



2012 ntog 05

GYNAECOLOGIE, ONCOLOGIE, PERINATOLOGIE EN VOORTPLANTINGSGENEESKUNDE

Vol. 129

juni 2012

Signalen betreffende
professionele normen voor
gynaecologen; een selectie
van tuchtzaken tegen
gynaecologen tussen 2004
en 2010

Seksuele functiestoornissen:
de mogelijke rol van negatieve
emotionele reacties

Von Willebrand ziekte en
zwangerschap

Versie en extractie van het
dwarsgelegen tweede kind
van een tweeling



Klein verschil, grote gevolgen

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



Kijk voor uitgebreide informatie elders in dit blad.

* Platteau P, Andersen AN, Loft A, Smitz J, Danglas P, Devroey P. Highly purified HMG versus recombinant FSH for ovarian stimulation in IVF cycles. *Reprod Biomed*. Online 2008; 17.2: 190-98.

** Van Wely M, Kwan I, Burt AL, Thomas J, Vail A, Van der Veen F, Al-Inany HG. Recombinant versus urinary gonadotrophin for ovarian stimulation in assisted reproductive technology cycles (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 2: CD005354. Analyse 1.1. Aantal (%) levendgeborenen/doorgaande zwangerschappen na 3.197 cycli uit 11 studies: 359/1604 (22,4%) na rFSH versus 406/1593 (25,5%) na hMG/hMG-HP; OR 0,84; 95% betrouwbaarheidsinterval 0,72-0,99; p=0,04.

Lutinus
pregnatorn vagnaki takket 100mg

Lutrepulse Set
gonadoreline

Decopeptyl
triptoreline

Tractocil
abiraterone

Pabal
carbocetine

Propess
dinoproston

FERRING

PHARMACEUTICALS

Colofon

HOOFDREDACTIE

S.A. Scherjon, hoofdredacteur
W.M. Ankum, voorzitter deelredactie gynaecologie
J. van Eyck, voorzitter deelredactie perinatologie
V. Mijatovic, voorzitter deelredactie
voortplantingsgeneeskunde
I. van der Avoort, namens de NVOG
I.M.W. Ebisch, namens de VAGO

DEELREDACTIES

E.A. Boss, gynaecoloog, J.J. Duvekot, perinatoloog,
J.W. Ganzevoort, perinatoloog, S.V. Koenen,
perinatoloog, K.D. Lichtenbelt, klinisch geneticus,
A.C.J. Ravelli, epidemioloog,
S. Repping, voortplantingsgeneeskunde,
S.J. Tanahatoo, voortplantingsgeneeskunde,
F. van der Veen, voortplantingsgeneeskunde,
W.B. de Vries, kinderarts-neonatoloog,
R.M.F. van der Weiden, voortplantingsgeneeskunde,
W.C.M. Weijmar Schultz, gynaecoloog-seksuoloog,
R.P. Zweemer, gynaecologisch oncoloog

S.F.P.J. Coppus, rubrieksredacteur NOBT
S.M.S. Liem, rubrieksredacteur UNO
H.S. van Meurs, rubrieksredacteur UNO
G.H. de Wet, redigeren abstracts
A.C.M. Louwes, bureauondersteuning NVOG

REDACTIESECRETARIAAT en UITGEVER
GAW ontwerp+communicatie (Jelle de Gruyter)
Generaal Foulkesweg 72, 6703 BW Wageningen
t 0317 425880 e ntog@nvog.nl

OPLAGE & VERSCHIJNING

1600 exemplaren, 10 x per jaar.

ABONNEMENTEN

Standaard € 190,- per jaar. Studenten € 84,- per jaar.
Buitenland € 286,- per jaar. Losse nummers € 26,-.
Abonnementen lopen per kalenderjaar (van 1 januari
t/m 31 december) en lopen automatisch door, tenzij
uiterlijk 30 dagen voor de vervaldatum schriftelijk
wordt opgezegd. Aanmelden en opzeggen van
abonnementen en adreswijzigingen s.v.p. doorgeven
aan de uitgever.

ADVERTENTIES

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

AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID

*Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag
worden veeleevoudigd, opgeslagen in een
geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar
gemaakt, in enige vorm of enige wijze, hetzij
electronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen
of enige andere manier, zonder voorafgaande
schriftelijke toestemming van de uitgever.*

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

RICHTLIJNEN VOOR AUTEURS

Zie i www.nvog.nl

AFBEELDING OMSLAG

Moeder en kind, Pépé Grégoire, 1981
(www.pepegreigoire.nl)

ISSN 0921-4011

Inhoud

- 210 Editorial**
Een onverwachte ontmoeting
S.A. Scherjon
- 212 Bestuur NVOG**
Oorspronkelijke stukken
- 214 Signalen betreffende professionele normen voor gynaecologen;
een selectie van tuchtzaken tegen gynaecologen tussen 2004 en 2010**
P.C. Schut en A. Tingen
- 219 Seksuele functiestoornissen: de mogelijke rol van negatieve emotionele
reacties**
Y.R. Hanema, P.J. de Jong, C. Borg en W.C.M. Weijmar Schultz
- 228 Von Willebrand ziekte en zwangerschap**
L. E. van Rheenen-Flach, A.C. Bolte, S. Zweegman en K.P.M. van Galen
- 234 Versie en extractie van het dwarsgelegen tweede kind van een tweeling
Geschiedenis (deel 1)**
A.T.M. Verhoeven
- 244 Uit de Koepel Kwaliteit**
**Waarborgen van kwaliteitsbeleid voor de toekomst: rol van de AIOS bij
richtlijnontwikkeling**
M.O. Verhoeven en B.W.J. Mol
- 246 PICO Bello**
Een incomplete curettage: re-curettage of hysteroscopie resectie?
S. Heemelaar, A.B. Hooker en E. Bakkum
- 251 Update Nederlands Onderzoek**
Hannah van Meurs en Sophie Liem
- 254 NOBT**
- 255 Voortgangstoets**
Vragen
- 256 Voortgangstoets**
Antwoorden

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 Peri-
natal Medicine. Zij stelt zich als doel de leden van de NVOG en ande-
re specialisten, die werkzaam zijn op het gebied van de
gynaecologie, perinatologie en voortplantingskunde, op de hoogte
te houden van nieuwe ontwikkelingen op deze deelterreinen.

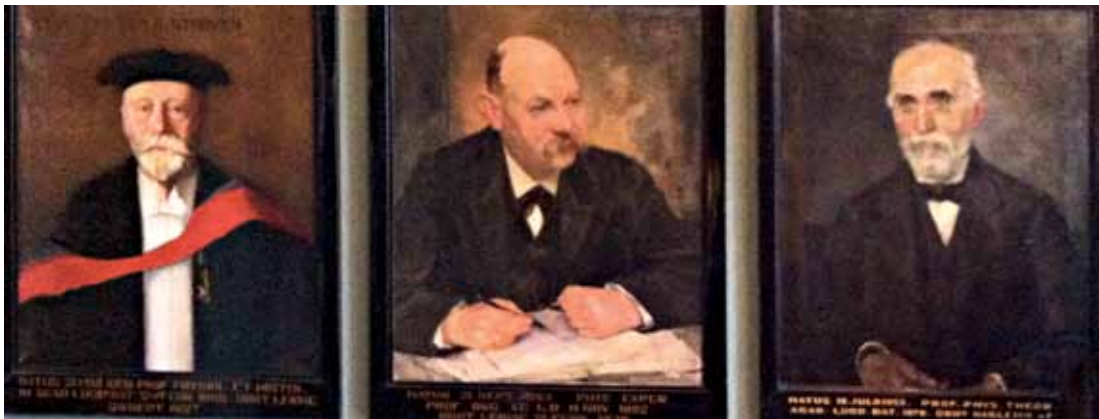
Het NTOG probeert haar doel te bereiken door middel van vaste ru-
brieken, columns, commentaren, wetenschappelijke artikelen, con-
gresverslagen en themanummers.

De vereniging NVOG heeft als doel het wetenschappelijk onderzoek

op het gebied van de voortplanting en van de vrouwenziekten te be-
vorderen, de optimale toepassing van kennis en kunde in de uitoe-
fening 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 be-
hartigen. De vereniging wil dit doel bereiken door het houden van
wetenschappelijke bijeenkomsten; het publiceren van wetenschap-
pelijke artikelen; het houden van toezicht op de nascholing van opge-
leide 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 komen-
de organen en instanties.

Een onverwachte ontmoeting

S.A. Scherjon



De portretten van Einthoven, Kamerlingh Onnes en Lorenz in het Leidse Academiegebouw.

Eind juli 1911 bezoekt Marie Curie, op het hoogtepunt van haar geruchtmakende affaire met haar collega Paul Langevin, het laboratorium van Heike Kamerlingh Onnes in Leiden.¹ Het zullen voorlopig de laatste maanden zijn dat ze wetenschappelijk werk kan doen. In zijn laboratorium bestudeerde ze het gedrag van radio-isotopen onder zeer lage temperaturen. Kamerlingh Onnes kon in Leiden met behulp van grote stoommachines - meer dan 50 jaar bleef Leiden dit record behouden - de laagste te meten temperatuur op aarde realiseren. Je kunt je het uit de hand gelopen conflict voorstellen met Einthoven die in het zelfde laboratorium met een zeer gevoelige snaargalvanometer tegelijkertijd het minieme signaal van het eerste ECG poogde te registreren.

De Leidse natuurkundigen zijn op dat moment wereldwijd leidinggevend. Albert Einsteins benoeming tot hoogleraar te Leiden, die in huis woont bij Paul Ehrenfest, loopt vertraging op omdat hij op het ministerie verwisseld wordt met de Russische activist Eisenstein, het eerste Nederlandse voorbeeld van een "brufsverbot". Van Lorenz, ook een Leidenaar, wordt geschreven, dat hij 'een miracle of intelligence... a living work of art' is en de meest intelligente van groepje fysici rondom het Leidse laboratorium.

Allen behalve Ehrenfest kregen een Nobelprijs; Marie Curie zelfs twee! Eenmaal die voor de natuurkunde, in 1903 samen met haar echtgenote en Becquerel voor de ontdekking in 1899 van radioactiviteit en later, enkele maanden na haar bezoek in Leiden, die voor de scheikunde.

Op 5 november van dat zelfde jaar 1911 - 8 maanden nadat de liefdesbrieven tussen haar en Langevin uit haar Parijse pied a terre in opdracht van haar rivale, de echtgenote van Paul Langevin - werden gestolen en zij met regelmatige, aanzienlijke betalingen geprobeerd had publicatie te voorkomen - verschijnt het anonieme geruchtmakende artikel in Le Petit Journal, een van de grote Parijse kranten. Zij staat groot afgebeeld op de voorpagina met reageerbuizen in haar hand. De verslaggever is waarschijnlijk het meest te weten gekomen via de schoonmoeder: 'Het is ongelooflijk... de weduwe van Pierre Curie, die meewerkte bij de ontdekking van radium, de gevierde, voorbeeldgevende Mme. Curie gaat er van door met de man van mijn dochter!... Na de dood van zijn leermeester (... Pierre Curie verongelukte in 1906 onder een militaire goederenwagen...), stelde hij zich in dienst van de weduwe... om haar bij het

werk te helpen... Al vrij snel - het instinct van een vrouw heeft het nooit verkeerd - veronderstelde mijn dochter iets...'. Alhoewel alles waar was, maar er van de details beschreven in *Le Petit Journal* vrijwel niets klopte, kon de repliek van Marie Curie in *Le Temps* de volgende dag de brede publieke verontwaardiging niet voorkomen; het verhaal van de onmogelijke liefdesverhouding op de Sorbonne was te spraakmakend. Het kan niet anders - maar vooral ook met de ogen van nu beschouwd - dat de enorme publieke verontwaardiging veroorzaakt werd doordat Marie Curie allesbehalve het ideale beeld van de "feminiën" Franse vrouw was. Ze was van Poolse afkomst, iemand die altijd werkte, omgeven was door haar boeken in een laboratorium, niet bescheiden was en een enorme faam had; "masculien". Dat zij ook alleen de verantwoordelijkheid had voor de opvoeding van haar twee dochters Eve en Irene, waarmee zij altijd een bijzonder sterke band heeft behouden, komt nergens naar voren. De biografie die haar dochter in de 3 jaar direct na haar overlijden heeft geschreven, spreekt die rechtvaardiging wel door: Het is een verdediging van een hardwerkende moeder met veel toewijding. Haar moeder als 'a woman of great nobility... who often didn't get the credits she deserved.'² Dat Marie Curie inderdaad het slachtoffer werd van een grote journalistieke roddel blijkt nog het meest uit de brief van Ferdinand Hauser, de uiteindelijke auteur van het eerste stuk in *Le Petit Journal*, die in een brief aan Marie Curie zijn verontschuldigen aanbiedt: 'Ik ben in wanhoop... ik verdraaide de waarheid... ik word ernstig gestraft door de gedachten aan wat ik U heb aangedaan.'

Op 7 november - 2 dagen na het artikel in *Le Petit Journal* - toen het stof in alle andere Parijse kranten nog hoog opdwarrelde, wordt via Reuter bekend dat Marie Curie opnieuw, wat niet eerder was voorgekomen, voor de tweede keer de Nobelprijs is toegekend. Nu voor de ontdekking van het radioactieve element radium, waarvan zij in 1907 had atomaire gewicht had bepaald en 1910 radium in de vorm van

een metaal had geïsoleerd, maar vooral omdat de Zweedse Academie van wetenschappen zich realiseerde dat radium belangrijk zou worden bij de behandeling van maligniteiten.

Essentieel hierbij was de Zweedse ambassadeur in Parijs August Gyldenstolpe die in deze korte, onduidelijke periode de Academie wist te overtuigen in getelegrafeerde boodschappen dat hij op basis van "uitleg van bekende wetenschappers" en "protesten komend van betrouwbare bronnen" geen bezwaar zag in de toekenning ondanks het rumoer over de verhouding. Een verhouding die Marie Curie ook in ingezonden brieven nooit ontkend heeft. De kranten in Frankrijk konden haar echter niet vergeven. Zelfs de Marie Curie goed gezinde *Le Temps* berichtte pas 2 dagen later, begraven tussen alle andere berichtgeving op pagina 4, dat mevrouw Curie (opnieuw) '... warme felicitaties van haar bewonderaars in Stockholm...' ontvangen had.

Einstein stak haar echter enkele maanden later in een brief een stevig hart onder de riem. Hij veronderstelde dat haar relatie met Langevin een onschuldig samenzijn was, waar ze allebei plezier aan beleefden, maar ook mocht dat niet het geval zijn hij haar steunde: 'I consider myself fortunate to have made your personal acquaintance... if the rabble continues... simply stop reading that drivel. Leave it to the vipers it was fabricated for... With cordial regards for you, (and) Langevin...'

Literatuur

1. S. Quinn. *Marie Curie. A life*. Simon & Schuster. New York 1995
2. E. Curie Laboussie. *Madame Curie*. 1937

De urogynaecologie: leiderschap of lijderschap?

J. Wijma

De procedure van de subspecialisatie toekenning en afwijzing heeft de nodige onrust gegeven binnen onze vereniging, het bestuur inclusief.

Wat is er gebeurd? De werkgroep bekkenbodemp heeft criteria opgesteld waaraan een subspecialist urogynaecologie zou moeten voldoen en deze zijn als nota geaccordeerd op de ALV van de NVOG. Leden zijn in de gelegenheid gesteld om via het grandfather/grandmother in aanmerking te komen voor de inschrijving als subspecialist urogynaecologie. Dit is een gebruikelijke procedure vooruitlopend op het verkrijgen van die status via een regulier fellowship. Voor de toetsing is deze nota subspecialisatie urogynaecologie gebruikt. Die NVOG-leden die in de veronderstelling waren dat zij aan de criteria voldeden hebben kenbaar gemaakt in aanmerking te willen komen voor de registratie als subspecialist. Namens de vereniging toetst het College voor Subspecialisatie de argumenten op basis van de geldende nota's. Het College, geheel bestaand uit NVOG-leden, heeft dus een uitspraak gedaan over de individuele aanvragen op basis van de vastgestelde criteria.

Het college heeft in eerste instantie 16 verzoeken tot subspecialist urogynaecologie gehonoreerd. De overige kandidaten (meer dan de helft) zijn afgewezen. Hen restte nog een bezwaarprocedure via het bestuur van de NVOG. Binnen de daartoe gestelde termijn hebben het bestuur een negental bezwaarschriften bereikt. Het college gaf aan dat zij de afhandeling van de bezwaarschriften graag als een bestuurstaak zou zien. Het bestuur heeft moeten constateren dat de nota ruimte voor interpretatie laat en heeft de meerderheid van de bezwaren alsnog toegekend. Daarmee zijn binnen het grandfather/motherprocedé in totaal 24 subspecialisten urogynaecologie geregistreerd.

In een speelveld van nota's en regelgeving met toetsing van en door eigen leden is het voor een vereniging moeilijk overleven. In eerdere bezwaarprocedures werden leden zelfs bijgestaan door adviserende juristen. Daarom heeft het bestuur in deze casus rondom toekenning subspecialisten urogynaecologie gekozen voor een minder restrictief regelbeleid. Begrijpelijkerwijs hebben leden uit verschillende geledingen van de vereniging dit deels ook als onrechtvaardigheid ervaren. Namens het bestuur wil ik nadrukkelijk aangeven dat het bestuur daar-

mee geen afstand wil nemen van datgene wat we als beroepsgroep wilden regelen, namelijk verantwoorde urogynaecologische zorg. De beroepsgroep wil zich verantwoorden tegenover de patiënt.

Het valt overigens nog te bezien of dit doel verloren is gegaan, het bestuur meent van niet. Immers het is niet de regelgeving die overtuigt, maar de overtuiging die het zal gaan regelen. De overtuiging van de beroepsgroep over de kwaliteit van zorg, in dit geval van urogynaecologische zorg. De NVOG zal degene die kwaliteit als beroepsbelang kiest blijven steunen. Beroepsbelang op korte en langere termijn lijken in deze discussie te verschillen. Dat bleek ook in de discussie over de mesh chirurgie. Het bestuur van de werkgroep bekkenbodemp heeft een aantal leden uitgenodigd om te komen met een voorstel voor een kwaliteitsdocument over deze implantaatchirurgie. Ik ben gevraagd om als lid van de werkgroep en als voorzitter van de NVOG deel te nemen aan deze ronde tafel discussie. Ik heb grote bewondering gehad voor de wijze waarop de zaak in twee weekendsessies werd bediscussieerd, tegelijkertijd bleek dat er over zaken een verschillend standpunt kan worden ingenomen. In de daarop volgende maildiscussie werd een consensus stuk geproduceerd. Dit stuk is door het bestuur van de werkgroep bekkenbodemp aan de leden toegestuurd met de vraag om commentaar. Hiervan werd door een aantal leden gebruik gemaakt. In de week voorafgaand aan de vergadering over het concept werd duidelijk dat er een groep verontruste leden een notitie had geschreven. Deze notitie werd aan de leden van de werkgroep bekkenbodemp toegestuurd, terwijl het bestuur van de werkgroep en de leden van de ronde tafelsessie niet waren opgenomen in de verzendlijst. Op dergelijke wijze komt de discussie over kwaliteit van zorg moeilijk tot stand, het lijkt meer op een discussie over vertrouwen en over verschillende belangen.

Het doel van onze wetenschappelijke verenigingen is het garant staan voor verantwoorde kwaliteit van zorg. Die verantwoording begint bij kennis en de bewustwording van het ontbreken ervan. Het zijn deze elementen die leidend moeten zijn in onze onderlinge discussies en die ons moeten helpen om als be-

roepsgroep een overtuiging uit te stralen waardoor we boven de regelgeving uit kunnen stijgen. De procedure rondom de subspecialisatie urogynaecologie heeft ons wederom laten zien dat de overtuiging er in de meeste gevallen wel is, maar dat de individuele

toetsing binnen de eigen vereniging voor onevenredig veel onrust zorgt.

Namens het bestuur
S. Wijma, voorzitter

Vraag en antwoord

K. Kluivers, J. Wijma en M. Wouters

Er bereiken het NVOG-bestuur vragen over aantal verrichtingen per gynaecoloog als kwaliteitscriterium en de medicolegale consequenties bij complicaties. Directe aanleiding voor het huidige artikel waren vragen van een maatschap over de begeleiding van de vaginale stuitbevalling. Heeft de NVOG een standpunt over het benodigde aantal? Geldt bijscholing en oefenen op een fantoom als adequaat onderhoud van kennis en vaardigheden? Welke uitspraak zou te verwachten zijn bij een juridische procedure? Feitelijk is de vaginale stuitbevalling in dit voorbeeld te vervangen door een scala aan verrichtingen (laparoscopische EUG, enzovoorts).

Het zijn lastige vragen die een brede overweging verdienen. De NVOG heeft voor de opleiding voor de meest voorkomende verrichtingen minimum vereiste aantallen vastgelegd die gehaald moeten worden. Met de huidige uitrol van BOEG zal ook daarin weer het een en ander verschuiven. Maar voor de periode na de opleiding hebben we binnen de NVOG geen standpunt over jaarlijks benodigde aantallen. Meer routine zal meestal resulteren in een meer zelfverzekerd handelen. Ook al klinkt het soms logisch dat hogere aantallen met kwaliteit gepaard gaat, bewijs is er in veel gevallen niet. En indien er een verband is, dan kan dat verband gelegen zijn in factoren die het centrum of het team betreffen en niet de behandelaar zelf. Want hogere aantallen kunnen bijvoorbeeld uitnodigen tot goede organisatie van de logistiek en betere kwaliteitsregistratie met verbetercyclus. De gynaecologische oncologie loopt in de discussie over volumennormen voorop, maar ook daar liggen de afspraken nog niet vast en worden aantallen vooral per centrum bekeken en niet per gynaecoloog.

Binnen de pijlers van de NVOG wordt momenteel de laagvolume hoogcomplexe zorg gedefinieerd. De IGZ heeft om deze definitie gevraagd, af te ronden in 2012. Voor die zorg zullen in de toekomst vereisten waaronder volumennormen gaan gelden. De inspectie zal gaan handhaven op deze vereisten. De NVOG heeft de taak om op de basis van medische inhoud vast te stellen welke zorg laagvolume hoogcomplex is

en wat dan de adequate vereisten aan een centrum en gynaecoloog zijn om deze zorg te leveren. Het NVOG bestuur ziet haar opdracht daarin om de leden te wijzen op de eisen die er liggen, bijvoorbeeld tijdens kwaliteitsvisitaties. De taak van het handhaven van de normen ligt echter niet bij de NVOG, maar bij toezichthouders zoals IGZ.

Zolang voor een verrichting niet is vastgesteld dat het gaat om laagvolume hoogcomplexe zorg met een volumennorm, is het aantal verrichtingen geen overweging bij het vaststellen van individuele bekwaamheid. In elk geval niet voor de a priori beoordeling van de kwaliteit van zorg. Hetgeen betekent dat individuele gynaecologen afgerekend worden op de kwaliteit van hun handelen in lijn met protocollen, richtlijnen en standaarden. Bekwaamheid kan getoond worden door scholing, training en het bijhouden van een portfolio.

Concreet heeft het aantal stuitbevallingen, naar oordeel van het NVOG bestuur, op dit moment dus geen juridische betekenis, anders dan dat het makkelijker wordt om (schijnbare) bekwaamheid aan te tonen. De counseling van de patiënt moet volgens de informatie uit de NVOG patiëntfolder plaatsvinden met bijbehorende verslaglegging volgens de NVOG richtlijn. Het medisch handelen inzake voortgang van de bevalling moet volgens de richtlijn zijn, inclusief het uitvoeren van handgrepen volgens gangbare zorg. Bij de stuitbevalling en datzelfde geldt voor vele handelingen (uitgezonderd laagvolume hoogcomplexe zorg) wordt men niet op het volume van de behandelingen "afgerekend", maar op de feitelijk geleverde kwaliteit van zorg overeenkomstig de beroepsnormen. Deze normen zijn door de professionals zelf vastgesteld. De inspectie stelt geen normen maar ziet toe op de uitvoering ervan. Ook in geval van laagvolume hoogcomplexe zorg zal het oordeel over de kwaliteit van handelen niet ophouden bij de vaststelling van het aantal malen dat een dergelijke (be)handelingen jaarlijks werd uitvoert. Ook hier zal het medisch handelen getoetst worden aan onze eigen beroepsnormen.

Signalen betreffende professionele normen voor gynaecologen; een selectie van tuchtzaken tegen gynaecologen tussen 2004 en 2010

P.C. Schut en A. Tingen

Inleiding

Eerder verschenen onderzoek van Van Leusden et al. liet in de tweede helft van de periode 1992-2003 een daling zien in het aantal bij tuchtcolleges ingediende klachten tegen gynaecologen. Wel bleek er sprake van een toename ten opzichte van de periode 1980-1992 in het aantal gegrond verklaarde klachten.¹ Recente gegevens ontbraken echter en daarom leek het zinvol opnieuw een analyse uit te voeren van het aantal klachten waar gynaecologen bij betrokken waren in de periode van 2004-2010.

Tuchtrechtspraak

Het tuchtrecht is ingesteld om de kwaliteit van de beroepsbeoefening te bewaken en te bevorderen.² Het tuchtcollege oordeelt of de arts de normen, vastgelegd in artikel 47 lid 1 Wet BIG heeft overtreden. De beslissing bestaat ofwel uit het niet-ontvankelijk verklaren van klager/klaagster, ofwel uit het afwijzen van de klacht, ofwel uit het gegrond verklaren van een klacht en het opleggen van een maatregel. De uitspraak wordt in eerste instantie door een Regionaal Tuchtcollege Gezondheidszorg (verder te noemen RTG) gedaan, waarna klager of verweerder eventueel in beroep kan gaan bij het Centraal Tuchtcollege Gezondheidszorg (verder te noemen CTG).

Inventarisatie

Er is een inventarisatie gemaakt van de uitspraken vanaf 1 januari 2004 tot en met juli 2010. Het raadplegen van diverse juridische bronnen leverde in totaal 85 (van de in totaal 112) uitspraken op die betrekking hadden op gynaecologen.³ Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat tot januari 2010 een be-

perkter aantal van de uitspraken werd gepubliceerd. Sinds 1 januari 2010 worden alle uitspraken vermeld op de website van de overheid (www.tuchtrecht.overheid.nl). In 37 gevallen werd een maatregel opgelegd. De verdeling van de maatregelen is zichtbaar in tabel 1.

