

Leidraad

Gynaecologische echoscopie

Datum:	30 december 2025
Methodiek:	Consensus based
Betrokken disciplines:	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG) Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland (BEN) Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) Stichting Bekkenbodem4All Huisartsen Landelijke Echo-Opleidingen (LEO)
Verantwoording:	NVOG en BEN

Inhoudsopgave

<u>INLEIDING</u>	3
VOOR WIE IS DEZE LEIDRAAD BEDOELD?	3
<u>ORGANISATIE VAN ZORG</u>	3
EISEN TE STELLEN AAN DE ECHOSCOPIST	4
EISEN TE STELLEN AAN DE APPARATUUR	4
<u>UITVOERING VAN HET ONDERZOEK</u>	4
<u>BEOORDELING NORMALE GYNAECOLOGISCHE ANATOMIE</u>	6
ALGEMENE TERMINOLOGIE	6
ALGEMENE INSTELLINGEN	6
ANATOMISCHE STRUCTUREN	7
DE UTERUS	7
ADNEXA	10
CAVUM DOUGLASI	11
INTRA-UTERINE DEVICES (IUD)	12
LOCATIE JONGE ZWANGERSCHAP (T/M 9 WEKEN)	12
ABDOMINALE ECHOSCOPIE	13
<u>ALGEMEEN BELEID BIJ AFWIJKENDE BEVINDINGEN</u>	13
BEOORDELING ABNORMALE GYNAECOLOGISCHE ANATOMIE	14
<u>VERSLAGLEGGING EN RAPPORTAGE</u>	14
<u>TOTSTANDKOMING</u>	16
<u>REFERENTIES</u>	17

Inleiding

In de afgelopen jaren is veel vooruitgang geboekt in de professionalisering van de echoscopie in de verloskunde en gynaecologie. Het kunnen uitvoeren van een gestandaardiseerde echo, onafhankelijk van het centrum waar je werkt, is enorm belangrijk voor optimale en gelijkwaardige zorg. In de gynaecologie zijn we pas sinds kort begonnen met het ontwikkelen van duidelijke richtlijnen voor echoscopie. De International Ovarian Tumour Analysis (IOTA)-criteria en de implementatie ervan in de dagelijkse praktijk hebben bijvoorbeeld hun waarde bewezen bij het verbeteren van klinische resultaten en wetenschappelijke nauwkeurigheid.

De afgelopen jaren zijn diverse richtlijnen of classificatie- en rapportagesystemen ontwikkeld, bijvoorbeeld voor de echoscopische beoordeling van acute gynaecologische pathologie (1), het myometrium (2), het endometrium (3), endometriose (4) en niches (5). De European Board en het College of Obstetrics and Gynecology (EBCOG) hebben een Europees curriculum ontwikkeld waar de gynaecologische echoscopie wel benoemd wordt. Maar het enige wat inhoudelijk benoemd wordt, is "Beoordeling van normale en abnormale verschijningen van het endometrium, myometrium en adnexa; toepassing van ultrasone criteria om onderscheid te maken tussen normale en abnormale bevindingen." Zij adviseren praktijkervaring onder begeleiding en een portfolio van minimaal 50 cases. Ze bieden geen andere inhoudelijke handvatten voor het maken van een gynaecologische echo (6).

Deze leidraad is gemaakt om de basale, gynaecologische echoscopie in Nederland uniform te laten verrichten, consensus te geven over de te gebruiken terminologie en inzicht te geven in normaal, zodat abnormaal herkend kan worden. De transvaginale echoscopie is een voorbehouden handeling waarbij in de praktijk gewerkt wordt door zelfstandige professionals of in een verlengde arm constructie onder super of verantwoordelijkheid van andere professionals. Deze leidraad geeft een overzicht van de te beoordelen structuren van de gynaecologische echoscopie. Deze leidraad heeft **niet** als doel om elke vaginale echo te omvatten. Er zijn indicaties denkbaar waarbij slechts een deel van de leidraad beschreven wordt, zoals een follikeltelling in de voortplantings-geneeskunde. De verrichter beschrijft welke structuren zijn beoordeeld (en wat daarvan de bevindingen waren) en welke structuren niet te beoordelen waren of niet beoordeeld zijn in het kader van de betreffende indicatie. Het is geadviseerd om aan te geven of de complete genitalia interna beoordeeld is (de inhoud van deze leidraad) of slechts deels op indicatie.

Voor wie is deze leidraad bedoeld?

Deze leidraad is bedoeld voor elke zorgverlener die de inwendige genitalia interna van de vrouw echoscopisch gaat beoordelen. Denk aan gynaecologen, echoscopisten en zorgprofessionals met aantekening en opleiding voor echoscopie, zoals huisartsen, verloskundigen, arts-assistenten, verpleegkundigen, radiologisch laboranten en physician assistants.

Organisatie van zorg

Gynaecologische echoscopie wordt geleerd binnen de echoscopie opleiding en binnen de opleiding tot gynaecoloog. Daarnaast zijn er vervolgopleidingen voor zorgverleners zoals huisartsen en verloskundigen die in de praktijk vaginale echoscopie toepassen. Er zijn twee

verenigingen die een inhoudelijke en kwaliteitsbewakende functie hebben binnen de gynaecologische echoscopie: de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG) en de Beroepsvereniging Echoscopisch Nederland (BEN). De NVOG houdt een kwaliteitscontrole aan binnen het curriculum van de gynaecoloog (Landelijk Opleidingsplan Gynaecologie en Obstetrie) met de verplichte cursus echoscopie. Elke gynaecoloog is verplicht zijn vaardigheden te onderhouden binnen het herregistratie plan. De BEN biedt een kwaliteitscontrole aan via een online eLearning en een registratie van geaccrediteerde echoscopisten.

Eisen te stellen aan de echoscopist

Een echoscopist moet voldoen aan minimale kwaliteitseisen. Voor de gynaecologische echoscopie betekent dat ten minste voldoende theoretische kennis. Als hier (nog) niet aan voldaan wordt, is het ook mogelijk verantwoord een echo te maken indien de echoscopist te allen tijde om supervisie kan vragen van iemand die hier wel aan voldoet. Daarnaast dient de echoscopist contact te hebben met tenminste een Regionaal Ziekenhuis waar verwijzingen naar mogelijk zijn, als het extramurale zorg betreft. De EBCOG adviseert optimale exposure en in lijn hiermee verdient het een sterke aanbeveling om tenminste 50 gynaecologische echo's per jaar te maken en te (laten) beoordelen. De echoscopist dient de gegevens betreffende de gynaecologische anatomie digitaal vast te leggen in de vorm van een echoverslag. Er is een sterke voorkeur om de beeldvorming zelf ook digitaal op te slaan. Tenminste het echoverslag, en bij voorkeur ook de digitale beeldvorming, dienen conform de wettelijke duur van opslag medische gegeven bewaard te worden.

