in januari verschenen rapport 'Variatie in bekkenbodemzorg door regionale verschillen' toont aan dat er in de tweede lijn substantiële regionale verschillen zijn in behandelingsaanpak, zowel in diagnostische verrichtingen als in operatieve ingrepen. De variatie is het grootst bij prolapschirurgie, met een factor 13 verschil tussen de ziekenhuizen met de hoogste en laagste behandelpercentages. Deels kan dit verklaard worden door de aanwezigheid van expertisecentra in bepaalde regio's. Dat is natuurlijk een prima zaak: dichtbij als het kan, ver weg als het moet. Maar uit het onderzoek blijkt dat er ook andere verklaringen zijn voor de praktijkvariatie, zoals onduidelijke en gebrekkige implementatie van richtlijnen. Hier moet de NVOG de komende tijd mee aan de slag. De praktijkvariatie moet systematisch in kaart gebracht worden en er moet een voorspellend model voor de effectiviteit van behandelingen ontwikkeld worden, zodat iedere patiënt toegang krijgt tot de meest geschikte behandeling. Vanzelfsprekend denken we graag mee.

Transparantie

Transparantie over kwaliteit is het derde speerpunt waar de NVOG ons inziens belangrijke stappen moet maken. De kwaliteit van zorg in Nederland, waaronder (uro)gynaecologie, is voor patiënten op dit moment nog een grote black box. Zo bevat de Transparantiekalender van het Zorginstituut Nederland op dit moment slechts één specifieke kwaliteitsindicator voor bekkenbodemzorg bij vrouwen, namelijk stress-urine-incontinentie. En al vijftien jaar is die verplichte indicator beperkt tot PGI-I, wordt deze nog steeds niet door ieder

centrum aangeleverd, waar vervolgens geen sanctie op rust. Verder is de PGI-I niet tot nauwelijks onderscheidend omdat uit veel, ook Nederlands, onderzoek is gebleken dat het percentage tevreden tot zeer tevreden patiënten altijd rond de 90% ligt.

Maar het gaat de patiënt om veel meer: wat is mijn kans op complicaties, welke zijn dat dan en hoe scoort mijn zorginstelling daarop? Wat zijn de wachttijden? Hoe is het geregeld met mijn inspraak en de informatievoorziening? Patiënten krijgen nauwelijks inzicht in informatie over uitkomsten van behandelingen van hun zorginstelling, laat staan van hun behandelaar. Dat moet gaan veranderen. Enerzijds om ervoor te zorgen dat patiënten betere keuzes kunnen maken voor passende zorg, maar ook om de kwaliteit van zorg in zijn algemeen te verbeteren. Hoe meer transparantie er is over kwaliteit, hoe meer (uro)gynaecologen gestimuleerd worden om te leren en te verbeteren.

Het recente initiatief van de NVOG om de Stichting Kwaliteitsregistraties Obstetrie en Gynaecologie op te richten, wordt door ons dan ook enorm gewaardeerd. Een groot compliment aan de Werkgroep Bekkenbodem en het bestuur van de NVOG om over de bezwaren zoals administratieve lastendruk heen te stappen en het goede voorbeeld te geven.

Een signaal dat ook door de beroepsvereniging van urologen NVU zou moeten worden opgepakt. Patiënten die bij bepaalde ingrepen zowel door een uroloog als een gynaecoloog kunnen worden geopereerd, zullen we adviseren om te kiezen voor de zorgverlener die transparantie over kwaliteit het hoogst in het vaandel heeft staan.

Superspecialisme

Samenvattend zijn informatievoorziening, verminderen van de praktijkvariatie en vergroten van de transparantie voor ons de speerpunten waar de NVOG grote resultaten kan en moet bereiken, en waar we graag aan willen bijdragen. Daarbij willen we ter afsluiting het belang van leerstoelen (uro)gynaecologie benadrukken. Deze geven een grote boost aan de wetenschap, aan de kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld op het terrein van herstel van ernstige mesh-complicaties. In onze ogen is (uro)gynaecologie niet iets wat je 'er bij doet', maar een superspecialisme. Vanuit kwaliteitsoogpunt en het adagium dichtbij als het kan en ver weg als het moet, zou een uitbreiding van leerstoelen en spreiding over het land een belangrijks stap zijn, en daar kan de NVOG een belangrijke rol bij spelen.

Ervaringen van patiënten met gynaecologische onderzoeken

dr. Françoise F. Molenaar *sociaal wetenschapper*
Dorrit M. Huijskes *student Design for Interaction, TU Delft*

Eén op de twee tot drie patiënten vindt het gynaecologische onderzoek (een beetje) pijnlijk/onprettig en één op de vijf (een beetje) traumatisch. Dat blijkt uit een survey onder vrouwen (en mensen met baarmoeders). Respondenten die seksueel geweld hebben ervaren of te maken hebben met vaginale pijnklachten of endometriose rapporteren significant slechtere ervaringen. Duidelijke communicatie, empathische bejegening en patiëntregie over het onderzoek dragen bij aan een positieve ervaring.

Hoewel alle vrouwen (en mensen met baarmoeders) geconfronteerd worden met gynaecologische onderzoeken, is er weinig onderzoek verricht naar hun ervaringen. Naast enkele kleine Scandinavische en Turkse studies uit de jaren 2000¹⁻³ verscheen pas in 2022 de eerste grootschalige studie naar patiëntenervaringen in Israël.⁴ Wij onderzochten de ervaring van Nederlandse patiënten via een vragenlijst over beleving en gewenste veranderingen en gebruikten daarvoor de vragenlijst uit de Israëlische studie, vertaald naar het Nederlands en minimaal aangepast aan de lokale context. De vragenlijst - samengesteld door een gynaecoloog, klinisch psycholoog, genderonderzoeker en statisticus - bevatte 27 vragen, waaronder 5 open vragen. De vragenlijst (beschikbaar als addendum) werd in september 2022 verspreid via Facebook en LinkedIn (onder meer via patiëntengroepen). De data, inclusief onvolledig ingevulde lijsten, zijn geanalyseerd in Excel. Open antwoorden zijn kwalitatief gecodeerd door twee onderzoekers (FM en DH).

Respondenten

Tabel 1 geeft een overzicht van de belangrijkste respondentenkenmerken (n= 1.487). De leeftijdsrange is 20-76 jaar, met een piek tussen 28-51 jaar. 14% woont in de vier grootste steden (ten opzichte van 16% van de gehele Nederlandse bevolking). Daarnaast heeft 26,4% ooit seksueel geweld ervaren, behoort 6,9% tot de LGBTQ-gemeenschap, rapporteerde 8,9% de diagnose endometriose, 10,4% PCOS en 5,4% vaginale pijn (vulvodynie/vulvair vestibulitis syndroom (VVS)/vaginisme), en zit 29,2% in een vruchtbaarheidstraject of heeft daarin gezeten. Op de oververtegenwoordiging van vrouwen in vruchtbaarheidstrajecten na, komen deze percentages overeen met die van de gehele Nederlandse vrouwenbevolking.

De respondenten beantwoordden een aantal vragen over hun beleving van het gynaecologisch onderzoek (tabel 2): 41,2% ervoer schaamte (waarvan 10,1% 'erg beschamend'); 22,5% trauma (5,8% 'erg traumatisch') en 44,8% pijn/ongemak (10,3% 'erg pijnlijk/onprettig').

Analyse via drie modellen

Middels drie multivariabele lineaire regressies (n= 1.284) onderzochten we de invloed van de volgende respondentkenmerken op de onderzoeksbeleving: 1) leeftijd, 2) ervaring met seksueel geweld, 3) behorend tot de LGBTQ-gemeenschap, 4) endometriose, 5) vaginale pijn, 6) polycysteus-ovariumsyndroom (PCOS), en 7) in een vruchtbaarheidstraject zitten of gezeten hebben (tabel 3).

Ons eerste model verklaart 5,6% ($R^2 = 0,056$, $p < 0,01$) van de ervaren schaamte. Seksueel geweld ($\beta = 0,404$, $p < 0,01$) en vaginale pijn ($\beta = 0,427$, $p < 0,01$) zijn geassocieerd met een hogere mate van schaamte. LGBTQ-identiteit ($\beta = -0,406$, $p < 0,05$) en vruchtbaarheidstraject ($\beta = -0,297$, $p < 0,01$) zijn geassocieerd met een lagere mate van schaamte.

Qua trauma verklaart ons tweede model 11,5% van de variantie ($R^2 = 0,115$, $p < 0,01$). De sterkste voorspeller voor significant hogere trauma-scores is seksueel geweld ($\beta = 0,653$, $p < 0,01$). Daarnaast zijn endometriose ($\beta = 0,360$, $p < 0,01$) en vaginale pijn ($\beta = 0,842$, $p < 0,01$) geassocieerd met een verhoogd traumaniveau.

Het laatste regressiemodel verklaart 8,1% van de variantie ($R^2 = 0,081$, $p < 0,01$) in ervaren pijn. De resultaten tonen dat seksueel geweld ($\beta = 0,283$, $p < 0,01$), endometriose ($\beta = 0,484$, $p < 0,01$) en vaginale pijn ($\beta = 0,724$, $p < 0,01$) geassocieerd zijn met hogere pijnscores. Daarentegen is een vruchtbaarheidstraject geassocieerd met lagere pijnscores ($\beta = -0,246$, $p < 0,01$).

Tabel 1. Respondentkenmerken

Karakteristieken	n (%)
Totaal	1.487
Leeftijd (in jaren)	
Gemiddelde	40 ± 10,5
Mediaan	38
Range	19-76
Woonplaats	
Randstad	236 (15,9%)
Overig	1113 (74,8%)
Weet niet/Geen Antwoord (WNGA)	138 (9,3%)
Persoonlijke situatie	
Ooit seksueel geweld ervaren	392 (26,4%)
Behoort tot LGBTQ-gemeenschap	102 (6,9%)
Endometriose	133 (8,9%)
PCOS	155 (10,4%)
Vaginale pijn (vulvodynie/vulvair vestibulitis syndroom (VVS)/vaginisme)	80 (5,4%)
Zit in vruchtbaarheidstraject of heeft daar ooit in gezeten	434 (29,2%)
Geen van deze situaties	570 (38,3%)

PCOS is in geen enkel model een significante voorspeller terwijl een hogere leeftijd in alle modellen een significante, maar uiterst minimale positieve invloed had op de ervaring.