Om binnen de gevonden uitspraken een ordening aan te brengen, werd de rubricering van Van Leusden et al. gebruikt.⁴ Bij de analyse van de tuchtzaken kwam naar voren dat een klacht vrijwel altijd uit verschillende klachtonderdelen bestond, waardoor de klacht in meer dan één categorie van bovengenoemde indeling viel. In tabel 2 is het aantal klachten per rubriek zichtbaar.

Selectie

Een selectie van 29 uitspraken van het CTG is nader geanalyseerd. Gekozen is voor de zaken die in de categorie 'Behandeling en begeleiding zwangerschap, bevalling en nazorg' vielen, omdat een relatief groot aantal klachten in deze rubriek viel. Binnen deze zaken is gekozen voor tuchtzaken die door het CTG waren behandeld, vanwege het feit dat het CTG binnen het tuchtrecht voor de gezondheidszorg de hoogste instantie is, hetgeen zijn uitspraken gezaghebbender maakt dan die van het RTG.

Analyse

Algemeen

In 22 van de 29 tuchtzaken is het kind voor, tijdens of enkele dagen na de bevalling overleden. De oorzaak van het overlijden is niet in al deze gevallen verwijtbaar handelen van de gynaecoloog geweest.

Tabel 1. Opgelegde maatregelen door RTG en CTG in periode januari 2004 - juli 2010.

Maatregel	Aantal maal opgelegd
Waarschuwing	27 (31,8%)
Berisping	9 (10,6%)
Geldboete	0
Schorsing inschrijving register	0
Gedeeltelijke ontzegging	0
Doorhaling inschrijving register	1 (1,2%)

Tabel 2. Aantal klachten/klachtonderdelen van bij RTG en CTG ingediende klachten in periode januari 2004 - juli 2010, per rubriek.

Categorie	Aantal klachtonderdelen
1. Behandeling	
- Onderzoek en beoordeling situatie	46
- Diagnosestelling	20
- Voorschrijven medicijnen	6
- Behandelingsmethode	17
- Fouten, complicaties, risico's, achterblijven materiaal	24
- Behandeling en begeleiding zwangerschap, bevalling en nazorg	51
2. Patiëntrechtelijke aspecten	
- Plicht tot hulpverlening	2
- Informatie	25
- Toestemming	5
- Begeleiding en nazorg	6
- Bejegening en communicatie	24
- Verslaglegging, inzage en/of afgifte medische gegevens	12
- Beroepsgeheim	1
3. Organisatorische aspecten	
- Verhouding tot andere behandelaars	21
- Verhouding tot ziekenhuisorganisatie	6

Overigens spreekt het tuchtcollege zich in principe niet uit over de causaliteit, dus over het feit of het overlijden van het kind een rechtstreeks gevolg van handelen of nalaten van de gynaecoloog is geweest. Ter illustratie zal een aantal tuchtzaken kort worden besproken.

Behandeling en begeleiding zwangerschap

Casus 1

Een gynaecoloog verwees een patiënte met diabetes gravidarum voor behandeling naar een internist. De patiënte kreeg dieetmaatregelen en leerde hoe ze insuline moest spuiten. Ondanks deze behandeling bleven de glucosewaarden te hoog en bovendien schommelden de waarden. Dit viel de gynaecoloog op tijdens een controleafspraak en hij nam contact op met de internist. Bij een zwangerschapsduur van ruim 38 weken bleek er sprake van een intra-uteriene vruchtdood.

De patiënte verweet de gynaecoloog dat hij te weinig zorg had besteed aan een scherpere instelling van de glucosewaarden. Ook zou de patiënte de gynaecoloog twee maal verzocht hebben de bevalling voor de uiterekende datum in te leiden, waar de gynaecoloog niet op in zou zijn gegaan.

Het CTG oordeelde dat de behandeling van de bloedglucosewaarden de verantwoordelijkheid van de internist was en dat de gynaecoloog voldoende zorgvuldig was geweest door de internist te attenderen op de niet goed gereguleerde glucosewaarden. Wat betreft de wens van patiënte om de bevalling eerder in te leiden oordeelde het College dat hiervoor, vol-

gens de toen geldende maatstaven, geen aanleiding was. Ook was niet vast komen te staan dat patiënte hierop had aangedrongen. Het beroep werd derhalve verworpen.⁵

Casus 2

Een patiënte had in het verleden vanwege endocarditis een aortakleppervanging en mitraliskleplastiek ondergaan en gebruikte hierom sindsdien Marcoumar. Toen de patiënte aangaf dat zij wilde proberen zwanger te worden werd dit middel door de gynaecoloog, in overleg met de cardioloog, omgezet in fraxiparine 0,6 ml twee maal daags subcutaan. Ook had de gynaecoloog patiënte voor een eenmalig consult ter kennismaking naar de cardioloog verwezen. Toen patiënte vanwege een reguliere controleafspraak bij de gynaecoloog kwam, had zij een hypotensie (70/50mm Hg) en klachten van moeheid en kortademigheid. De gynaecoloog duidde dit als een 'mid-pregnancydip' en liet patiënte naar huis gaan. Dezelfde avond werd patiënte via de Spoedeisende Hulp opgenomen en bleek zij een kleptrombose te hebben. Uiteindelijk zijn zowel patiënte als het ongeboren kind overleden.

De klagers, nabestaanden van de patiënte, verweten de gynaecoloog dat hij patiënt niet had geïnstrueerd heparine te injecteren, dan wel dit ten onrechte gelegeerd had. Ook had hij de stollingsstatus van patiënte moeten controleren en waren de klachten en de extreem lage bloeddruk van patiënte volgens hen niet serieus genomen.

Het CTG oordeelde dat de gynaecoloog juist had ge-

handeld door de antistolling in overleg met de cardioloog om te zetten, een kennismakingsconsult met een cardioloog te plannen en opdracht te geven patiënte te leren injecteren. Omdat de gynaecoloog als hoofdbehandelaar van patiënte de alarmsignalen had gemist en haar toen deze signalen zich voordeden, niet naar een cardioloog had verwezen, legde het CTG een waarschuwing op.⁶

Behandeling en begeleiding bevalling

Casus 3

Een zwangere patiënte, die minder leven voelde en langer dan 24 uur gebroken vliezen had, werd ingeleid. In het ziekenhuis hadden ten behoeve van alle afdelingen één (onervaren) arts-assistent en één co-assistent dienst, en op de afdeling verloskunde had een verloskundig verpleegkundige dienst. De dienstdoende gynaecoloog was naar huis gegaan.

Toen de gynaecoloog het ziekenhuis had verlaten, ontstonden er afwijkingen op het cardiotocogram. Er waren tekenen aanwezig van overstimulatie. De gynaecoloog heeft drie maal telefonisch contact gehad met het ziekenhuis, waarbij geen bijzonderheden werden gemeld.

Later trad een bradycardie op bij het kind, waarop de gynaecoloog is gewaarschuwd. Zij gaf opdracht een weeënremmer toe te dienen en is direct naar het ziekenhuis gegaan. Terwijl de voorbereidingen voor een spoedsectio werden getroffen, heeft zij nog tevergeefs geprobeerd een vacuümextractie te verrichten. Vervolgens is het kind door middel van een sectio in slechte conditie geboren en een dag later overleden.

Klaagster stelde zich op het standpunt dat de gynaecoloog waterdichte afspraken had moeten maken met de verpleging, arts-assistent en de co-assistent. Zij zou teveel aan de arts-assistent hebben overgelaten. Verder had de gynaecoloog in het telefonisch contact met de arts-assistent expliciet moeten informeren naar het cardiotocogram. Klaagster verweet de gynaecoloog dat zij onvoldoende zorg had verleend.

Het oordeel van het CTG luidde dat de gynaecoloog niet verantwoordelijk kon worden gehouden voor de personele bezetting. Zij had hiermee echter wel rekening moeten houden, evenals met het feit dat de arts-assistent onervaren was en er sprake was van een risicovolle bevalling. De gynaecoloog had voor vertrek uit het ziekenhuis duidelijke, en bij voorkeur, schriftelijke instructies moeten opstellen ten aanzien van het beleid. Ook had zij in de telefonische contacten met zowel de verpleegkundige als de arts-assistent moeten informeren naar het cardiotocogram en naar het ziekenhuis moeten gaan om zich op de hoogte te stellen van de situatie van de patiënte. Het CTG handhaafde de maatregel van waarschuwing.⁷

Nazorg

Casus 4

In deze casus ging het om een patiënte met een sectio in de voorgeschiedenis die was ingeleid. Toen patiënte al hevig in partu was, was de arts-assistent door de kraamverzorgster gewaarschuwd en werd vanwege een bradycardie een spoedsectio verricht. Er bleek sprake van een uterusruptuur, het kind werd in slechte conditie geboren en overleed tien dagen later.

In een nagesprek noemde de gynaecoloog het risico op een uterusruptuur en legde uit dat dit risico zo klein was, dat zij het niet nodig had geacht patiënte hierover in te lichten. De gynaecoloog moest tijdens dit nagesprek eerder weg. Klagers verweeten de gynaecoloog onder meer dat zij in het nagesprek onjuiste informatie had verstrekt en dit gesprek voortijdig had afgebroken.

Het CTG oordeelde dat het ongepast was dat de gynaecoloog het nagesprek had afgebroken vanwege een miscommunicatie bij het plannen van de afspraak, maar oordeelde dat dit niet tuchtrechtelijk verwijtbaar was.

Het percentage dat de gynaecoloog in het nagesprek noemde als risico voor een uterusruptuur was onjuist en lager dan in werkelijkheid voor patiënte gold. Dit was naar het oordeel van het CTG wel tuchtrechtelijk verwijtbaar. Het CTG legde de gynaecoloog een waarschuwing op.⁸

Leerpunten

Uit bovengenoemde en overige casus kan een aantal leerpunten worden gedestilleerd. Ter illustratie volgen hier enkele leerpunten uit bovengenoemde casuïstiek:

- Na verwijzing naar een andere specialist voor behandeling van een aandoening optredend tijdens de zwangerschap binnen het deskundigheidsgebied van deze specialist, is deze verantwoordelijk voor het beleid met betrekking tot deze aandoening.
- Een superviserend gynaecoloog moet rekening houden met de personele bezetting en met de ervaring van de arts-assistent.
- Bij een risicovolle bevalling moet de gynaecoloog navraag doen naar het cardiotocogram.

Uit alle leerpunten afkomstig uit de geanalyseerde tuchtzaken volgde een aantal aanbevelingen om te handelen conform de professionele standaard, welke zijn geformuleerd in de vorm van do's en don'ts.

Algemeen

Do's:

- Op de hoogte zijn van protocollen en richtlijnen en deze opvolgen
- Op de hoogte zijn van indicaties voor opname, aan-

vullend onderzoek, sectio's, inleiden en hiernaar handelen

- Zorgvuldig verslagleggen en overdragen
- Als supervisor zorg dragen voor een goede organisatie op de afdeling, waaronder het aanwezig zijn van protocollen

Diagnostiek

Do's:

- Alert zijn op alarmsignalen
- Voor een verslechterende klinische toestand van een patiënte een verklaring zoeken
- Een cardiogram zorgvuldig beoordelen

Risicovolle bevalling

Do's:

- Beleid bepalen en geschreven instructies voor verpleegkundigen achterlaten
- Als supervisor bij een moeizaam beloop op de afdeling blijven om in te grijpen
- Als supervisor navraag doen naar het cardiogram
- Vanaf het moment dat patiënte in partu is continu cardiogram afspreek

Don'ts:

- Bewaking van het beginstadium van de bevalling aan een kraamverzorgster overlaten

Samenwerking

Do's:

- Als supervisor rekening houden met personele bezetting en ervaring van arts-assistenten
- Als arts-assistent contact opnemen met de supervisor als deze een patiënte mede moet beoordelen
- Een deskundige specialist in consult vragen voor advies of behandeling van een aandoening die buiten het eigen deskundigheidsgebied valt

Don'ts:

- Een genuanceerde bevalling van een cardiogram aan de verpleegkundige overlaten

Discussie

Zoals eerder genoemd volgden bovenstaande aanbevelingen uit een selectie van alle casus. Dit in tegenstelling tot het onderzoek van Van Leusden et al.¹, waarbij alle tuchtzaken van een bepaalde periode in de analyse werden meegenomen. Wel is het zo dat de geselecteerde casus door het hoogste orgaan binnen het tuchtrecht zijn beoordeeld, waardoor het oordeel dat geveld is als maatstaf gehanteerd kan worden. Echter, door het beperkte aantal casus kunnen geen conclusies getrokken worden die een algemeen karakter dragen. Dit dient bij het lezen van bovenstaande adviezen in ogenschouw genomen te worden.

Een aantal zaken valt op bij het analyseren van de geselecteerde tuchtzaken. Ten eerste blijken er regelmatig verschillen te zijn in de beoordeling van een tuchtzaak door het RTG en het CTG. Hiermee wordt aangetoond dat het niet altijd eenvoudig is om te oordelen of de arts conform de professionele standaard gehandeld heeft. Als er richtlijnen, protocollen of gedragscodes aanwezig zijn, maakt dit beoordeling van het handelen eenduidiger. Als een arts zich niet aan de richtlijn of het protocol heeft gehouden, wordt hem dit verweten, tenzij er een goede reden was om ervan af te wijken.

Verder kwam als heikel punt in meerdere tuchtzaken naar voren dat beoordeling van een cardiogram aan de verpleegkundige was overgelaten. Het CTG was van mening dat beoordeling van een cardiogram een taak is van de arts. Het is van belang om bij het beoordelen van het cardiogram de taakverdeling niet uit het oog te verliezen. Gedetailleerde beoordeling van een cardiogram behoort inderdaad tot het deskundigheidsgebied van de arts. Het signaleren van afwijkingen op een cardiogram is echter wel een taak van de obstetrisch verpleegkundige en deze dient ook te bepalen hoe dringend de beoordeling van het cardiogram door de arts is.⁹

Daarnaast werd in een eerder beschreven oordeel van het CTG genoemd dat supervisoren rekening moeten houden met ervaring van de arts-assistent. Zij zijn nog niet klaar met hun opleiding en zullen, naar mate zij verder gevorderd zijn, steeds meer taken zelfstandig kunnen uitvoeren. Uit een tuchtzaak, die niet binnen de besproken selectie viel, bleek dat de tuchtrechtelijke aansprakelijkheid voor handelingen die een arts-assistent verricht in het begin van de opleiding voornamelijk bij de supervisor ligt. Deze komt steeds meer bij de arts-assistent te liggen, tot aan het eind van de opleiding de arts-assistent volledig verantwoordelijk is voor zijn eigen doen en laten.¹⁰

Tot slot was er soms onduidelijkheid over de verantwoordelijkheid van verschillende specialisten in de behandeling van een zwangere patiënte. Ten aanzien van de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar staan in de 'Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' kernpassages over het hoofdbehandelaarschap. Hierin staat onder andere dat de hoofdbehandelaar naast de zorg die hij ten opzichte van de patiënte moet betrachten, ook belast is met de regie van de behandeling door hemzelf en andere specialisten. Ook wordt vermeld dat van de hoofdbehandelaar verwacht mag worden dat hij alert is op aspecten die op andere vakgebieden liggen en zich tijdig laat informeren door specialisten op die vakgebieden.¹¹

Conclusie

Meer dan de helft van de klachten die van 2004 tot en met 2010 zijn gepubliceerd had betrekking op de begeleiding en behandeling tijdens zwangerschap, bevalling en de nazorg.

Van de 29 klachten die binnen deze categorie vielen en door het Centraal Tuchtcollege beoordeeld werden, ging een groot deel over de begeleiding en behandeling tijdens de bevalling. Uit de tuchtzaken volgde een aantal leerpunten, waaruit als conclusie een aantal do's en don'ts volgen, die ondersteuning kunnen bieden bij het handelen conform de professionele standaard.

Literatuur

1. van Leusden, M.B., H.A.M. Vervest & J.H. Hubben, *Uitkomsten van de tuchtrechtspraak over gynaecologen: vergelijkingen tussen 1980-1991 en 1992-2003*. Ned Tijdschr Geneeskd. 2006 150:1528-32.
2. *Jaarverslag Tuchtcolleges voor de gezondheidszorg 2009*.
3. Deze bronnen zijn: opmaatnieuw.sdu.nl, www.tuchtrecht.overheid.nl, www.overheid.nl/publicaties, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/uitspraken.
4. Heineman, M.E.F., J.H. Hubben, *De gynaecoloog in de medische tuchtrechtspraak 1980-1992*. Reeks Gezondheidsrecht. Deel 2. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen; 1994.
5. Centraal Tuchtcollege 01-04-2010, C2009/001
6. Centraal Tuchtcollege 19-03-2009, 2008/050
7. Centraal Tuchtcollege 20-02-2005, 2002/068
8. Centraal Tuchtcollege 22-06-2004, 2003/167
9. *Handleiding cardiocografie* die voor en door obstetrisch verpleegkundigen is opgesteld en door de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie is goedgekeurd.
10. CTG 16-12-2004, 2004/035.
11. *Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*. KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, NIP, NVZ, GGZ Nederland, NPCF. 26 januari 2010.

Samenvatting

Tussen 1 januari 2004 en 1 januari 2011 zijn in totaal 112 klachten tegen gynaecologen bij tuchtcolleges ingediend. Vergeleken met andere specialismen werd een relatief hoog percentage van deze klachten gegrond verklaard. Meer dan de helft van de gepubliceerde klachten had betrekking op behandeling en begeleiding tijdens zwangerschap en bevalling.

Naar aanleiding van een analyse van de uitspraken op dit gebied van het Centraal Tuchtcollege Gezondheidszorg (CTG), werden professionele normen voor gynaecologen geformuleerd. Voor deze subanalyse werd gekozen, omdat het Centraal Tuchtcollege de hoogste instantie binnen het tuchtrecht is. Wat betreft de aanbevelingen dient in aanmerking genomen te worden dat deze gebaseerd zijn op een beperkt aantal tuchtzaken en daarom geen algemene conclusies kunnen worden getrokken.

Trefwoorden

Tuchtrecht, gynaecologie, professionele normen, bevalling

Summary

All health care law cases concerning gynaecologists in the period between 2004 and 2010 were collected from various judicial sources, since recent research was not available. A relatively high percentage of these cases was considered legitimate. Most of the 85 published cases were related to treatment and care during pregnancy or delivery. A selection of these cases, judged by the national health law committee were studied and advices concerning professional behaviour following these judgments were formulated. Since these advices are based on a selection of cases, no general conclusions could be drawn.

Key words

Medical law, gynaecology, labour, professional standard

Auteurs

Drs. P.C. Schut, ANIOS Gynaecologie

Mr. A. Tingen, Universitair docent gezondheidsrecht, Julius Centrum, UMC Utrecht

Belangenverstrengeling

Geen gemelde (financiële) belangenverstrengeling

Seksuele functiestoornissen: de mogelijke rol van negatieve emotionele reacties

Y.R. Hanema, P.J. de Jong, C. Borg en W.C.M. Weijmar Schultz

'Je faalt als vrouw. Dit is wel heel erg privé en ik schaam me er ergens ook wel voor. Elke keer dat het onderwerp seks naar voren komt voel ik me afschuwelijk. Ik kan dit mijn partner niet geven, waarom zou iemand dan bij me willen blijven? Ook is het voor vrouwen met een kinderwens bijzonder moeilijk te verkroppen dat het niet 'op de normale manier' kan. Het gevoel van; iedereen doet het, iedereen kan het, en iedereen vindt het fijn, is iets wat zeker als de klachten al jaren spelen erg zwaar op je drukt. Toen mijn man en ik een kinderwens hadden kregen we spuitjes en potjes mee. In de potjes moest je sperma opvangen, daarna overgieten in een spuitje en dat inbrengen. Afschuwelijk, zo wil je samen geen kindje maken! Het benadrukte alleen nog maar meer hoe raar dit eigenlijk is en hoe je als vrouw dan lichamenteel tekort schiet.' Anne D.

Inleiding

Seksuele functiestoornissen, zoals primair vaginisme en dyspareunie, gaan vaak gepaard met negatieve (disfunctionele) emotionele reacties op seksuele stimuli. Dergelijke emotionele reacties zouden wel eens een belangrijke rol kunnen spelen bij het voortduren van de klachten. In het hiernavolgende zullen we eerst uiteenzetten hoe deze seksuele functiestoornissen het beste kunnen worden gedefinieerd, en wat de verschillende verklaringen zijn voor het ontstaan en voortduren van deze klachten. Vervolgens doen we verslag van een aantal studies die er op waren gericht te onderzoeken of negatieve emoties zoals pijn en walging inderdaad kunnen worden gezien als mogelijk klachtenonderhoudend moment.

Vaginisme, Dyspareunie en Vulvair Vestibulitissyndroom

In de huidige versie van de 'Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders' - vierde editie - [DSM-IV-TR] behoort primair vaginisme tot de seksuele pijnstoornissen.¹ Desondanks gebruiken de meeste onderzoekers de definitie zoals geadviseerd door een internationale consensus commissie. Deze commis-

sie beschrijft vaginisme als: 'aanhoudende problemen om een penis, vinger of elk willekeurig ander object in de vagina naar binnen te brengen, ondanks de vrouw haar uitdrukkelijke wens daartoe. Er kan sprake zijn van het onvrijwillig aanspannen van de bekkenbodemspieren, (fobisch) vermijdingsgedrag en anticipatieangst op pijn. Somatische redenen voor de klacht moeten zijn uitgesloten (p. 45)'.^{1,2} De prevalentie van primair vaginisme bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd is naar schatting 0.5 tot 1%.²

Primair vaginisme kan een negatief effect hebben op seksuele relaties en kan resulteren in problemen voor zowel de vrouw als voor haar partner.³ De etiologie van deze aandoening is nog grotendeels onbekend. Recent is betoogd dat vaginisme wellicht kan worden gezien als een specifieke angst voor penetratie. Gecontroleerde blootstelling aan de gevreesde stimuli is doorgaans zeer effectief om fobische angst te reduceren. Een dergelijke aanpak bleek ook bij vrouwen met vaginisme succesvol. In een randomized controlled trial (RCT) bleek maar liefst 90% van de deelnemende vrouwen succesvol geslachtsgemeenschap te hebben gehad na een dergelijke blootstellingstherapie.⁴ Ondanks dit hoge succespercentage van de behandeling om te leren coïteren, gaven sommige vrouwen aan dat ondanks deze verworvenheid hun seksuele relatie nog niet bevredigend was.⁴ Mogelijk dat door de behandeling wel de bedreigende aspecten van seksuele penetratie afgeleerd worden, maar om te bereiken dat deze vrouwen ook van geslachtsgemeenschap kunnen genieten is mogelijk meer nodig.

Dyspareunie wordt beknopt gedefinieerd als 'recidiverende of aanhoudende genitale pijn samenhangend met de geslachtsgemeenschap'.^{1,2} Naar schatting lijden mondiaal gezien 6,5-45% van de relatief oudere vrouwen en 14-34% van de relatief jongere vrouwen in meer of mindere mate aan dyspareunie.⁵ De hoge variatie in voorkomen van de klacht dyspareunie reflecteert zowel het gebrek aan specificiteit van de definitie dyspareunie, als de heterogeniteit van deze conditie.^{6,7} Het vulvair vestibulitissyndroom (VVS)*, is een vorm van dyspareunie die vooral premenopau-

* In de internationale literatuur spreekt men over provoked vestibulodynia (PVD). Wij prefereren echter voor dit artikel de Nederlandse benaming vulvair vestibulitissyndroom (VVS), aangezien wij verwachten dat het merendeel van de Nederlandse gynaecologen deze laatste gebruikt.

zale vrouwen betreft. Zij klagen over langdurige of recidiverende pijn bij de penetratie en bij gynaecologisch onderzoek, waarvoor tot op heden niet één duidelijke oorzakelijke factor is geïsoleerd.⁸

Er is wereldwijd een discussie gaande of primair vaginisme en dyspareunie als twee afzonderlijke aandoeningen moeten worden gezien of op één continuüm van seksuele pijnstoornissen geplaatst dienen te worden.^{9,10} Vermoedelijk ontstaat verwarring doordat dyspareunie doorgaans gepaard gaat met een secundair vaginistische reactie. In feite is dan sprake van 'secundair vaginisme'. Daarom worden in onze studies voor de diagnose 'primair vaginisme' zeer strikte criteria aangehouden. In de internationale literatuur is dat niet (altijd) het geval wat, bij vergelijkend onderzoek veel overlap oplevert tussen kenmerken van vrouwen met dyspareunie en vrouwen met vaginisme. Dit wordt vervolgens als argument gebruikt om vaginisme en dyspareunie onder één noemer te scharen.¹¹ In tegenstelling tot de internationale literatuur, prefereren wij overigens de term 'primary vaginismus' boven de in de literatuur veel gebruikte term 'lifelong vaginismus', omdat deze laatste term suggereert dat de aandoening niet behandelbaar zou zijn.