Eisen te stellen aan de apparatuur

Het wordt aanbevolen echo-apparatuur te gebruiken die ten minste voldoet aan de standaard voor basale obstetrische (vaginale) echoscopie met ten minste:

- Vaginale en abdominale curved probe
- Abdominale probe minimaal 3-7 MHz
- Vaginale probe minimaal 7-9 MHz
- Aanwezigheid van Doppler en eventueel power doppler
- Zoom- en focusmogelijkheden
- Elektronische liniaal en mogelijkheid tot meten
- Opslagmogelijkheid van beelden

Uitvoering van het onderzoek

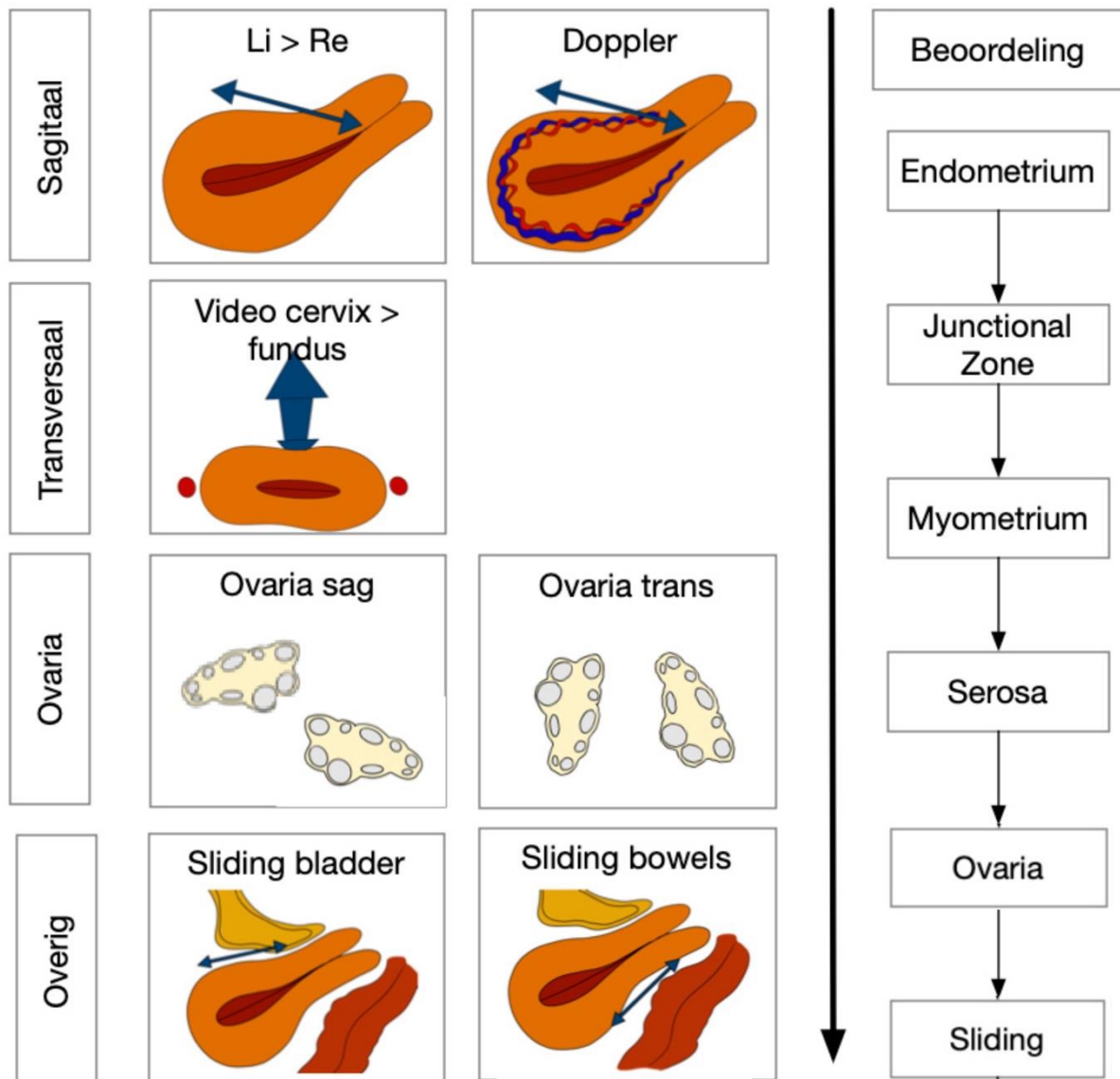
Uitleg over het echoscopisch onderzoek wordt vooraf door de echoscopist gegeven. In Nederland heeft bijna 25% van de vrouwen een negatieve seksuele ervaring (NSE (14,15)) of een andere reden voor een mogelijk bezwaar tegen een vaginale echo. Het uitvragen van een mogelijk bezwaar (NSE, virgo status of anderszins) voorafgaande aan een vaginale echo wordt zeer geadviseerd. Er kan overwogen worden om de vrouw aan te bieden de probe zelf in te brengen, zeker wanneer er sprake is van angst en/of pijn.

De beschermhoesjes voor de vaginale probe kunnen latex bevatten en het is dus in dat geval relevant om een latex allergie uit te vragen. Ook het uitvragen van de ervaring van een eerdere vaginale echo kan helpen om verwachtingen van patiënte beter in te schatten.

De uterus en adnexa worden bij voorkeur transvaginaal beoordeeld, als dit niet mogelijk/niet gewenst is dan is transrectale, perineale of transabdominale benadering een alternatief.

Bij afwijkingen die mogelijk boven het kleine bekken uit komen (grote cyste, myomen, zwangere uterus), dan is aanvullende abdominale echo geadviseerd. De beschrijving van de organen wijzigt hiermee niet. Wanneer er afwijkingen worden gevonden, of bij twijfel over

afwijkingen wordt de vrouw verwezen naar een centrum voor verdere diagnostiek. Na de uitvoering van de echo vindt altijd terugkoppeling middels een geschreven verslag plaats naar de verwijzend zorgverlener, indien van toepassing.