Analyse van de open antwoorden

Middels analyse van de gecodeerde open antwoorden over "eerste" en "overige" ervaringen met gynaecologische onderzoeken onderzochten we overige invloeden op de patiëntenervaring.

Factoren die bijdroegen aan een 'positieve éérste ervaring' met gynaecologisch onderzoek (n= 282) waren duidelijke communicatie (24,7%), empathische bejegening (22,7%), patiëntgerichte zorg (de ruimte voor de patiënt om vragen te stellen, angsten te kunnen bespreken en voorkeuren aan te kunnen geven) (14,8%) en een kwalitatief goede behandeling (11,7%).

Bij 'overige positieve ervaringen die de respondenten wilden delen (n= 293) bleek empathische bejegening (23%) de meeste genoemde factor bij een goede ervaring, gevolgd door patiëntgerichte zorg (18,2%), een kwalitatief goede behandeling (12,7%) en duidelijke communicatie (11,8%).

'Een arts die vooraf aangaf dat ik de regie had. Altijd mag stoppen. Of aan mocht geven als ik het anders wilde. De vraag wat zij kon doen om mij te helpen. Heel helpend' [969]

Factoren die bijdroegen aan een 'negatieve eerste ervaring' (n= 426) waren een kwalitatief slechte behandeling (27,4%), niet-empathische bejegening (25,6%), pijn (12,4%), geen inspraak hebben (10,9%), slechte patiëntvoorbereiding (8,4%), routineuze en onverschillige zorg (7,8%) en grensoverschrijdend gedrag (4,7%).

Bij de 'overige negatieve ervaringen' die gedeeld werden (n= 376) kwamen opnieuw het ondergaan van een kwalitatief slechte behandeling (24,2%) en een niet-empathische bejegening (19,4%) naar voren, gevolgd door pijn (12,6%), geen inspraak hebben (12,4%), routineuze en onverschillige zorg (8,1%), grensoverschrijdend gedrag (6,1%) en slecht voorbereid zijn (1,9%).

Bij de assistente van de huisarts vind ik het erg onprettig, het gordijn blijft open als ik me omkleed. Ik kan me niet bedekken en krijg na de tijd niks om schoon te vegen of evt. bloed mee op te vangen. Er wordt daar erg laconiek mee omgegaan en ik vind het echt beschamend. [1.212]

Nog eens 9,8% van de 1.435 respondenten gaf aan ongepaste vragen of opmerkingen te hebben ontvangen tijdens het onderzoek. Respondenten noemden commentaar op het lichaam en het seksleven, het bagatelliseren van pijn alsmede een aantal opmerkingen die als seksueel intimiderend gekwalificeerd moeten worden.

Tabel 2. Antwoord op de vraag: 'In hoeverre beschouw jij het gynaecologische onderzoek als ...'

	Beschamend	Traumatisch	Pijnlijk/onprettig
Helemaal niet	274 (18,4%)	543 (36,5%)	141 (9,5%)
Niet	298 (20,0%)	326 (21,9%)	298 (20,0%)
Neutraal	228 (15,3%)	188 (12,6%)	285 (19,2%)
Een beetje	462 (31,1%)	249 (16,7%)	513 (34,5%)
Erg	150 (10,1%)	86 (5,8%)	153 (10,3%)
WN/GA	75 (5,0%)	95 (6,4%)	97 (6,5%)

Tabel 3. Multivariabele lineaire regressietabellen

Uitkomst (n= 1.284)		Beschamend	Traumatisch	Pijnlijk/ onprettig
	Interpretatie van β coëfficiënt	β coëfficiënt (95% CI, Wald Test p value)		
Constant		2,48 (2,15-2,8, <0,001)	1,4 (1,09-1,72, <0,001)	2,76 (2,48-3,05, <0,001)
Sexueel geweld	Niet	Referentie	Referentie	Referentie
	Wel	0,42 (0,25-0,58, <0,001)	0,66 (0,5-0,82, <0,01)	0,29 (0,15-0,44, <0,001)
LBQTQ	Niet	Referentie	Referentie	Referentie
	Wel	-0,4 (-0,69-0,11, 0,006)	-0,04 (-0,32-0,23, 0,75)	0,18 (-0,08-0,43, 0,17)
Endometriose	Niet	Referentie	Referentie	Referentie
	Wel	-0,04 (-0,29-0,2, 0,73)	0,37 (0,13-0,6, 0,002)	0,49 (0,28-0,71, <0,001)
Vaginale pijn	Niet	Referentie	Referentie	Referentie
	Wel	0,43 (0,12-0,74, 0,007)	0,84 (0,54-1,15, <0,001)	0,73 (0,45-1, <0,001)
PCOS	Niet	Referentie	Referentie	Referentie
	Wel	0,04 (-0,2-0,28, 0,759)	-0,05 (-0,28-0,19, 0,698)	-0,19 (-0,4-0,03, 0,086)
Vruchtbaarheidstraject	Niet	Referentie	Referentie	Referentie
	Wel	-0,28 (-0,45-0,11, 0,001)	-0,06 (-0,22-0,1, 0,438)	-0,23 (-0,38-0,08, 0,002)
Leeftijd	Per jaar toename	0,01 (0-0,02, 0,004)	0,02 (0,01-0,02, <0,001)	0,01 (0-0,01, 0,016)

R^2 'Beschamend' = 0,06 (<0,001), R^2 'Traumatisch' = 0,12 (<0,001), R^2 'Pijnlijk/onprettig' = 0,09 (<0,001).

Voor alle drie de modellen voldeden de residuen aan de aannames van normaliteit en homoscedasticiteit

Mogelijkheden voor verbetering

De respondenten werd gevraagd hoe vaak ze ervoeren dat het gynaecologische onderzoek aan bepaalde voorwaarden voldeed en hoe belangrijk het voor hen is dat aan deze voorwaarden voldaan wordt (tabel 4).

De respondenten ervaren in de praktijk vaak ruimte om vragen te stellen en dat er een plek is om kleding neer te leggen. Duidelijke uitleg en een pijnwaarschuwing worden minder vaak gegeven dan respondenten willen. Relatief eenvoudige handelingen om de patiënt meer regie en privacy te geven, zoals je even kunnen bedekken of zelf het instrumentarium in te brengen, ervaren respondenten in de praktijk nauwelijks.

Ook gaven de respondenten (n= 745) aan behoefte te hebben aan een meer persoonlijke en attentere interactie met de zorgverlener (34,6%), meer patiëntgerichte zorg tijdens de behandeling (30,6%), meer ruimte voor de beleving van de patiënt (en meer regie krijgen) (27%), betere communicatie (15,6%), het vragen van toestemming voor aanraking en het laten meekijken van anderen (10,1%), meer privacy (8,3%) meer aandacht voor pijn (5,4%) en het mogen vragen om een vrouwelijke arts (3,2%).

Discussie

Dit onderzoek is het grootste ons bekende onderzoek naar de ervaringen van Nederlandse patiënten met gynaecologische onderzoeken. Doordat meer dan de helft van de respondenten ook via de open vragen hun positieve en negatieve ervaringen met inwendige onderzoeken deelden, bevat de dataset gedetailleerde informatie over hoe vrouwen het gynaecologisch onderzoek (zouden willen) ervaren. Communicatie en contact met de patiënt zijn essentieel voor het creëren van een positieve ervaring, juist omdat er een verscheidenheid aan voorkeuren bestaat over de inrichting van de procedure zelf (tabel 4). In plaats van toewerken naar een blauwdruk voor patiëntencontact zou het voorgesprek naast het geven van informatie ook kunnen dienen om bij de patiënt te informeren naar diens voorkeuren en mogelijke traumatische ervaringen.

Daarnaast onderschrijven onze bevindingen het belang om patiënten meer regie te geven over hun behandeling, zoals

ook al geconcludeerd in de literatuur over 'trauma-informed care'.⁵ Dit kan door expliciet om toestemming te vragen voor aanraking of handelingen, de mogelijkheid te bieden om zelf het instrumentarium in te brengen of te experimenteren met verschillende houdingen (indien mogelijk zonder beensteunen). Verkennend onderzoek naar dit soort aanpassingen laat zien dat het de patiëntenervaring verbetert zonder de procedure te verlengen.^{6,7}

Dit is zeker in het belang bij slachtoffers van seksueel misbruik en/of patiënten die last hebben van endometriose of vaginale pijn, omdat deze groepen significant negatievere ervaringen rapporteren.

Een paar kanttekeningen zijn op zijn plaats. In de surveyvragen werd geen specifiek type onderzoek gespecificeerd. In de open antwoorden werd duidelijk dat respondenten ervaringen deelden over verschillende eerstelijns- en tweedelijns onderzoeken zoals het maken van een uitstrijkje, het plaatsen van een spiraaltje, het ondergaan van een liexcisie en het toucheren bij een bevalling. Bovendien is ook niet te herleiden door welk type zorgverlener het onderzoek werd verricht. Vervolgonderzoek is nodig om te achterhalen in hoeverre de ervaringen per procedure verschillen en of de beleving ook mede afhankelijk is van het type zorgverlener. Door de wijze van sampling - zelfselectie via sociale media - is het daarnaast mogelijk dat juist patiënten met negatieve ervaringen besloten de survey in te vullen. Vervolgonderzoek is nodig om de geldigheid van onze bevindingen te staven. Onze onderzoeksopzet (inclusief wijze van sampling) en bevindingen komen grotendeels overeen met die van Tançman et al. (2021). Het feit dat beide onderzoekspopulaties tot vergelijkbare resultaten leiden, benadrukt wel de betrouwbaarheid van beide studies.

Het grootste verschil met de Israëlische studie, waar 47,1% van de respondenten schaamte ervoer (21,4% 'erg beschaamd'); 18,6% trauma (5,3% 'erg traumatisch'); en 35,6% pijn/ongemak (8,7% 'erg pijnlijk/onprettig'), is dat Nederlandse patiënten meer pijn rapporteren (44,8%, inclusief 10,3% 'erg pijnlijk/onprettig'). Nader onderzoek is nodig naar de vraag of dit inderdaad een significant verschil is en naar de factoren die aan een dergelijk verschil ten grondslag liggen of terug zijn te leiden naar een respondentenbias.

