

'Gebroken hart' na laparoscopie
Preventieve katheter bij placenta praevia
Therapie bij haemorrhagia postpartum
Vrouwelijke genitale verminking
Sport en fertiliteit

ntog 09 2013

GYNAECOLOGIE, ONCOLOGIE, PERINATOLOGIE EN VOORTPLANTINGSGENEESKUNDE
VOLUME 126 NOVEMBER 2013

Colofon

HOOFDREDACTIE

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

DEELREDACTIES

E.A. Boss, gynaecoloog, J.J. Duvekot, perinatoloog,
 J.W. Ganzevoort, perinatoloog, S.V. Koenen, perinatoloog,
 K.D. Lichtenbelt, klinisch geneticus,
 A.C.J. Ravelli, epidemioloog,
 S.J. Tanahatoo, voortplantingsgeneeskunde,
 W.B. de Vries, kinderarts-neonatoloog,
 W.C.M. Weijmar Schultz, gynaecoloog-seksuoloog,
 R.P. Zweemer, gynaecologisch oncoloog
 S.F.P.J. Coppus, rubrieksredacteur NOBT
 S. Ensing, rubrieksredacteur UNO
 K.M. Wong, rubrieksredacteur UNO
 G.H. de Wet, redigeren abstracts

UITGEVER & REDACTIESECRETARIAAT

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

ABONNEMENTEN

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

ADVERTENTIES

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

OPLAGE & VERSCHIJNING

1700 exemplaren, 10 x per jaar.

AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID

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

RICHTLIJNEN VOOR AUTEURS

Zie i www.ntog.nl

BEELD OMSLAG

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

ISSN 0921-4011

ADVERTEERDERS IN DIT NUMMER

Ferring Pharmaceuticals | Menopur
 Smith & Nephew | TruClear
 Toshiba MSNL | Xario 200
 Memidis | Evagynal
 Astellas Pharma | Vesicare
 MSD | Nuvaring

Inhoud

Editorial

424 **Imago** dr. Velja Mijatovic *hoofdredacteur*

Bestuur NVOG

426 **Standpunt en perspectief** dr. Sjaak Wijma (voorzitter)
Federatie medisch specialisten 2015 dr. Robert Hakvoort (secretaris)
Brief van NVOG aan minister Schippers naar aanleiding van Peristat 3

Actueel

432 **Kwaliteit medische apps | Young Scientist Award (WGE) voor Angelo Hooker | Zorguitgaven en sterftcijfers kanker in de Europese Unie**

Ingezonden

432 **WGE: tijd voor een terugblik | Verslag VAGO-minisymposium implementatie BOEG**

Wat komt er uit de PAN?

430 **Foetale bewaking**

Oorspronkelijke artikelen

435 **'Gebroken hart' na diagnostische laparoscopie**
 dr. E.A.M. Kuijper, dr. R.S. Kuipers, dr. M.J. Lambers, dr. A.C. Bolte, dr. R.B. van Loon, dr. V. Mijatovic

438 **Preventieve plaatsing ballonocclusiekatheters bij placenta praevia**
 drs. M. Martens, dr. J.M.J. Sporken, dr. A.H.M. Molenaar, dr. P.H. Haarbrink

444 **Therapeutische mogelijkheden bij een ernstige haemorrhagia postpartum**
 drs. A.M. Meijerink, drs. C.D. van Bijsterveldt, drs. B.M. Pijlman

447 **Een klein onderwerp: vrouwelijke genitale verminking**
 Een gesprek tussen dr. Caroline Vos en prof. dr. Jos van Roosmalen

452 **Sport en fertiliteit**
 dr. M.F. van Driel

Meet the professor

456 **Een zelfportret van Lex Peters** prof. dr. A.A.W. Peters

Column

458 **"Mijn man knipt de navelstreng door..."** Mieke Kerkhof

Focus op historie

459 **Erich Saling: perinatale bewaking**
 dr. J. de Graaff en prof. dr. H.P. van Geijn

PICO Bello

461 **Behandeling van varicocèle en de invloed op androgene fertiliteit**
 F.J. Amelung, drs. G.A. Zoet, dr. T.E. Vogelvang

Update Nederlands Onderzoek

466 **Woman**
 drs. Kai Mee Wong en drs. Sabine Ensing (red.)