Figuur 1 – standaard beoordelings structuur

De verder in deze leidraad besproken structuren dienen bij voorkeur volgens een vaste structuur beoordeeld worden. Dit verkleint de kans op het missen van afwijkingen. Een voorbeeld om dit te doen is de “centraal-naar-buiten” methode. Door elk beeld te evalueren, beginnend bij het endometrium, vervolgens myometrium, serosa, blaas, cavum Douglas en darmen, en eindigend met de eierstokken, heeft u bewust alle relevante structuren geëvalueerd. Naast een vaste structuur is het van belang om altijd het gehele kleine bekken van links naar rechts en van craniaal naar caudaal te scannen. Het is een valkuil om doelgericht naar één structuur te kijken, bijvoorbeeld een IUD of een zwangerschap. Scan altijd het gehele kleine bekken. Uiteindelijk maakt de volgorde niet uit, maar het advies is een vaste structuur aan te houden waarbij alle elementen beoordeeld worden.

Beoordeling normale gynaecologische anatomie

Let goed op bij het inbrengen van de vaginale probe. Niet alleen naar uw patiënte, dat u bewust bent van mogelijke emoties en/of pijn, maar ook voor uw beeldscherm. Breng de probe in met live weergave ingeschakeld om de vaginale wanden, cysten van de urethra en andere afwijkingen te evalueren.

Algemene terminologie

Het wordt geadviseerd om de IOTA-terminologie te gebruiken om consistentie en communicatie te optimaliseren. Gebruik daarom de volgende termen consequent om uw echobeeld te beschrijven.

An-echogeen =	zwart
Licht echogeen =	(bijna) zwart
Echogeen =	grijs
Hyperechogeen =	(bijna) wit
Iso-echogeen =	gelijke grijswaarden
Low-level echogeen =	homogeen en bijna zwart
Matglas =	homogeen, verspreiding echogenene inhoud (zoals endometrium)
Hemorhagisch =	gevuld met draadachtige structuren
Gemengd echogeen =	duidt inhoud in een cyste aan bijvoorbeeld, pus of zoals bij dermoid
Papillaire structuren =	solide projecties met hoogte van ten minste 3 mm vanuit de cystewand
Solide =	duiding van aanwezigheid van vast weefselcomponent en ziet eruit als bijvoorbeeld myometrium of ovarieel stroma.
Ascites =	vrij vocht wat ten minste boven de fundus van de uterus uitkomt
Wisselend echogeen =	ongelijke grijswaarden

Gebruik voor het beschrijven van cyste-inhoud de termen:

An-echogeen =	zwart
Low-level echogeen =	(bijna zwart)
Matglas =	homogeen, verspreiding echogenene inhoud (zoals endometrium)
Mixed =	gemengd

Andere termen die veel gebruikt worden, maar niet de voorkeur hebben om in verslaglegging te gebruiken:

Inhomogeen =	wisselende grijswaarden binnen een structuur/orgaan
Echogeen =	hyper echogeen
Echoarm =	hypo echogeen / anechogeen
Echolucent =	hypo echogeen
(Echo)dens =	hyper echogeen
Hypodens =	donkerder dan de omgeving
Hyperdens =	witter dan de omgeving
Echorijk =	hyper echogeen
Transsoon =	anechogeen

Algemene instellingen

Voordat een echoscopist een echo kan maken moet er een basale kennis zijn over de eigenschappen van de echoscopie. Een goede basis hiervoor kun je ook vinden in het hoofdstuk “Basisprincipes van het ultrageluidsonderzoek” in het leerboek “Echoscopie in de Verloskunde en Gynaecologie” (6^e druk onder redactie van M. Haak, M. Bekker, M. Engels en J. Huirne, IBAN 9789036830348).

De volgende minimale basisinstellingen moeten bekend zijn:

- Gain: de mate waarin het terugontvangen geluid versterkt wordt.
- Focus: de plek in het beeld waar de echogolven samen komen en een scherp beeld vormen (te vergelijken met het brandpunt van een camera). Plaats de focus op de plek van interesse.

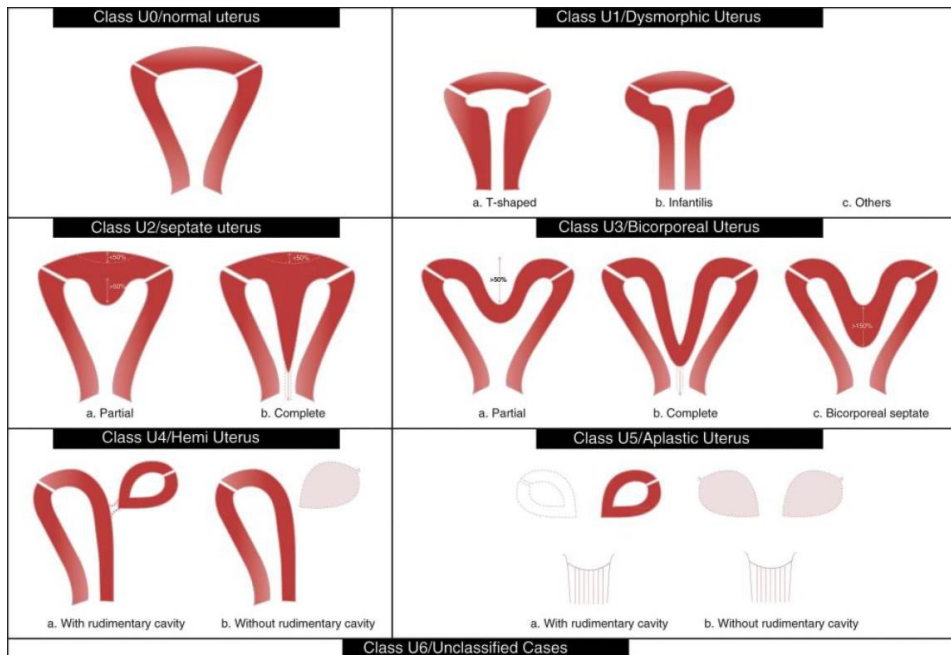
- Depth/diepte: het dichterbij brengen van de onderzochte structuur naar de probe zonder resolutie te verliezen. Optimale instelling voor diepte is het aanpassen op het gebied van interesse met voldoende ruimte eronder om bijvoorbeeld slagschaduw te kunnen waarnemen.
- Zoom: een manier om het beeld te vergroten door digitaal in te zoomen. Pas altijd eerst je depth aan om zo min mogelijk resolutie te verliezen.
- Doppler: hiermee kan de stroomsnelheid en -richting van vocht, meestal bloed, zichtbaar worden gemaakt. Gebruik de doppler om de anatomie te herkennen (differentiëren tussen bloedvat en cyste, lokaliseren van de ovaria tpv de arteria iliaca interna, etc.) en om normaal van abnormaal te onderscheiden. Het advies is altijd doppler te gebruiken om normaal te kunnen herkennen.
Het advies is om de puls repetition frequency (PRF) op 0.3 (= schaal van -3 tot +3 cm/sec) te zetten. Je kunt hier meer over lezen in deze How to use power Doppler paper van Frijlingh et al. (7).