Pijn catastroferende cognities en het vermijden van pijn

Er zijn verschillende verklaringen geopperd voor het ontstaan en het voortduren van vaginisme en dyspareunie. Eén van deze verklaringen stelt pijn centraal. Hoewel bij vaginisme de aanwezigheid van pijn geen vereiste is om de diagnose te mogen stellen, melden deze vrouwen vaak pijn, bijvoorbeeld bij het vaginaal toucher. Het vaginaal toucher is dan ook gecontraïndiceerd in de diagnostische fase. Uit studies bij spierpijn is aangetoond dat pijn catastroferende cognities en het vermijden van pijn bij kan dragen aan de ontwikkeling van, en het onderhouden van pijn symptomen.¹²⁻¹⁴ Pijn catastroferende cognities zijn vermoedelijk ook actief bij seksuele pijn.¹⁵⁻¹⁸ Het pijn-vermijdingsmodel van chronische pijn laat zien dat, via catastrofale inschattingen van ervaren pijn vermijdingsgedrag en overgevoeligheid voor prikkels bevorderd worden.^{14,19,20-22} Overgevoeligheid voor prikkels wordt toegeschreven aan een cognitieve misinterpretatie en perceptuele versterking van lichamelijke sensaties, symptomen of signalen.^{23,24} Catastroferende gedachten kunnen (via overgevoeligheid) de ervaren pijnsensaties versterken en hierdoor vermijdingsgedrag op gang brengen, waardoor de pijnsensatie niet gecorrigeerd wordt en herstel bemoeilijkt wordt.^{25,26} Zo ontstaat een zelfonderhoudende neerwaartse spiraal van vermijdingsgedrag en anticipatie op pijn.²⁷

Bij vaginisme kan seksuele pijn, of de anticipatie

hierop, ook aanleiding geven tot catastrofale gedachten (vaginale penetratie zal erg pijnlijk zijn, de vagina is te klein voor de penis etc.) en tot angst gericht op vaginale penetratie.^{15,28,29} Op zijn beurt zal anticipatie op de catastrofale gevolgen van penetratie kunnen bijdragen aan de overgevoeligheid voor pijnlijke seksuele stimuli. Daarmee wordt de drempel voor het ervaren van negatieve fysieke sensaties of aanraking lager, maar zal dit ook bijdragen aan een negatieve waardering voor seksuele prikkels, en motiveren tot vermijdingsgedrag.^{19,30} Pogingen tot penetratie leiden tot een defensief samentrekken van de bekkenbodemspieren of een verhoogde bekkenbodemspieronus, wat - logischerwijs - weer bijdraagt aan negatieve cognities waarmee de negatieve verwachtingen worden bevestigd.^{28,29,31} Eigen aan dit model is dat mensen met seksuele pijn overgevoelig zijn voor pijn bij de coïtus en erg gespitst zijn op pijn stimuli.³²

De aanwezigheid van pijnvermijndend gedrag is mogelijk zelfs op een directe wijze relevant voor de ontwikkeling en het behoud van vaginisme. De versterkte neiging tot het ontwijken van gedragingen/stimuli die schadelijk kunnen zijn (karakteristiek voor pijn vermijndend gedrag) zou kunnen resulteren in sterke defensieve reacties. In lijn met deze visie is aangetoond dat de 'harm-potentiated startle reflex' (= onvrijwillige respons op een plotselinge, intense stimulus) vooral sterk aanwezig is in personen bij wie de neiging tot het vermijden van pijn sterk aanwezig is.³³ In de context van vaginisme zou defensief gedrag kunnen resulteren in relatief sterke samentrekking van de bekkenbodemspieren, wat logischerwijs interfereert met seksuele responsiviteit.^{28,31} De aanwezigheid van pijnvermijndend gedrag per se - nog onafhankelijk van de aanwezigheid van pijn catastroferende cognities - zou mogelijk zelfs bij kunnen dragen aan de toegenomen ontwijking van vaginale penetratie en aan defensieve gedragingen tijdens het gynaecologische onderzoek.²⁸

Indien disfunctionele cognities over pijn inderdaad een belangrijke rol vervullen bij het ontstaan en voortduren van seksuele pijnstoornissen, dan zouden met name vrouwen die pijn vaak catastroferen een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van een dergelijke stoornis.

Walging als een prominente negatieve emotie bij vaginisme

Een andere verklaring voor het ontstaan en voortduren van vaginisme en dyspareunie is walging en de angst om besmet te worden. De emotie angst is in de context van primair vaginisme in eerste instantie wellicht beter te begrijpen, aangezien deze vrouwen letterlijk aangeven dat ze angst hebben voor penetratie. Maar wellicht is er daarnaast ook een verband tussen angst en walging, aangezien bij bestudering

van personen met een psychopathologie gebleken is dat pathologische walging een angststoornis in stand kan houden.^{34,35} En mogelijk zo ook bij primair vaginisme. Walging is namelijk een sterk negatieve emotie die logischerwijs interfereert met seksuele opwinding; het geeft wellicht aanleiding voor allerlei reflexen zoals kokhalzen of het aanspannen van de bekkenbodemspieren.³⁶

Walging wordt beschouwd als een verdedigingsmechanisme met onder andere als functie het organisme te beschermen tegen besmetting met een ziekteverwekker.³⁷ Door vermijdingsgedrag uit te lokken (bijvoorbeeld het vermijden van bepaald voedsel, het aanraken van 'vieze' dingen, etc.), wordt walging gedacht het risico op besmetting met een ziekteverwekker te beperken. In overeenstemming met deze functie blijken vrouwen juist als hun biologisch immuunsysteem tijdelijk minder actief is (bijvoorbeeld eerste trimester zwangerschap) en ze dus bevattelijker zijn voor besmetting, sneller en sterker van dingen te walgen. Op vergelijkbare manier is de walgingsgevoeligheid bij vrouwen het hoogst tijdens de luteale fase van de menstruele cyclus.³⁸ Seksueel gedrag met anderen vereist als regel intens en langdurig lichamelijk contact met producten die behoren tot de sterkste walguitlokkers zoals speeksel, slijm, zweet. Die producten komen dan ook nog eens in aanraking met plekken van het lichaam die mensen normaal gesproken zo ver mogelijk verwijderd houden van 'vieze' dingen zoals de blote huid en lichaamsopeningen zoals mond en vagina. Vanuit de ziektevermijdingsfunctie van walging, zou seksueel gedrag aldus intense walging moeten oproepen om te helpen voorkomen dat door het intens lichamelijk contact infecties worden overgedragen. Dat mensen zich ondanks dit ziektevermijdingsmechanisme toch voortplanten en als regel genieten van seks kan worden verklaard door het feit dat seksuele opwinding het opkomen van walging kan voorkomen. Het lijkt er op dat seksuele opwinding het ziektevermijdingsmechanisme tijdelijk uit kan zetten.⁷⁰ Vanuit dit perspectief zal alles wat bijdraagt aan het voorkomen van seksuele opwinding en/of de walging voor seksgerelateerde stimuli versterkt er toe kunnen leiden dat mensen seksuele problemen krijgen/ervaren.

Vanuit deze redenering kunnen de onvrijwillige contracties van de bekkenbodemspieren mogelijk gezien worden als een verdedigingsmechanisme, als een uiting van door walging geïnduceerd vermijdingsgedrag.³⁹⁻⁴¹ Het vooruitzicht op fysiek contact met de vagina en/of het vooruitzicht op penetratie kan dan deze onvrijwillige contractie van de bekkenbodemspieren mogelijk uitlokken.^{40,42} De vaginistische reactie zou dan te begrijpen zijn als een door walging geïnduceerde defensieve respons.

In lijn met deze speculaties, scoren vrouwen met vaginisme hoger dan vrouwen zonder seksuele pro-

blemen op vragenlijsten die meten hoe snel mensen ergens van walgen. Vrouwen met vaginisme blijken dus relatief snel en sterk van allerlei dingen te walgen; vanwege deze algemeen verhoogde "walgingsgeneigdheid" lopen zij tevens een verhoogde kans om ook van seksuele stimuli te walgen.^{41,43,44}

Vervolgonderzoek heeft zich er op gericht te onderzoeken of deze vrouwen ook daadwerkelijk een relatief heftige walgingsrespons vertonen voor seksuele stimuli.⁴⁵ Het is daarbij van belang dat er in de psychologie twee - deels onafhankelijke - manieren worden onderscheiden waarop attitudevorming plaats kan vinden. Enerzijds komen mensen tot oordelen bijvoorbeeld over seksuele stimuli via bewuste reflectieve processen, de zogenaamde expliciete attitudes. Anderzijds worden attitudes gevormd via reflexieve associaties in het geheugen. Associaties die spontaan en automatisch opkomen bij mensen als ze bijvoorbeeld een plaatje zien van seksuele penetratie. Omdat expliciete attitudes berusten op bewuste overwegingen zijn ze ook heel gevoelig voor factoren als sociale wenselijkheid en ontkenning. De veronderstelde aversie ten opzichte van seksuele activiteiten zoals penetratie kan daarom vermoedelijk het best via impliciete meting van de meer automatische associaties worden vastgesteld. Bovendien zijn er aanwijzingen dat juist dergelijke impliciete attitudes een belangrijke rol spelen in het uitlokken van relatief spontane reflexmatige gedragingen/reacties.⁴⁶⁻⁴⁸ Derhalve vermoeden we dat juist ook de oncontroleerbare, automatisch geactiveerde associaties (impliciete attitudes) een cruciale rol spelen bij het teweegbrengen van de karakteristieke defensieve reacties van vrouwen die lijden aan primair vaginisme.⁴⁹

Morele overtuigingen met betrekking tot seks

Een derde invalshoek om de negatieve emotionele respons op specifiek seksueel gedrag te kunnen begrijpen is via de bestudering van de rol van morele waarden. Er zijn aanwijzingen dat vrouwen met een sterke naleving van conservatieve waarden minder tolerant zijn voor een aantal seksuele gedragingen.⁵⁰ Een lagere tolerantie ten opzichte van bepaalde seksuele gedragingen betekent logischerwijs een beperking van het seksuele repertoire. Dit maakt de drempel lager voor het ervaren van negatieve emoties in een seksuele context.⁵¹ Dit kan tevens tot uiting komen in vermijdingsgedrag en kan de seksuele opwinding afremmen.

Een instrument voor het in kaart brengen van persoonlijke waarden is de 'Schwartz Value Survey' (SVS).⁵² De SVS differentieert tussen conservatieve waarden en liberale waarden.⁵³ Personen met minder liberale principes worden verondersteld minder waarde te hechten aan genot, sensualiteit en emo-

tionele gratificatie, terwijl een sterke naleving van liberale waarden geassocieerd wordt met het erkennen van seks als een positieve ervaring en emotionele ontlading.⁵⁴ Een hoge score op conservatieve waarden (een indicatie voor conservatieve morele principes), in combinatie met problemen omtrent het overschrijden van grenzen kan een negatieve uitwerking hebben op seksueel gedrag. Als deze conservatieve principes uitstralen naar morele waarden die specifiek zijn voor seks, dan kunnen ook hierdoor de seksuele ervaringen van een vrouw erg ingeperkt worden. Indien deze waarden vanaf een jonge leeftijd zijn vastgeroest in de kernovertuigingen van de vrouw (via scholing, religie, culturele normen etc.), is het mogelijk dat er automatisch defensieve associaties/attitudes ontstaan en er ontwijkingsgedrag gaat plaatsvinden bij seksuele confrontaties.^{55,56} In lijn met deze visie, zouden vrouwen met lagere scores op de liberale en hogere scores op de conservatieve subschalen, een grotere kans lopen om seksuele problemen te ontwikkelen.

Bepaalde (negatieve) seksuele overtuigingen kunnen tevens een direct effect hebben op de reactie op seksuele stimuli en via dit directe effect het risico op seksueel disfunctioneren mogelijk verhogen.⁵⁷⁻⁵⁹ In lijn met deze visie heeft onderzoek aangetoond dat vrouwen met seksuele disfuncties inderdaad conservatievere waarden naleven met betrekking tot seks, zelfs tot het punt dat seks ervaren kan worden als een zonde.⁵⁷⁻⁶¹ Tevens is gevonden dat de mate van conservatieve vroomheid (alle religieuze overtuigingen), in staat is te voorspellen in welke mate een individu negatieve emoties ervaart na afloop van masturbatie.⁵⁰ Bovendien geven vrouwen met vaginisme aan dat ze minder vaak masturberen en dat ze vaker problemen hebben met seksuele opwindings.^{28,62}

In een van de voorgaande paragrafen noemden we de bevinding dat vrouwen met primair vaginisme over het algemeen eerder geneigd zijn tot walging en specifiek meer walging vertonen als reactie op seksuele stimuli.^{36,45} Recente bevindingen tonen aan dat het vooruitzicht op het overtreden van sociale, morele waarden mogelijk intense gevoelens van walging teweegbrengen.^{63,64} We speculeren dat deze ervaren 'onzedelijkheid' van bepaalde seksuele gedragingen/stimuli via walging wellicht bij kan dragen aan het genereren van de defensieve reflexen van de bekkenbodemspieren, wat kenmerkend is voor vaginisme.

Een recent gepubliceerd artikel in Science betoogt dat indien een individu walging ervaart, deze ervaren walging de reeds aanwezige morele waarden/overtuigingen van het individu verder versterken.³⁴ Gevoelens van walging ten opzichte van seksuele stimuli kunnen dus mogelijk de invloed van reeds aanwezig beperkende morele waarden verhogen. Hierdoor wordt de drempel voor het uitlokken van defensieve reflexen ook weer verlaagd. De sterke naleving van

morele waarden en negatieve seksuele overtuigingen kunnen dus wellicht aanleiding geven tot een neerwaartse spiraal en daarmee bijdragen aan het voortduren van vaginisme.

Onderzoek naar emoties

In Groninger onderzoek naar de onderliggende emoties van seksuele pijnstoornissen zijn drie groepen vrouwen opgenomen: een groep vrouwen die gebukt gaat onder primair vaginisme, een groep met vrouwen die lijden aan dyspareunie (een seksuele pijnstoornis afkomstig uit dezelfde diagnostische categorie als vaginisme) en een controlegroep bestaande uit vrouwen zonder klachten op seksueel gebied. Terwijl bij primair vaginisme het onvermogen om geslachtsgemeenschap te hebben centraal staat, kenmerkt dyspareunie zich door genitale pijn tijdens en/of na de geslachtsgemeenschap.

Selectiecriteria

Voor de toelichting van de strikte criteria die wij hanteren bij het werven van participanten voor onze onderzoeken, is het van belang te melden welke procedure de deelnemers hebben ondergaan. Alle deelnemers aan ons onderzoek ondergaan een intake procedure door een ervaren gynaecoloog/seksuoloog-NVVS (WWS), waarbij de diagnoses primair vaginisme of dyspareunie wordt gesteld op geleide van de criteria van Basson et al.¹ Daarbij wordt een standaard gynaecologisch-seksuologische anamnese afgenomen.^{36,43,45,65,66} Deze anamnese betreft onder andere de vraag of de betrokkene heeft geprobeerd en erin geslaagd is om een vinger, penis of een willekeurig ander object (tampon) in de vagina in te brengen. De diagnostische procedure omvat tevens een lichamelijk onderzoek in overeenstemming met de recente richtlijnen.⁶⁷ Tijdens het lichamelijk onderzoek worden de participanten altijd vergezeld door hun partner. De autonomie van de participant wordt beschermd door haar van te voren te wijzen op het feit dat ze het recht heeft om op ieder moment het onderzoek te beëindigen. Gedurende het eerste deel van het lichamelijk onderzoek krijgt de participant een spiegel aangereikt en geeft de gynaecoloog een anatomische beschrijving van haar genitaal gebied. Zodra de participant zich zo goed mogelijk op haar gemak voelt, dient ze druk uit te oefenen op de vinger van de gynaecoloog - die zich bevindt op het maagdenvlies. Over het algemeen resulteert deze handeling bij vrouwen met primair vaginisme in overstimulering van de bekkenbodemspieren en/of onvrijwillig defensief gedrag van deze spieren.

De homogeniteit van de vaginismegroep is in het onderzoek gegarandeerd door alleen participanten toe te laten bij wie comorbiditeit met VVS uitgesloten is. Tevens zijn in de vaginismegroep alleen participanten toegelaten bij wie, gedurende het lichamelijk on-

derzoek, bij een poging tot penetratie met één vinger in de vagina een onvrijwillig defensieve reactie optreedt en een melding van angst.^{5,10} Voor definitieve toelating tot de vaginismegroep dient dit gedrag ook aanwezig te zijn buiten de klinische setting. Tevens dient de participant nooit in staat geweest te zijn om vaginaal gepenetreerd te worden (met vinger, penis of welk ander object).^{1,10}

Het in onze onderzoeken gebruikt criterium voor de dyspareuniegroep is het hebben van hardnekkige of terugkerende pijn gedurende ten minste de helft van alle vaginale penetraties, of pogingen hiertoe. Dit probleem dient minimaal zes maanden aanwezig te zijn. In onze dyspareuniegroep zijn meer dan 50% van de deelnemende vrouwen tevens gediagnosticeerd met het Vulvair Vestibulitis Syndroom.¹

Resultaten onderzoek

In ons onderzoek vonden we dat vrouwen die lijden aan primair vaginisme, significant verhoogde niveaus van pijn catastroferende cognities vertoonden in vergelijking met vrouwen die lijden aan dyspareunie en vrouwen zonder seksuele klachten. Tevens vertoonden vrouwen met primair vaginisme significant verhoogde niveaus van pijnvermijdingsgedrag ten opzichte van vrouwen zonder seksuele klachten. We vonden geen significant verschil tussen vrouwen met dyspareunie en vrouwen zonder seksuele klachten, in de metingen van pijnvermijdingsgedrag en pijn catastroferende cognities.²⁷

Deze resultaten zijn aldus in overeenstemming met de eerder opgevoerde hypothese dat disfunctionele pijn cognities specifiek bij vaginisme een rol spelen bij het voortduren van de klachten.

Om te onderzoeken op welke wijze de emotie walging vermoedelijk betrokken is bij primair vaginisme kan een zogenaamde 'single target Implicit Association Task' (st-IAT) worden gebruikt. De st-IAT meet initiële associaties met walging en dreiging als reactie op afbeeldingen van geslachtsgemeenschap.⁶⁸ Om tevens reflexieve gedragsmatige walgreacties vast te stellen, hebben we de activiteit van de musculus levator labii gemeten (de neusoptrek spier die de kenmerkende walguitdrukking stuurt) door middel van 'faciale electromyografie' (EMG).⁶⁹ Om factoren als schaamte en sociale wenselijkheid te reduceren hebben we stimuli gebruikt die niet direct refereerden aan de partners van de deelnemers aan het onderzoek. Vrouwen met primair vaginisme of dyspareunie vertoonden in ons onderzoek inderdaad sterkere automatische associaties tussen seks en walging. Tevens melden met name de vrouwen met primair vaginisme relatief sterke subjectieve gevoelens van walging en gevoelens van bedreiging tijdens het beoordelen van de getoonde afbeeldingen. Interessant genoeg vertoonden specifiek vrouwen met primair vaginisme daarnaast relatief sterke reacties van de

walgspeieren wanneer ze werden blootgesteld aan een erotische videoclip.³⁶ Dit resultaat suggereert dat vrouwen met vaginisme mogelijk sterker reageren met defensieve spier-reflexen op seksuele stimuli. Dit zou kunnen verklaren waarom juist bij vrouwen met vaginisme geslachtelijk penetratie onmogelijk is.

Wij hebben in ons onderzoek tevens gekeken of vrouwen met primair vaginisme meer conservatieve waarden naleven in combinatie met mindere naleving van liberale waarden, in vergelijking met vrouwen zonder seksuele klachten. In lijn met onze verwachting hadden de vrouwen met primair vaginisme relatief lage scores op liberale waarden, in combinatie met betrekkelijk hoge scores op conservatieve waarden. Deze vrouwen waren tevens relatief beperkt in hun bereidheid tot deelname aan bepaalde seksueel gerelateerde gedragingen. De mate waarin ze aangaven bereid te zijn tot het uitvoeren van deze gedragingen bleek in hoge mate te herleiden tot hun waardenpatroon; hoe minder liberaal en hoe meer conservatief, des te lager hun bereidheid. De vrouwen met dyspareunie lieten een zelfde scorepatroon zien voor liberale en conservatieve waarden, alleen minder uitgesproken dan dat van de vaginismegroep (de dyspareuniegroep viel qua scores tussen de vaginismegroep en een groep met gezonde controles in).⁴³

Conclusie en discussie

Ten eerste is besproken op welke wijze de emotie walging betrekking zou kunnen hebben op vaginisme, en dat walging tot op zekere hoogte ook een rol zou kunnen spelen bij dyspareunie. Ten tweede hebben we ook belangrijke verschillen gevonden tussen vrouwen met primair vaginisme en vrouwen die afkomstig zijn uit de relatief heterogene groep van dyspareunie: vrouwen met vaginisme vertonen een relatief sterke fysiologische walgreactie op seksuele stimuli, neigen tot meer strikte morele overtuigingen dan vrouwen met dyspareunie en geven blijk van een relatief sterke neiging pijn te catastroferen. De gevonden verschillen tussen vrouwen met vaginisme en dyspareunie ondersteunt onze opvatting dat de vaginismegroep 'zuiver' dient te zijn ten einde de verschillende karakteristieken van de condities goed te kunnen onderzoeken. Om nader zicht te krijgen om de mogelijke overeenkomsten en verschillen tussen vaginisme en dyspareunie richten we ons momenteel op de hersengebieden die betrokken zijn bij de verwerking van seksuele stimuli enerzijds en die van stimuli gerelateerd aan walging of fysieke bedreiging anderzijds. We beogen daarmee te onderzoeken of specifiek bij vrouwen met vaginisme dezelfde hersennetwerken actief zijn bij seks en walging, terwijl bij dyspareunie dat eerder geldt voor netwerken gerelateerd aan seks en fysieke dreiging.

Wij danken dr. J.R.L. Verwoerd voor het becommentariëren van eerdere versies van dit stuk.

Literatuur

1. Basson, R., S.Leiblum, L. Brotto, L. Derogatis, J. Fourcroy, K. Fugl-Meyer, A. Graziottin, J.R. Heiman, E. Laan, C. Meston, L. Schover, J. van Lankveld & W.W. Weijmar Schultz, *Revised definitions of women's sexual dysfunction*. J Sex Med 2004 1:40-8.
2. Graziottin, A., *Dyspareunia and vaginismus: Review of the literature and treatment*. Curr Sex Health Rep 2008 5:43-50.
3. ter Kuile, M.M., J.J.D.M. van Lankveld, E. Groot, R. Melles, J. Neffs & M. Zandbergen, *Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors*. Behav Res Ther 2007 45:359-73.
4. ter Kuile, M.M., I. Bulté, P.T.M. Weijnenborg, A. Beekman, R. Melles & P. Onghena, *Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: A replicated single-case design*. J Consult Clin Psychol 2009 77:149-59.
5. Leiblum, S., *Classification and diagnosis of female sexual disorders*. In: Goldstein I, Meston C, Davis S, Traish A, editors. Women's Sexual Function and Dysfunction: Study Diagnosis and Treatment. 1st ed. Taylor & Francis Group; 2006. p. 327.
6. Hayes, R.D., C.M. Bennett, C.K. Fairley & L. Dennerstein, *What can Prevalence Studies Tell Us about Female Sexual Difficulty and Dysfunction? The Journal of Sexual Medicine* 2006 3:589-95.
7. Hayes, R.D., C.M. Bennett, L. Dennerstein, J.R. Taffe & C.K. Fairley, *Are aspects of study design associated with the reported prevalence of female sexual difficulties? Fertility and Sterility* 2008 90:497-505.
8. Ramaker, M., M. ter Kuile, *Oppervlakkige dyspareunie bij vrouwen*. In: van Lankveld J, Ter Kuile M, Leusink P. Seksuele disfuncties, diagnostiek en behandeling. Bohn, Stafleu, van Loghum, Houten, 2010 77-107.
9. Crowley, T., D. Goldmeier & J. Hiller, *Diagnosing and managing vaginismus*. BMJ 2009 338:b2284.
10. Klaassen, M. & M.M. ter Kuile, *Development and initial validation of the vaginal penetration cognition questionnaire (VPCQ) in a sample of women with vaginismus and dyspareunia*. J Sex Med 2009 6:1617-27.
11. Binik, Y.M., *The DSM diagnostic criteria for dyspareunia*. Archives Of Sexual Behavior 2010; 39(2): 292-303.
12. Linton, S.J., N. Buer, J.W.S. Vlaeyen & A.L. Hellsing, *Are fear-avoidance beliefs related to the inception of an episode of back pain? A prospective study*. Psychology & Health 2000 14:1051-9.
13. Severeijns, R., J.W.S. Vlaeyen, M.A. van den Hout, Picavet HS. *Pain catastrophizing and consequences of musculoskeletal pain: A prospective study in the Dutch community*. The Journal of Pain 2005 6:125-32.
14. Leeuw, M., M.I. Goossens, S. Linton, G. Crombez, K. Boersma, J.W.S. Vlaeyen, *The Fear-Avoidance Model of Musculoskeletal Pain: Current State of Scientific Evidence*. Journal of Behavioral Medicine 2007 30:77-94.
15. Reissing, E., *Vaginismus: Evaluation and Management*. In: Goldstein AT, Pukall C, Goldstein I, editors. Female Sexual Pain: Evaluation and Management. 1 ed. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2009. p. 229-34.
16. Dewitte, M., J. van Lankveld & G. Crombez, *Understanding sexual pain: A cognitive-motivational account*. Pain 2011 152:251-3.
17. Brauer, M., MM. ter Kuile, S.A. Janssen, E. Laan, *The effect of pain-related fear on sexual arousal in women with superficial dyspareunia*. European Journal of Pain 2007 11:788-98.
18. Desrochers, G., S. Bergeron, A. Khalifé, M.J. Dupuis & M. Jodoin, *Provoked vestibulodynia: Psychological predictors of topical and cognitive-behavioral treatment outcome*. Behaviour Research and Therapy 2010 48:106-15.
19. Payne, K.A., Y.M. Binik, R. Amsel & S. Khalifé, *When sex hurts, anxiety and fear orient attention towards pain*. European Journal of Pain 2005 9:427-36.
20. Picavet, H.S., J.W.S. Vlaeyen & J.S.A.G. Schouten, *Pain Catastrophizing and Kinesiophobia: Predictors of Chronic Low Back Pain*. American Journal of Epidemiology 2002 156:1028-34.
21. Edwards, R.R., J.A. Haythornthwaite, M.T. Smith, B. Klick & J.M. Katz, *Catastrophizing and depressive symptoms as prospective predictors of outcomes following total knee replacement*. Pain Res Manage 2009 14:307-11.
22. Swinkels-Meewisse, I.E.J., J. Roelofs, R.A.B. Oostendorp, A.L.M. Verbeek & J.W.S. Vlaeyen, *Acute low back pain: pain-related fear and pain catastrophizing influence physical performance and perceived disability*. Pain 2006 120:36-43.
23. Watson, D. & J. Pennebaker, *Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity*. Psychological Review 1989 96:234-54.
24. Barsky, A.J. & G.L. Klerman, *Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles*. Am J Psychiatry 1983 140:273-83.
25. van Damme, S., G. Crombez, C. Eccleston & J. Roelofs, *The role of hypervigilance in the experience of pain*. In: Asmundson G, Vlaeyen J, Crombez G, editors. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 71-90.
26. Crombez, G., S. van Damme & C. Eccleston, *Hypervigilance to pain: An experimental and*