Boeken

467 **A Textbook of Gynecology for Less-Resourced Locations** dr. J.J. Duvekot
Gezond zwanger worden prof.dr. C. de Groot

NOBT

469 **Pelvic floor muscle problems mediate sexual problems in young adult rape victims**
Intra-uteriene adhaesies en miskraam: stop met curetteren!
Geen verschil in cardiovasculaire risicofactoren door uitstellend beleid bij hypertensie in de zwangerschap

NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE

Het NTOG is het officiële tijdschrift van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Dutch Society of Perinatal Medicine. Zij stelt zich als doel de leden van de NVOG en andere specialisten, die werkzaam zijn op het gebied van de gynaecologie, perinatologie en voortplantingskunde, op de hoogte te houden van nieuwe ontwikkelingen op deze deelterreinen. Het NTOG probeert haar doel te bereiken door middel van vaste rubrieken, columns, commentaren, wetenschappelijke artikelen, congresverslagen en themanummers. De vereniging NVOG heeft als doel het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de voortplanting en van de vrouwenziekten te bevorderen, de optimale toepas-

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

Imago

dr. Velja Mijatovic *hoofdredacteur*



Met dank aan Metro - Een wereldkrant.

U had het misschien niet voor mogelijk gehouden maar zelfs het Sinterklaasfeest kan een imago probleem hebben. Oorzaak hiervoor ligt in het publieke debat over het stereotype karakter van het hulpje van de goedheiligman, Zwarte Piet. Wat blijkt, is dat gedurende de laatste jaren het aantal klachten over Zwarte Piet bij het antidiscriminatie kantoor in Amsterdam, sterk is gestegen. Hierbij wordt Zwarte Piet als domkop en knecht ervaren, een beeld dat zou bevestigen dat negroïde mensen tweederangs zijn. Dit heeft ertoe geleid dat de Verenigde Naties gestart zijn met een onderzoek naar de vraag of Zwarte Piet racistisch is. Op het eerste gezicht een nogal zwaar ogend middel waarop Premier Rutte reageerde dat Zwarte Piet nu eenmaal zwart was en dat deze kwestie een zaak was van de samenleving en niet van de regering.

Tja, hoe liberaal en onbetrokken kun je zijn?

Ook wij artsen hebben een imago probleem. Dat dat niet altijd het geval is geweest kwam ik achter toen ik in 2010 'Witte jassen en bruinhemden' las dat uitgegeven is door de KNMG. Dit boekje toont bijzondere getuigenissen van artsen gedurende de bezettingstijd. Wat opvalt bij het lezen van al die verhalen is dat de Nederlandse arts in die tijd een ander imago had dan nu. Artsen werden, zelfs door de bezetter, gerespecteerd en vervulden een cruciale rol in het verzet ondanks de vele beperkende maatregelen. Eén van de voormannen van het Medisch Contact, Brutel de la Rivière, schreef in 1941 aan aarzelende collega's dat de kracht van het artsenverzet moest zijn gebaseerd op hun morele gezag in de maatschappij en hun persoonlijke contact met de bevolking. Hoe bevreedend is het om nu in de kranten te lezen dat

het imago van artsen is afgeleden tot het niveau van geldwolven en zorgfraudeurs.

Ook was ik onlangs geschokt door het bericht over de zelfmoord van huisarts Nico Tromp uit Tuitjehorn nadat hij een inval van een arrestatieteam tegen middernacht had meegemaakt vanwege een omstreden palliatieve sedatie bij een terminale kankerpatiënt. De krant meldde dat hij na de inval urenlang werd verhoord in aanwezigheid van IGZ en daarna op 2 oktober jl. op non-actief werd gezet. Dit verhaal roept het beeld op van een politieactie die wij kennen uit de wereld van de georganiseerde misdaad. Is het imago van de Nederlandse arts zo gedevalueerd dat wij ook in zake ons medisch handelen alleen maar op een agressieve wijze kunnen worden benaderd? Het verontrust me en het voelt bedreigend om deze ontwikkeling waar te nemen.