Anatomische structuren

De volgende anatomische structuren dienen beoordeeld te worden op de volgende items:

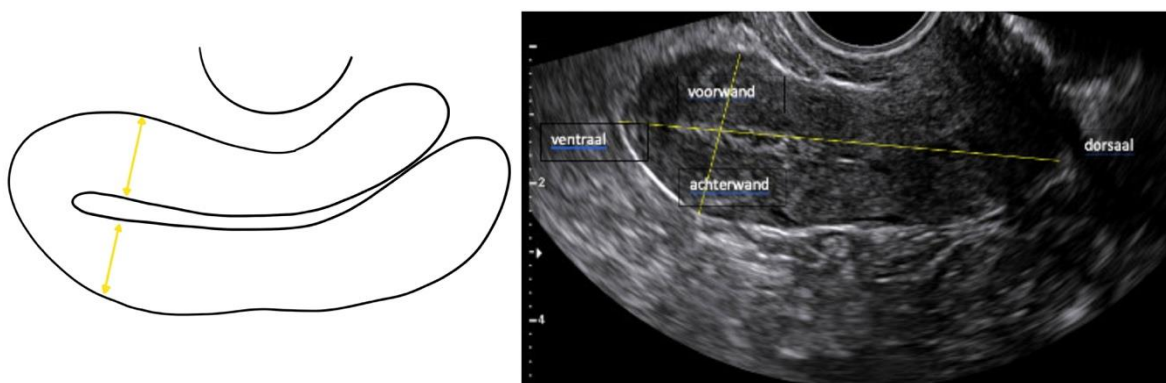
De Uterus

- Maatvoeringen:
 - Totale uterus lengte, breedte, hoogte;
 - Dubbele endometriumdikte;
 - Bij asymmetrie: dikte voorwand en achterwand uterus.
- Ligging van de uterus.
 - Ante-versie flexie, retro-versie flexie, strekstand, extreme retro-versie flexie (gedefinieerd als een hoek van meer dan 90 graden tussen de cervix en fundus), getordeerd (wanneer in het sagittale vlak het corpus niet in één lijn met de cervix ligt, het corpus ligt getordeerd tov de cervix) of anders.
- Cervix:
 - Beschrijf en herken ovula van Nabothi en een niche (met vocht gevuld keizersnede litteken) (niche e-learning en Jordans et al. 2018 (5)).
- Endometrium:
 - Vocht in het cavum;
 - Beschrijf of het endometrium hypo- (zwart op de echo), hyper- (wit op de echo) is;
 - Beschrijf of je de midline over de gehele lengte van het cavum kunt vervolgen;
 - Beschrijf of het endometrium homogeen of inhomogeen is;
 - Indien van toepassing, beschrijf intracavitare afwijkingen.
- Myometrium:
 - Een normaal myometrium is homogeen waarbij de voorwand en achterwand gelijk zijn in dikte. De vascularisatie (veneuze en arteriële uteriene arcade) loopt aan de buitenrand van het myometrium met loodrecht hierop de radiale arteriën.
 - Beschrijf symmetrie, echogeniciteit en aanwijzingen voor een afwijking binnen het myometrium, zoals myomen en littekens in het myometrium. Het verdient het advies om hier de FIGO classificatie myomen te volgen (8).
- Vorm van de uterus:
 - Het normale cavum uteri heeft de vorm van een omgekeerde driehoek. De verschillende soorten anomalieën zijn onderverdeeld in onderstaand figuur; ESHRE/ESGE classificatie (Grimbizis et al. 2013 (9) en 2016 (10)) indien mogelijk. Verwijs bij twijfel;
 - Beoordeel normaal of afwijkend, hierbij kan 3D echoscopie ondersteunend zijn.

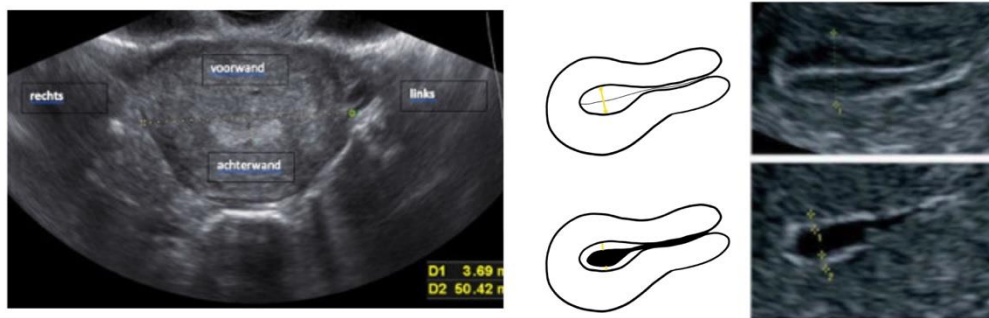


Figuur 2 – ESHRE classificatie, copyright Grimbizis et al. Hum Reprod 2013 (9)

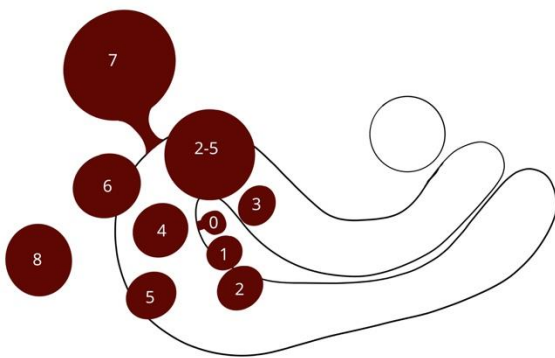
- Serosa:
 - Beoordeel of de serosa glad en continue doorloopt van blaas tot darm;
- Echo is een dynamisch onderzoek, beschrijf of er sprake is van een sliding bladder en sliding bowels. De term sliding uterus wordt gebruikt voor beweeglijkheid van het voorste EN achterste compartiment. Het advies is om beide apart te beschrijven. Afhankelijk van de expertise, sluit sliding niet altijd diepe endometriose of verklevingen uit (zie ook <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39587459/>)