Tabel 4. Praktijk versus gewenste situatie

Hoe gebruikelijk was het dat ... aanwezig was en hoe belangrijk is het voor je dat dit gebeurt?	(Erg) gebruikelijk	(Erg) belangrijk
Ruimte om vragen te stellen	71%	97%
Een duidelijke plek om kleding neer te leggen	67%	78%
Duidelijke uitleg vooraf, en voor elke stap in de procedure	54%	97%
Een waarschuwing dat iets pijnlijk kan worden	53%	96%
De mogelijkheid om zelf een comfortabele houding te zoeken (indien mogelijk zonder stijfbeugels)	N/A - vraag niet gesteld	72%
Een verpleegster, vriend(in) of familielid die je bijstaat	41%	67%
Een gordijn rond bed/tafel/stoel	31%	65%
Een stuk papier of (hand) doek om je mee te bedekken	9%	58%
De mogelijkheid om zelf het instrumentarium in te brengen	1%	24%

Referenties

1. Hilden, M., et al., Women's experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2003. 82(11): 1030-1036.
2. Wijma, B., M. Gullberg, and B. Kjessler, Attitudes towards pelvic examination in a random sample of Swedish women, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1998. 77(4): 422-428.
3. Yanikkerem, E., et al., Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination, *Midwifery*, 2009. 25(5): 500-508.
4. Tancman, S., et al., Silent voices that must be heard - women's perceptions of gynecological examinations, *J. Psychosom Obstet Gynaecol.*, 2022. 43(2): 190-197.
5. Reeves, E., A synthesis of the literature on trauma-informed care, *Issues in Mental Health Nursing*, 2015. 36(9): 698-709.
6. Wright, D., et al., Speculum 'self-insertion': a pilot study, *Journal of Clinical Nursing*, 2005. 14(9): 1098-1111.
7. Seehausen, D., et al., Improving women's experience during speculum examinations at routine gynaecological visits: randomised clinical trial, *BMJ*, 2006. 333: 171.

Samenvatting

Deze studie onderzoekt de ervaringen van Nederlandse vrouwen met gynaecologische onderzoeken. Via een vragenlijst (n= 1.487) werden beleving, beïnvloedende factoren en verbeterpunten geanalyseerd. De resultaten tonen aan dat 41% schaamte ervaart en 44% het onderzoek als pijnlijk beschouwt. Seksueel geweld, endometriose en vaginale pijn correleren met negatievere ervaringen. Positieve factoren zijn empathische zorg, duidelijke communicatie en patiëntregie. Negatieve ervaringen komen voort uit gebrek aan inspraak, routineuze zorg en slechte communicatie. Trauma-geïnformeerde zorg, zoals toestemming vragen en alternatieve houdingen aanbieden, kan de ervaring verbeteren. De resultaten bevestigen eerdere bevindingen van Tancman et al. (2021), maar verdere studie is nodig om verschillen tussen specifieke procedures en zorgverleners te onderzoeken. De studie pleit voor een patiëntgerichte benadering met meer ruimte voor individuele voorkeuren.

Trefwoorden

patiëntgerichte zorg, trauma-geïnformeerde zorg, communicatie

Summary

This study examines the experiences of Dutch women with gynecological examinations. A survey (n=1487) was

used to analyze perceptions, influencing factors, and areas for improvement. Results show that 41% experience shame, and 44% find the procedure painful. Negative experiences are correlated with a history of sexual violence, endometriosis, and vaginal pain. Positive experiences are linked to empathetic care, clear communication, and patient autonomy. Negative factors include lack of patient input, routine-based care, and poor communication. Trauma-informed care, such as requesting consent and offering alternative positions, may improve the experience. The findings align with those of Tancman et al. (2021), but further research is needed to examine differences between procedures and healthcare providers. The study advocates for a patient-centered approach that accommodates individual preferences.

Keywords

Patient-centered care, trauma-informed care, communication

Contact

dr. Françoise F. Molenaar, ffmolenaar@gmail.com

Verklaring van belangenverstrengeling

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

Casus: een bijzondere presentatie van postmenopauzaal bloedverlies

drs. Mirre Verstegen arts-assistent verloskunde en gynaecologie

Ellen Duijsings co-assistent verloskunde en gynaecologie

dr. Wilbert Spaans uro-gynaecoloog

allen Maastricht Universitair Medisch Centrum

Een patiënte werd met spoed door de huisarts verwezen. De verwijsbrief vermeldde matig helderrood vaginaal bloedverlies en bij onderzoek een vingerrote bloedende uitstulping uit de vagina met daarachter een elastische zwelling van 4 bij 1 centimeter. Er waren grote zorgen over een mogelijke maligniteit.

Casus

Het betrof een vitale 76-jarige vrouw met in 2001 een abdominale prolapsoperatie waarbij een cervico-sacro-plexie met mesh werd verricht met tevens een supra-cervicale uterusextirpatie. De patiënte had sinds enkele dagen vaginaal bloedverlies en tevens klachten van dysurie en een schrijnend vaginaal gevoel.

Bij lichamelijk onderzoek was er een cystocèle van 1 centimeter voorbij de hymenrand zichtbaar, prolapsstadium 2 (afbeelding 1). Er was geen descensus van de cervix en geen mesh-erosie. Er werd tevens een rode, elastische slijmvlieszwelling van ongeveer 1,5 centimeter bij de meatus van de urethra gezien (afbeelding 2). De cervixcytologie toonde geen afwijkingen.

Bespreking

Een rozerode, poliepachtige laesie uit de meatus van de urethra wordt een caruncula urethrae genoemd. De incidentie is onbekend, echter het beeld wordt veelal gezien bij postmenopauzale vrouwen. De caruncula is doorgaans asymptomatisch en is vaak een toevalsbevinding. Eventuele klachten kunnen zijn: bloedverlies, pijn rondom de ingang van de urethra, hematurie, dysurie of een vaginale poliepachtige zwelling.¹

De caruncula wordt het meest beschreven op de '6 uur'-positie van de meatus van de urethra en is over het algemeen klein, maar kan gesteeld zijn en één tot twee centimeter in diameter worden. Over de ontstaanswijze is weinig bekend. Pathofysiologisch worden hypo-oestrogene status, chronische irritatie en een verhoogde abdominale druk als oorzaak van het ontstaan van de caruncula genoemd.² Door lichamelijk onderzoek, eventueel aangevuld met beeldvorming zoals een urethrocystoscopie of een MRI kan andere urethrale pathologie uitgesloten worden, zoals een urethrale prolaps, para-urethrale cyste (bijvoorbeeld Skene), urethraal leiomyoom of maligniteit. Als gedacht wordt aan een maligniteit, is het afnemen van een biopt of het uitvoeren van excisie voor pathologisch onderzoek van belang.²

De meeste zwellingen van de urethra zijn benigne. Van alle



Afbeelding 1. Een cystocèle van 1 centimeter voorbij de hymenrand zichtbaar, prolapsstadium 2



Afbeelding 2. Rode, elastische slijmvlieszwelling van ongeveer 1,5 centimeter bij de meatus van de urethra

typen kanker bij vrouwen is slechts 0,02% een urethraal carcinoom.² Kenmerken van een maligniteit bij de urethra zijn: een irregulair en/of hard aspect van de laesie, een snelgroeiende en/of snel ulcererende laesie en de aanwezigheid van palpabele lymfklieren in de liezen.²

Een gouden standaard voor het behandelen van de caruncula urethra bestaat niet. Bij asymptomatische patiënten volstaat een expectatief beleid met goede uitleg waarbij benadrukt dient te worden dat het een goedaardige afwijking betreft. Bij klachten kan men starten met lokale oestrogeentherapie.¹ Bij onvoldoende resultaat is verwijzing naar de uroloog voor chirurgische behandeling de volgende stap. De opties zijn chirurgische excisie, laserbehandeling of elektrocoagulatie. Pathologisch anatomisch onderzoek is in deze fase belangrijk.^{1,3}

De patiënte uit de casus werd gerustgesteld en de behandel mogelijkheden werden met haar besproken.

Conclusie

Vrouwen met een caruncula van de urethra kunnen zich presenteren met (postmenopauzaal) vaginaal bloedverlies. De poliepachtige structuur in combinatie met het bloedverlies kan met onbekendheid van deze goedaardige aandoening ten onrechte veel onrust bij zorgverlener en patiënte veroorzaken. Een juiste herkenning van het beeld en goede uitleg kan dit voorkomen.

Referenties

1. Verma V, Pradhan A. Management of urethral caruncle - A systematic review of the current literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020 May;248:5-8. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.03.001. Epub 2020 Mar 6.
2. Maetzold E, Takacs EB. Urethral Pathology in Women. *Curr Urol Rep.* 2022 Oct;23(10):225-234. doi: 10.1007/s11934-022-01109-6. Epub 2022 Sep 17.
3. Dolan MS, Hill C, Valea FA: Benign gynecologic lesions: vulva, vaginal, cervix, uterus, oviduct, ovary, ultrasound imaging of pelvic structures. In: Campbell MF, Walsh PC, editors. *Campbell's urology*, 7th ed. Philadelphia: Saunders; 1998.

Samenvatting

Vaginaal bloedverlies kan voorkomen bij patiënten met een caruncula van de urethra. Bij deze goedaardige aandoening wordt niet zelden gedacht aan een mogelijke gynaecologische maligniteit als oorzaak van het bloedverlies. De wijze van ontstaan is niet duidelijk, mogelijk speelt een hypo-oestrogene status een rol. Herkenning en duidelijke uitleg ten aanzien van het ziektebeeld kunnen onnodige zorgen en verwijzing voorkomen. Bij persistente klachten na eventuele lokale oestrogeentherapie is verwijzing naar een uroloog noodzakelijk voor aanvullende diagnostiek en eventuele chirurgische behandeling.

Trefwoorden

postmenopauzaal bloedverlies, caruncula urethrae

Summary

Vaginal bleeding can occur in patients with a caruncula urethrae and is often wrongly attributed to a gynaecological condition. The way it arises is not clear, possibly a hypo-oestrogenic status plays a role. Recognition and clear explanation regarding the clinical picture can prevent unnecessary worries and referrals. Of course, in case of persistent complaints or uncertainty about the nature of the lesion, other (urethral/gynaecological) pathology should be excluded.