- clinical analysis*. Pain 2005 116:4-7.
27. Borg, C., L.M. Peters, W. Weijmar Schultz & P. J. de Jong, (2012) *Vaginismus: Heightened Harm Avoidance and Pain Catastrophic Cognitions*. The Journal of sexual Medicine; 9:558-567.
 28. Reissing, E, Y. Binik, S. Khalif, D. Cohen & R. Amsel, *Vaginal spasm, pain, and behavior: An empirical investigation of the diagnosis of vaginismus*. Archives of Sexual Behavior 2004 February 1;33(1):5-17.
 29. ter Kuile, M.M., S. Both & J.J.D.M. van Lankveld, *Cognitive Behavioral Therapy for Sexual Dysfunctions in Women*. Psychiatric Clinics of North America 2010 33:595-610.
 30. Lykins, A., M. Meana & J. Minimi, *Visual attention to erotic images in women reporting pain with intercourse*. Journal of Sex Research 2010 48:43-52.
 31. van der Velde & J., W. Everaerd, *The relationship between involuntary pelvic floor muscle activity, muscle awareness and experienced threat in women with and without vaginismus*. Behaviour Research and Therapy 2001 39:395-408.
 32. Torrubia, R., C. yvila, J. Moltó, X. Caseras, *The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ) as a measure of Gray's anxiety and impulsivity dimensions*. Personality and Individual Differences 2001 31:837-62.
 33. Cook, E., L. Hawk, T. Davis & V. Steveson, *Affective individual differences and startle reflex modulation*. Journal of Abnormal Psychology 1991 100:5-13.
 34. Schnall, S., J. Haidt, G.L. Clore & A.H. Jordan, *Disgust as embodied moral judgment*. Pers Soc Psychol Bull 2008 August 1;34(8):1096-109.
 35. Brody, S. & R.M Costa, *Satisfaction (sexual, life, relationship, and mental health) is associated directly with penile-vaginal intercourse, but inversely with their sexual behaviour frequencies*. Journal of Sexual Medicine 2009 6:1947-54.
 36. Borg, C., P.J. de Jong & W. Weijmar Schultz, *Vaginismus and Dyspareunia: Automatic vs. Deliberate Disgust Responsivity*. The Journal of Sexual Medicine 2010 7:2149-57.
 37. Rozin, P. & A.E. Fallon, *A perspective on disgust*. Psychol Rev 1987 94:23-41.
 38. Tybur, J., D. Lieberman & V. Griskevicius, *Microbes, mating, and morality: Individual differences in three functional domains of disgust*. Journal Of Personality And Social Psychology 2009 97(1):103-122.
 39. Yartz, A.R. & L.W. Hawk, *Addressing the specificity of affective startle modulation: Fear versus disgust*. Biol Psychol 2002 59:55-68.
 40. van der Velde, J., E. Laan & W. Everaerd, *Vaginismus, a component of a general defensive reaction*. An investigation of pelvic floor muscle activity during exposure to emotion-inducing film excerpts in women with and without vaginismus. Int Urogynecol J 2001 12:328-31.
 41. Oaten, M., R.J. Stevenson & T.I Case, *Disgust as a diseaseavoidance mechanism*. Psychol Bull 2009 135:303-21.
 42. Rozin, P., C. Nemeroff, M. Horowitz, B. Gordon & W. Voet, *The borders of the self: Contamination sensitivity and potency of the body apertures and other body parts*. J Res Pers 1995 29:318-40.
 43. Borg, C., P.J. de Jong, W. Weijmar Schultz, *Vaginismus and Dyspareunia: Relationship with General and Sex-Related Moral Standards*. The Journal of Sexual Medicine 2011 8:223-31.
 44. Haidt, J., C. McCauley & P. Rozin, *Individual differences in sensitivity to disgust: A scale sampling seven domains of disgust elicitors*. Pers Individ Dif 1994 16:701-13.
 45. de Jong, P., M. van Overveld, W. Weijmar Schultz, M. Peters & F. Buwalda, *Disgust and Contamination Sensitivity in Vaginismus and Dyspareunia*. Archives of Sexual Behavior 2009 38:244-52.
 46. Gawronski, B. & G. Bodenhausen, *Associative and propositional processes in evaluation: An integrative review of implicit and explicit attitude change*. Psychol Bull 2006 132:692-731.
 47. Egloff, B. & S.C. Schmukle, *Predictive validity of an implicit association test for assessing anxiety*. J Pers Soc Psychol 2002 83:1441-55.
 48. Huijding, J. & P.J. de Jong, *A pictorial version of the extrinsic affective Simon task: Sensitivity to generally affective and phobia-relevant stimuli in high and low spider fearful individuals*. Exp Psychol 2005 52:289-95.
 49. Gheldof, E.L.M., P.J de Jong, J. Vinck, R.M.A. Houben, *Attitudes towards physical activity: The role of implicit versus explicit attitude components*. In: Iasmundson GJG, Vlaeyen JWS., Crombez G, eds. Understanding and treating fear of pain. Sussex, NJ: Wiley; 2004 117-37.
 50. Yasan, A. & N. Akdeniz, *Treatment of lifelong vaginismus in traditional Islamic couples: A prospective study*. Journal of Sexual Medicine 2009 6(4):1054-61.
 51. Haidt, J. & M.A. Hersh, *Sexual morality: The cultures and emotions of conservatives and liberals*. Journal of Applied Social Psychology 2001 31(1):191-221.
 52. Schwartz, S.H. & W. Bilsky, *Toward a universal psychological structure of human values*. Journal of Personality and Social Psychology 1987 53(3):550-62.
 53. Rempel, J.K. & B. Baumgartner, *The relationship between attitudes towards menstruation and*

- sexual attitudes, desires, and behavior in women.* Archives of Sexual Behavior 2003 April 1;32(2):155-63.
54. Basson, R. & W. Weijmar Schultz, *Sexual sequelae of general medical disorders.* The Lancet 2007 369(9559):409-24.
55. Cowden, C.R. & S.D. Bradshaw, *Religiosity and sexual concerns.* International Journal of Sexual Health 2007 19(1):15-24.
56. Silverstein, J.L., *Origins of psychogenic vaginismus.* Psychotherapy and Psychosomatics 1989 52:197-204.
57. Nobre, P. & J. Pinto-Gouveia, *Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction.* The Journal of Sex Research 2006 43(1).
58. Basson, R., *Lifelong vaginismus: a clinical study of 60 consecutive cases.* Journal of the Society of Gynecologists and Obstetrics of Canada 1996 3:551-61.
59. Ward, E. & E. Ogden, *Experiencing vaginismus: Sufferer's beliefs about causes and effects.* Sex and Marital Therapy 1994 9:33-45.
60. de Jong, P.J., J. van Lankveld, H.J. Elgersma, C. Borg, *Disgust and sexual problems: Theoretical conceptualization and case illustrations.* International Journal of Cognitive Therapy 2010.
61. Nobre, P. & J. Pinto-Gouveia, *Cognitions, emotions, and sexual response: Analysis of the relationship among automatic thoughts, emotional responses, and sexual arousal.* Archives of Sexual Behavior 2008 August 1;37(4):652-61.
62. Weijmar Schultz, W., R. Basson, Y. Binik, D. Eschenbach, U. Wesselmann, J. van Lankveld, *Women's sexual pain and its management.* Journal of Sexual Medicine 2005 2(3):301-16.
63. Chapman, H.A., D.A. Kim, J.M. Susskind, A.K. Anderson, *In bad taste: Evidence for the oral origins of moral disgust.* Science 2009 February 27;323(5918):1222-6.
64. Zhong, C.B. & K. Liljenquist, *Washing away your sins: Threatened morality and physical cleansing.* Science 2006 September 8;313(5792):1451-2.
65. Huijding, J., C. Borg, W. Weijmar-Schultz, P.J. de Jong, *Automatic Affective Appraisal of Sexual Penetration Stimuli in Women with Vaginismus or Dyspareunia.* The Journal of Sexual Medicine 2011 8:806-13.
66. Spoelstra, S.K., J.R. Dijkstra, M.F. van Driel, W.C.M. Weijmar Schultz, *Long-Term Results of an Individualized, Multifaceted, and Multidisciplinary Therapeutic Approach to Provoked Vestibulodynia.* The Journal of Sexual Medicine 2011 8:489-96.
67. van Lankveld, J.J.D.M., M. Granot, W.C.M. Weijmar Schultz, Y.M. Binik, U. Wesselmann, C.F. Pukall, N. Bohm-Starke & C. Achtrari, *Women's Sexual Pain Disorders.* The Journal of Sexual Medicine 2010 7:615-31.
68. Huijding, J. & P.J. de Jong, *Beyond fear and disgust: The role of (automatic) contamination-related associations in spider phobia.* J Behav Ther Exp Psychiatry 2007 38:200-11.
69. Vrana, S.R., *The psychophysiology of disgust: Motivation, action, and autonomic support.* In: Olatunji B, McKay D, eds. Disgust and its disorders: Theory, assessment, and treatment. Washington, DC: American Psychological Association; 2009 123-43.
70. Stevenson, Case & Oaten, 2010; Borg C & de Jong aangeboden ter publicatie.

Samenvatting

Er zijn verschillende verklaringen geopperd voor het ontstaan en het voortduren van vaginisme en dyspareunie zoals pijn catastroferende cognities en het vermijden van pijn, walging en de angst om besmet te worden, en morele overtuigingen met betrekking tot seks. In het licht van een wereldwijde discussie of primair vaginisme en dyspareunie als twee afzonderlijke aandoeningen moeten worden gezien of op één continuüm van seksuele pijnstoornissen geplaatst dienen te worden, worden in dit artikel genoemde negatieve emotionele reacties uitvoerig besproken en er wordt verslag gedaan van onderzoek naar deze emotionele reacties in een populatie vrouwen met primair vaginisme, een populatie vrouwen met dyspareunie en in een populatie gezonde vrouwen. In deze onderzoeken worden

duidelijke verschillen aangetroffen tussen de onderscheiden onderzoekspopulaties ten aanzien van genoemde negatieve emotionele reacties. Resultaten accentueren het belang van strikte criteria bij de samenstelling van de te onderscheiden onderzoekspopulaties. Vrouwen met vaginisme reageren mogelijk sterker met defensieve spierreflexen op seksuele stimuli dan gezonde vrouwen en vrouwen met dyspareunie. Dit zou kunnen verklaren waarom juist bij vrouwen met vaginisme geslachtelijk penetratie onmogelijk is.

Trefwoorden

Seksuele pijnstoornissen, catastroferende cognities, vermijden van pijn, walging, besmettingsangst, morele waarden, primair vaginisme, dyspareunie

Von Willebrand ziekte en zwangerschap

L. E. van Rheenen-Flach, A.C. Bolte, S. Zweegman en K.P.M. van Galen

Inleiding

Von Willebrand ziekte (vWZ) is een stoornis in de primaire hemostase die zich met name uit in mucosale bloedingen. Andere oorzaken hiervan kunnen trombocytopenie of -pathie zijn. Bij de primaire hemostase hechten trombocyten aan de beschadigde vaatwand waarna trombocytenactivatie en -aggregatie optreedt. Deze hechting kan direct of via tussenkomst van von Willebrand factor (vWF). VWF, dat geproduceerd wordt door endotheelcellen en megakaryocyten, komt vrij na endotheelschade. Direct hierna vormen zich biologisch actieve vWF multimeren die de trombocytenbinding versterken. Verder functioneert vWF als dragereiwit voor factor VIII (FVIII), hetgeen noodzakelijk is voor een normale overlevingsduur van FVIII in de circulatie.^{1,2}

Ongeveer 1-2% van de gezonde populatie heeft een verlaagd vWF. Dit leidt lang niet altijd tot een klinisch significante bloedingsneiging. De diagnose vWZ wordt gesteld op basis van de combinatie van klinische verschijnselen, familiair voorkomen en afwijkingen in het laboratoriumonderzoek.^{1,3} In Nederland is de zorg rondom ernstige vWZ-patiënten gecentraliseerd in een aantal hemofilie behandelcentra (HBC).

Verskillende typen von Willebrand ziekte

Er zijn drie verschillende typen vWZ. De meest voorkomende typen zijn autosomaal dominant overerfbaar. Zie tabel 1.

- Type 1, een partiële kwantitatieve vWF deficiëntie, komt bij 70-80% van alle vWZ patiënten voor.⁴ Bij dit type is de bloedingsneiging is doorgaans mild.
- Type 2 heeft een aantal verschillende vormen en betreft kwalitatieve afwijkingen. Er is een verlaagde vWF activiteit terwijl de concentratie slechts licht verlaagd of normaal is. De bloedingsneiging is matig tot ernstig. Belangrijk is te weten dat type 2B gepaard gaat met een verhoogde adhesie van vWF aan de trombocyt waardoor een trombocytopenie ontstaat. Bij type 2N ontstaat juist een tekort aan FVIII, omdat de binding van vWF aan factor VIII door een mutatie verhinderd is.⁴
- Bij het meest ernstige en zeldzame type 3, is nagenoeg geen vWF aanwezig en daardoor is er ook geen dragercapaciteit voor FVIII.⁴

Ernstige bloedingsneiging bij vWZ komt vooral voor als het FVIII-gehalte laag is. Door FVIII-tekort ont-

staat ook een secundaire hemostasestoornis, waarbij spier- en gewrichtsbloedingen kunnen optreden.⁴

vWZ en zwangerschap

In de zwangerschap is er vanaf het 2^e trimester een fysiologische stijging van vWF en FVIII. Bij patiënten met vWZ type 1 is er een verbetering van het ziektebeeld. Postpartum daalt de concentratie van vWF weer naar 'niet zwangere' waarden. Dit kan enkele uren tot dagen duren en is slecht te voorspellen. Bij type 2 stijgt de vWF hoeveelheid, echter gezien het kwalitatieve defect stijgt de vWF activiteit meestal niet. Bij type 3 treedt geen stijging op, omdat er vrijwel geen vWF synthese is.^{4,5}

Prenatale diagnostiek en overerving

Het gen voor vWZ is gelokaliseerd op de korte arm van chromosoom 12. In tegenstelling tot hemofilie is overerving niet geslachtsgebonden.^{2,6,7} In de dagelijkse praktijk wordt diagnostiek op genetisch niveau lang niet altijd uitgevoerd, omdat de anamnese in combinatie met laboratorium onderzoek meestal voldoende is om vWZ te classificeren.³ Bovendien is het genotype niet goed voorspellend voor de bloedingsneiging en zijn niet alle genetische mutaties bekend.⁸ Waarschijnlijk zal er alleen worden gevraagd naar prenatale diagnostiek indien er een eerder kind in het gezin is met type 3 vWZ. Voor advies hierover kan de patiënt naar de klinische genetica worden verwezen.

Er is weinig gepubliceerd over het uitvoeren van een amnionpunctie of chorionvillus biopsie bij patiënten met vWZ. Indien er een indicatie is voor invasieve diagnostiek wordt geadviseerd te overleggen met de hematoloog over eventuele stollingscorrectie.

Zwangerschapsbegeleiding en partus

vWZ is een medische indicatie (categorie: stollingstoornissen).⁹ Zwangerschapsbegeleiding en partus dienen bij voorkeur plaats te vinden in een HBC. Laboratoriumonderzoek in het eerste trimester is met name nodig als de diagnostiek pre-conceptieel nog niet compleet of dubieus is. In het derde trimester is laboratorium onderzoek nodig om de bloedingsneiging durante partu te voorspellen en afspraken over medicatie te maken. Het is verstandig om dit vast te leggen in een partusplan in overleg met de hematoloog en de anesthesist. Verder dient

laboratorium onderzoek plaats te vinden bij invasieve ingrepen, bloedingscomplicaties of een dreigende premature partus.

Een sectio wordt niet op andere dan normaal geldende obstetrische indicaties geadviseerd.^{2,4,6}

Er is geen verhoogd risico op zwangerschapscomplicaties. Wel is er een kans op ernstiger verloop van bloedingscomplicaties, zowel in het eerste trimester als postpartum.^{2,4,6} Ook wordt er meer melding gemaakt van antepartum bloedingen en anemie.¹⁰

Over een mogelijk verhoogd risico op miskramen bij vWZ is de literatuur niet geheel eenduidig.^{11,12,13} In een recente retrospectieve studie rapporteert de Wee et al. (Willebrand in Nederland (WiN) studie groep) 294 vrouwen, met 115 miskramen of abortus provocatus of intra uteriene vruchtdood bij wie in 52% ingrijpen vanwege overmatig bloedverlies noodzakelijk was.¹² Logischerwijs is een zelfde ernstiger verloop te verwachten bij een extra uteriene graviditeit. In de WiN studie was het gemiddelde aantal levendgeborenen voor vrouwen ouder dan 40 jaar vergelijkbaar met de algemene bevolking.¹²

De Win studie groep beschrijft in totaal 691 zwangerschappen in 314 vrouwen. 51% van de vrouwen geeft aan meer bloedverlies te hebben gehad dan normaal wordt geacht bij een bevalling.¹² Hoewel het hier gaat om niet geobjectiveerde gegevens en zelfrapportage aanleiding kan geven tot overschatting, lijkt dit fors verhoogd ten opzichte van de getallen van de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR2): 7,5% fluxus van meer dan 1 liter in alle tweedelijns bevallingen in 2010.¹⁴ De gemelde incidentie van fluxus post partum bij vrouwen met vWZ varieert tussen 20-59%.^{2,4,6,10} Ook is er een hogere incidentie van 'late fluxus' (tot 6 weken postpartum), bloeding uit episiotomie en vaginahematom. Er wordt geadviseerd om post partum de vWF activiteit en FVIII te controleren en minimaal 3 dagen boven de 50% te houden en minimaal 5 dagen in geval van een sectio.^{6,11} In de praktijk kan dit bij type 1 spontaan zo zijn en is te overwegen laboratoriumcontrole alleen af te spreken op geleide van het bloedverlies.

Anesthesie

Regionale anesthesie (spinaal/epiduraal) is in principe gecontraïndiceerd bij bloedingsneiging vanwege de kans op het ontstaan van hematomen.^{15,16} Er is geen consensus over bij welke waarde van de vWF en FVIII dit risico aanvaardbaar is. Er zijn 74 casus beschreven over ongecompliceerde regionale anesthesie bij vrouwen bij wie door de fysiologische veranderingen in de zwangerschap (64 patiënten), danwel door medicatie of transfusie (10 patiënten) de bloedstelping genormaliseerd was.¹⁶ Geadviseerd wordt om tijdens de zwangerschap reeds advies aan de anesthesist te vragen.⁴ Een probleem met continue epidurale analgesie ten opzichte van een spinale punctie is het moment

van verwijdering van de katheter, omdat post partum de bloedingsneiging weer kan zijn toegenomen. Ook intramusculaire injecties zijn gecontraïndiceerd bij bloedingsneiging. Intraveneuze analgesie is dan de meest aanvaardbare optie.¹⁵

Foetale en neonatale consequenties

Het plaatsen van een schedelelektrode, het verrichten van micro bloed onderzoek of het verrichten van een vaginale kunstverlossing wordt afgeraden, hoewel er geen complicaties van zijn gerapporteerd.⁴ Waarschijnlijk komt dit door fysiologisch verhoogde concentraties van vWF bij de foetus durante partu (bij type 3 vWZ zal deze stijging niet optreden).² Stollingsonderzoek in navelstrengbloed is niet betrouwbaar. Alleen bij type 3 ziekte kunnen in het navelstrengbloed zeer lage waarden van vWF gevonden worden.¹⁷ De restricties ten aanzien van de invasieve handelingen tijdens de partus gelden ook als de vader vWZ heeft.

De kinderarts zal de baby vervolgen. Er wordt geadviseerd te wachten met intramusculaire vaccinaties totdat de diagnostiek bij het kind afgerond is.¹⁵ Van de hielprik zijn geen complicaties bekend. Zekerheidshalve kan 5 minuten afgedrukt worden.¹¹

Behandelopties (zie tabel 3)

Desmopressine/DDAVP (synthetisch vasopressine) zorgt voor secretie van vWF uit de endotheelcellen en een stijging van FVIII. Het effect van DDAVP dient bij elke patiënt ten minste eenmaal (preconceptioneel) te zijn vastgesteld aangezien er variatie is in respons. Toediening van DDAVP kan elke 12 tot 24 uur worden herhaald. Door het uitputten van de voorraden in de endotheelcellen neemt bij herhaalde toedieningen het effect af.¹⁸ Het middel is niet geschikt voor behandeling van bloedingen bij type 2B en type 3 ziekte.²

RIVM en Briggs vermelden dat er geen goede epidemiologische data zijn over het gebruik van desmopressine tijdens de zwangerschap. Een verhoogd risico op congenitale afwijkingen is er niet, en gebruik bij diabetes insipidus en vWZ is eventueel gerechtvaardigd.^{19,20} Foetaal en neonataal zijn er geen schadelijke effecten bekend.^{4,17} Het gebruik van desmopressine door lacterende vrouwen wordt niet afgeraden.^{19,20}

Bij DDAVP is er kans op bijwerkingen vanwege het antidiuretisch effect. Verder kan het vasodilatatie en uterus contracties geven, maar deze werking is veel minder sterk dan van natuurlijk vasopressine.²¹ Het antidiuretisch effect van DDAVP houdt 24 uur aan. Na toediening dient overmatige vochtinname te worden vermeden om waterretentie en daardoor hypopatriëmie te voorkomen.^{2,18} Het bijhouden van een vochtbalans en controle van de elektrolyten maakt het gebruik veiliger.

Haemate P/ humate P® en Wilfactin® zijn bloedproducten die FVIII en vWF bevatten. Ze zijn bij alle typen vWZ werkzaam voor de behandeling van een bloeding. De dosering wordt geïndividualiseerd op basis van het gewicht van de patiënt, de ernst van de bloeding en de laatst gemeten factor concentraties. Toediening kan elke 12 tot 24 uur herhaald worden. Deze middelen werken direct.²

Haemate P® en Wilfactin® kunnen transfusie reacties geven. Er is geen bezwaar tegen het gebruik tijdens zwangerschap of borstvoeding. Doordat bij patiënten met vWZ het FVIII normaal geproduceerd wordt, kan behandeling gemakkelijk een sterke FVIII stijging geven waardoor trombotische complicaties kunnen optreden.² Men dient hierop alert te zijn en

extreem hoge FVIII spiegels (>200% ofwel 2 IE/ml) te vermijden.¹⁸

Bij type 2B en diepe trombocytopenie kan toevoeging van trombocytentransfusie worden overwogen.⁶ DDAVP en Haemate P® wordt gegeven in combinatie met *cyklokapron/tranexaminezuur*, een antifibrinolyticum. Dit geldt met name voor DDAVP dat kortdurend de fibrinolyse stimuleert.¹⁸

Er zijn geen nadelige effecten voor de foetus of neonat gemeld, hoewel dit middel in grote mate over de placenta gaat.¹⁹ In verband met te weinig ervaring wordt het gebruik in de zwangerschap afgeraden.²⁰ Cyklokapron gaat in geringe mate over in borstvoeding, hiervan zijn geen nadelige effecten gemeld.⁴

Tabel 1. Typen vWZ

Type vWZ	Omschrijving	Reactie op desmopressine	Erfelijkheid
1	Kwantitatieve deficiëntie van vWF	Goed	AD
2A	Kwalitatief defect met verlies van multimeren	Matig	AD
2B	Kwalitatief defect met verhoogde binding aan trombocyten	Contra-indicatie trombopenie	AD
2M	Kwalitatief defect met normale multimeren	Matig	AD
2N	Kwalitatief defect met verminderde binding aan FVIII	Matig	AR
3	Afwezigheid van vWF	Slecht	AR

AD = autosomaal dominant, AR = autosomaal recessief

Tabel 2. Behandeloptyes

Behandeloptyes	Werking	Toediening	(Relatieve) contra-indicaties
desmopressine	Maakt vWF vrij uit endotheel en geeft stijging FVIII	0,3ug/kg in 100cc NaCl 0,9% iv, in 30 min inlopen Pieffect na 30-60 min Alternatief: intranasaal 300ug (Octostim®) NB doseren op preconceptioneel gewicht	Epilepsie (Pre-)eclampsie Hyponatriëmie Polydipsie Type 2B vWZ Cardiovasculair lijden
Haemate P®	Stollingsfactor vWF:FVIII=1 : 2,5	20-40 IE/kg iv* gedoseerd op FVIII	Allergie Bekende remmer**
Wilfactin®	Stollingsfactor vWF:FVIII=1 : 10	50 IE/kg iv* gedoseerd op vWF	Allergie Bekende remmer**
tranexaminezuur	Remt de fibrinolyse	3-4dd 1000mg per os of iv	Actieve trombose

* De dosering van Haemate P® en Wilfactin® wordt geïndividualiseerd op basis van het gewicht van de patiënt, de ernst van de bloeding en de laatst gemeten factor concentraties.

** In zeldzame gevallen kan bij eerdere toediening van de stollingsfactor een remmer tegen het product zijn ontstaan waardoor het minder goed werkt (overigens geen reden voor terughoudendheid in het voorschrijven). Dit is bekend bij de hematoloog en die zal een alternatief product of hogere dosis voorschrijven.

Tabel 3. Samenvatting

Pre-conceptioneel
- Door hematoloog: type vWZ bepalen en indien van toepassing reactie op desmopressine testen - Door perinatoloog: uitleg over risico's, behandeling en overerving - Optioneel: verwijzen naar klinische genetica
Zwangerschap
- 1e trimester: indien type ziekte bekend geen aanvullend onderzoek nodig. Eventuele invasieve prenatale diagnostiek plannen i.o.m. hematoloog ter voorkoming van bloedingscomplicaties - 2e trimester: geen bijzonderheden - 3e trimester: laboratoriumonderzoek, partus plan opstellen in overleg met hematoloog en anesthesist
Partus
- Stollingscontrole en -correctie volgens partus plan - In principe geen SE/MBO of vaginale kunstverlossing. NB: dit geldt ook als het een autosomaal dominante vorm betreft waarbij alleen vader is aangedaan - Kinderarts in consult
Post partum
- 1e lijn informeren over kans op late bloedingen

Conclusie

Vrouwen met vWZ lopen een verhoogd risico op bloedingscomplicaties rondom de zwangerschap. Te verwachten problemen hangen af van het vWZ type en de ernst. Met name post partum dient men bedacht te zijn op bloedingen doordat de fysiologische stijging van vWF in de zwangerschap weer verdwijnt. Een tijdig opgesteld geïndividualiseerd behandel- en partus plan is essentieel om bloedingsproblemen te voorkomen.