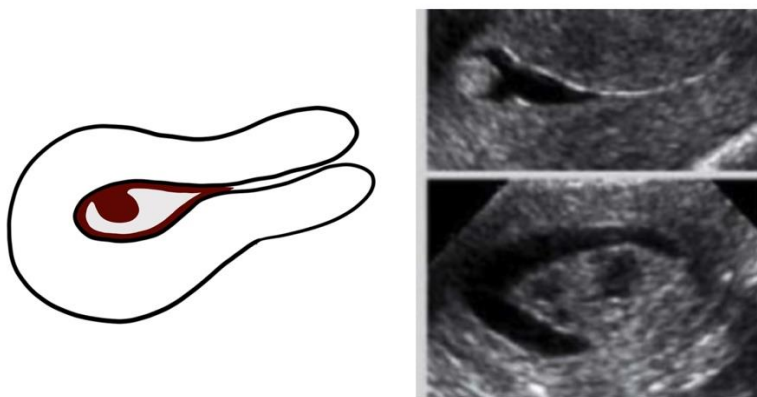
Figuur 3 – sagitale meting waarbij de lengte en hoogte wordt gemeten. Bij asymmetrie meet je de voorwand en achterwand separaat.



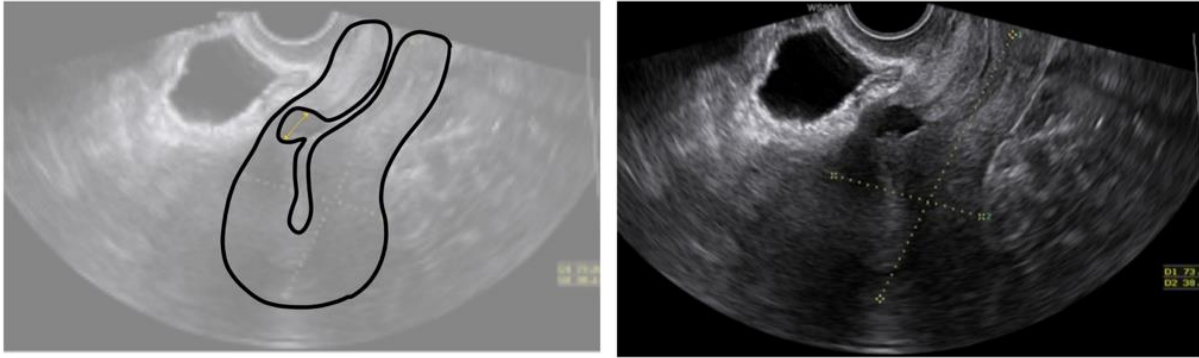
Figuur 4 – transversale meting; links rechts en endometrium dikte.



Figuur 5 – de FIGO classificatie myomen



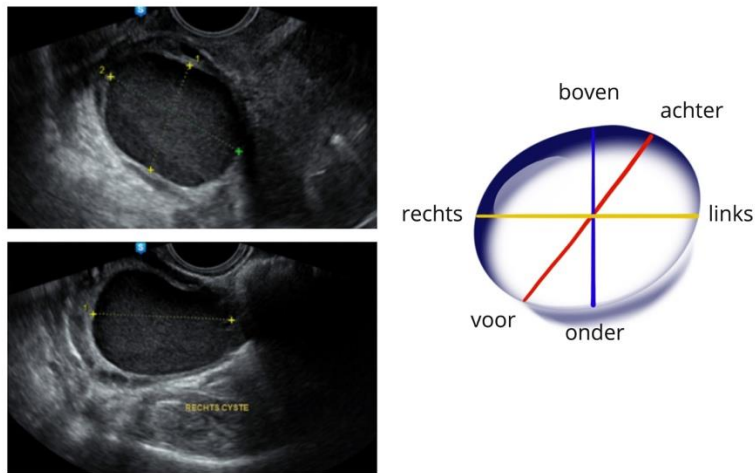
Figuur 6 – Aspect van het endometrium



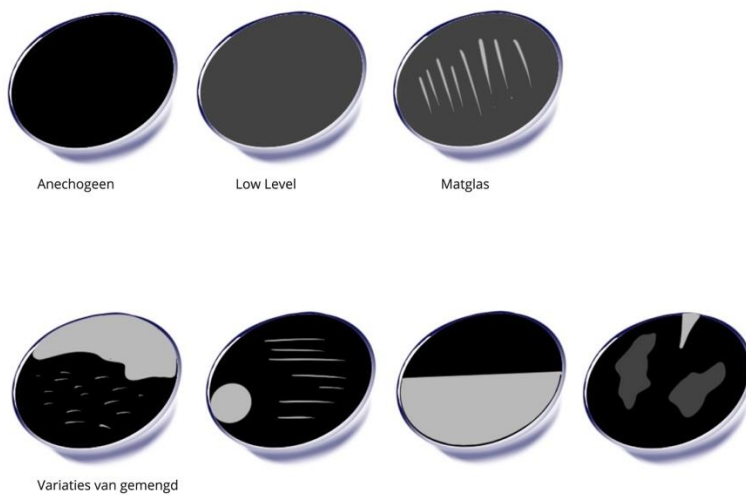
Figuur 7 – voorbeeld van een uteriene niche

Adnexa

- **Formaat:**
 - De grootste transversale diameter wordt gemeten, van de linker laterale begrenzing tot aan de rechter laterale begrenzing, calliper plaatsing outer-outer;
 - Meting van de lengte d.m.v. outer-outer plaatsing van de callipers aan beide zijden, op de langste afstand;
 - In het sagittale vlak kan anterior-posterior gemeten worden, door het breedste deel, calliper plaatsing outer-outer.
- **Aspect van de ovaria:**
 - Normaal/afwijkend/niet a vue/afwezig;
 - Polycysteuze ovarieel morfologie (PCOM): in beide ovaria ≥ 20 follikels en/of een ovarieel volume ≥ 10 ml per ovarium, mits er geen corpora lutea, cysten of dominante follikels aanwezig zijn (16);
 - Aanwezigheid cyste (> 30 mm diameter bij premenopauzale vrouwen of > 20 mm bij postmenopauzale vrouwen);
 - Bij cyste gebruik de IOTA-nomenclatuur bij het eventueel beschrijven van papillaire formaties, septa, flow, anechogeen, low level, matglas, gemengd en solide partij.
- **Tubae:**
 - Normale tubae zijn vaak niet zichtbaar en indien gevuld zijn deze per definitie afwijkend (fimbriële uiteinde is wel vaak zichtbaar zonder dat het afwijkend is).
- **Mobiliteit**
 - Sliding ovaries t.a.v. de uterus, darmen en bekkenzijwand.