Keywords

postmenopausal bleeding, urethral caruncle

Contact

Mirre Verstegen, e mirre.verstegen@mumc.nl

Verklaring van belangenverstrengeling

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

Toestemming van patiënte voor publicatie

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

Casus: uterus incarcerata als oorzaak van urineretentie tijdens de zwangerschap

drs. Gillian Claeys *destijds baios gynaecologie, Zuyderland Medisch Centrum, Heerlen, nu baios gynaecologie-verloskunde, UZ Gent*
 dr. Jonas Ellerbrock *gynaecoloog, Zuyderland Medisch Centrum, Heerlen*

Een primigravida presenteert zich met 17 weken met urineretentie. Op basis van klinisch en echografisch onderzoek wordt de diagnose van uterus incarcerata gesteld. Een zeldzame (incidentie 1:3000 tot 1:10 000) maar een potentieel ernstige aandoening met kans op ongunstige obstetrische (miskraam, foetale groeirestrictie, preterm geboorte, PPRM) en maternale uitkomsten (acuut nierfalen, blaas- of uterusruptuur, sepsis).¹⁻⁵

Casus

Een 29-jarige primigravida presenteerde zich bij een zwangerschapsduur van 17 weken met plots ontstane urineretentie, zonder bijkomende (pijn)klachten. Echografisch onderzoek toonde een uterus in extreme retroflexie met een blaasdeviatie naar rechts (afbeelding 1). Bij vaginaal onderzoek was de cervix direct anterior (symfysewaarts) palpabel. De diagnose uterus incarcerata werd gesteld. Als behandeling werd een repositie van de uterus uitgevoerd onder algehele anesthesie. De patiënte werd gepositioneerd in lithotomiehouding en middels vaginaal onderzoek en uitwendige abdominale palpatie werd de fundus uteri naar ventraal gepositioneerd. Deze slaagde, bevestigd middels peroperatieve echografische controle en een mediosacraal gepositioneerde cervix. Na een ongecompliceerd postoperatief verloop met spontane mictie kon de patiënte dezelfde dag het ziekenhuis verlaten. De volgende dag presenteerde de patiënte zich opnieuw met urineretentie. Klinisch en echografisch onderzoek toonden een recidief uterus incarcerata. Op verzoek van patiënte werd een repositie zonder sedatie, in all-fours gepoogd, hetgeen niet slaagde. Opnieuw werd repositie van de uterus uitgevoerd onder algehele anesthesie zoals hierboven beschreven, tevens werd een ringpessarium geplaatst om de cervix te ondersteunen en zo de uterus in anteversie te houden. Bij een amenorroeduur van 26⁺⁶ weken werd dit pessarium verwijderd, waarna de zwangerschap ongecompliceerd en zonder recidief verliep.

Beschouwing

Uterus incarcerata treedt op wanneer de geretroflecteerde uterus vast komt te zitten in het klein bekken.^{1,3-5} De meerderheid van de patiënten presenteert zich rond een zwangerschapsduur van 14-16 weken met abdominale pijn en/of urinaire klachten.¹⁻⁵ In combinatie met een vaginaal onderzoek waarbij een sterk anterieur gelegen cervix wordt gepalpeerd ofwel palpatie van de fundus uteri in de fornix posterior moet deze diagnose doen vermoeden.^{1,2} Definitieve diagnose kan verkregen worden middels echografie waarbij een uterus in retroflexie wordt gevisualiseerd, een uitgerekte of moeilijk te visualiseren cervix¹⁻⁴, alsook mogelijk een gedevi-

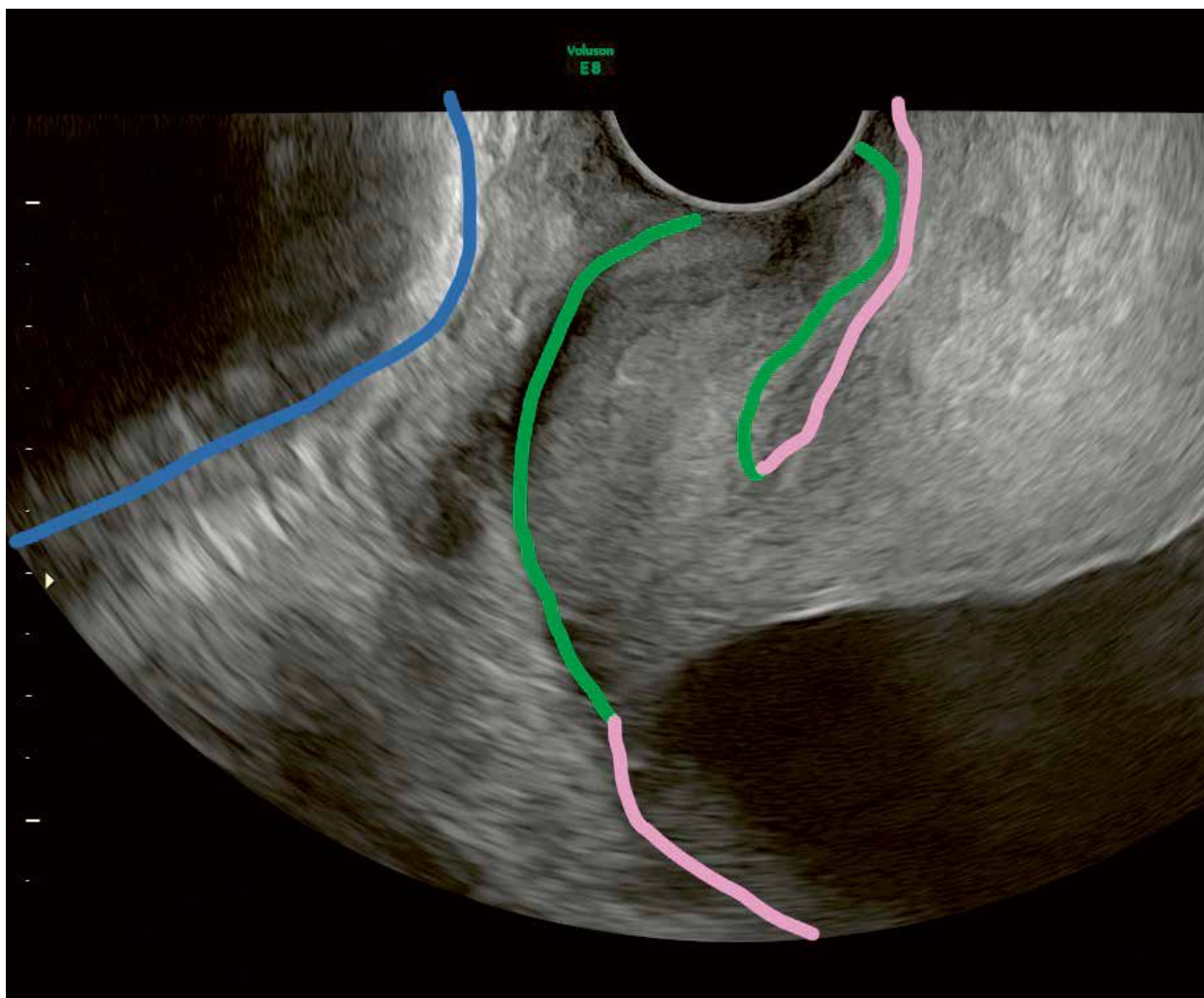
eerde en/of langgerekte blaas.³ MRI kan uitgevoerd worden bij diagnostische onzekerheid of ter verdieping van de pelvische anatomie.^{1,2} De behandeling van uterus incarcerata is repositie^{1,3}, middels passieve of manuele reductie.^{1,3,4} Bij falen van deze technieken kunnen laparoscopie of laparotomie uitgevoerd worden.^{1,4} Studies betreffende de incidentie en behandeling van recidief uterus incarcerata zijn beperkt. Enkele studies wijzen op het gebruik van een pessarium na repositie voor het voorkomen van een recidief^{4,5}, echter is de optimale duur van pessariumtherapie niet beschreven.

Conclusie

Uterus incarcerata is een zeldzame maar potentieel ernstige aandoening die zich meestal presenteert met abdominale pijn en/of urineretentie. De aanbevolen behandeling is repositie van de uterus middels passieve of manuele reductie. Studies betreffende het optreden van recidieven alsook het gebruik van pessaria na repositie ter preventie van recidief uterus incarcerata zijn beperkt.

Referenties

1. Ntafam CN, Beutler BD, Harris RD. Incarcerated gravid uterus: A rare but potentially devastating obstetric complication. *Radiol Case Rep.* 2022;17(5):1583-6.
2. Narayanamoorthy S, Hillebrand A, Pendam R, McLaren R, Jr. Incarcerated gravid uterus - A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X.* 2023;19:100227.
3. Zhang M, Luo Y, Liu D, Peng Y, Hou L. Incarceration of the gravid uterus: Ultrasound diagnosis and pregnancy outcomes. *J Clin Ultrasound.* 2025;53(1):61-7.
4. Morais M, Moura M, Correia A, Fan Y. Urinary tract obstruction in the second trimester: a report of an incarcerated gravid uterus. *BMJ Case Rep.* 2022;15(9).
5. Kim HS, Park JE, Kim SY, Kim JE, Chae SH, Sohn IS, et al. Incarceration of early gravid uterus with adenomyosis and myoma: report of two patients managed with uterine reduction. *Obstet Gynecol Sci.* 2018;61(5):621-5.



Afbeelding 1. Transvaginale echografie. Blauw = blaas; groen = cervix; roze = corpus uteri

Samenvatting

Een primigravida presenteerde zich bij een zwangerschapsduur van 17 weken met urineretentie. Door middel van klinisch en echografisch onderzoek werd de diagnose van uterus incarcerata gesteld. Een zeldzame maar potentieel ernstige aandoening met kans op ongunstige obstetrische en maternale uitkomsten. De meerderheid van de patiënten presenteert zich met abdominale pijn en/of urineretentie. Diagnose wordt gesteld op basis van kliniek, klinisch onderzoek en echografie. De aanbevolen behandeling is repositie van de uterus middels passieve of manuele reductie. Studies betreffende het optreden van recidieven alsook het gebruik van pessaria na repositie ter preventie van recidief uterus incarcerata zijn beperkt.