Literatuur

- Fijnheer, R. & H.M., van den Berg, Hoofdstuk 19. *Erfelijke en verworven bloedingsneiging*. In: Handboek hematologie. Redactie: Lowenberg et al. De Tijdstroom. Jan 2008.
- Roqué, H., E. Funia & C.J. Lockwood, *Von Willebrand disease and pregnancy*. J Matern Fetal Med. 2000 Sep-Oct;9(5):257-66.
- Sadler, J.E. & F. Rodeghiero, *ISTH SSC Subcommittee on von Willebrand Factor*. Provisional criteria for the diagnosis of VWD type 1. J Thromb Haemost. 2005 Apr;3(4):775-7.
- Kujovich, J.L., *Von Willebrand disease and pregnancy*. J Thromb Haemost. 2005 Feb;3(2):246-53.
- Hanna, W., D. McCarroll, T. McDonald, et al., *Variante von Willebrand's disease and pregnancy*. Blood. 1981 Nov;58(5):873-9.
- Pacheco, L.D., M.M Constantine, G.R. Saade, S. Mucowski, G.D.V. Hankins & A.C. Sciscione, *Von Willebrand disease and pregnancy: a practical approach for the diagnosis and treatment*. Am J Obstet Gynecol. 2010 Sep;203(3):194-200.
- Castaman, G., A. Tosetto & F. Rodeghiero, *Pregnancy and delivery in women with von Willebrand's disease and different von Willebrand factor mutations*. Haematologica. 2010 Jun;95(6):963-9.
- Goodeve, A., J. Eikenboom, G. Castaman, et al., *Phenotype and genotype of a cohort of families historically diagnosed with type 1 von Willebrand disease in the European study, Molecular and Clinical Markers for the Diagnosis and Management of Type 1 von Willebrand Disease (MCMDM-1VWD)*. Blood. 2007 Jan;109(1):112-21.
- Eindrapport van de Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen*. Verloskundig Vademecum 2003. Diemen: College voor zorgverzekeringen, 2003.
- James, A.H. & M.G. Jamison, *Bleeding events and other complications during pregnancy and childbirth in women with von Willebrand disease*. J Thromb Haemost 2007 5:1165-9
- Lee, C.A., C. Chi, S.R. Pavord, et al., *UK Haemophilia Centre Doctors' Organization*. The obstetric and gynaecological management of women with inherited bleeding disorders. Review with guidelines produced by a taskforce of UK Haemophilia Centre Doctors' Organization. Haemophilia. 2006 Jul;12(4):301-36.
- de Wee, E.M., M. Knol, E.P. Mauser-Bunschoten, et al., *Gynaecologic and obstetric bleeding in moderate and severe von Willebrand disease*. Thromb Haemost. 2011 Nov;106(5):885-892.
- Foster, P.A., *The reproductive health of women with von Willebrand Disease unresponsive to DDAVP: results of an international survey*. On behalf of the Subcommittee on von Willebrand Factor of the Scientific and Standardization Committee of the ISTH. Thromb Haemost. 1995 Aug;74(2):784-90.
- de Neef, T. & A. Franx, *Wat ons opvalt in de LVR2: Recente trends*. Ned Tijdschr Obstet Gynaecol 2011 124:421-3

15. Demers, C., C. Derzko, M. David, et al., *Gynaecologic and obstetric management of women with inherited bleeding disorders*. SOGC Clinical Practical Guidelines. J Obstet Gynaecol Can. 2005 Jul;27(7):707-32.
16. Choi, S. & R. Brull, *Neuraxial techniques in obstetric and non-obstetric patients with common bleeding diatheses*. Anesth Analg. 2009 Aug;109(2):648-60.
17. Giangrande, P.L.F., *Treatment of hemophilia: no. 29. Pregnancy in women with inherited bleeding disorders*. Feb 2003. World Federation of Haemophilia. www.wfh.org
18. Leebeek, F.W. & E.P. Mauser-Bunschoten, *Richtlijn diagnostiek en behandeling van hemofilie en aanverwante hemostase stoornissen*. Nederlandse Vereniging van Hemofilie Behandelaren. Van Zuiden Communications B.V. 2009.
19. Briggs, G.G., R.K. Freeman & S.J. Yaffe, *Drugs in pregnancy and lactation: a reference guide to fetal and neonatal risk*. 7th edition, Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2005.
20. *Geneesmiddelen, zwangerschap en borstvoeding*. RIVM. Stichting Health Base. 5e editie, 2011.
21. Trigg, D.E., I. Stergiotou, P. Peitsidis, R.A. Kadir, *A Systematic Review: The use of desmopressin for treatment and prophylaxis of bleeding disorders in pregnancy*. Haemophilia. 2012 Jan;18(1):25-33.
22. Sánchez-Luceros, A., S.S. Meschengieser, K. Turdó, et al., *Evaluation of the clinical safety of desmopressin during pregnancy in women with a low plasmatic von Willebrand factor level and bleeding history*. Thromb Res. 2007 120(3):387-90.

Samenvatting

In dit artikel wordt achtergrond informatie gegeven over von Willebrand ziekte, de verschillende typen van deze ziekte en de klinische consequenties voor zwangerschap en bevalling. Er is een verhoogd risico op bloedingscomplicaties, met name post partum. De behandelopties in de vorm van medicatie en transfusie worden toegelicht.

Trefwoorden

Von Willebrand ziekte, von Willebrand factor, erfelijke stollingsstoornissen, zwangerschap, partus, bloeding

Summary

In this article we provide background and information about von Willebrand disease, the different types and the clinical consequences for pregnancy and delivery. The main complication is (postpartum) hemorrhage. Treatment options such as medication and transfusion are described.

Keywords

Von Willebrand disease, von Willebrand factor, inherited bleeding disorders, pregnancy, delivery, hemorrhage

Belangenverstrengeling

Geen gemelde financiële belangenverstrengeling

Auteurs

Drs. Leonie (L.E.) van Rheenen-Flach, gynaecoloog, Spaarne Ziekenhuis, Hoofddorp

Dr. Annemieke (A.C.) Bolte, gynaecoloog/perinatoloog, VU Medisch Centrum, Amsterdam

Dr. Sonja (S.) Zweegman, hematoloog, VU Medisch Centrum, Amsterdam

Drs. Karin (K.P.M.) van Galen, hematoloog, Universitair Medisch Centrum Utrecht afdeling Hematologie/Van Creveldkliniek, Utrecht

Correspondentie

Karin van Galen
Van Creveldkliniek
Heidelberglaan 100
Postbus 85500
3508 GA Utrecht
e k.p.m.vangalen@umcutrecht.nl
t 088 7558450, f 088 7555438



Laagste dosering

combinatietherapie HST beschikbaar¹

0,5 mg oestradiol / 2,5 mg dydrogesteron



Femoston[®] continu 0,5/2,5

oestradiol / dydrogesteron

Versie en extractie van het dwarsgelegen tweede kind van een tweeling

Geschiedenis (deel 1)

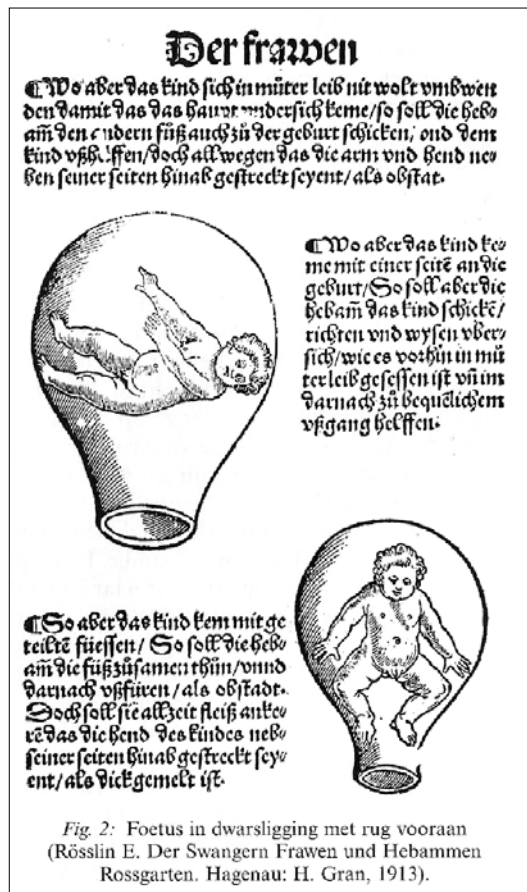
A.T.M. Verhoeven

Inleiding

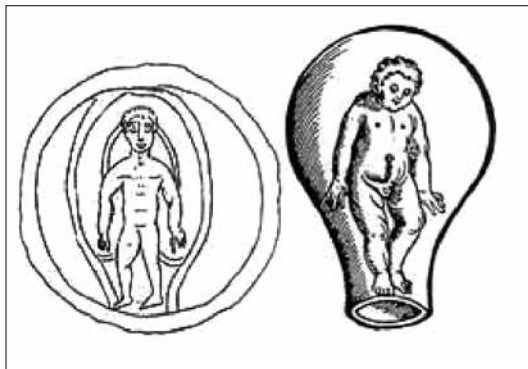
Bij 5% ligt een van beide tweelingkinderen tijdens de baring dwars. In Nederland betreft dat jaarlijks circa 350 kinderen. Globaal worden jaarlijks 150 versie en extracties (V&E) verricht, merendeels bij prematuren (PRN). 50 Jaar geleden behoorde de V&E nog tot de artsexamenstof. Door de geringe incidentie kan men maar weinig ervaring met de V&E opdoen. Zo werd

in de Groningse Universiteitskliniek tussen 1990 en 2007 15 maal een V&E verricht bij een vaginale parus. Elders zijn er soms jaarlijks 5 à 10. In het Amsterdamse AMC werden over een periode van 22 jaar iets meer dan 100 2^{de} kinderen van een gemelli met versie en extractie geboren (of ongeveer 5 per jaar). Retrospectief werden geen aanwijzingen gezien dat de ingreep de kans op sterfte verhoogde (gecorrigeerd voor zwangerschapsduur en gewicht).

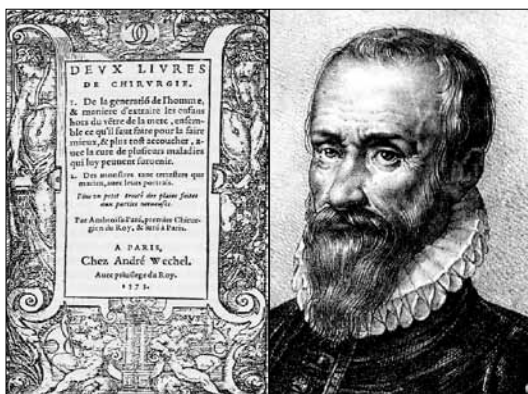
"Een sectio op de tweede van een tweeling is meestal onnodig"¹ Vrijwel de enig overgebleven indicatie voor een gecombineerde in- en uitwendige versie en extractie aan de stuit is een niet in lengteligging te keren dwarsligging bij de tweede van een tweeling. Dan is stuitextractie voorafgegaan door een interne versie - in ervaren handen - de beste bevallingswijze (LE B).² Desondanks wordt soms voor een secundaire sectio gekozen vanwege onzekerheid, en ontbrekende randvoorwaarden.³ Toch blijkt V&E een veilige ingreep mits uitgevoerd onder "ideale" omstandigheden. Dan blijkt de ingreep vaak verrassend eenvoudig te verlopen en bespaart dat de sectionarische's nu en in de toekomst. Behoud van de techniek is daarom wen-



Afbeelding 1. "Der swangeren Frauen und Hebammen Rosegarten", Eucharius Rösslin*, 1513. Foetus in dwarsligging met de buik vooraan en in rugligging.



Afbeelding 2. Analogie van de afbeeldingen van Soranus-Moschion (links) en Rösslin (rechts).⁵



Afbeelding 3. Ambroise Paré in titelpagina van "De la generatio de l'homme, & maniere d'extraire les enfans hors du ventre de la mère" etc.



Afbeelding 4. Côme Viardel (1674): versie en extractie bij placenta praevia, foetus mortuus. Frontispice.⁷

selijk, al is het maar voor zeldzame noodgevallen. Die ervaring kan alleen verworven en onderhouden worden door systematisch fantoomonderricht en oefeningen. De instructies in de huidige leerboeken zijn nogal summier.² Daarom wordt na een historisch overzicht (deel 1) een praktische handreiking gegeven door een systematisch overzicht van de techniek en de logistieke voorwaarden.(deel 2).

Geschiedenis van de versie en extractie (versio-extractio podalica, keren/uithalen)

Klassieken

Tot de introductie van de verlostang was de versie en extractie de enige mogelijkheid het kind bij een baringsbelemmering levend geboren te laten worden, omdat de keizersnede een bijna 100% maternale mortaliteit kende.

De Romeinse encyclopedist Aulus Cornelius Celsus (20 v. Chr.-40 na Chr.) beschreef de versio-extractio podalica, de versie en extractie op een dood kind als de stuit lager lag dan het hoofd. Soranus van Ephese (98-138), de grootste vroedmeester uit de Oudheid, beschreef in zijn "Gunaïkeia" de ingreep op het levend kind in dwarsligging. De Griekse arts-vroedmeester Philomenos (129-ca.200) beschreef de V&E ook als het hoofd in het bekken bekneld was. De schrijver Moschion vertaalde in de 6^e eeuw Soranus' boek "Gunaïkeia" uit het Grieks in het Latijn, waardoor het voor vroedvrouwen toegankelijk werd. In welke mate de middeleeuwse vroedvrouwen en chirurgijns de V&E hebben bedreven is onbekend, maar blijkens de korte teksten over het beleid bij zware bevallingen in enkele 13^e- en 14^e-eeuwse chirurgijns-handboeken is het aannemelijk dat zij wisten hoe een dwarsligging moest worden behandeld.⁴

Eucharius Rösslin (overleden 1526) vermeldde de V&E in zijn vroedvrouwenboek: "Der Schwangern Frawen und Hebammen Rossgarten" (afb. 1) De overeenkomst van zijn afbeeldingen met die van de vertaler van Soranos maakt aannemelijk dat hij dat boek kende (afb. 2).

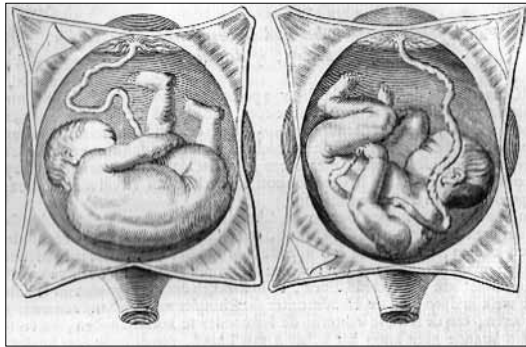
16^e Eeuw

Verloskunde was tot 1600 hoofdzakelijk bedoeld om het leven van de moeder te redden in hopeloze situaties met opoffering van het kind. Men was al blij als de moeder in leven bleef. De chirurgijn-leger- en hofarts Ambroise Paré (1510-1590) beschreef in 1549 de V&E nauwkeurig en verbreidde deze daardoor. Hij had hem waargenomen bij twee Parijse barbier-chirurgijns. Als indicaties voor een kering op de voet noemde hij: 1. dreigend levensgevaar voor de moeder, ook als de schedel voorligt; 2. een voorliggende arm (1550). Die eerste indicatie redde vele levens die voorheen verloren zouden zijn gegaan.⁶ Hij benadrukte al dat een assistent tijdens de extractie op de baarmoederkoepel moest exprimeren.

Zijn schoonzoon en leerling Jacques Guillemeau (1550-1613) verrichtte V&E bij uitputting van de vrouw door een langdurige baring: "le plus expédient sera de chercher les pieds de l'enfant et tirer les doucement".⁸

17^e Eeuw

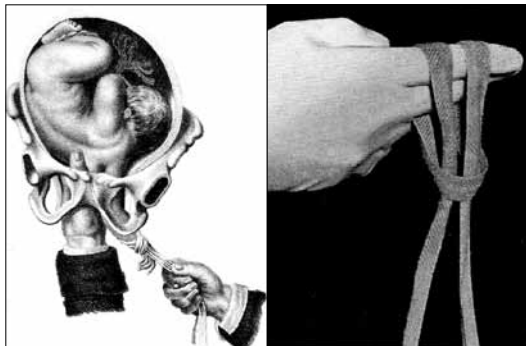
François Mauriceau (1637-1709), de "vader van de Franse verloskunde", noemde als indicaties: dwars-



Afbeelding 5. Rug- en schouderligging volgens Mauriceau, pag 242.⁹



Afbeelding 6. Justine Dittrichin Siegemundin (1650-1705) en haar handgreep met lisje voor het fixeren van de voet.



Afbeelding 7. Lisje van Justine Siegemundin bij uitgezakte arm.

ligging, uitgezakte navelstreng, placenta praevia, ernstig bloedverlies en convulsies, het 2^e tweelingkind bij secundaire weënzwakte en bij een dood kind indien weënopwekkende middelen falen.⁹ Dit wijst erop dat naast het leven van de moeder dat van het kind enige betekenis kreeg.

Paulus Portal (1690-1703) keerde en extraheerde als eerste op één voet als de tweede moeilijk te ontwikkelen was.¹⁰ Overigens volgde hij de leer van Mauriceau, evenals de Franse accoucheurs Phil Peu (1694) en Pierre Dionis (1718).

In Duitsland, waar de ontwikkeling van de verloskunde door artsen pas veel later ter hand werd genomen dan in Frankrijk, beschreef de Brandenburgse vroedvrouw Justine Siegemundin in haar leerboek (1690) de dubbele handgreep en de lis bij de gecombineerde in- en uitwendige versie van hoofd naar stuitligging: als die mislukte omdat de uitwendige hand niet goed onder het hoofd kon komen werd inwendige druk uitgevoerd met een hand onder het hoofd. Omdat er inwendig geen plaats is voor twee handen werd in zo'n geval een lis volgens de handgreep van Justine Siegemundin rondom de enkel boven de gedeeltelijk naar beneden gehaalde voet gelegd. Terwijl de voet door middel van de lis met geringe kracht naar beneden werd getrokken kon de inwendige hand het hoofd cranialwaarts duwen. Als het been ver genoeg buiten de vulva was gekomen kon de lis worden losgelaten en het voetje zelf worden gepakt (afb. 6).

Wanneer bij een dwarsligging de arm was uitgezakt kon deze met een lis om de pols worden gefixeerd. Terwijl een assistent de lis gespannen hield werd de kering verricht. Door ook tijdens de extractie de lis op spanning te houden belet men dat de arm opslaat. Paré deed dit overigens ook al (afb. 7, 8). Zij adviseerde bij een voorliggende hand van het kind in de vingers te knijpen, zodat dit zijn arm terugtrok, en het hoofd hierna kon indalen!

18^e Eeuw

Guillaume de la Motte (1721) verruimde na 500 gevallen de indicaties nog met foetopelvische dysproportie, aangezichts- en wandbeenligging, uterusruptuur, en altijd bij het 2^e tweelingkind.¹¹ Hij stond bekend als een meester in de kering, zelfs als de schedel tot de bekkenbodem was ingedaald. Dat dit tot menig dood kind leidde is niet verwonderlijk.

In ons land was de Amsterdamse obstetricus en anatomie professor Frederik Ruysch (1638-1731) evenals Hendrik Van Deventer (1651-1724) voorstander van de kering op de voet.¹²

Zijn leerling, de Zweed Johan van Hoorn (1724) prees de kering als levensreddend voor de moeder, maar liet de aangezichtsligging aan de natuur over. Bij de kering werd toen nog alleen de in de baarmoeder gebrachte hand gebruikt, vandaar de naam inwendige kering.

In Friesland verrichtte de plattelandsverloskundige Catharina Schrader (1656-1746) 72 maal (2,4%) een V&E bij dwarsligging of afgeweken hoofdligging op 3008 bevallingen.¹³

Ook bij reeds diep ingedaalde schedel werd, voordat de verlostang in zwang kwam, nog gekeerd met het risico van colpaporrhexis (afb. 9)

Vanaf het eerste Franse leerboek na de openbaarma-



Afbeelding 8. Rechtsboven: "aanleggen van den strop aan eenen voet" met stropvoerder bij moeilijk te bereiken voetje achter de dwarsgelegen rug.²¹

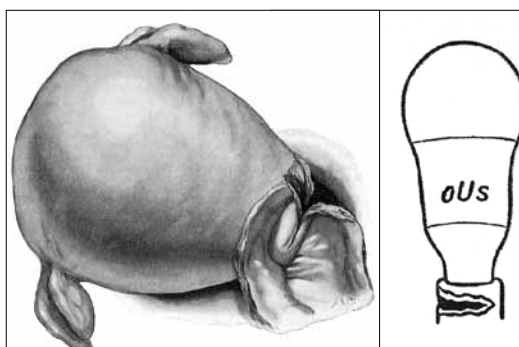
king van het geheim van de verlostang in 1743 (Jacques Mesnard) en het boek van Levret (1766) werd de forceps aangelegd bij een diep ingedaalde schedel en verdrong zo een van de indicaties tot V&E.¹⁴ Engeland en Duitsland volgden in dezen de Franse en Hollandse vakgenoten bij monde van Smellie¹⁵, waarbij de Duitsers veel meer "Zangeneig" waren dan de Engelse school. Dit hing samen met het feit dat de Duitsers toen alleen bij abnormale baringen werden geconsulteerd en daardoor de fysiologie van de baring nauwelijks kenden. De vooraanstaand Parijse verloskundige Deleurye (1737) brak bij de versie de vliezen zo hoog mogelijk om het vruchtwater gedoseerd te laten aflopen.¹⁶ Hij maakte als eerste een onderscheid tussen de versie van hoofd- naar stuitligging en de stuitextractie: is de voet in de vagina afgehaald en de schedel in fundo, dan verklaarde hij de versie voor geëindigd. Liet men de extractie volgen dan verrichtte hij een tweede operatie. Pas 50 jaar later werd aan deze belangrijke uitspraak aandacht geschonken door Johann Lukas Boër (1751-1835).¹⁷ Boër was door zijn studies in Engeland een navolger van de school van Smellie met zijn groot vertrouwen in de hulp der natuur. Hij was de grondlegger van de Weense verloskundige school met zijn "natuurlijke" verloskunde die berustte op anatomische en fysiologische beginselen. Hij deed alleen een V&E als het hoog nodig was bij dwarsligging en bij schedelligging bij levensgevaar van de moeder - mits het bekken niet vernauwd was - prolapsus funiculi, en indien de tang de hoogstaande schedel niet kon omvatten. Hij was fervent tegenstander van V&E bij bekkenvernauwing en aangezichtsligging.¹⁷

19e Eeuw

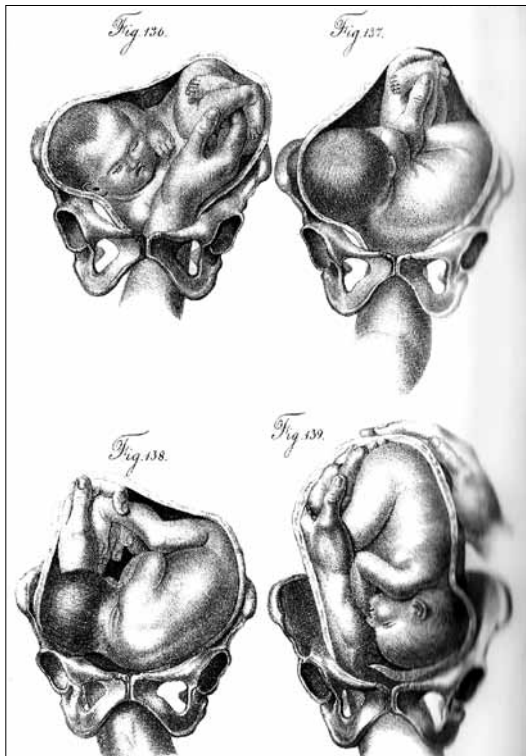
Andere aanhangers van deze school waren Heinrich Wigand¹⁸ in Hamburg, Karl Franz Naegele¹⁹ in Heidelberg en Johann Christian Jörg (1779-1856) in

Leipzig. De Duitser Friedrich Benjamin Osiander (1759-1822) daarentegen paste bij 2540 partus maar liefst 1159 maal kunsthulp toe: meestal met de tang en 111 maal versie en extractie (4,3%); ook bij een vernauwd bekken mits deze vernauwing, alhoewel te groot voor het voorafgaand hoofd, het nakomend hoofd kon doorlaten. Stond bij een dwarsligging de schedel niet ver van de bekkeningang dan trachtte hij eerst op het hoofd te keren, alvorens tot kering op de voeten over te gaan. Adam Elias Von Siebold (Würzburg, 1805, later hoogleraar in Berlijn) verenigde de voordelen van beide scholen, maar verwierp de V&E bij bekkenvernauwing, en keerde vooral bij levensgevaar van moeder of kind. Zo ook Ferdinand von Ritgen²⁰, maar die vond in 1840 toch dat de nakomende schedel makkelijker passeerde bij bekkenvernauwing. Busch maakte een grondige studie van alle modificaties van de kering.

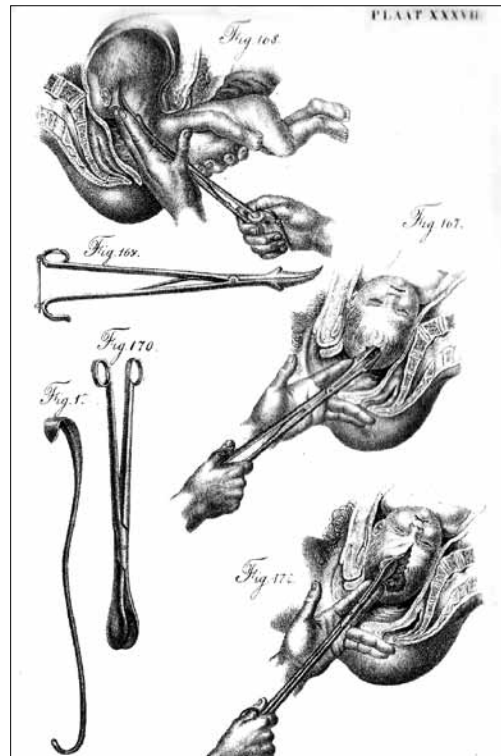
Het belang van de V&E voor de toenmalige verloskunde wordt geïllustreerd door het aantal paginas in de toenmalige leerboeken. Busch besteedde wel 32 pagina's van zijn tekstleerboek (6%) en 25 pagina's (15%) van zijn platenatlas aan de "keering op de voe-



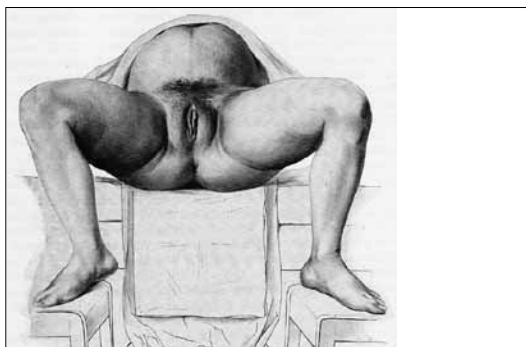
Afbeelding 9. Colpaporrhexis, links met cervixscheur, rechts alleen vaginaal (ous = onderste uterussegment).