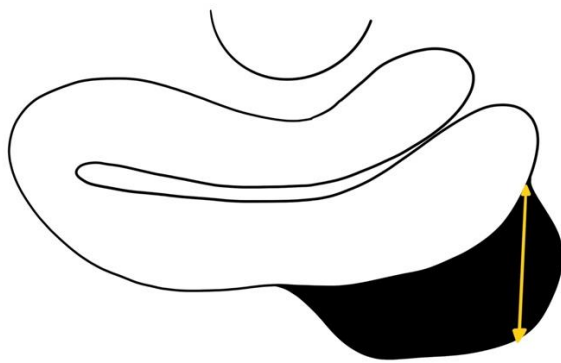
Figuur 8 –cyste metingen in drie richtingen



Figuur 9 – echogeniciteit volgens de IOTA werkgroep (13)

Cavum Douglassi:

- Is er sprake van vrij vocht ja/nee;
- Opmeten vrij vocht de grootste afstand anterior-posterior wordt gemeten;
- Beschrijf de aanwezigheid van ascites (vrij vocht tot boven het niveau van de fundus).

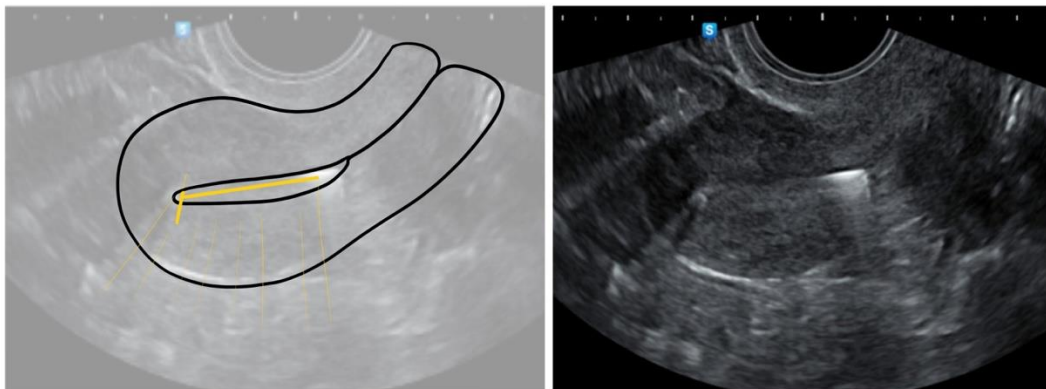


in verticale lijn op het diepste punt

Figuur 10 – opmeten van vrij vocht

Intra-uterine devices (IUD)

- Aanwezigheid IUD: ja/nee;
- Positie: in cavum uteri of (deels) cervicaal. De positie van het IUD in het cavum hoeft conform de landelijke standaard ‘Anticonceptie’, van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de fabrikant van onder andere de koper IUD niet meer beoordeeld te worden. Indien het IUD zich bij de echo in het cavum uteri bevindt (onafhankelijk van de plaats ten opzichte van de fundus), is er geen reden tot actie of ongerustheid over de betrouwbaarheid als anticonceptie. Wel is het relevant om een cervicale positie of expulsie uit te sluiten;
- Het IUD afbeelden in het sagittale vlak van de uterus van proximaal tot distaal, in het vlak waarin het IUD sagittaal á vue is.



Figuur 11 – IUD in sagittale vlak

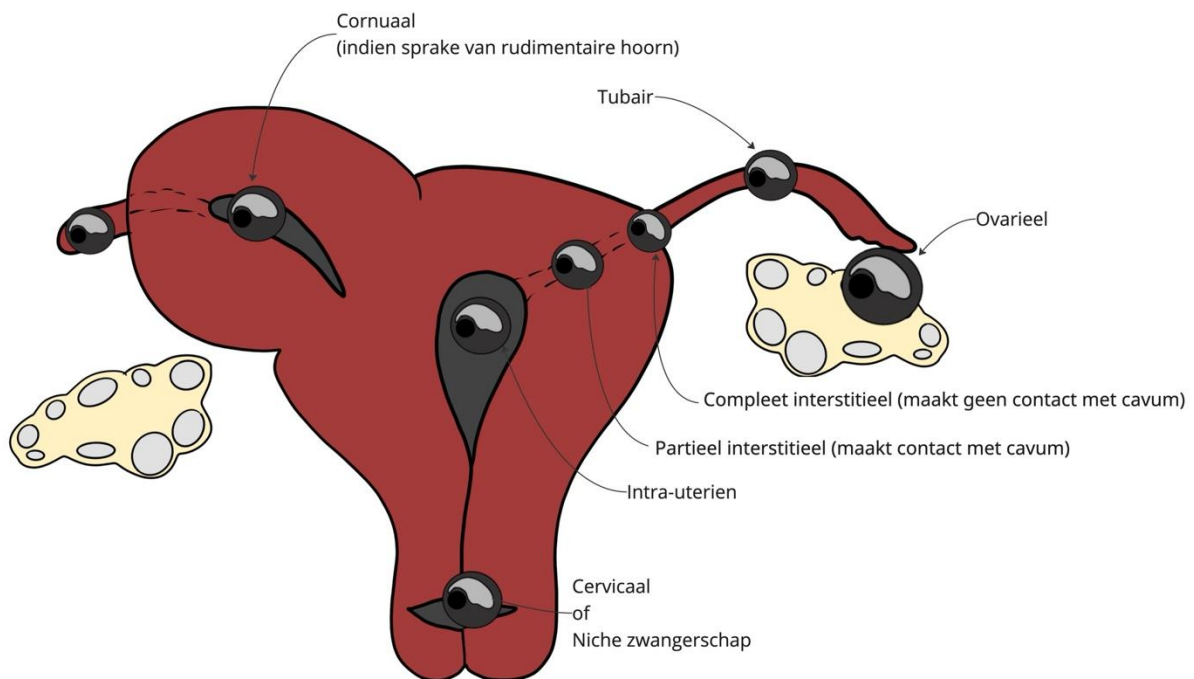
Locatie jonge zwangerschap (t/m 9 weken)

Bij iedere zwangerschap is het van belang om de locatie echoscopisch te bepalen. Verreweg de meeste zwangerschappen bevinden zich intra-uterien. De incidentie van een ectopische zwangerschap is 2-20 per 1000 zwangerschappen. Het vroegtijdig echoscopisch herkennen van een ectopische zwangerschap is van levensbelang (zie ook de richtlijn “Tubaire Extra Uteriene Graviditeit (EUG) en Zwangerschap met Onbekende Locatie (ZOL)” van de NVOG (11)).