Trefwoorden

uterus incarcerata, urineretentie, pessarium

Summary

A primigravida presented with urinary retention at 17 weeks of gestation. The diagnosis of incarcerated gravid uterus was made by clinical and ultrasound examination. It is a rare but potentially serious condition with risk of

adverse obstetric and maternal outcomes. Most patients present with abdominal pain and/or urinary retention. Diagnosis is made based on presentation, clinical examination and ultrasound. The recommended treatment is repositioning of the uterus by passive or manual reduction. Studies regarding the incidence of recurrences as well as the use of pessaries after repositioning to prevent recurrence of incarcerated gravid uterus are limited.

Keywords

urinary retention, incarcerated gravid uterus, pessary

Contact

Gillian Claeys, gillian.claeys@gmail.com

Verklaring belangenverstrengeling

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

Toestemming van patiënte voor publicatie

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

Ghislaine Dekeunink is gynaecoloog in Limburg. Ze is lid van de commissie Patiëntencommunicatie en bestiert samen met haar collega's de sociale-mediakanalen van degynaecoloog. In haar vrije tijd bakt ze graag brood en scharrelt ze rond in haar moestuin, zoals een ware millennial betaamt.



Ghislaine Dekeunink

Activisme, iets voor mij?

Afgelopen week kreeg ik een handgeschreven brief in mijn postvak. Ik ging ervan uit dat het een positief bericht zou zijn – silly me –, immers hoeveel mensen die ontevreden zijn klimmen in de pen om een handgeschreven brief aan de poli-dames af te geven?

Niks was minder waar. Het betrof een mevrouw die het mij kwalijk nam dat er een mannelijke coassistent aanwezig was, terwijl ik had moeten weten dat zij dit absoluut niet wilde. Op het moment zelf was ze zo van streek dat ze niks had durven zeggen, maar toen ze thuiskwam zat ze er toch zo mee dat ze besloot een brief te schrijven. Natuurlijk belde ik haar op om excuses te maken, maar ook om haar te complimenteren voor het feit dat ze zo dapper voor zichzelf is opgekomen. Ze bedankte zich, want het was een hele stap voor haar dat ze het had durven melden en ze was trots dat ze het had gedurfd. Hoewel het consult vervelend voor haar was, had ze er toch iets uit gehaald. Heel knap dat ze deze mate van introspectie kan toepassen tijdens een vervelende en kwetsbare ervaring.

We worden tegenwoordig zo vaak geconfronteerd met activisme in het nieuws dat ik me afgelopen tijd vaker heb afgevraagd of ik wel activistisch genoeg bezig ben.

Waar in de jaren '80 bijna een half miljoen mensen streden tegen de neutronenbom lijkt activisme vandaag weer meer levend dan ooit. Een Rode Lijn-demonstratie waar 250.000 dappere Nederlanders protesteerden tegen het geweld in Gaza, een mars voor het behoud van een regionaal ziekenhuis of een mars tegen femicide, maar ook de Dolle Mina's die nieuw leven is geblazen en die (net als in de jaren '70) opkomen voor maatschappelijke gelijkwaardigheid voor vrouwen, mannen en het hele genderspectrum. Het is kennelijk weer nodig, maar wat is mijn rol hierin?

Ik heb nog nooit meegelopen in een mars of me aangemeld bij een (politieke) organisatie die opkomt voor idealen die ik belangrijk vind. Waarom? Ik weet het niet zo goed. Misschien voelt het te spannend, te confronterend, te tijdrovend, te groot misschien? En tóch heb ik het gevoel dat ik iets moet bijdragen als ik dat kan. En toen kwam de bovenstaande brief en besepte ik dat activisme niet groots en meeslepend hoeft te zijn om toch iets toe te kunnen voegen aan het dagelijks leven.

In de spreekkamer zien we elke dag vrouwen die een steuntje in de rug kunnen gebruiken om op te kunnen komen voor wat voor hun belangrijk is. Activisme zit wellicht niet alleen in opkomen voor een ander, maar ook in anderen ertoe aanzetten op te komen voor zichzelf. Zo kunnen we vrouwen leren dat ze grenzen mogen aangeven bij lichamelijk onderzoek en kunnen we ervoor zorgen dat de schaamlip uitsterft en het een vulvalip wordt. Maar ook dat vrouwen mogen zeggen als we iets niet goed genoeg hebben uitgelegd of ons kritisch bevragen over ons advies. En vooral mogen ze aangeven dat iets teveel pijn doet en dat er een andere oplossing moet komen. Laten we ook de personen met beperkte gezondheidsvaardigheden niet vergeten. Dit zijn drie miljoen mensen in Nederland, één op de drie volwassenen die moeite heeft met het vinden, begrijpen en beoordelen van gezondheidsvaardigheden (www.pharos.nl). Ik denk dat we vaker moeten vragen of het lukt om de goede informatie te vinden en ze bevragen hoe ze dat dan doen. Maar ook moeten we helpen met het wijzen op betrouwbare informatie met filmpjes. Of misschien toch eens een ouderwets plasdagboek uitprinten in plaats van die standaard digitaal toe te sturen.

Hoe we het allemaal moeten inbouwen in onze dagelijkse praktijk? Ik weet het niet. Maar wat ik wel weet is dat we vrouwen in alle fasen van hun leven voorbij zien komen, vaak op hun kwetsbaarste momenten waarop het niet gemakkelijk is om voor jezelf op te komen. En juist dán is het aan ons gynaecologen en andere zorgverleners om deze vrouwen een steuntje in de rug te geven en te empoweren. Dan zijn we toch een beetje activistisch bezig in deze roerige wereld, al hebben we onze rode wandelschoenen nog in de kast staan.

Diagnostic challenges in postmenopausal bleeding

Promovendus **Albertine Vroom** | promotor **prof. dr. M.Y. Bongers** | copromotoren **dr. P.M.A.J. Geomini, dr. N van Hanegem, dr. H.M.J. Werner** | 04-02-2025, Maastricht University

Waar gaat je proefschrift over?

Mijn proefschrift richt zich op het diagnostische traject voor vrouwen met postmenopauzaal bloedverlies (PMB) met een verdikt (of niet goed afgrensbaar) endometrium. De endometriumaspiratie heeft een hoge accuratesse voor het opsporen van maligniteiten, maar deze test is niet accuraat in het opsporen van endometriumpoliepen, met een sensitiviteit van 39%. Het opsporen van endometriumpoliepen is essentieel gezien de kans op een maligniteit in de poliep, welke gemist wordt met de endometriumaspiratie.

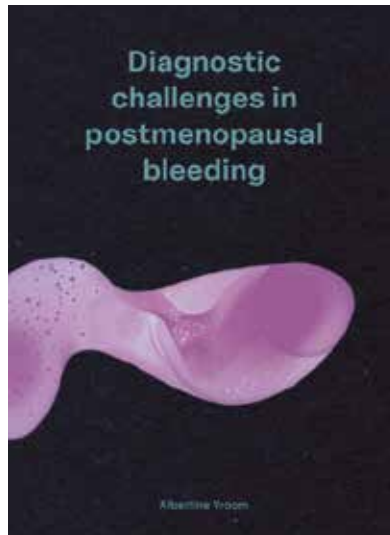
In mijn promotie is de diagnostische accuratesse van de SIS (waterecho) onderzocht om poliepen op te sporen bij vrouwen met postmenopauzaal bloedverlies. Verder is middels een RCT onderzocht of de SIS vooraf aan de endometriumaspiratie uitgevoerd kan worden in het eerste bezoek, aangezien het eerder onduidelijk bleef of de SIS de kwaliteit van de endometriumaspiratie zou beïnvloeden als je beide onderzoeken direct achter elkaar afneemt.

Het is bekend dat beide onderzoeken pijnlijk ervaren kunnen worden. Verwachtingsmanagement speelt een rol in de ervaring van vrouwen en wordt daarom als laatste de huidige counseling strategie onder gynaecologen geëxploreerd middels kwalitatief onderzoek.

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

We hebben aangetoond dat de sensitiviteit van de SIS vergelijkbaar is met hysteroscopische detectie van endometriumpoliepen. We concluderen dat de SIS, mits van voldoende kwaliteit, kan worden beschouwd als een betrouwbare methode om vrouwen met PMB te stratificeren voor een verder diagnostisch traject.

Het gerandomiseerde onderzoek in dit proefschrift laat verder zien dat de kwaliteit van de endometriumaspiratie



niet wordt beïnvloed door de SIS en vice versa. Beide onderzoeken kunnen tijdens het eerste poliklinische bezoek uitgevoerd worden.

Als laatste laat onze kwalitatieve studie naar de counselingstrategieën bij vrouwen met PMB zien dat gynaecologen de indruk hebben dat patiënten niet voldoende geïnformeerd zijn vóór hun eerste poliklinische bezoek. Het optimaliseren van de informatievoorziening kan de tevredenheid vergroten.

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

Het is van groot belang voor vrouwen met PMB dat het diagnostisch traject optimaal verloopt om eventueel aanwezige pathologie aan te tonen en ook vrouwen te kunnen geruststellen als dit niet aangetoond wordt. De resultaten van dit proefschrift tonen aan dat een minimaal invasieve work-up middels een SIS en een endometriumaspiratie tijdens het eerste bezoek adequaat zijn in het stratificeren van vrouwen voor verder vervolgonderzoek of een afwachtend beleid met instructies zich opnieuw te melden met recidief bloedverlies. Een tweede bezoek voor een SIS is dus niet noodzakelijk. Verder toont dit onderzoek het belang voor adequate informatievoorziening en counseling wat de zorg voor vrouwen met PMB verder zal verbeteren.

Wat is je voorstel voor vervolgonderzoek?

We stellen onder andere een langlopend multicenter, prospectieve cohortstudie voor onder vrouwen met PMB waarbij de huidige voorgestelde work-up met SIS en endometriumaspiratie tijdens het eerste bezoek wordt uitgevoerd. We adviseren om centra met een one-stop polikliniek te includeren. Binnen dit multicenter cohort zouden we observationele studies kunnen uitvoeren om de diagnostische strategieën te evalueren.

Daarnaast stellen we kwalitatief onderzoek voor onder vrouwen met PMB waarbij de ervaringen van eventueel aangepaste informatievoorziening en counseling wordt onderzocht.