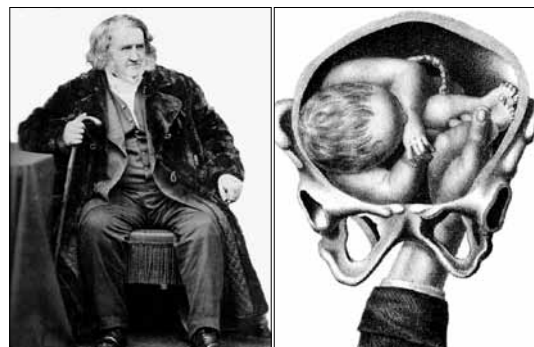
Afbeelding 10. "Het grijpen der voeten in de baarmoeder, bij de keering op de voeten."²¹



Afbeelding 14. Craniotomie: onthersening met hoofdschaar, beentang en haak.²¹



Afbeelding 11. Dwarsbed op tafel (1903).²²



Afbeelding 15. James Young Simpson (1811-1870)³⁷ kering op de knie.



Afbeelding 12. Marie-Louise Lachapelle (1769-1821)



Afbeelding 13. William Osborn (1736-1808)*

ten".²¹ Hij schrijft: "Bij den tegenwoordigen stand der verloskunde is deze de meest gewone aanleiding tot de kunstbewerking." Hij benoemt 8 schouderliggingen, de lage schouderligging, 4 rugliggingen, 4 buikliggingen en 4 borstliggingen, allen afhankelijk van de ligging van het hoofd en de schuine afmeting van de bekkeningang (afb. 10). Er bestonden toen twee methoden om de voetjes te bereiken. Bij de Franse methode - "contourner le dos" - ging de hand via de rugzijde langs de bil naar de knie of voet. Bij de Duitse methode ging de hand rechtstreeks over de borst en buik naar de plaats waar de voetjes verondersteld werden te liggen. De Franse methode was vooral geschikt bij de dorso-inferiore ligging (rug caudaal). In de loop der eeuwen pakte men wisselend een of

twee voetjes vast.³⁶ Tot 1650 altijd 2 voetjes, daarna bij Portal en De la Motte als het moeilijk was één voetje. In Duitsland bestond daartegen tot in de 19^e eeuw bezwaar. Onder invloed van Busch, Wigand en Simpson ontstond echter in de eerste helft van de 19^e eeuw een zekere principiële voorkeur voor de kering op één voetje omdat hierdoor een betere voorbereiding van het weke baringskanaal werd bewerkstelligd voor de ontwikkeling van de schouders en het hoofd.³⁶ Als het makkelijk ging bleven velen echter twee voetjes pakken. In de tweede helft van de 19^e eeuw vond de discussie plaats over welk voetje men moest pakken. Bij de dorso-antérieure ligging wordt het onderste voetje gepakt, bij de dorso-posteriore ligging het bovenste voetje om zo de juiste draaiing van de romp te bewerkstelligen, en te voorkomen dat de stuit tegen de symfyse hokte. Uiteindelijk wees de praktijk later uit dat het er niet zoveel toe deed welk voetje men pakte.

Busch adviseerde de V&E op een horizontaal dwarsbed te verrichten met voor het bed twee stoelen om de voeten op te zetten en een vat ertussen voor de opvang der "vloeistoffen".

"Wanneer dit leger ter hoogte van eene gewone tafel kan verhoogd worden, is dit zeer gewenscht voor de gemakkelijke en zekere uitvoering der kunstbewerking; maar de tafel zelve als verlosbed te gebruiken, zal wel alleen bij lagere standen kunnen geschieden, daar gevoelige vrouwen door den ongewonen toestand te verschrikt worden."

De hoofdvroedvrouw van de het Hospice de la Maternité in Parijs, Marie-Louise Lachapelle verrichtte in 9 jaar tijd, toen de forceps al in zwang was, 174 maal V&E op 22.243 partus (0,78%). Bij dwarsligging, matige bekkenvernauwing, placenta praevia, convulsies en uterusruptuur als het kind nog in utero was, en bij niet te reponeren navelstrengprolaps.²³

In Engeland propageerde de vooraanstaande obstetricus William Osborn (afb. 13) daarentegen bij bekkenvernauwing de destructieve perforatie en craniotomie, met als gevolg dat daar in de volgende 50 jaren nauwelijks meer gekeerd werd. Bij een Conjugata van minder dan 3 inches deed hij een craniotomie, gevolgd door de verwijdering van de schedelbeenderen met haak en tang (afb. 14).

De obstetricus Sir James Young Simpson³⁷ vond de V&E daarentegen bij een zekere mate van bekkenvernauwing wel geschikt omdat de conisch gevormde schedel met zijn kleinste vlak het eerst door de bekkeningang wordt getrokken, en door de tractiekracht aan de romp de schedelbeenderen ver over elkaar heen schuiven door de weerstand van het benig bekken.²⁴

Men koos de versie omdat men meende dat de prognose beter was als de achteraan komende schedel snel door het bekken gehaald werd, dan wanneer hij, zoals bij de tangextractie, vooraan gaand, langdurig gecompriemd werd. Zo ook nog in 1875 de Leidse hoogleraar Simon Thomas (1820-1886). Nieuw leek Simpsons kering op de knie bij schouderligging en afgelopen vruchtwater. Had men de knie in de knieholte aangehaakt, dan werd deze boven de bekkeningang gebracht. Daarna gleed men met de vingers langs het onderbeen naar beneden en haalde de voet af (afb. 15). Van Deventer deed zulks ook al.¹² Simon Thomas paste dit bij 34 van de 76 gevallen met succes toe en beschreef nauwkeurig de techniek, indicatie en de voordelen.²⁵ De Zeeuwse plattelandsvroedmeester De Broeckert verrichte tussen 1824-1872 op 1742 partus 28 keer een V&E; 27 keer met succes (1,6%). Wat de vrouwen moesten doorstaan is ongelofelijk: soms duurde de ingreep meerdere uren. 24 Van deze 27 vrouwen overleefden de ingreep; twee vrouwen overleden aan kraamvrouwenkoorts, de derde overleed tijdens de partus toen het ook zijn collega niet gelukte in afwachting van hulp door hun beider leermeester. Slechts 4 van de 27 kinderen werden levend geboren. Slechts een kind overleefde 5 jaar; de 3 andere overleden 3 (tweede van tweeling), 19 respectievelijk 30 dagen na de geboorte. Een van zijn partusverslagen luidde als volgt: "Den 3 Mei verlost ik door middel der keering de vrouw van Jacobus Braal van eene levende dochter. De rechter arm en rug kwamen voor. De ontwikkeling der armen heb ik uit hoofde van de moeilijkheid met den stompen haak verricht. Bet f 7,80."²⁶

In 1860 beschreef John Braxton Hicks (1823-1897) zijn "inwendige of de gecombineerde kering", speciaal bedoeld bij placenta praevia. Daarbij worden niet de gehele hand zoals bij volkomen ontsluiting maar slechts twee vingers bij onvolkomen ontsluiting ingebracht via de ontsluitingsring om een voetje af te halen en de uitwendige hand helpt het kind te keren.²⁷ In de kliniek werd op geleide van wijs- en middelvinger met een kocher de placenta doorboord, de voet met 2 vingers onder uitwendige druk op de stuit gepakt, en de benen werden permanent tegen de ontsluitingsring gedrukt om de placentavaten te tamponneren, en de ontsluiting te bespoedigen. Het kind stierf hierbij meestal door het dichtdrukken van zijn eigen placenta-circulatie, maar er werden vele moeders gered. Deze handgreep werd ook toegepast bij eclampsie, wanverhouding, liggingsafwijkingen en solutio placentae. Bij dwarsligging, onvolkomen ontsluiting en gebroken vliezen voorkwam men door de kering volgens Braxton Hicks het ontstaan van een zodanige omsnoering bij vordering van de baring dat tenslotte geen V&E meer mogelijk was: de verzuimde dwarsligging.

indicatie V&E	aantal (N)	moedersterfte	kindersterfte
gevaar voor moeder of kind bij afgeweken schedelligng	44	4 (9%) 3 in levensgevaar (10%)	34% 21 in levensgevaar: 8 overleden (38%)
profylactische V&E	38	0	1
placenta praevia	105	9,5%	50%
voorliggend/uitgezakte navelstreng	41	0	21%
schouderligging	61	2 (infectie)	40%

Tabel 1. Resultaten V&E Amsterdam 1896-190328.

In de tweede helft van de 19e eeuw werd in Duitsland vooral gediscussieerd over de vraag al of geen kerring bij bekkenvernuwing. Op grond van Simpsons argumentatie werd dit bij verschillende maten van bekkenvernuwing (conjugata vera > 7 1/4 cm of > 8,12 cm!) gepropageerd, zelfs na een mislukte forceps. Bij bekkenvernuwing had men daarnaast als opties de partus arte prematurus, de symfysiotomie, de hoge tang en de keizersnede.³⁶

20e Eeuw

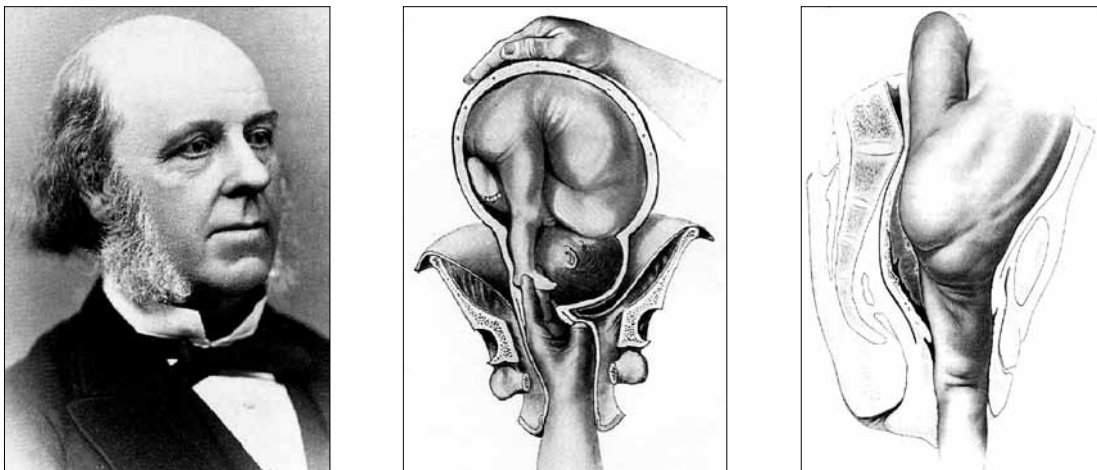
De indicaties voor V&E waren in de Amsterdamse Vrouwenkliniek rond 1900: 1. schouderligging bij minstens 8 centimeter ontsluiting; 2. schedelliging beweeglijk boven de bekkeningang indien termineren voor moeder en/of kind noodzakelijk was; 3. schedelliging wanneer de schedel bij volkomen ontsluiting beweeglijk boven de bekkeningang bleef staan, ongeacht al of geen bekkenvernuwing. Dit heet de profylactische indicatie; 4. te laag geïnserieerde placenta en nog niet ingedaalde schedel; 5. uitgezakte navelstreng bij beweeglijk op de bekkeningang staande schedel. In het tweede en vijfde geval werd bij een ontsluiting van minder dan 7-8 centimeter de cervix manueel gedilateerd volgend de methode Bonnaire- van Oordt.²⁸

De sterfte was meestal geen gevolg van de V&E op

zich maar van de indicatie daartoe, zoals placenta praevia, eclampsie en een uitgezakte navelstreng. Van de levend geboren kinderen was 90% asphyctisch. De Utrechtse Universiteitsvrouwenkliniek verrichtte geen profylactische kerring bij bekkenvernuwing omdat bij 60% van die gevallen het kind spontaan geboren werd.²⁹

Sellheim (1913) adviseerde hoe de verloskundige bij V&E het beste kon zitten: de arts maakt een halve draai naar het operatiegebied; dus bij rechts gelegen voetjes half naar links; daardoor komen de handen vanzelf op de plaats waar ze moeten werken: de linker hand links (van de operateur uit gezien) en de rechterhand rechts buiten op de fundus uteri (afb. 17).

“Vanaf circa 1905 werd de V&E geleidelijk verdrongen door de sectio caesarea. Tot dan toe had men, als de schedel bij volkomen ontsluiting niet was ingedaald, geredeneerd dat het beter was om niet verder af te wachten, of hij na enige tijd misschien wel zou indalen, maar dat men verkiezen moest, dadelijk, voordat de operatie door het nauwer omsluiten van den uterus om het kind heen, te moeilijk werd, en daarom desnoods voordat er een duidelijke indicatie was, de keering te verrichten: de prophylactische keering. De kinderlijke mortaliteit schommelde daarbij soms wel tussen de 15 en 50%. Vroeger, toen



Afbeelding 16. John Braxton Hicks, zijn gecombineerde kerring bij placenta praevia.



Afbeelding 17. Juiste positie bij een dwarsligging met de voetjes rechts liggend operatiegebied (+) als grondhouding voor verdere handgrepen.

hiermee de perforatie of de toen uiterst gevaarlijke sectio caesarea omgaan werd, kon men dergelijke resultaten accepteren.³⁰ Rond 1900 ging de sectio caesarea gepaard met een kinderlijke mortaliteit van 5 à 7%, en een moederlijke mortaliteit van 1% bij niet geïnfecteerde gevallen. De profylactische kerring werd vervangen door de expectatieve methode of de baring spontaan ten einde kwam. Waar dat niet gelukte, en dat bleek in de grote minderheid van de gevallen, kon de keizersnede met een betere, (of een hoge tangextractie met een niet slechtere) prognose dan die van de versie worden verricht.

Over het 2^e tweelingkind in dwarsligging, hetgeen toen bij 7% van de gemelli optrad, luidde de opvatting in 1929: "Is het eerste geboren en ligt het tweede dwars, dan zijn de kerring en de extractie aan den voet zoo gemakkelijk, dat de keering op het hoofd onnoodig is."³⁰

In Nederland verrichtten huisartsen toen een V&E bij tweede van tweelingen, een naast het hoofd uitgezakt armpje, en een hand met omstrengelde navelstreng naast het hoofd.³¹

Tussen 1893 en 1941 verrichtte een plattelandshuisarts te Gouderak op 4273 partus 58 maal (1,3%) een V&E: 30 bij hoofdligging en 28 bij dwarsligging. Een van de vrouwen overleed aan de gevolgen van placenta praevia; 8 kinderen overleden tijdens de partus ten gevolge van verzuimde dwarsligging, placenta praevia en uitgezakte navelstreng.³² In de Leidse Universiteitsvrouwenkliniek werd tussen 1915 en 1923 bij 46 vrouwen een V&E verricht, merendeels wegens

dwarsligging, doch ook nog bij placenta praevia of uitgezakte navelstreng. Daarbij overleden 3 vrouwen ten gevolge van longembolie na tamponnade, bloedverlies door placenta praevia, en colpaporrhesis na secundair verwijzing.³³

Tot in de jaren zestig van de vorige eeuw werd de V&E soms geïndiceerd geacht bij dwarsligging, houding- en standsanomalien als aangezichts-, voorhoofdligging, sterk asynclitismus posterior, en uitgezakte navelstreng of extremiteit.³⁴ De V&E werd toen nog als zodanig door systematisch fantoomonderlicht onderwezen aan alle praktikanten semi-artsen, omdat het artsexamen toen formeel de bevoegdheid gaf tot het uitoefenen van de gehele "genees-, heel- en verloskunde". De auteur van het Nederlands Leerboek der Verloskunde schrijft dan: "de keuze tussen de verschillende wijzen van behandeling (bedoeld is: bij dwarsligging, uitgezakte arm/voet, navelstreng etc) kan moeilijk zijn. Grote theoretische kennis en veel ervaring zijn daarvoor vereist. De huisarts overlegge dan ook van tevoren met een obstetricus. In het algemeen is het ook beter de kunstverlossing aan de specialist over te laten."³⁵

Voorbeelden waarbij 40-50 jaar geleden de V&E door hen nog wel werd verricht zijn: een voorliggende navelstreng bij volkomen ontsluiting bij eerstbarende; een mislukte hoge tang bij grande multiparae, of abusievelijke metherginetoediening na het eerste kind bij een niet ontdekte tweeling. Vanaf 1977 noemen de leerboeken en richtlijnen alleen nog de niet te corrigeren dwarsgelegen tweede van een tweeling als indicatie voor V&E.

Literatuur

1. Crowther, C.A., *Caesarean delivery for the second twin*. Cochrane Database Syst Rev 2000;2:CD000047
2. Laubach, M., Y. Jacquemin, *Tweelingbevalling Hfdst 4 in Obstetrische Interventies*, Red. Dörr PJ, Khouw VM, Jacquemin Y, Nijhuis JG, 2010, Elsevier, Amsterdam.
3. Reuwer, P.J.H.M., *Beleidsverwegingen bij meerlingbaringen*. Hfdst 12, pag 94-104. in: Meerlingen. Red. HW Bruinse, GHA Visser. 1997, Elsevier/De Tijdstroom Maarssen.
4. Thierry, M., *Obstetrische handgrepen*. Van Hippocrates tot De Snoo en daarna. Tijdschr voor Geneeskd 2001 57:1126-31.
5. Hergott, F.J., *Essai d'une Histoire de l'Obstétricie*, 1891, G. Steinheil, Parijs, cit in: Thierry M. *Obstetrische handgrepen, van Hippocrates tot De Snoo en daarna*. Tijdschr voor Geneeskd 2001 57:1126-1131.
6. Paré, A., *De la génération de l'homme et manière d'extraire les enfants hors du ventre de leur*

- mère, 1573, Paris. *De chirurgie ende alle de opera, ofte werken van Ambroise Paré*, 1592, Dordrecht.
7. Côme Viardel, *Observations sur la pratique des accouchements*, 1674, Paris
 8. Guillemau, J., De la grossesse et de l'accouchement des femmes, du gouvernement d'icelles et moyens de souvenir aux accidents, qui leur arrivent, 1598, Paris.
 9. Mauriceau, F., *Tractaet van de Siektens der Swangere Vrouwen en die eerst gebaert hebben*. Uit het Frans vertaelt. 1683, Albertus Magnus, Amsterdam.
 10. Paulus Portal, *De praktijk der Vroed'meesters en Vroed'vrouwen*. Uyt de Franse in de Nederduytsche Tale overgeset. 1690, Timotheus van Hoorn, Amsterdam.
 11. de la Motte, G.M., *Traité complet des accouchements naturels, non naturels et contre nature par le Sr. De la Motte*. Nouvelle edition, 1729, Leiden.
 12. Van Deventer, H., *Manuele Operatien* (1746) Facsimile en Commentaar (onder redactie van R.W.Bakker, M.A.C.Lubsen en A.T.M.Verhoeven); 2001, Vol I, 35e Capittel 't Goy, Houten.
 13. Schrader, C.G., *Memoryboeck van de Vrouwen*, Bewerking Van Lieburg MJ, Commentaar. Kloosterman GJ, Nieuwe Nederlandse Bijdrage tot de geschiedenis der Geneeskunde en der Natuurwetenschappen No 11, 1984, Rodopi, Amsterdam.
 14. Levret, A., *L'art des accouchements*, 3e Ed, 1766, Paris.
 15. Smellie, W., *Verhandeling over het bespiegelend en bewerkend deel der Vroedkunde*, na de 3e druk in 't Hollandsch gebracht, en met einige weinige aanmerkingen en zaaken vermeerderd, door Matthys van der Haage, 1765, Amsterdam, Jan Morterre.
 16. Deleurye, F.A., *Traité dse accouchemens en faveur des élèves*, 1770, Paris
 17. Boër, L.J., *Sieben Bücher über Natürliche Geburtshülfe*, 1834, Wenen
 18. Wigand, J.H., *Drei den med.Fakultäten zu Paris u. Berlin zur Prüfung übergebene geburtsh. Abhandlungen*. 1824, Hamburg. Heinrich Wigand (1769-1817). Bekend van de weeënleer en handgreep van Wigand-Martin-Von Winckel bij het hoogstaande nakomend hoofd.
 19. Naegele, K.F. (1778-1851), *Bekend van het Naegele bekken, de tang, de wet van Naegele en het asynclitisme*.
 20. von Ritgen, F.A.M.F. (1787-1867), hoogleraar te Giessen 1816, bekend van de handgreep van Ritgen, en de eerste extraperitoneale keizersnede.
 21. Busch, D.W.H., *Leerboek der verloskunde* (1839), en Atlas van Verloskundige Afbeeldingen in verband met het Leerboek der Verloskunde, 1844, Hendrik Frijlink, Amsterdam
 22. Bumm, E., *Grundriss zum Studium der Geburtshilfe*, Zweite verbesserte Auflage, 1903, J.F.Bergmann Verlag, München,Wiesbaden.
 23. Lachapelle, M.L., *Pratique des Accouchements*, etc. publié par Ant.Dugès, 3 vols, JB Ballière, 1821-1825, Paris.
 24. Spencer, H.R., *The history of British Midwifery from 1650 to 1800*; 1927, Bale Sons & Danielsson, London.
 25. Thomas, S., *De keering op de knie*. Een voorslag tot verbetering van de techniek der keering op het bekkenuiteinde. Ned Tijdschr Geneeskd, 1860; II: 40. Zie ook: Nijhoff, Het onderwijs in de verloskunde en de uitoefening der verloskunst in Nederland gedurende de laatste 75 jaren. Ned Tijdschr Geneeskd 1924 (68)II:25-32.
 26. Lepoeter, G.J. & A.H. Teeuw, *Marinus Nathanaël de Broekert heel- en vroedmeester*. Een verloskundige praktijk op het Zeeuwse platteland 91824-1871); weergave, analyse, beschouwingen. 2010, Lepoeter, Kapelle
 27. Hicks, J.B., *On a new method of version in abnormal labour*, Lancet 1860; 2: 28-30.
 28. Beukers, K.G., *Versie en extractie*, Dissertatie Universiteit Amsterdam, 1904.
 29. Kouwer, B.J. & A.W. Ausems, De Verloskundige Kliniek en Polikliniek der Rijks-Universiteit te Utrecht, Tweede integraal overzicht (1901 en 1902), 1904, Stads-, Boek- en Courantdrukkerij, Kampen.
 30. van der Hoeven, P.C.T., *Operatieve Verloskunde*, 4e herziene druk, 1929, G.Naeff, 's Gravenhage.
 31. Starmans, J.H., *Verloskunde en Kindersterfte in Limburg*, Dissertatie Universiteit Amsterdam, 1930
 32. Beekenkamp, T., *Verloskundige praxis ten plattelande*. Ned Tijdsch Verlosk Gynaecologie 1941 44:191-236.
 33. Lawick van Pabst, M.H., *Statistische gegevens over enkele verloskundige operaties*, Dissertatie Rijksuniversiteit Leiden, 1924.
 34. Janssens, J., *Phantom Dictaat*, Vrije Universiteit, Amsterdam 1960
 35. van Bouwdijk Bastiaanse, M.A., *Kering van het kind*, in Leerboek der Verloskunde, Red. Holmer e.a., 3e dr. 1963, Uitg Van Holkema Warendorf, Amsterdam.
 36. Fassbender, H., *Geschichte der Geburtshülfe*, 1906, Georg Fischer Verlag, Jena.
 37. Sir J. Y. Simpson (1811-1870), obstetricus, introduceerde de chloroformnarcose in de verloskunde (1847) en is bekend van zijn model verlostang.



Tractocile[®]
atosiban

Met Tractocile heeft iedereen rust

Tractocile[®], bij dreigende vroeggeboorte

Een uterus-specifiek tocolyticum met geruststellend veiligheidsprofiel.

Arts, De geruststelling dat u kiest voor een geregistreerd tocolyticum met optimaal veiligheidsprofiel.^{1,2,3}

Moeder, Minimale maternale bijwerkingen.^{3,4}

Foetus, Geen direct effect op foetale bewegingen, - hartslag en bloedstroom.⁵



Ferring, uw partner in fertiliteit en obstetrie

Voor uitgebreide informatie zie elders in dit blad.

FERRING

PHARMACEUTICALS

Waarborgen van kwaliteitsbeleid voor de toekomst: rol van de AIOS bij richtlijnontwikkeling

M.O. Verhoeven en B.W.J. Mol

De gezondheidszorg is aan het veranderen. De roep om kwaliteit, toetsing, en transparantie wordt luid. Het handelen van een gynaecoloog zal in de toekomst ook voor partijen van buitenaf toetsbaar moeten zijn. Het is cruciaal dat de toekomstige gynaecoloog zich hierop voorbereidt.

Het ontwikkelen van heldere richtlijnen met, aansluitend, het ontwikkelen van indicatoren en het onderkennen van de consequenties voor patiëntveiligheid is één van de centrale punten in het kwaliteitsbeleid. Het ontwikkelen en implementeren van een dergelijk kwaliteitsdocument (richtlijn met indicatoren en de consequenties voor patiëntveiligheid alsmede een implementatieplan) vergt vaardigheden die iedere toekomstige gynaecoloog in meer of mindere mate zou moeten bezitten.

De ontwikkeling en het onderhoud van deze kwaliteitsdocumenten wordt momenteel grotendeels gedaan op vrijwillige basis. Aangezien deze documenten in de toekomst een steeds grotere rol gaan spelen is het belangrijk dat de NVOG hierin een grote groep gynaecologen betreft en bekwaamt. Waar kunnen we dan beter beginnen dan bij de AIOS? Zij zijn de gynaecologen van de toekomst en zullen ook geschoold moeten worden in het maken van richtlijnen en andere standaarden: zulke documenten komen immers niet uit de lucht vallen.

Met de nieuwe eisen aan richtlijn-onderhoud en -ontwikkeling beschreven in "Richtlijnen 2.0" is het ontwikkelen van een richtlijn niet een vaardigheid die geleerd kan worden in een middag. Om ook in de toekomst te garanderen dat er gynaecologen zijn die deze vaardigheid bezitten heeft de "Activiteit Kwaliteitsdocumenten" (de voormalige "Commissie Richtlijnen") een pilotproject ontwikkeld waarin AIOS in staat gesteld worden om tijdens hun opleiding deze vaardigheid te leren. Daarbij wordt het principe van "meester gezelschap" gebruikt zoals de hele opleiding is opgebouwd. Er wordt een AIOS geplaatst in een werkgroep die gemandateerd is met het ontwikkelen van een richtlijn. Om niet alleen AIOS te rekruteren die al bezig zijn met onderzoek op het onderwerp

van de richtlijn is besloten om deze leergang aan te bieden als alternatief voor de opleidingseis: het publiceren van een artikel. Het consilium heeft hiervoor toestemming gegeven.

Onzes inziens zal door het actief participeren in richtlijnontwikkeling de vaardigheid in het beoordelen van literatuur verbeteren. Aangezien de AIOS onder begeleiding systematisch de literatuur doorzoekt en artikelen selecteert om vervolgens de resultaten te interpreteren om tot een praktische aanbeveling te komen. Tevens zal de AIOS kennis maken met het proces van richtlijnontwikkeling en daarbij leren uit welke onderdelen een richtlijn bestaat, wie in richtlijnontwikkeling participeert, en welke consequenties een richtlijn heeft voor het werkveld.