- Herkennen van locatie van de zwangerschap:
 - Intra-uterien;
 - Interstitieel;

- Rudimentaire hoorn;
- Ovarieel;
- Tubair;
- Niche;
- Cervicaal;
- Zwangerschap onbekende locatie (ZOL).
- Aanwezigheid van hartactie;
- Aanwezigheid van dooierzak;
- Opmeten van het embryo en vruchtzak.

Let wel, wees je bewust dat een heterotope zwangerschap, ondanks zeldzaam, ook altijd aanwezig kan zijn. Dus bij een intra-uterine graviditeit (IUG) scan je ook altijd naast de uterus.



Figuur 12 – classificatie van extra-uteriene zwangerschappen

Ten aanzien van de vitaliteit van de zwangerschap verwijzen we naar de richtlijn Miskraam van de NVOG (12).

Abdominale echoscopie

De uterus is ook te visualiseren door middel van transabdominale echoscopie. Voorwaarde hiervoor is een volle blaas, zodat u de uterus makkelijk in beeld kan brengen en kunt herkennen. Bespreek met een patiënte de suboptimale beeldvorming ten opzichte van een vaginale echo. Een transabdominale echo kan worden verricht bij kindergynaecologie, patiënten die virgo zijn, (langdurig) postmenopauzaal waarbij TVE niet mogelijk of te pijnlijk is en bij transmannen.

Ook is transabdominale echoscopie bijdragend als de structuur van interesse zo groot of ver weg ligt van de vaginale probe, dat een abdominale benadering beter is en hiermee de afstand tot de structuur kleiner is. Voorbeelden hiervan zijn een forse uterus myomatosus, of hooggelegen ovaria bijvoorbeeld bij een cyste of zwangerschap.

Algemeen beleid bij afwijkende bevindingen

Indien er afwijkingen worden gezien bij de gynaecologische echo, of wanneer er twijfel is of deze gezien worden, dan is de beoordeling van de abnormale anatomie nodig. Dit valt buiten deze leidraad,

maar om dit adequaat te kunnen doen is tenminste kennis van de modellen onder het kopje “beoordeling abnormale gynaecologische anatomie” nodig.

Indien de echoscopist hier niet bekwaam in is, of onvoldoende blootstelling aan heeft, is het advies om laagdrempelig te verwijzen of supervisie te vragen. Bij het afwezig zijn van een intra-uteriene zwangerschap en een positieve zwangerschapstest, is laagdrempelig overleg met een supervisor of gynaecoloog geadviseerd en wordt verder verwezen naar de NVOG richtlijn “Tubaire Extra Uteriene Graviditeit (EUG) en Zwangerschap met Onbekende Locatie (ZOL) (11).

Beoordeling abnormale gynaecologische anatomie

Voor de beoordeling van de abnormale anatomie verwijzen wij naar een aantal classificatiesystemen die structuur kunnen bieden. Sommige systemen bieden hiervoor specifieke training en certificering, sommige doen dat niet. Het is aan de professional om zichzelf adequaat getraind te achten in de tweede situatie en neemt daarmee de verantwoordelijkheid als expert om hier geschoold in te blijven. Deze classificatie systemen zijn aan verandering onderhevig en het is aan de professional om de meest recente versie te kennen.

1. Myometrium (myomen en adenomyose, MUSA (Morphological Uterus Sonographic Assessment)) (2);
2. Niche (elearning en Jordans (5);
3. Endometrium (intra-cavitaire afwijkingen, IETA (International Endometrial Tumor Analysis)) (3);
4. Ovaria/Cystes (IOTA (International Ovarian Tumor Analysis)) (13);
5. Endometriose (IDEA (International Deep Endometriosis Analysis)) (4);
6. Uterus anomalie (ESHRE classificatie, Grimbizis et al. Hum Reprod 2013) (9).

Verslaglegging en rapportage

Een verslag van een gynaecologische echo bevat tenminste de bevindingen en conclusie. Het wordt ook geadviseerd aan te geven of een complete of partiele beoordeling van de genitalia interna heeft plaats gevonden. Daarnaast heeft het de voorkeur om de bovengenoemde structuren van deze leidraad en ten minste de onderstaande items te noemen:

- Persoonsgegevens: naam en geboortedatum, datum en plaats onderzoek;
- Aanvrager/verwijzer;
- Indicatie;
- Naam onderzoeker;
- Menstruele status, (LM, gebruik anticonceptiva of hormonen);
- Methodiek (transvaginaal/transrectaal/ transabdominaal/perineaal);
- Conclusie bevindingen.

De conclusie mag, afhankelijk van de ervaring, bevoegdheden en professionele standaard, aangevuld worden met een interpretatie en advies. Het wordt echter geadviseerd deze te formuleren met de bijbehorende ruimte voor interpretatie, zoals “het beeld is het meest passend bij...” en “het advies is om...”.

Een voorbeeld van een gestandaardiseerde echo staat hier online:

<https://vimeo.com/996789938>



Voorbeeld echoverslag template

Naam:		Geboortedatum:		
Datum:		Plaats onderzoek:		
Aanvrager/verwijzer:		Naam onderzoeker:		
Indicatie:				
Cyclus dag/LM:				
Gebruik anticonceptiva/hormonen:	ja	nee		
Methode echo:	transvaginaal	transrectaal	transabdominaal	perineaal
Positie uterus:	AvF	RvF	strekstand	getordeerd
Grootte uterus: L x B x H (cm)	lengte	breedte	hoogte	niet beoordeeld
	cm	cm	cm	
Bij asymmetrie:	Hoogte voorwand	cm		niet beoordeeld
	Hoogte achterwand	cm		
Cervix	Ovula	ja	nee	niet beoordeeld
	Niche	ja	nee	
Aanwijzingen voor uterus anomalie	ja	nee		niet beoordeeld
Endometrium:	dubbele endometrium dikte	mm		niet beoordeeld
	vocht in cavum	ja	nee	
	echogeniciteit	hypoechogeen	hyperechogeen	
	aspect	homogeen	inhomogeen	
	compleet te vervolgen	ja	nee	
Myometrium:	Aspect	homogeen		niet beoordeeld
		inhomogeen		
		afwijkend		
Serosa:	continue	onderbroken	niet te beoordelen	niet beoordeeld
	sliding bladder	aanwezig	afwezig	niet beoordeeld
	sliding bowels	aanwezig	afwezig	niet beoordeeld
Linker adnex	aspect	normaal	afwijkend	niet a vue
	lengte	breedte	hoogte	niet beoordeeld
	cm	cm	cm	
	cyste	ja	nee	
	sliding ovary	ja	nee	niet beoordeeld
Rechter adnex	aspect	normaal	afwijkend	niet a vue
	lengte	breedte	hoogte	niet beoordeeld
	cm	cm	cm	
	cyste	ja	nee	
	sliding ovary	ja	nee	niet beoordeeld
Cavum Douglasi:	Vrij vocht	ja	nee	niet beoordeeld
		aantal cm		
	ascites	ja	nee	niet beoordeeld

Totstandkoming

© 2025 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG).

Een leidraad is een document met aanbevelingen over vaak organisatorische en/of uitvoerende zaken, ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg; het betreft met name procesgeoriënteerde afspraken of adviezen.

Betrokkenen bij het opstellen van deze leidraad:

BEN:

Yvonne van Sluis, BEN, echoscopist

Sacha Neter, BEN, echoscopist

NVOG:

Robert de Leeuw, voorzitter, gynaecoloog

Peggy Geomini, gynaecoloog

Nicole Burger, gynaecoloog

Celine Radder, gynaecoloog, voorzitter koepel gynaecologie

Judith Huirne, gynaecoloog, hoogleraar met aandacht beeldvorming

Esther van Wissen, beleidsadviseur NVOG

KNOV:

Nelly Kurver, verloskundige

Op persoonlijke titel

Arjan Wensink, huisarts

Iris Ketel, huisarts

Jet Gerards, Landelijke Echo-Opleidingen (LEO)

Meeleesleden:

Tine van den Bos, Stichting Bekkenbodem4All

Monica de Heide, Stichting Bekkenbodem4All

De geldigheid van deze leidraad eindigt uiterlijk vijf jaar na dagtekening. Dagtekening, 30 december 2025

NVOG

Postbus 20075

3502 LB Utrecht

www.nvog.nl / kwaliteit@nvog.nl

Disclaimer

De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders, leidraden of richtlijnen, alsmede voor de gevolgen die de toepassing hiervan in de zwangerenzorg mocht hebben. De NVOG stelt zich daarentegen wel open voor attendering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze voorlichtingsfolders of richtlijnen etc. Neemt u dan contact op met het Bureau van de NVOG (e-mail: kwaliteit@nvog.nl).

Alle figuren zijn gemaakt door R.A. de Leeuw, Amsterdam UMC en echobeelden zijn met toestemming van patiënte gebruikt, welke bewaard zijn in het Amsterdam UMC als onderdeel van de *Status Studie*, METC nummer W20-274. Wanneer beelden van een andere bron zijn gebruikt (figuur 2), bijvoorbeeld vanuit een publicatie, is dit volgens Creative Commons gebruik en expliciete bronvermelding.

Referenties

1. Valentin L. Characterising acute gynaecological pathology with ultrasound: an overview and case examples. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009;23(5):577-93.
2. Harmsen MJ, Van den Bosch T, de Leeuw RA, Dueholm M, Exacoustos C, Valentin L, et al. Consensus on revised definitions of Morphological Uterus Sonographic Assessment (MUSA) features of adenomyosis: results of modified Delphi procedure. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2022;60(1):118-31.
3. Sladkevicius P, Installe A, Van Den Bosch T, Timmerman D, Benacerraf B, Jokubkiene L, et al. International Endometrial Tumor Analysis (IETA) terminology in women with postmenopausal bleeding and sonographic endometrial thickness ≥ 4.5 mm: agreement and reliability study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2018;51(2):259-68.
4. Guerriero S, Condous G, van den Bosch T, Valentin L, Leone FP, Van Schoubroeck D, et al. Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: a consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016;48(3):318-32.
5. Jordans I, De Leeuw R, Stegwee S, Amso N, Barri-Soldevila P, Van Den Bosch T, et al. Sonographic examination of uterine niche in non-pregnant women: a modified Delphi procedure. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology.* 2019;53(1):107-15.
6. Van der Aa JE, Goverde AJ, Scheele F. Improving the training of the future gynaecologist: development of a European curriculum in Obstetrics and Gynaecology (EBCOG-PACT). *Facts Views Vis Obgyn.* 2018;10(1):1-2.
7. Frijlingh M, Juffermans L, de Leeuw R, de Bruyn C, Timmerman D, van den Bosch T, et al. How to use power Doppler ultrasound in transvaginal assessment of uterine fibroids. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2022;60(2):277-83.
8. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS, Disorders FWGoM. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011;113(1):3-13.
9. Grimbizis GF, Gordts S, Di Spiezio Sardo A, Brucker S, De Angelis C, Gergolet M, et al. The ESHRE-ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies. *Gynecol Surg.* 2013;10(3):199-212.
10. Grimbizis GF, Di Spiezio Sardo A, Saravelos SH, Gordts S, Exacoustos C, Van Schoubroeck D, et al. The Thessaloniki ESHRE/ESGE consensus on diagnosis of female genital anomalies. *Hum Reprod.* 2016;31(1):2-7.
11. NVOG. Tubaire Extra Uteriene Graviditeit (EUG) en Zwangerschap met Onbekende Locatie (ZOL) Richtlijnen database Federatie Medisch Specialisten2016 [Available from: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/tubaire_extra_uteriene_graviditeit_eug_en_zwangerschap_met_onbekende_locatie_zol/tubaire_eug_en_zol_-_startpagina.html].
12. NVOG. Miskraam Richtlijnendatabase Federatie Medisch Specialisten2020 [Available from: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/miskraam/startpagina_-_miskraam.html].
13. Timmerman D, Valentin L, Bourne TH, Collins WP, Verrelst H, Vergote I, et al. Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: a consensus opinion from the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Group. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2000;16(5):500-5.

14. Rutgers, [Monitor Seksuele Gezondheid 2023](#)
15. [Centrum Seksueel Geweld.](#)
16. Richtlijndatabase.nl, [Richtlijn PCOS](#)