Welke vraag van de opponent gaf een interessante discussie?

Tijdens de oppositie vroeg prof. dr. T. van den Bosch (KU Leuven/UZ Leuven) naar de mogelijkheden die de conventionele transvaginale echo kan bieden in het diagnostisch traject. Mogelijkheden om, buiten enkel de endometriumdikte, te kijken naar echografische karakteristieken zoals beschreven door de IETA (International Endometrial Tumor Analysis group). We bespraken dat er meerwaarde zou zijn als deze echografische karakteristieken breed geïmplementeerd zouden worden, maar we bespraken ook de obstakels die hierbij komen kijken zoals de reproduceerbaarheid van bepaalde karakteristieken in verband met tegenvallende interrater reliability en niet-typische echokenmerken.

U kunt dit proefschrift digitaal inzien via deze link: www.publicatie-online.nl/uploaded/flipbook/178868-Albertine-Vroom/
Wachtwoord: 178868

Prolaps: onderzoek van celniveau tot carbon footprint



dr. Malou
Lugthart,
dr. Noor
Simons

Een uterovaginale prolaps is een veelvoorkomend probleem. De prevalentie bij multiparae vrouwen wordt geschat op tot 50%. Belangrijke risicofactoren zijn onder andere een hogere leeftijd, een verhoogde body mass index (BMI), een hoog geboortegewicht van de baby, vaginale bevalling en obstetrische schade zoals sfincterrupturen of levatorletsel. Sectio caesarea en roken worden in sommige studies als beschermende factoren genoemd.

De behandeling varieert van conservatieve therapieën zoals het gebruik van een pessarium tot chirurgische ingrepen. Helaas is er een aanzienlijke kans op recidief na de behandeling, met een geschatte kans van 25-30% op anatomisch recidief en 10-15% op symptomatisch recidief. De meeste recidieven doen zich voor binnen de eerste drie tot vijf jaar na de ingreep. Daarom is langdurige follow-up essentieel om niet alleen de kortetermijnresultaten, maar ook de langetermijn anatomische en functionele uitkomsten te kunnen evalueren en tijdig bij te sturen.

PIECE-studie: Postpartum Incontinence Catheter and Epidural

Renée Börger, arts-onderzoeker Zuyderland Medisch Centrum en anios Jeroen Bosch Ziekenhuis; dr. Kim van Delft, gynaecoloog Jeroen Bosch Ziekenhuis

Tussen de 25% en 57% van de vrouwen krijgt op enig moment in haar leven te maken met stress urine-incontinentie (SUI). Een vaginale bevalling wordt beschouwd als een van de belangrijkste risicofactoren voor het ontwikkelen van SUI. Deze aandoening wordt gedefinieerd als ongewild urineverlies tijdens momenten van verhoogde druk, en heeft aanzienlijke invloed op de kwaliteit van leven. Ongeveer 30% van de vrouwen ervaart SUI binnen drie maanden na de bevalling. Deze vrouwen lopen een verhoogd risico op persisterende klachten

vijf jaar later. Het doel van de PIECE-studie is om de invloed van een verblijfskatheter tijdens de uitdrijving van een bevalling met epidurale pijnstilling op het ontstaan van postpartum SUI te onderzoeken. Dit betreft een prospectieve cohortstudie uitgevoerd in twee ziekenhuizen: het Jeroen Bosch Ziekenhuis, waar de verblijfskatheter tijdens de uitdrijving blijft zitten, en het Zuyderland Medisch Centrum, waar de verblijfskatheter wordt verwijderd voordat het actief persen begint. Beide ziekenhuizen volgen hun standaard zorgprotocol.

De studie richt zich op nulliparae met een amenorroedeuur van 37-42 weken die epiduraal analgesie krijgen en vaginaal bevallen (spontaan of met vacuüm). Deelnemers worden geïncludeerd en krijgen op drie momenten een vragenlijst: retrospectief over het derde trimester, drie maanden postpartum en twaalf maanden postpartum. De gebruikte vragenlijsten zijn de ICIQ-UI-SF, PFDI-20 en PISQ-IR. Het doel is om 250 vrouwen per ziekenhuis in de studie op te nemen. De studie is gestart op 1 november 2024. Tot nu toe zijn 100 vrouwen geïncludeerd.

ZPP: Zelfmanagement Pessarium Project

Renée Börger, arts-onderzoeker Zuyderland Medisch Centrum, en anios Jeroen Bosch Ziekenhuis; dr. Mirjam Weemhoff, gynaecoloog Zuyderland Medisch Centrum

Bij traditionele pessariumzorg komt een groot deel van de vrouwen tenminste twee tot drie keer per jaar bij de huisarts of de gynaecoloog voor pessariumcontrole en wissel. Het is mogelijk om vrouwen aan te leren om zelf het pessarium te verwijderen, te reinigen en terug te plaatsen. Bij zelfmanagementtherapie is alleen controle nodig op indicatie. Deze methode zou de druk op de zorg in de eerste en tweede lijn kunnen verminderen. Daarnaast zou het kunnen zorgen voor vermindering van de bijwerkingen, continuering

van de pessariumtherapie en minder vaak een overstap naar chirurgie. Het doel van deze prospectieve cohortstudie is om te bepalen hoe vaak het aanleren van pessariumzelfmanagement lukt. Daarnaast zal een vergelijking worden gemaakt tussen de patiëntengroep waarbij het aanleren van zelfmanagement wel lukt, de groep waarbij dit niet lukt en de groep die geen zelfmanagement wil leren. We onderzoeken het optreden van bijwerkingen, het continueren van therapie, de overstap naar chirurgie, het aantal consulten en eventuele factoren die voorspellen of het aanleren van zelfmanagement lukt of niet. Alle nieuwe patiënten met een prolaps, die in de tweede lijn starten met pessariumtherapie en nooit eerder een pessarium hebben gehad, kunnen worden geïncludeerd. Aan iedere nieuwe patiënt die start met pessariumtherapie, wordt zelfmanagement aangeboden. Vervolgens ontstaan er drie groepen: vrouwen waarbij zelfmanagement wel en niet slaagt en vrouwen die geen zelfmanagement willen aanleren. Vrouwen krijgen op drie momenten een vragenlijst: op het moment van de start van de therapie, zes weken en een twaalf maanden na de start van de therapie. Vragenlijsten bevatten vragen over: persoonlijke kenmerken, bijwerkingen, PFDI-20, PGI, SBSQ, ALCOS-12, HADS-score. De inclusies van deze studie zijn voltooid. Er wordt nu gewerkt aan analyse van de resultaten.

Duurzaamheidsonderzoek in het ELFI-project

Lisa Stoter, arts-onderzoeker RadboudUMC

Naast klinische uitkomsten en implementatie wordt ook onderzoek gedaan naar de milieu-impact van verschillende urogynaecologische operaties. Dit jaar is een multicenter onderzoek uitgevoerd naar de carbon footprint van een prolapsoperatie. Elke vaginale verzakkingsoperatie betekent een

emissie van 77 kilo CO₂, en dit is zonder de impact van het verblijf op de verpleegafdeling en de poliklinische consulten. De wegwerpmaterialen, zoals afdekdoeken en chirurgische jassen, en het personentransport hebben de grootste impact. Dit onderzoek krijgt de komende jaren een vervolg onder de naam ELFI, waarin de milieu-impact van verschillende (onder andere gynaecologische) zorgpaden en de mogelijke verbeteringen met een internationaal consortium in kaart worden gebracht. Deze onderzoeken leveren daarmee niet alleen wetenschappelijke inzichten, maar dragen ook actief bij aan passende en duurzame zorg voor vrouwen met bekkenbodempromblematiek.

SAM-studie - 5 jaar follow-up: Van klinische uitkomst naar implementatie van de Manchester procedure

Lisa Stoter, arts-onderzoeker RadboudUMC

De SAM-studie vergelijkt twee baarmoedersparende operaties voor de behandeling van een milde tot matige uterusprolaps: de Manchester procedure en de sacrospinale fixatie. In totaal namen ruim vierhonderd vrouwen deel aan de oorspronkelijke trial. De tweedejaarsresultaten, gepubliceerd in *JAMA* (2023), toonden aan dat de Manchester procedure bij circa 10% meer patiënten leidde tot een succesvolle uitkomst én kosten-effectiever was. In 2024 is gestart met de vijf jaar follow-up en inmiddels zijn bijna alle deelnemers gezien. De eerste langetermijnresultaten worden eind 2025 verwacht. Met steun van ZonMw is een implementatieproject gestart om de Manchester procedure breder toe te passen. Het doel is dat minimaal 75% van de geschikte patiënten deze behandeling als eerste keus krijgt aangeboden. De belangstelling was groot: circa veertig ziekenhuizen leverden dit jaar data aan voor een nationale benchmarkmeting van de huidig uitgevoerde prolapsoperaties. Daarnaast zijn er interviews uitgevoerd om barrières en bevorderende factoren voor implementatie te identificeren. Op basis hiervan wordt komend najaar een gerichte implementatiestrategie uitgerold, waarna een landelijke evaluatie zal volgen.

LAVA-trial - 5 jaar follow-up

Willemijn Tunnissen, arts-onderzoeker MMC Veldhoven; dr. Hugo van Eijndhoven gynaecoloog Isala

De LAVA-trial is een multicenter gerandomiseerd non-inferioriteit onderzoek. In totaal werden 126 patiënten met descensus uteri stadium 2 of hoger geïncludeerd en ondergingen een laparoscopische sacrohysteropexie (LSH; n= 64) of een vaginale sacrospinale fixatie (SSF; n= 62). LSH was non-inferieur aan SSF wat betreft chirurgisch falen (recidief apicale prolaps stadium ≥ 2 met verzakingsgevoel of herbehandeling) na twaalf maanden follow-up. De behandeling slaagde niet bij 1,65% (n= 1) van de patiënten in de LSH-groep, versus 3,3% in de SSF-groep (n= 2). Er was geen verschil in anatomisch recidief en kwaliteit van leven. Meer hinderlijke overactieve blaasklachten en fecale incontinentie werden gerapporteerd na LSH. Dyspareunie werd vaker gerapporteerd na SSF. Op basis van de analyse na één jaar follow-up concluderen we dat de LSH non-inferieur is aan SSF wat betreft chirurgisch falen van het apicale compartiment. Momenteel wordt de data van de vijf jaar follow-up geanalyseerd.