Wij denken dat deelname door een AIOS aan het ontwikkelen van een richtlijn gelijk staat aan de opleidingseis dat een AIOS een artikel publiceert. Bij het participeren aan richtlijn-ontwikkeling is het echter mogelijk lastiger te toetsen wat de bijdrage van de AIOS is, omdat het eindproduct vervaardigd wordt onder leiding van het voorzitterschap van een gynaecoloog. Om te toetsen of een AIOS een substantiële bijdrage heeft geleverd aan een richtlijn zijn er leerdoelen geformuleerd waarop de AIOS door een onafhankelijke commissie getoetst zal worden. Na het doorlopen van deze leergang zal de AIOS in staat zijn:

- de voorwaarden voor richtlijnontwikkeling te benoemen;
- het proces van richtlijnontwikkeling te beschrijven;
- een toekomstige richtlijnontwikkeling te begeleiden;
- de richtlijn te plaatsen binnen het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep (zoals het benoemen van kwaliteitsindicatoren en de mogelijke implicaties voor patiëntveiligheid);
- problemen te benoemen rond het implementeren van richtlijnen en beleid.

De onafhankelijke commissie zal bestaan uit ten minste drie gynaecologen die door de NVOG gemandateerd zullen zijn om te beoordelen of een AIOS de leerdoelen voldoende heeft behaald zodat deze leer-

gang kan meetellen voor de opleidingseis aan wetenschappelijke output.

Na een inventarisatie onder alle AIOS via een nieuwsbrief van de VAGO bleken er tien AIOS geïnteresseerd te zijn in het participeren in richtlijnontwikkeling. Dit jaar zijn de eerste AIOS gekoppeld aan een werkgroep die belast is met het ontwikkelen van een richtlijn. De "Activiteit Kwaliteitsdocumenten" zal zowel bij de werkgroep voorzitter als de AIOS evalueren hoe dit verlopen is. Indien één en ander succesvol verloopt zal het traject, met eventuele verbeteringen, in de toekomst beschikbaar zijn voor alle AIOS. Een vermelding van het doorlopen van deze

leergang op het CV kan een pré zijn tijdens een sollicitatie en daarnaast, en minstens even belangrijk, ontwikkelt de NVOG zo een sterke basis voor de toekomst van richtlijnontwikkeling en -onderhoud.

Auteurs

M.O. Verhoeven, AIOS, VAGO-lid Activiteit Kwaliteitsdocumenten

B.W.J. Mol, voorzitter Activiteit Kwaliteitsdocumenten

e kwaliteit@nvog.nl

Advertentie



De toekomst van de thuisbevalling

in Nederland

Dinsdag 25 september 2012

MECC Maastricht

Initiatief en organisatie:

Academie Verloskunde Maastricht

Directeur:

Rafaël van Crimpen MMO

Dagvoorzitter:

Wouke van Scherrenburg

**Academie Verloskunde
Maastricht**

**ZU
YD**

Toekomstgerichte verloskunde op hoog niveau

De sprekers

De thuisbevalling, een kostbaar bezit

Prof. dr. Raymond de Vries, *hoogleraar Midwifery Science, Academie Verloskunde Maastricht*

Safe and sound: presentatie uitkomsten UK Birthplace-onderzoek november 2011

Prof. Peter Brocklehurst, *professor of Women's Health, director of the Institute for Women's Health, University College London*

De thuisbevalling als baringservaring

Julie Sharon-Wagschal MA, *moeder en counseling therapist*

De toekomst van de thuisbevalling vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar

Jeroen Crasborn, *sr. adviseur Zorgstrategie, Achmea Divisie Zorg & Gezondheid*

Opleiden van verloskundigen, toegerust voor de thuisbevalling

Marianne Nieuwenhuijze, *RM MPH, voorzitter Vakgroep Midwifery Science, Academie Verloskunde Maastricht*

Opleiden van gynaecologen, onbekend maakt onbemind

Prof. dr. Jan Nijhuis, *hoofd afdeling Obstetrie & Gynaecologie, Maastricht Universitair Medisch Centrum*

Het Nederlands verloskundige systeem: waar vinden we de brug in samenwerking, waar zitten kansen en waar de bedreigingen voor de toekomst

Prof. Arie Franx, *hoogleraar en afdelingshoofd Obstetrie, UMC Utrecht:*

perspectief van de gynaecoloog/obstetricus

Angela Verbeeten, *voorzitter Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen en praktiserend eerstelijns verloskundige:*

perspectief van de verloskundige

Programma en aanmelding: www.av-m.nl

Een incomplete curettage: re-curettage of hysteroscopie resectie?

S. Heemelaar, A.B. Hooker en E. Bakkum

Achtergrond

Een miskraam wordt gedefinieerd als het verlies van een niet-vitale graviditeit. Ongeveer 10-15% van de klinische zwangerschappen eindigt in een miskraam.¹⁻³ Behandeling, middels een curettage of misoprostol wordt meestal uitgevoerd bij abnormaal bloedverlies, incomplete miskraam of als afwachten niet meer wenselijk is. Wereldwijd is curettage nog steeds de standaard en meest uitgevoerde behandeling voor een miskraam. Ondanks het verrichten van een curettage kan er zwangerschapsweefsel achter blijven; de incidentie wordt geschat op 1%.⁴

Een mogelijke complicatie na een curettage is het ontstaan van intra-uteriene adhesies; door trauma aan het endometrium en myometrium kunnen de wanden van de uterus tijdens het genezingsproces tegen elkaar komen te liggen, met als gevolg gedeeltelijke of complete obliteratie van het cavum.^{5,6} Intra-uteriene adhesies of synechieën zijn voor het eerst in 1894 beschreven door Heinrich Fritsch.⁷ In 1948 beschreef Asherman de etiologie, frequentie en symptomatologie van dit syndroom, die sindsdien wereldwijd zijn naam draagt.⁸ De termen intra-uteriene adhesies en

het syndroom van Asherman worden vaak door elkaar gebruikt; hoewel voor het laatste er sprake moet zijn klachten. De werkelijke incidentie van intra-uteriene adhesies is niet bekend, omdat een aanzienlijk deel van de patiënten geen symptomen heeft.⁹

Het ontstaan van adhesies is multifactorieel; bij patiënten met bewezen intra-uteriene adhesies was zwangerschap in 91% de belangrijkste factor.⁵ Andere risicofactoren zijn trauma aan het endometrium (curettage), een lage oestrogeen spiegel en infectie en inflammatie.^{5,10} Preventie van intra-uteriene adhesies is essentieel; adhesies zijn geassocieerd met infertiliteit, menstruatiestoornissen en dysmenorroe. Indien een zwangerschap optreedt wordt deze vaak gecompliceerd door (herhaalde)miskramen, extra-uteriene graviditeit, abnormale placentatie, intra-uteriene groei beperking, congenitale afwijkingen en partus praematurus.^{5,9,10-12} Vrouwen die een adhesiolysis, vanwege het syndroom van Asherman, ondergaan hebben een kans van 21-50% op re-adhesies.¹³

Tot nu toe is een re-curettage de standaard behandeling bij een incomplete curettage. Herhaalde intra-

Tabel 1. Baseline karakteristieken van de geïncludeerde patiënten per behandelingsgroep. PID= Pre implantatie diagnostiek.

	Hysteroscopie (n=53)	Curettage (n=42)	P
Leeftijd (jaar; gemiddelde ± SD)	27,3 ± 5,6	27,9 ± 6,9	.455
Pariteit (n; gemiddelde ± SD)	1,2 ± 0,6	1,5 ± 0,4	.385
Eerdere abortus (aantal)			
- 0	42 (79,2%)	34 (81%)	.352
- 1	7 (13,2%)	5 (11,9%)	.420
- ≥ 2	4 (7,6%)	3 (7,1%)	.265
Interval tussen ingrepen			
- ≥ 10 dagen	6 (11,3%)	5 (11,9%)	.388
- 10-29 dagen	24 (45,3%)	21 (50%)	.232
- ≥ 30 dagen	23 (43,4%)	16 (38,1%)	.185
Klinische symptomen			
- Bloedverlies	11 (20,8%)	8 (19%)	.345
- PID	6 (11,3%)	5 (11,9%)	.285
- Geen	36 (67,9%)	29 (69,1%)	.225

Tabel 2. Intra-uteriene adhesies gediagnosticeerd 3 maanden na hysteroscopische resectie of curettage van een zwangerschapsrest, na incomplete curettage.

Graad*	Intra-uteriene adhesies	Hysteroscopie (n=48)	Curettage (n=39)	P
I	Dunne of fijne adhesies	2 (4,2%)	7 (17,9%)	<0,05
II	Enkele dichte adhesies	0	3 (7,7%)	<0,05
Ila	Afsluitende adhesies in de cervix en ter plaatse ostium internum	0	0	
III	Meerdere dichte adhesies	0	0	
IV	Uitgebreide dichte adhesies met (partiele) afsluiting van het cavum uteri	0	0	
Va	Uitgebreide verlittekening en fibrosering van het endometrium icm graad I of II adhesies	0	1 (2,4%)	NS
Vb	Uitgebreide verlittekening en fibrosering van het endometrium icm graad III of IV adhesies	0	0	
Geen follow-up		3	2	
Totaal		2 (4,2%)	12 (30,8%)	<0,001

* Classificatie volgens de European Society of Gynaecologic Endoscopy (ESGE)..

uteriene ingrepen geven een significant verhoogd risico op het ontstaan van intra-uteriene adhesies, tot 40%.¹⁴⁻¹⁶ Hysteroscopische verwijdering van een zwangerschapsrest is een alternatieve behandeling. De vraag is of hysteroscopische verwijdering van een zwangerschapsrest in vergelijking met een curettage minder kans geeft op intra-uteriene adhesies?

Vraagstelling

Vraag: Geeft hysteroscopische verwijdering van een zwangerschapsrest na een incomplete curettage in vergelijking met een curettage minder kans op intra-uteriene adhesies?

P: Vrouwen met een zwangerschapsrest na een curettage in het eerste of tweede trimester

I: Hysteroscopische resectie

C: curettage

O: intra-uteriene adhesies

Zoekstrategie en methoden

In Pubmed werd een search verricht met de volgende termen: hystero* AND curettage [MESH] AND (trophoblas* OR remnants OR 'incomplete abortion' OR 'missed abortion'). De zoekstrategie leverde 67 artikelen op. Er werd gelimiteerd naar Engelse en Nederlandse taal waarna er 55 artikelen overbleven. Deze artikelen werden systematisch gescreend, eerst op titel en abstract en indien relevant werd het gehele artikel gelezen.

Het artikel van Rein et al. 'Hysteroscopic management of residual trophoblastic tissue is superior to ultrasound-guided curettage' is het enige artikel waarbij curettage en hysteroscopische resectie met elkaar werden vergeleken bij vrouwen na een incomplete curettage.¹⁷

Bespreking

Het artikel beschrijft een prospectieve studie die in 2 Duitse centra werd gehouden. Het doel van de studie was om inzicht te krijgen in de percentage intra-uteriene adhesies en zwangerschappen bij vrouwen die behandeld werden vanwege een zwangerschapsrest. Vrouwen met een zwangerschapsrest, echoscopisch bevestigd, werden geïncludeerd en in 2 cohorten verdeeld. De patiënten die van 2004 tot en met januari 2007 werden geïncludeerd behoorden tot de curettagegroep en werden gecuretteerd volgens een vast protocol. De operatie vond plaats onder algehele anesthesie en na dilatatie van de cervix tot Hegar 9 werd een curettage verricht met een metalen curette no. 4. Er vond simultaan echoscopische evaluatie plaats met transabdominale echoscopie.

De hysteroscopie groep werd geïncludeerd vanaf februari 2007 tot 2010. Er werd een trans cervicale resectie van het zwangerschapsweefsel uitgevoerd met een standaard 26F resectoscoop; distensie werd verkregen met glycine of NaCl via hystero-flator. Mechanische verwijdering van de zwangerschapsrest werd verricht door de 4-mm loop als een curette te gebruiken, zonder gebruik van elektrische stroom. Cervicale voorbereiding met misoprostol of prostanglandine werd in beide groepen niet toegepast en in alle gevallen werd het verkregen weefsel ingestuurd voor histologisch onderzoek.

Na 3 maanden werd in beide groepen een diagnostische hysteroscopie verricht met een 2,9 mm rigide scoop. Het cavum werd in de proliferatieve fase beoordeeld op de aanwezigheid en ernst van intra-uteriene adhesies (primaire uitkomstmaat). De adhesies werden geclassificeerd volgens de European Society of Gynaecologic Endoscopy (ESGE) classification of

Tabel 3. Reproductieve uitkomst van de vrouwen behandeld vanwege een incomplete curettage met kinderwens.

	Hysteroscopie (n=45)	Curettage (n=37)	P
Zwanger	31 (68,8%)	22 (59,6%)	0,35
Spontane miskraam	3 (6,9%)	3 (15%)	0,227
Levendgeborene	26 (57,8%)	17 (45,9%)	
Interval operatie tot conceptie mnd (gemiddelde-range)	11,5(7-39)	14,5 (10-36)	<0,28

intrauterine adhesions. De patiënten met een zwangerschapswens werden vervolgd om te kijken of ze zwanger waren geworden. Secundaire uitkomstmaten waren het aantal en verloop van de zwangerschappen en de tijd tussen operatie en zwangerschap.

Resultaten

In totaal werden 95 vrouwen geïncludeerd; 88 (92,6%) vrouwen na een incomplete curettage, waarvan 81 in het eerste en 7 in het tweede trimester, en 7 (7,4%) vrouwen met een placentarest na een a terme sectio caesarea. In totaal ondergingen 42 vrouwen een curettage en 53 een hysteroscopische resectie. Baseline karakteristieken waren in beide groepen gelijk, zie tabel 1. In de hysteroscopie groep waren er geen complicaties, in de curettagegroep 1 uterusperforatie waarvoor laparoscopie noodzakelijk was. Bij alle vrouwen werd een zwangerschapsrest histologisch bevestigd.

Drie maanden na de interventie ondergingen 87 vrouwen (90,6%) een controle hysteroscopie; 39 vrouwen (92,9%) van de curettagegroep en 48 (90,6%) van de hysteroscopie groep. In totaal werden er 14 adhesies geïdentificeerd; 12 (30,8%) in de curettagegroep ten opzichte van 2 (4,2%) in de hysteroscopie groep, het verschil was statistisch significant ($p < 0,001$). In de hysteroscopie groep werden alleen milde adhesies (Graad I) gezien. In de curettagegroep werden bij 7 patiënten milde adhesies (Graad I) gezien, bij 3 enkele dichte adhesie (Graad II), bij 1 uitgebreide verlittekening en fibrosering van het endometrium in combinatie met enkele dichte adhesies (Graad Va) en bij 1 was de gradatie niet bekend, zie tabel 2. Behalve de adhesies werd er bij 1 patiënt in de curettagegroep een zwangerschapsrest vastgesteld waarvoor aanvullende chirurgische interventie nodig was. Bij 3 patiënten werd er een uterus met een incompleet septum gediagnosticeerd; 2 in de hysteroscopiegroep en 1 in de curettagegroep.

Tabel 3 geeft de secundaire uitkomstmaten weer. Van de 82 vrouwen met een kinderwens werden er 53 zwanger na een gemiddelde follow-up van 24 maanden (range 8-38 maanden). In de hysteroscopiegroep werden 31 van de 45 vrouwen (68,8%) zwanger ten opzichte van 22 van de 37 (59,5%) in de

curettagegroep. Het verschil was statistisch significant ($p = 0,35$). Opvallend was dat de patiënten in de hysteroscopiegroep significant sneller zwanger werden dan vrouwen in de curettagegroep, respectievelijk 11,5 versus 14,5 maanden ($p = 0,36$). Er traden 3 spontane miskramen op in beide groepen terwijl het aantal levend geboren kinderen 26 (57,8%) was in de hysteroscopiegroep tegenover 17 (45,9%) in de curettagegroep; dit verschil was niet significant.

Discussie

Uit de getoonde resultaten blijkt dat vrouwen na een incomplete curettage beter hysteroscopisch behandeld kunnen worden. Ten eerste, hysteroscopische resectie geeft significant minder adhesies ten opzichte van een re-curettage; 4,2% versus 30,8%. Tevens zijn de adhesies in de hysteroscopiegroep minder ernstig en uitgebreid, zie tabel 2.

Hysteroscopische behandeling is bovendien beter voor de fertiliteit; de vrouwen werden significant vaker zwanger (68,8 versus 59,5%) en eerder zwanger (11,5 versus 14,5 maanden). Cohen et al. vergeleek hysteroscopische behandeling met curettage bij vrouwen na een incomplete curettage met als uitkomstmaat het aantal zwangerschappen na minimaal 6 maanden, range 6-42 maanden.¹⁸ Alhoewel de groepen kleiner waren, 17 vrouwen in de hysteroscopiegroep en 16 vrouwen in de curettagegroep, wijzen de resultaten in dezelfde richting. Er werden meer zwangerschappen gezien in de hysteroscopiegroep (82,3% versus 62,5%). Tevens waren de vrouwen in de hysteroscopiegroep significant sneller zwanger (7,3 versus 11 maanden). Hysteroscopie biedt de mogelijkheid om zwangerschapsresten selectief onderzocht te verwijderen met als voordeel dat het omliggende endometrium minder wordt beschadigd; wat de kans op adhesies vermindert.¹⁸⁻²⁰ Dit lijkt ook de verklaring voor de snellere zwangerschappen. Hysteroscopische behandeling leidt ook tot kostenbesparing; er worden minder vrouwen verwezen vanwege het uitblijven van een zwangerschap en er is minder vaak een tweede ingreep nodig.

Gezien de mogelijke complicaties bij intra-uteriene adhesies en de hoge kans (21-50%) op re-adhesies na hysteroscopische adhesiolysis is preventie van groot belang.¹³ Indien intra-uteriene adhesies zijn ontstaan,

is vroege detectie en behandeling van groot belang voor het uiteindelijke anatomische en functionele herstel van het cavum uteri en het endometrium. Herhaalde intra-uteriene ingrepen geven een verhoogd risico's op het ontstaan van adhesies, tot 40%.¹⁴⁻¹⁶ Een nadeel van een curettage is dat verwijdering van de zwangerschapsrest blind gebeurt waardoor de ingreep soms onvolledig kan zijn. Bij hysteroscopie is visuele bevestiging van een complete resectie mogelijk. In deze studie was in de hysteroscopiegroep de zwangerschapsrest bij alle vrouwen volledig verwijderd; in de curettagegroep was er bij 1 patiënt sprake van een persisterende zwangerschapsrest.

Bij vrouwen met een zwangerschapsrest wordt in de literatuur een percentage van 3,3 tot 21,4% congenitale uterusafwijkingen beschreven; een verhoogd risico in vergelijking met fertiele en infertiele vrouwen.¹⁸⁻²⁰ Hysteroscopie biedt de mogelijkheid om congenitale uterusafwijkingen te diagnosticeren en te behandelen. In deze studie werd 3 keer een uterus met een incompleet septum geïdentificeerd en behandeld. Bij de twee patiënten in de hysteroscopiegroep was het septum geconstateerd tijdens de eerste ingreep, bij de eerdere echo's niet gezien.

Er zijn enkele kanttekeningen bij deze studie. Het was een relatief kleine, ongeblindeerde en niet gerandomiseerde cohort dat wordt beschreven. Van de geïncludeerde patiënten behoorden 7,4% niet tot onze onderzoekspopulatie. Zij hadden een zwangerschapsrest na een sectio caesarea. Het indelen van de patiënten in cohorten op basis van tijd kan de resultaten op een niet te voorspellen wijze hebben beïnvloed. Tevens wordt er in de studie geen melding gemaakt van het gebruik van antibiotica tijdens de voorafgaand aan de ingreep. Antibiotica moet altijd worden overwogen aangezien er een verhoogde kans op infectie en ontsteking bestaat bij een zwangerschapsrest.²¹

De curettage werd met een metalen curette uitgevoerd. Zoals de auteurs zelf aangeven, mag je veronderstellen dat een zuigcurettage met een flexibele canule minder beschadigingen geeft aan het endometrium resulterend in minder adhesies. In de literatuur zijn er geen studies die een zuigcurettage met een flexibele buis vergelijken met een metalen curette. In Nederland is het gangbaar om een zuigcurettage uit te voeren met een flexibele buis.

De curettage werd echogeleid uitgevoerd. De auteurs veronderstellen dat echogeleide curettage minder traumatiserend is. Er zijn geen (gerandomiseerde) studies die deze veronderstelling steunen. Echogeleid curetteren zou kunnen leiden tot toename van de beschadiging van het endometrium omdat er wordt gecuretteerd totdat echoscopisch een leeg cavum wordt waargenomen. Desondanks laat de studie een signifi-

cant voordeel zien bij vrouwen met een incomplete curettage die hysteroscopisch zijn behandeld.

Conclusie en aanbeveling

Bij vrouwen met een incomplete curettage leidt hysteroscopische resectie in vergelijking met curettage tot minder verklevingen en vaker tot complete resecties. Tevens zijn de patiënten vaker en sneller zwanger, wat leidt tot minder leed en medische kosten. Gezien de hoge kans op intra-uteriene adhesies bij herhaalde curettages is een goede indicatiestelling essentieel. Bij een incomplete curettage kan eerst behandeling met misoprostol worden overwogen. Indien een chirurgische interventie noodzakelijk is, dan zou op basis van het huidige bewijs een hysteroscopische resectie de behandeling moeten zijn waarbij tevens congenitale uterusafwijkingen kunnen worden gedetecteerd en eventueel behandeld. Een gerandomiseerd onderzoek is nodig om definitief het voordeel van hysteroscopie aan te tonen ten opzichte van curettage met flexibele canule. Wij adviseren om een re-curettage zoveel mogelijk te vermijden en indien toch een curettage noodzakelijk is, deze zorgvuldig uit te voeren met zo min mogelijk onnodig trauma aan het cavum uteri en endometrium. Een controle hysteroscopie wordt geadviseerd.

Literatuur

1. Ballagh, S.A., H.A. Harris & K. Demasio, *Is curettage needed for uncomplicated incomplete spontaneous abortion?* Am J Obstet Gynecol. 1998 179(5):1279-82.
2. Hemminki, E., *Treatment of miscarriage: current practice and rationale.* Obstet gynecol. 1998 91:247-53.
3. Wang, X., C. Chen, L. Wang, D. Chen, W. Guang & J. French, *Conception, early pregnancy loss, and time to clinical pregnancy: a population-based prospective study.* Fertil Steril. 2003 79(3):577-84.
4. Grimes, D.A., *Management of abortion.* In *Telinde's Operative Gynecology*, 8th ed. Edited by JA Rock, JD Thompson. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1997, pp 477-499.
5. Schenker, J.G. & E.J. Margalioth, *Intrauterine adhesions: an updated appraisal.* Fertil Steril. 1982 37(5):593-610.
6. Schenker, J.G., *Etiology of and therapeutic approach to synechia uteri.* Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1996 65(1):109-13.
7. Fritsch, H., *Ein Fall von volligen Schwund der Gebärmutterhöhle nach Auskratzung.* Zentralbl Gynae-kol. 1894 18:1337-1342.
8. Asherman, J.G., *Amenorrhoea traumatica (atretica).* J Obstet Gynaecol Br Emp 1948 55:23-30.
9. Yu, D., Y.M. Wong, Y. Cheong, E. Xia & T.C. Li,

- Asherman syndrome--one century later.* Fertil Steril. 2008 89(4):759-79.
10. March CM. Asherman's syndrome. Semin Reprod Med. 2011 Mar;29(2):83-94.
 11. Valle, R.F. & J.J. Sciarra, *Intrauterine adhesions: hysteroscopic diagnosis, classification, treatment, and re-productive outcome.* Am J Obstet Gynecol. 1988 158(6):1459-70.
 12. Capella-Allouc, S., F. Morsad, C. Rongièrès-Bertrand, S. Taylor & H. Fernandez, *Hysteroscopic treatment of severe Asherman's syndrome and subsequent fertility.* Hum Reprod. 1999 14(5):1230-3.
 13. Kodaman, P.H. & A. Arici, *Intra-uterine adhesions and fertility outcome: how to optimize success?* Curr Opin Obstet Gynecol 2007 19:207-14.
 14. Dmowski, W.P. & R.B. Greenblatt, *Asherman's syndrome and risk of placenta accreta.* Obstet Gynecol. 1969 34(2):288-99.
 15. Toaff, R. & S. Ballas, *Fertil Steril. Traumatic hypomenorrhea-amenorrhea (Asherman's syndrome).* Fertil Steril 1978 30(4):379-87.
 16. Westendorp, I.C., W.M Ankum, B.W. Mol & J. Vonk, *Prevalence of Asherman's syndrome after secondary removal of placental remnants or a repeat curettage for incomplete abortion.* Hum Reprod. 1998 13:3347-3350.
 17. Rein, D.T., T. Schmidt, A.P. Hess & A. Volkmer, T. Schöndorf, *Breidenbach Hysteroscopic management of residual trophoblastic tissue is superior to ultrasound-guided curettage.* M J Minim Invasive Gynecol. 2011 18(6):774-8.
 18. Cohen, S.B., S. Kalter-Ferber, B.S. Weisz, et al., *Hysteroscopy may be the method of choice for management of residual trophoblastic tissue.* J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2001;8:199-202.
 19. Faivre, E., X. Deffieux, C. Mrazguia, et al., *Hysteroscopic management of residual trophoblastic tissue and reproductive outcome: a pilot study.* J Minim Invasive Gynecol. 2009;16:487-490.
 20. Golan, A., M. Dishy, A. Shalev, R. Keidar, S. Ginath & R. Sagiv, *Operative hysteroscopy to remove retained products of conception: novel treatment of an old problem.* J Minim Invasive Gynecol. 2011 18(1):100-3.
 21. Foix, A., R.O. Bruno, T. Davidson & B. Lema, *The pathology of postcurettage intrauterine adhesions.* Am J Obstet Gynecol 1966;96:1027-33.