SALTO-2-studie - 5 jaar follow-up

Willemijn Tunnissen, arts-onderzoeker MMC Veldhoven; dr. Anique van Oudheusden, fellow urogynaecologie Martini Ziekenhuis; dr. Marlies Bongers, gynaecoloog MMC Veldhoven

De SALTO-2-studie is een multicenter RCT met daarnaast een prospectief cohort, die laparoscopische sacrocolpexie (LSC) vergelijkt met vaginale sacrospinale fixatie (SSF) als behandeling van vaginatop prolaps \geq stadium 2. In totaal werden 179 vrouwen geïncludeerd in de studie van wie 64 werden gerandomiseerd en 115 deelnamen aan het prospectieve cohort. Na twaalf maanden follow-up verschilde de ziektespecifieke kwaliteit van leven niet tussen de LSC en SSF in de RCT en in het cohort. Ook het aantal re-interventies verschilde niet tussen beide groepen, hoewel er een klinisch relevant verschil leek te zijn tussen chirurgische

re-interventies voor het apicale compartiment, in het voordeel van de LSC. Op basis van deze resultaten concludeerden we dat de LSC en de VSF beide effectieve behandelingen zijn voor vaginatop prolaps, na een follow-up duur van twaalf maanden. Momenteel wordt gewerkt aan het verzamelen en analyseren van de data van de vijf jaar follow-up. Primaire uitkomstmaat is ziektespecifieke kwaliteit van leven. De belangrijkste secundaire uitkomstmaten zijn prolapsklachten en re-interventies.

Pre-klinisch onderzoek in AmsterdamUMC

Kiet Kuijper, arts-onderzoeker Amsterdam UMC

Naast klinisch onderzoek (eerder in deze rubriek beschreven, *NTOG 2023#3*) wordt in het Amsterdam UMC veel preklinisch en translationeel urogynaecologisch onderzoek gedaan. Een van deze onderzoeklijnen richt zich op een preventieve strategie voor vaginale verzakkingen. De hypothese is dat een gestoorde genezing en onvolledig herstel van de bekkenbodem na de bevalling uiteindelijk bijdraagt aan de ontwikkeling van bekkenbodempromblemen op latere leeftijd. De onderzoeksgroep heeft eerder ervaring opgedaan met het gebruik van injecteerbare hydrogels voor de behandeling van prolapsklachten, waarbij veelbelovende resultaten zijn behaald.

Ook in dit project wordt een injecteerbare gel onderzocht die weefselherstel bevordert, waarbij de gel verder gemodificeerd wordt (met onder andere groeifactoren) om weefselregeneratie en wondgenezing na een vaginale partus te optimaliseren. Er worden momenteel celstudies uitgevoerd om de regeneratieve capaciteit van de gel en de interactie met cellen te evalueren. Geavanceerde technieken worden gebruikt om de immuunrespons op de gels te onderzoeken, zonder dat daarbij gebruik gemaakt hoeft te worden van diermodellen. Uiteindelijk zal een diermodel gebruikt worden om de gel in beschadigde gebied te injecteren en het generatief vermogen van de gel in de bekkenbodem verder onderzocht kan worden.



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

Supplement bij mannelijke subfertiliteit: zin of onzin?

Er zijn tal van voedingssupplementen op de markt die beweren de vruchtbaarheid van de man te verbeteren. Uit een Cochrane review uit 2022 blijkt echter dat de studies hiernaar vaak van lage kwaliteit zijn. Om die reden, en gezien de vele vragen van patiënten over voedingssupplementen, is de SUMMER-studie verricht.¹

De SUMMER-studie was een multicenter, dubbelblinde, placebo-gecontroleerde, gerandomiseerde studie in 21 Nederlandse centra, van mei 2018 tot februari 2024. Het doel was om te onderzoeken of het voedingssupplement Impryl, gegeven aan mannen, de kans op zwangerschap bij hun partner vergroot. Mannen van subfertiële koppels werden geïncludeerd. Koppels met een evidente en exclusieve vrouwelijke factor, bijvoorbeeld een ovulatiestoornis of bilaterale tubapathologie, werden geëxcludeerd. De studiebehandeling, Impryl of een identiek placebo werd zes maanden gebruikt als aanvulling op het reguliere fertilitestrageet (expectatief beleid, intra-uteriene inseminatie, IVF of ICSI). De primaire uitkomst was een doorgaande zwangerschap verwekt binnen zes maanden na start van de behandeling.

In totaal werden 1.217 mannen gerandomiseerd, van 1.126 kon de primaire uitkomst worden geanalyseerd. De kans op een doorgaande zwangerschap binnen zes maanden was vergelijkbaar tussen beide groepen: Impryl 193/571 (33,8%) versus placebo 208/555 (37,5%), met een odds ratio (OR) van 0,84 (95% betrouwbaarheidsinterval (BI) 0,66-1,08).

In de periode vier tot zes maanden na de start, waarin het effect van behandeling op de spermatogenese (ongeveer 72 dagen) het best zichtbaar zou moeten zijn, was de kans op zwangerschap zelfs significant lager in de Impryl-groep: 69/446 (15,5%) versus 95/442 (21,5%) bij placebo (OR 0,68; 95% BI 0,48-0,96). Er waren geen verschillen in miskraamcijfers, cumulatief aantal zwangerschappen of tijd tot zwangerschap. Ook zagen we geen

verbetering van de zaadkwaliteit of de sperma DNA-fragmentatie of van de embryokwaliteit bij IVF/ICSI-patiënten. Slechts 3% van de patiënten die Impryl gebruikte meldde milde bijwerkingen zoals maag-/darmklachten of moeheid, dit tegenover 2% in de placebogroep. De therapietrouw was laag (56% in de Impryl-groep en 60% in de placebogroep).

Op basis van deze resultaten raden wij het gebruik van Impryl bij mannen in subfertiële koppels af, omdat het de zwangerschapskans niet vergroot.

W. de Ligny

Referentie

1. W. de Ligny Antioxidant Treatment and the Chance to Conceive in Men Seeking Fertility Care: The SUMMER Randomized Clinical Trial. *JAMA Open*: September 25, 2025;8;(9):e2532405

MYPP-trial: suppletie met myo-inositol voorkomt geen zwangerschapscomplicaties bij PCOS

Vrouwen met polycysteus ovariumsyndroom (PCOS) hebben een verhoogde kans op zwangerschapscomplicaties zoals zwangerschapsdiabetes (GDM), pre-eclampsie en vroeggeboorte. Myo-inositol, een lichaamseigen stof die betrokken is bij de insulinesignalering, zou de insulinegevoeligheid kunnen verbeteren en daarmee mogelijk het risico op GDM en andere complicaties verminderen. Kleinere studies leken dat te ondersteunen, maar overtuigend bewijs ontbrak. De MYPP-trial onderzocht of het dagelijks geven van supplementen met myo-inositol tijdens de zwangerschap deze risico's zou kunnen verlagen.²

In totaal werden 464 vrouwen geïncludeerd in dertien Nederlandse ziekenhuizen, tussen acht en zestien weken zwangerschap. De helft kreeg gedurende de rest van de zwangerschap dagelijks 4 gram myo-inositol met 0,4 milligram foliumzuur, de andere helft een identieke placebo met alleen foliumzuur. Het primaire eindpunt was een samengestelde uitkomst van zwangerschapsdiabetes, pre-eclampsie of vroeggeboorte vóór 37 weken. Het samengestelde eindpunt kwam

voor bij 25% (56/224) van de vrouwen die myo-inositol gebruikten, tegenover 26,8% (61/228) in de placebogroep (relatief risico 0,93; 95% BI 0,68-1,28; $p=0,67$). Kortom: er was géén statistisch significant verschil tussen beide groepen. Ook afzonderlijk traden zwangerschapsdiabetes, pre-eclampsie en vroeggeboorte even vaak op in beide groepen, net als andere secundaire eindpunten. Myo-inositol werd goed verdragen en de therapietrouw was vergelijkbaar met andere studies naar supplementen in de zwangerschap.

De onderzoekers concluderen dat myo-inositol niet effectief is in het voorkomen van deze complicaties bij zwangeren met PCOS. Hoewel myo-inositol eerder in kleinere studies veelbelovend leek, laat deze grootschalige Nederlandse dubbelblinde, placebo-gecontroleerde multicenter trial zien dat er geen reden is om myo-inositol routinematig te adviseren tijdens de zwangerschap bij PCOS. Voor de gynaecoloog betekent dit dat de aandacht moet blijven liggen bij bewezen effectieve maatregelen: preconceptionzorg, gewichtsoptimalisatie, gezonde leefstijl en bloeddrukmonitoring en glucosecontroles zoals in de richtlijnen beschreven tijdens de zwangerschap. Mocht een patiënte met PCOS vragen naar myo-inositol, dan kan worden aangegeven dat er op dit moment geen overtuigend bewijs is dat het complicaties in de zwangerschap voorkomt.

A.W.T. van der Wel, B. van Rijn

Referentie

2. van der Wel AWT, Frank CMC, Bout-Rebel R, et al. Myo-inositol Supplementation to Prevent Pregnancy Complications in Polycystic Ovary Syndrome: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2025 Oct 7;334(13):1151-1159.

Zwangerschapscomplicaties geassocieerd met herseninfarct op jonge leeftijd (<50 jaar)

Het hebben van een zwangerschapscomplicatie is geassocieerd met het ontwikkelen van een herseninfarct op latere leeftijd. Een mogelijke verklaring is dat zwangerschapscomplicaties endotheel en microvasculaire dysfunc-

tie veroorzaken of blootleggen. Deze disfunctie kan mogelijk leiden tot atherosclerose, een veel voorkomende oorzaak van een herseninfarct. Een zwangerschapscomplicatie kan een eerste teken zijn van kwetsbaarheid voor cardiovasculaire ziekten. Huidige richtlijnen adviseren dan ook screening en behandeling van cardiovasculaire risicofactoren vanaf het 50^e levensjaar bij vrouwen die pre-eclampsie doormaakten. Het is echter de vraag of screening vanaf een leeftijd van 50 jaar vroeg genoeg is. Uit recent onderzoek blijkt namelijk dat de incidentie van het herseninfarct op jonge leeftijd (<50 jaar) wereldwijd stijgt en dat het risico hoger is voor vrouwen dan voor mannen. Mogelijk wordt dit man-vrouwverschil verklaard door vrouw-specifieke risicofactoren zoals (hypertensieve) zwangerschapscomplicaties. Wij hebben de associatie tussen zwangerschapscomplicaties en het herseninfarct op jonge leeftijd onderzocht in de Nederlandse ODYSSEY-studie.³ In dit cohort worden jonge patiënten uit

heel Nederland geïnccludeerd en risicofactoren en prognose na een herseninfarct op jonge leeftijd onderzocht. We vergeleken het optreden van zwangerschapscomplicaties bij 362 vrouwen met een herseninfarct op jonge leeftijd, met 714 vrouwen uit de PRIDE-studie die geen herseninfarct doormaakten. De PRIDE-studie is een nationale cohortstudie die kijkt naar de factoren die een mogelijke invloed hebben op de gezondheid van de moeder en kind tijdens en na de zwangerschap. De vrouwen werden gematcht op basis van leeftijd en het aantal zwangerschappen. Wij vonden dat vrouwen met een herseninfarct op jonge leeftijd in 50,8% van de gevallen een zwangerschapscomplicatie hadden doorgemaakt, zoals een hypertensieve aandoening, zwangerschapsdiabetes, vroeggeboorte, te laag geboortegewicht of doodgeboorte. Voor vrouwen zonder herseninfarct kwamen deze complicaties voor bij 30,7% (OR= 2,3 [CI= 1,8-3,0]). Daarnaast vonden wij dat vrouwen met een zwangerschapscom-

plicatie in de medische voorgeschiedenis vaker een herseninfarct kregen dat veroorzaakt was door atherosclerose, in vergelijking met vrouwen zonder duidelijke oorzaak van het herseninfarct (OR= 3,1 [CI= 1,6-5,9]). Onze studie suggereert dat het brede spectrum aan zwangerschapscomplicaties kan wijzen op aanwezige atherosclerose bij de moeder op jonge leeftijd (<50 jaar). Onze studie benadrukt dat vrouwen met zwangerschapscomplicaties geïnformeerd moeten worden over het belang van een gezonde leefstijl. Daarnaast is het screenen en behandelen van cardiovasculaire risicofactoren na het 50^e levensjaar mogelijk te laat en er wordt er een mogelijkheid tot preventie gemist.

E. Verburgt

Referentie

3. E. Verburgt et al. History of Pregnancy Complications and the Risk of Ischemic Stroke in Young Women. *Neurology* .2025 Aug 6;105(5):e214009

In de rubriek 'Buiten kantooruren' worden collega's met een interessante of inspirerende hobby bevestigd. Hoe is deze hobby ontstaan? Wat is de leukste herinnering? En vooral, word je er een betere of meer vaardige gynaecoloog van? Deze rubriek verschijnt onder redactie van Milou Bensink, aios gynaecologie cluster NOO en Lot Jansen en Annemijn de Ruigh, beiden aios gynaecologie cluster Amsterdam. Ben of ken jij een collega met een leuke, boeiende of buitengewone hobby buiten kantooruren? Stuur dan een bericht aan ntog@gaw.nl.

Musicals

dr. Joep Kortekaas gynaecoloog, Elkerliek Ziekenhuis, Helmond

Wat is je hobby en hoe is deze ontstaan?

Ik speel mee in amateurmusicals. Vroeger gingen wij met het gezin regelmatig naar kindervoorstellingen en kindermusicals. Het was magisch om in een zaal te zitten en naar een voorstelling of musical te kijken en op te gaan in de meest wonderlijke verhalen. Op mijn middelbare school werd elke vijf jaar een schoolmusical opgevoerd. In mijn eerste jaar was ik ontzettend onder de indruk dat leerlingen bij mij op school zo'n show konden uitvoeren. In mijn zesde jaar deed ik zelf auditie (doodeng), waarna ik mocht meespelen. De groep, het repeteren, de spanning voor de show, de uitvoeringen: ik vond het fantastisch! Tijdens mijn opleiding geneeskunde volgden een heel aantal jaren waarbij ik steeds vaker musicals bezocht en, vooral onder de douche, veel zelf ging zingen. Toen ik in 2014 mijn opleiding tot gynaecoloog startte in het CZE Eindhoven, deed ik voor het eerst auditie bij een amateurmusicalgroep. Ik mocht bij het CKE (Eindhoven) in *Annie* meespelen in de rol van de slechterik Haantje en in het ensemble! De wekelijkse repetities en zo nu en dan een repetitieweekend vlogen voorbij, een hechte vriendengroep ontstond en voor ik het wist, speelde ik in *Aida* de rol van Radames. Door drukte tijdens de opleiding kwamen de musicals daarna op een lager pitje te staan, maar in mijn laatste opleidingsjaar kwam ik bij het Brabants Muziektheater (Schijndel) terecht. Een amateurmusicalgroep met een hoog niveau en begeleid door professionals uit het vak: echt een stap hoger. Daar heb ik twee producties mogen doen (*The Visit* en *Big Fish*), waarbij ik in de laatste zelfs een hoofdrol mocht spelen. Afgelopen jaar



Joep Kortekaas als Will, met zijn toneelvader in 'Big Fish'

speelde ik bij StiMuLie (Helmond) in *Rent* de rol van Mark en komend jaar speel ik bij Scholtze producties (Tilburg) in *Into the Woods* de rol van Bakker. Omdat dit allemaal nogal wat van je stem en zangtechniek vraagt, volg ik sinds een paar jaar ook professionele zangles. Heerlijk om te merken dat je zoveel meer met je stem kunt als je het goed gebruikt. Jullie kunnen mij hebben gezien in de afgelopen twee NVOG-cabaretuitvoeringen. Uiteraard bezoek ik nog steeds regelmatig (amateur)musicals in Nederland of op West-End, Londen.

Wat is je leukste herinnering aan deze hobby?

Er zijn zoveel mooie herinneringen: de verschillende mensen die je leert kennen (in mijn geval zelfs mijn vriend) met allerlei verschillende achtergronden, de drive van iedereen om het stuk goed over te brengen, de emoties die je mag dan wel moet opzoeken om een verhaal oprecht over te brengen, als na 100x oefenen iets eindelijk lukt, kippenvel als je met een live orkest mag zingen, hoeveel werk er backstage wordt verzet, hoe hoogtechnologisch een voorstelling kan zijn, het geroezemoes in de zaal

horen net voor aanvang, de kriebel bij de eerste noten voor de start van een voorstelling, de euforie aan het einde van een voorstelling en de reacties van publiek na een voorstelling. Kortom: de magie van het theater.

Welke invloed heeft je hobby op je werk en wat is je tip?

Ik zie een mooie parallel tussen musicals en ons werk: naast solistisch werk heb je bij beide echt de kracht van het hele team (zowel voor als achter de schermen) nodig hebt om een casus (verhaal) tot een goed eind te brengen (een goede show geven) ondanks dat de onderwerpen soms erg rakend/verdrietig kunnen zijn. Het spelen in musicals en alles wat erbij komt kijken, geeft mij echt de mogelijkheid om de dagelijkse (werk)zaken volledig los te laten en mijzelf helemaal te geven in de rol die ik op dat moment speel. Mijn tip is dus om te zoeken naar een bezigheid, naast je werk, die dit voor jou geeft. En ga naar het (amateur) theater; je zult verbaasd zijn hoeveel mooie (lokale) projecten er zijn, met een mooie boodschap of rakend verhaal, door mensen die dit vol passie uitvoeren.

Referenties van pagina 309

1. www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/er-zijn-grenzen-aan-verloskundige-zorg
2. www.zorgvisie.nl/experts-precaire-samenwerking-geboortezorg-niet-verstoring-ook-niet-met-budgetbekostiging/?utm_medium=email&utm_source=20251021%20zorgvisie%20nieuws-brief-dagelijks&utm_campaign=NB_Zorgvisie&tid=TIDP4413340X823AA702D98E4B49AA711849A8300FC4Y14
3. Anne Hermans, Julia Spaan, Marieke Hermus, Jantien Visser; Annature Research Collaboration; Arie Franx, Jacoba van der Kooy. Implementation of integrated maternity care in the southwestern region of the Netherlands: evaluation of its effect on preterm birth, low birthweight infants and number of secondary care consultations. *BMJ Open*, . 2024 Jan 4;14(1):e069556.
4. www.trouw.nl/wetenschap/het-amerikaanse-pubmed-is-de-online-bibliotheek-voor-artsen-wereld-wijd-wat-als-de-vs-die-censureren-b4fd-787b/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.nl%2F
5. www.tmg.nl
6. <https://demedischspecialist.nl/toolbox2035>

Referenties van pagina 318

1. www.dejongespecialist.nl/gezond-en-veilig-werken/nationale-anios-enquete-gezond-en-veilig-werken/
2. nvog-logo.nl/logo-vago-forum/
3. demedischspecialist.nl/themas/thema/veilig-opleidingsklimaat
4. www.dejongespecialist.nl/veiligmeldpunt/
5. www.nvog.nl/over-de-nvog/vereniging/nvog-beleid-ongewenst-gedrag/

Antwoorden Gynfeud 40

G₂

Antwoord op vraag 1: c

Howard Atwood Kelly (1858-1943) behoorde tot de zogenaamde 'Big Four', die de John Hopkins University hebben opgericht. Hij werd zodoende al op 31-jarige leeftijd professor. Hij had een hekel aan de obstetrie en was blij toen er in 1899 een aparte leerstoel voor kwam en iemand anders die hoogleraarspost aanvaardde. In 1913 beschreef Kelly voor het eerst zijn urethrosivale matrashechting waarbij de pubo-cervicale fascia wordt geapproximeerd. Kelly in stiches zijn leuke damestasjes.

Antwoord op vraag 2: d

Een epicrise (of epicrasis) is een samenvatting en kritische beoordeling van een medisch dossier of artikel.

Antwoord op vraag 3: b

De term 'epididymis' komt van het Oudgriekse ἐπιδιδύμις (epididymis), wat letterlijk 'op de testikel' betekent. Het is een samenstelling van ἐπί (epi), dat 'op' of 'over' betekent, en διδύμος (didymos), dat 'tweeling' of 'testikel' betekent.