Auteurs

S. Heemelaar, coassistent, afdeling obstetrie en gynaecologie, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
A.B. Hooker, gynaecoloog, Zaans Medisch Centrum, Zaandam
E. Bakkum, gynaecoloog, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis

Correspondentieadres

A.B. Hooker, gynaecoloog
Afdeling obstetrie en gynaecologie
Zaans Medisch Centrum, Zaandam
Postbus 210
1500 EE Zaandam

Beste collega's

Hannah van Meurs en Sophie Liem

Iedere maand willen we u een update geven van Nederlands onderzoek. Hierbij zullen we twee afgeronde, lopende of startende studies presenteren. Deze maand de afgeronde PPRMEXIL studie, die naast nationale ook veel internationale media-aandacht heeft gekregen. Voor de nieuwe studie presenteren we de MIRA, waarvoor er een unieke samenwerking met de huisartsen zal plaatsvinden om te onderzoeken of een mirena spiraal of een endometriumablatie effectiever is in geval van hevig menstrueel bloedverlies. Indien u een studie heeft die voor deze rubriek in aanmerking komt, neem dan contact met ons op.

De rubrieksredacteuren UNO

Hannah van Meurs, h.s.vanmeurs@amc.nl of
Sophie Liem, s.m.liem@amc.nl



Afgeronde studie: PPRMEXIL



Volledige titel

Induction of Labor versus EXpectant management in women with Preterm Prelabor Rupture of Membranes between 34 and 37 weeks.

Achtergrond

Prematuur gebroken vliezen is een veel voorkomend obstetrisch probleem. In 30-40% van een premature par-tus is PPRM hiervan de oorzaak. Internationaal is er geen consensus ten aanzien van het beleid bij deze patiënten groep. Een afwachtend beleid zou het risico op een neonatale sepsis verhogen echter inleiding van de baring verhoogd mogelijk het risico op respiratory distress syndrome en andere neonatale problemen ten gevolge van de prematuriteit. Daarnaast zou inleiding het risico op kunstverlossingen mogelijk verhogen. On-duidelijk blijft wat het beste beleid bij deze groep patiënten is.

Vraagstelling

Verlaagt inleiding van de baring bij patiënten met prematuur gebroken vliezen tussen 34 en 37 weken amen-oroe de kans op neonatale sepsis zonder toename van neonatale morbiditeit ten gevolge van prematuriteit en/of toename van het aantal kunstverlossingen?

Studieopzet

Multicenter gerandomiseerde open-label trial in 60 Nederlandse ziekenhuizen uitgevoerd tussen 1 januari 2007 en 9 september 2009.

Studiepopulatie

Vrouwen met prematuur gebroken vliezen (>24 uur), niet in partu met een zwangerschapsduur tussen de 34+0 en 36+6 weken. Vliezen moesten zijn gebroken na 26+0 weken.

Interventie

Inleiding van de baring (IoL), of indien geïndiceerd (b.v. bij stuitligging of gemelli graviditeit) een primaire sec-tio, versus afwachtend beleid (EM) met (poli)klinische monitoring.

Resultaten

In totaal werden 536 patiënten gerandomiseerd, hiervan werden 4 patiënten na randomisatie geëxcludeerd. 266 patiënten (268 neonaten) werden gerandomiseerd voor inleiding, 266 patiënten (270 neonaten) voor af-wachtend beleid. Neonatale sepsis werd gezien in 7 (2.6%) neonaten in de IoL-groep en in 11 (4.1%) in de EM-groep (RR 0.64, 95%CI 0.25-1.6). RDS werd gezien in 21 (7.8% IoL) versus 17 neonaten (6.3% EM; RR 1.3 95%CI 0.67-1.50). Het sectiopercentage was 13% in de IoL en 14% in de EM groep (RR 0.98; 95%CI 0.64-1.76). Het risico op een chorioamnionitis was verlaagd in de IoL groep. Er werden geen serious adverse events gerapporteerd.

Conclusie

In vrouwen met prematuur gebroken vliezen tussen 34 en 37 weken leidt inleiding van de baring niet tot een substantiële verbetering van de zwangerschapuitkomst ten opzichte van een afwachtend beleid. Derhalve kun-nen deze patiënten expectatief worden behandeld.

Artikel

DP van der Ham, SMC Vijgen, JG Nijhuis et al. Induction of Labor versus Expectant Management in Women with Preterm Prelabor Rupture of Membranes between 34 and 37 weeks: A Randomized Controlled Trial. PLoS Medicine 2012; 9(4): e1001208

www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001208 (open access)

Startende studie: MIRA

**Volledige titel**

MIRrena spiraal versus endometriumAblatie in de behandeling van hevig menstrueel bloedverlies.

Achtergrond

Twee behandelingen die veelvuldig worden toegepast bij patiënten met menorrhagie klachten zijn het hormoonhoudend spiraal (Mirena) en endometriumablatie. Het Mirena spiraal kan worden geplaatst door zowel gynaecoloog als huisarts, terwijl een ablatie alleen door de gynaecoloog verricht kan worden. Directe vergelijkingen van effectiviteit en kosten ontbreken in de literatuur, maar zijn essentieel om tot een juiste behandelingsstrategie te komen.

Vraagstelling

Bepalen van effectiviteit en kosten tussen twee frequent toegepaste behandelingen.

Studieopzet

De MIRA-studie is een multicenter RCT waarin een unieke samenwerking met de huisartsen praktijken zal plaatsvinden.

Studiepopulatie

314 patiënten met klachten van hevig menstrueel bloedverlies, gedefinieerd als een score van > 150 punten op de *pictorial blood assement chart*.

Interventie

Levonorgestrel houdend spiraal (Mirena) versus endometrium ablatie (Novasure).

Uitkomstmaten

Primaire uitkomstmaat is patiënttevredenheid. Daarnaast zal gekeken worden naar reïnterventies, kwaliteit van leven en menstruatiepatroon. Zijdelings zal een kosteneffectiviteitsanalyse en preferentiestudie lopen.

Stand van zaken

De studie is goedgekeurd door de METC van het AMC. Er zijn nu 2 inclusies. Veel klinieken zijn echter nog niet gestart. Graag nog aandacht voor onderzoeksverklaringen en/of lokaal de uitvoerbaarheidverklaring.

www.studies-obsgyn.nl/mira

Tailored expectant management: a nationwide survey to quantify patients' and professionals' barriers and facilitators.

S. J. Tanahatoe

De toepassing prognostische modellen voor natuurlijke conceptie, met name wanneer het daarop volgend advies een expectatief beleid is, wordt niet altijd gehandhaafd. Dit landelijke onderzoek heeft als doel om de prevalentie van de belemmerende en bevorderende factoren die van invloed zijn op het navolgen van het expectatief beleid (ook wel tailored expectant management (TEM) genoemd) bij patiënten en professionals te onderzoeken en te evalueren welke factoren de waardering van patiënten voor TEM en de naleving van TEM door professionals kunnen voorspellen.

Van den Boogaard NM, Musters AM, Brühl SW et al. Tailored expectant management: a nationwide survey to quantify patients' and professionals' barriers and facilitators. Hum Reprod 2011; 27: 1050-57.

Op basis van de eerder geïdentificeerde belemmerende en bevorderende factoren werden twee vragenlijsten ontwikkeld en verstuurd naar 195 koppels en 167 professionals. Multivariate analyse werd uitgevoerd om te evalueren welke factoren patiëntenwaardering van TEM en professionele naleving van TEM voorspelt.

In totaal repondeerden 118 (61%) paren en 117 (70%) professionals. Uiteindelijk konden 96 paren en 117 professionals worden opgenomen in de analyse. De gemiddelde patiëntwaardering van TEM bedroeg 5,7 op een 10-punts Likert schaal. Patiënten met een lagere waardering van TEM hadden meer behoefte aan patiënteninformatie ($P=0,047$). De professionals rapporteerden een gemiddelde naleving van TEM van 63%. De naleving van TEM was hoger onder fertiliteitartsen ($P=0,041$). Bevorderende factoren in het klinische domein werden geassocieerd met een hogere naleving van TEM ($P=0,091$). Belemmerende factoren in het professionele domein hadden een negatief effect op de naleving van de TEM ($P=0,008$).

De auteurs concludeerden dat de beperkte toepassing van TEM werd veroorzaakt door zowel patiënt- als professionalgerelateerde factoren. Inzicht in deze factoren leidt mogelijk tot verbetering van de implementatie van TEM.

Voortgangstoets - vragen

Issue 9, 2011

Vragen

Wat is GEEN compensatiemechanisme bij chronisch onvoldoende oxygenatie van de foetus?

- A. Redistributie van de circulatie naar vitale organen
- B. Verhoging van de hartfrequentie
- C. Toename van het aantal erythrocyten
- D. Vergroting van het slagvolume

Chirurgische mesjes zijn er in verschillende vormen en maten, en ontworpen voor verschillende doeleinden.

Welk mesje is ontworpen voor een incisie voor drains of draineren van een abces?

- A. Mesje 10
- B. Mesje 11
- C. Mesje 15
- D. Mesje 20

Issue 10, 2011

Vragen

Welke bewering is juist te aanzien van hoogtechnologisch draagmoederschap?

- A. De draagmoeder wordt geïnsemineerd met zaad van de wensvader
- B. De wensmoeder levert via een IVF-behandeling de eicellen
- C. Na de bevalling is de wensmoeder de wettelijke moeder van het kind
- D. Werven van een draagmoeder via een advertentie en haar financieel belonen is toegestaan in Nederland

Geef aan of de volgende stellingen juist of onjuist zijn:

- I. Een partiële mola is zowel paternaal als maternaal
 - II. Een partiële mola is in de meerderheid van de gevallen triploïd
- A. Stelling I is juist; stelling II is juist
 - B. Stelling I is juist; stelling II is onjuist
 - C. Stelling I is onjuist; stelling II is juist
 - D. Stelling I is onjuist; stelling II is onjuist



Naam van het geneesmiddel: Menopur. **Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling:** Menotrofine (HMG) (met een biologische activiteit van meer dan 2000 IE per mg actief bestanddeel), overeenkomend met 75 IE FSH en 75 IE LH per injectieflacon.

Farmaceutische vorm: poeder en oplosmiddel voor oplossing voor injectie. **Therapeutische indicaties:** Stoorissen in de fertiliteit ten gevolge van een onvoldoende endogene stimulatie van de gonaden. Bij de vrouw: infertiliteit veroorzaakt door anovulatie (inclusief polycysteus ovarium syndroom [PCOS]), indien behandeling met clomifencitraat geen resultaat heeft gehad. Bij de man: geselecteerde gevallen van een gestoorde spermatogenese. Menopur kan tevens gebruikt worden voor gecontroleerde ovariële hyperstimulatie om meervoudige follikelgroei te induceren bij geassisteerde reproductietechnieken, zoals zoals in vitro fertilisatie gevolgd door embryo transfer (IVF/ET), gamete intra-fallopian transfer (GIFT) en intracytoplasmatische sperma injectie. **Contra indicaties:** Bij vrouwen: Zwangerschap en lactatie, gynaecologisch bloedverlies met onbekende oorzaak, tumoren van de uterus, ovaria of mammae, tumoren van hypofyse of hypothalamus, overgevoeligheid voor het actief bestanddeel of één van de hulpstoffen. In de volgende situaties is een positief behandelingsresultaat onwaarschijnlijk en daarom dient Menopur niet te worden toegepast bij: primair ovariumfalen, ovariumcysten of vergrote ovaria die niet het gevolg zijn van PCOS, malformatie van de geslachtsorganen niet verenigbaar met zwangerschap, fibroïde tumoren van de uterus niet verenigbaar met zwangerschap. Bij mannen: prostaatcarcinoom, testistumor

Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik: Vóór en tijdens de behandeling dient bij vrouwen de ovariële activiteit gecontroleerd te worden door middel van echografie en serumoestradiaal bepalingen. Bij de eerste verschijnselen van overmatige ovariële hyperstimulatie dient de behandeling onmiddellijk te worden afgebroken en dient te worden afgezien van hCG toediening. Deze voorzorgsmaatregel is vooral van belang bij patiënten met polycystische ovaria. Vóór behandeling met Menopur 75 IE dient een lichamenlijk onderzoek te worden uitgevoerd om anatomische afwijkingen van de geslachtsorganen, primair ovariumfalen of niet-gonadale endocrinologische afwijkingen uit te sluiten. De kans op meerling-zwangerschappen of spontane abortus is verhoogd bij ovulatie-inductie. Wees voorzichtig bij vrouwen met een verhoogd risico op trombo-embolische gebeurtenissen.

Bijwerkingen: overmatige ovariële hyperstimulatie, bekkenpijn, hoofdpijn, buikpijn, opgezette buik, misselijkheid, pijn en reactie op de injectieplaats. **Registratiehouder:** Ferring B.V., Polarisavenue 130, 2132 JX Hoofddorp. **Registratienummer:** RVG 24536. **Afleverstatus:** UR. **Datum:** Juli 2009



Naam van het geneesmiddel: Tractocile 6,75 mg/0,9 ml oplossing voor injectie en Tractocile 37,5 mg/5 ml concentraat voor oplossing voor infusie. **Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling:** atosiban 7,5 mg/ml. **Farmaceutische vorm:** oplossing voor injectie en concentraat voor oplossing voor infusie. **Therapeutische indicaties:** uitstellen van dreigende vroeggeboorte bij zwangere volwassen vrouwen met regelmatige baarmoedercontracties met een duur van minimaal 30 seconden en een frequentie van * 4 per half uur; ontsluiting van 1 tot 3 cm (0 - 3 voor nullipara's) en verstrijking van * 50%. **Contra-indicaties:** doorlopen zwangerschap van minder dan 24 of meer dan 33 volledige weken; voortijdig breken van de vruchtvlies bij >30 weken zwangerschap; abnormale hartslag van de foetus; uteriene hemorrhagie ante partum waardoor onmiddellijke bevalling noodzakelijk is; eclampsie en ernstige preëclampsie die bevalling noodzakelijk maken; foetale dood in utero; verdenking op intra-uteriene infectie; placenta praevia; abruptio placenta; iedere andere conditie van moeder of foetus die voortzetting van de zwangerschap gevaarlijk maakt; bekende overgevoeligheid voor atosiban of voor één van de hulpstoffen. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Bij patiënten met vroegtijdig gebroken vruchtvlies moeten de voordelen van een uitgestelde bevalling afgewogen worden tegen het potentiële risico van chorioamnionitis. Er is geen ervaring met Tractocile bij patiënten met verminderde lever- of nierfunctie of bij patiënten met een abnormaal geplaatste placenta. Er is slechts beperkte klinische ervaring bij meervoudige zwangerschappen of bij zwangerschappen van 24 tot 27 weken. Ervaring met Tractocile is beperkt tot 3 herhalingsbehandelingen. Bij vertraging van de groei in utero, hangt de beslissing om Tractocile voort te zetten af van een evaluatie van de foetale maturiteit. Bewaking van de uteriene contracties en van de hartslag van de foetus dient te worden overwogen gedurende de behandeling. **Bijwerkingen:** Misselijkheid (zeer vaak); braken, hoofdpijn, duizeligheid, opvliegers, tachycardia, hypotensie, reactie op de plaats van injectie en hyperglycemie (vaak); koorts, slapeloosheid, pruritis en uitslag (soms) en allergische reactie, uteriene bloeding, uteriene atonie (zelden). **Registratienummers:** EU/1/99/124/001 (oplossing voor injectie), EU/1/99/124/002 (concentraat voor oplossing voor infusie). **Registratiehouder:** Ferring Pharmaceuticals A/S, København S, Denemarken. **Contactpersoon in Nederland:** Ferring B.V., Hoofddorp, tel. 023-5680300. **Afleverstatus:** UR. **Datum:** Januari 2012

Issue 9, 2011

Antwoorden

De foetus heeft verschillende compensatiemechanismen bij onvoldoende oxygenatie, bestaande uit: het verhogen van de hartfrequentie, stilstand van de groei, afname van de foetale activiteit, redistributie van de circulatie naar vitale organen (centralisatie), een toename van het aantal erythrocyten. Zijn deze compensatiemechanismen niet afdoende dan wordt overgegaan op anaerobe stofwisseling resulterend in metabole acidose, beschadiging van organen tot intra-uteriene vruchtdood.

Antwoord D (Foetale bewaking, 2e druk)

Mesje 11 heeft een bajonetvorm en is bedoeld voor het maken van een zogenaamde "stab-incision" noodzakelijk voor de genoemde incisies.

Antwoord B (Te Linde Operative Gynecology, 9e editie; Hoofdstuk 11, p 244-5)

Issue 10, 2011

Antwoorden

Bij laagtechnologisch draagmoederschap wordt de draagmoeder geïnsemineerd met het semen van de wensvader. Hoogtechnologisch draagmoederschap is onder strikte voorwaarden in Nederland toegestaan. Hierbij wordt een embryo dat is ontstaan door IVF van een eicel van de wensmoeder met het semen van de wensvader, ingebracht in de baarmoeder van de draagmoeder.

De vrouw die het kind baart is wettelijk gezien de moeder. De draagmoeder moet het kind na de geboorte afstaan. Eerdere contractuele afspraken gemaakt onder Nederlands recht, zijn niet afdwingbaar.

Het op enigerlei wijze medewerking verlenen aan commercieel draagmoederschap is in ons land verboden.

Antwoord B (Richtlijn Hoog-technologisch draagmoederschap, NVOG 1999)

Stelling I = juist Een partiële mola is zowel paternaal als maternaal. Een complete mola is uitsluitende paternaal.

Stelling II = juist Een partiële mola is triploïd (69 XXY/XXX/XY), terwijl een complete mola diploïd is (46XX/XY)

Antwoord A (Richtlijn molazwangerschap, oncoline)



Meer informatie over Vesicare / verkorte productinformatie. Samenstelling. Vesicare 5 mg en Vesicare 10 mg filmomhulde tabletten bevatten respectievelijk 5 mg en 10 mg solifenacinesuccinaat overeenkomend met 3,8 mg en 7,5 mg solifenacine. Solifenacine is een competitieve, specifieke cholinerge-receptorantagonist. **Therapeutische indicatie.** Symptomatische behandeling van urge-incontinentie en/of verhoogde mictiefrequentie en aandrang zoals kan voorkomen bij patiënten met het overactieve blaas syndroom. **Dosering en wijze van toediening.** De aanbevolen dosering voor volwassenen (inclusief ouderen) is 5 mg eenmaal daags. Indien nodig mag de dosering worden verhoogd tot 10 mg eenmaal daags. Vesicare tabletten kunnen met of zonder voedsel worden ingenomen en dienen met wat vloeistof geheel te worden doorgeslikt. Vesicare dient niet gebruikt te worden bij kinderen. **Contra-indicaties.** Overgevoeligheid voor het werkzaam bestanddeel of voor één van de hulpstoffen; urineretentie; gesloten kamerhoekglaucoom; myasthenia gravis; een ernstige gastro-intestinale aandoening (met inbegrip van toxisch megacolon) en patiënten die hemodialyse ondergaan; patiënten met ernstige leverinsufficiëntie; patiënten met ernstige nierinsufficiëntie of matige leverinsufficiëntie die worden behandeld met een sterke CYP3A4-remmer zoals ketoconazol. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik.** Andere oorzaken van frequent urineren (hartfalen of nierziekte) dienen te worden onderzocht voordat de behandeling met Vesicare wordt gestart. Indien een urineweginfectie aanwezig is, dient een passende antibacteriële therapie te worden ingezet. Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met klinisch significante obstructie van de blaas met een risico op urineretentie; gastro-intestinale obstructie; risico op verminderde gastro-intestinale motiliteit; gelijktijdige behandeling met een sterke CYP3A4-remmers, zoals ketoconazol; hiatus hernia/gastro-esofageale reflux en/of gelijktijdige behandeling met geneesmiddelen die oesofagitis kunnen veroorzaken of verergeren, zoals bisfosfonaten en bij patiënten met autonome neuropathie. Voorzichtigheid is ook geboden bij patiënten met ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring \leq 30 ml/min) of met matige leverinsufficiëntie (Child-Pugh score van 7 tot 9). De dagelijkse dosering mag voor deze beide patiëntgroepen niet hoger zijn dan 5 mg. De veiligheid en werkzaamheid zijn nog niet vastgesteld in patiënten met een neurogene oorzaak van overactiviteit van de blaas. Angio-oedeem met luchtwegobstructie is gemeld bij sommige patiënten op solifenacinesuccinaat. Indien angio-oedeem optreedt, dient solifenacinesuccinaat te worden gestaakt en zal een geschikte behandeling moeten worden ingesteld. Omdat solifenacine, zoals andere anticholinerge stoffen, wazig zien en soms slaperigheid en vermoeidheid kan veroorzaken, kan het vermogen om voertuigen te besturen of machines te bedienen negatief worden beïnvloed. **Bijwerkingen.** Zeer vaak (\geq 1/10) droge mond; vaak (\geq 1/100, < 1/10) constipatie, misselijkheid, dyspepsie, buikpijn en wazig zien; soms (\geq 1/1.000, < 1/100) urineweginfectie, cystitis, slaperigheid, dysgeusie, droge ogen, droge neusslijmvliezen, gastro-oesofageale reflux, droge keel, droge huid, moeilijkheden met mictie, vermoeidheid, perifeer oedeem; zelden (\geq 1/10.000, < 1/1.000) duizeligheid, hoofdpijn, colon-obstructie, fecale impactie, braken, pruritus, huiduitslag, urineretentie; zeer zelden (< 1/10.000) hallucinaties, verwarde toestand, erythema multiforme, urticaria, angio-oedeem. Verlengde QT-tijd en torsade de pointes zijn gerapporteerd. Vesicare is uitsluitend verkrijgbaar op recept. Volledige productinformatie is op aanvraag verkrijgbaar bij: Astellas Pharma B.V. Postbus 108, 2350 AC Leiderdorp Tel.: 071-5455854 Fax: 071-5455850. Laatste wijziging SmPC september 2011

Referenties: 1. SmPC Vesicare 5 mg en 10 mg (september 2011).

Astellas Pharma B.V., Postbus 108, 2350 AC Leiderdorp.
Tel: 071 - 5455854, Fax: 071 - 5455850.





1B1-tekst: zie elders in deze uitgave.

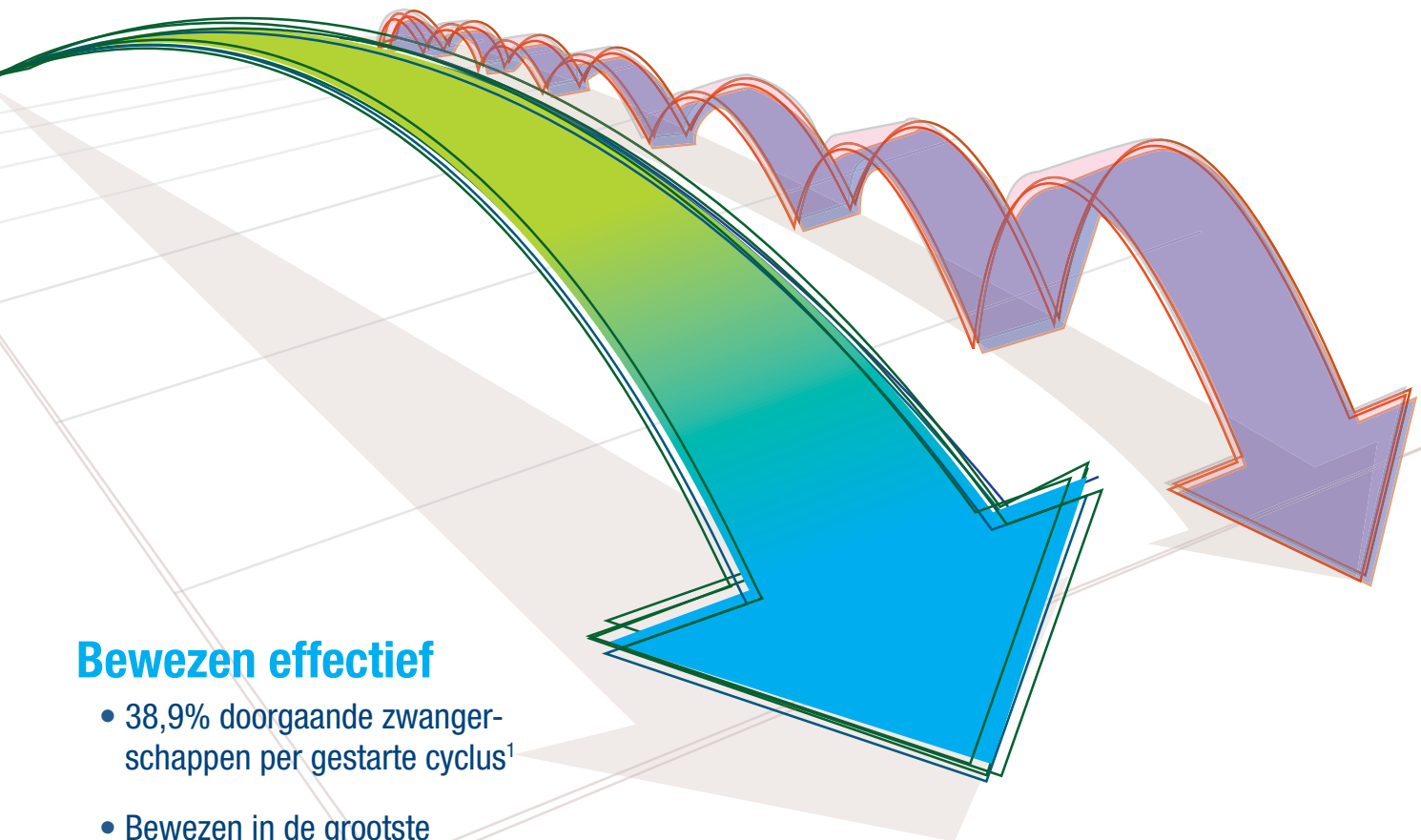
 **astellas** | **UROLOGY**
Leading Light for Life

 **Vesicare**[®]
solifenacine

Geniet, **Urgency** onder controle

Sprong vooruit in IVF-therapie

De eerste en enige
duurzame follikelstimulans



Bewezen effectief

- 38,9% doorgaande zwangerschappen per gestarte cyclus¹
- Bewezen in de grootste IVF-studie wereldwijd¹

Minder complex


- Één injectie vervangt 7 dagelijkse injecties met conventionele gonadotrofine¹
- ELONVA in het antagonistprotocol vermindert het aantal injecties met 70% vs dagelijks gonadotrofine in een lang agonistprotocol

elonva[®]
corifollitropin alfa
Bewezen effectief. Minder complex.

Referentie: 1. Devroey P, Boostanfar B, Koper NP, et al : for the ENGAGE Investigators. A double-blind, non-inferiority RCT comparing corifollitropin alfa and recombinant FSH during the first seven days of ovarian stimulation using a GnRH antagonist protocol. *Hum Reprod.* 2009;24(12):3063-3072.

Voor meer productinformatie zie SPC elders in dit blad.

Raadpleeg de volledige productinformatie (SPC) alvorens ELONVA voor te schrijven.

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