Laten we nu eens kijken of het omgekeerde, je imago positief veranderen, ook mogelijk is. Dan kom ik uit bij de paus. Het zal u niet ontgaan zijn dat paus Franciscus veel populairder is, zowel onder gelovigen als onder niet-gelovigen, dan zijn voorganger. Dit blijkt ook uit een recente enquête die in opdracht van Katholiek Nederland TV is gehouden door TNS-Nipo. Van de bevroegde katholieke Nederlanders heeft 90 procent vertrouwen in hem en 80 procent van deze groep is zelfs trots op hem als kerkelijk leider. Twee derde van de katholieken denkt dat paus Franciscus de Rooms-Katholieke kerk zal hervormen. Vanwaar dit opmerkelijk positieve imago bij de nieuwe paus? De persoonlijke kwaliteiten van Franciscus en de maatschappelijke en ethische onderwerpen die hij op de agenda zet, lijkt de bevroegde katholieken vertrouwen te geven voor de toekomst. Bovendien geven ze aan dat Franciscus de potentie heeft om hun eigen geloof maar ook de geloofwaardigheid van hun kerk te herstellen. Dit zijn weliswaar grote woorden maar ze vinden hun oorsprong in de kleine daden van de nieuwe paus zoals zijn weigering om zijn bagage te laten dragen of zich te laten chaufferen in de gebruikelijke luxe limousine. Je kan je afvragen of dit een zeer goed georganiseerd PR-offensief is? In deze wereld is immers geen middel verboden dat kan bijdragen aan het verwezenlijken van een politiek doel. Echter, het is niet uitgesloten dat de man oprecht en integer is waarbij hij dicht bij zichzelf en zijn kernwaarden blijft. Dat is een natuurlijk gege-

ven waar de beste spindokter niet tegenop kan. In de kwestie van het afglijdend artsenimago zou overigens een spindokter welkom kunnen zijn om te helpen het negatieve imago te kantelen, maar ook hier geldt dat we primair bij ons zelf en onze kernwaarden moeten blijven. Hiermee behouden we het beste onze integriteit ondanks de negatieve publiciteit.

Tenslotte, hoe is het eigenlijk gesteld met het imago van ons NTOG?

Het NTOG is het tijdschrift van en voor de NVOG leden. Sinds de oprichting in 1889, toen onder redactie van o.a. Hector Treub, is het NTOG gericht op de informatie voorziening van de Nederlandse gynaecoloog door middel van opiniestukken, oorspronkelijke artikelen en nieuws ten aanzien van beleid. Is het daarmee een stoffig tijdschrift dat niet of nauwelijks wordt gelezen? Nee, die indruk heeft de redactie niet. Steekproeven tonen juist aan dat het impact heeft binnen de beroepsgroep en goed wordt gelezen. Dat wordt ook geïllustreerd door de discussies zoals bijvoorbeeld over het gebruik van Esmya. Ook de opiniestukken die het NTOG worden aangeboden getuigen van een levendige en open wetenschapscultuur binnen de NVOG. Hoe ziet dan de toekomst uit voor het NTOG? De redactie heeft 27 september jl., voor de eerste keer in het bestaan van het NTOG, met alle stakeholders, binnen de setting van een invitational conference hierover gesproken ten huize van onze uitgever. Het format, uitbreiding van online activiteiten, inzet van social media en mogelijkheden van geaccrediteerde nascholing via het NTOG waren onderwerp van discussie. Ook de rol die het NTOG in de communicatie tussen het bestuur, haar gremia en de leden van de NVOG zou kunnen vervullen, werd in het licht van de plannen ten aanzien van de koepel wetenschap en consortium 2.0 uitvoerig besproken. Hierbij kwamen leuke ideeën naar voren die wij als redactie in de komende tijd willen evalueren en eventueel ook implementeren. Daarbij hebben wij ook uw input en feedback nodig. Derhalve nodig ik u uit om met ons mee te denken om gezamenlijk gestalte te geven aan ons NTOG via Lezersreacties op www.ntog.nl. Laat ons tijdschrift een positief imago uitstralen met het accent op vakinhoud, kwaliteit van zorg en betrokkenheid op elkaar.

Standpunt en perspectief

dr. Sjaak Wijma *voorzitter bestuur NVOG*

Vliegend boven de Pacific krijgt u een telefoontje van het NVOG-bestuur, dat op dat moment met VWS vergadert over de kleur van de aarde. In de Sahara gezeten heeft men besloten dat de aarde geel is. U kijkt uit uw raampje en vraagt zich af of ze nu helemaal gek zijn geworden, de wereld is blauw.

Als voorzitter van de NVOG kreeg ik een mail waarin een lid mij toevertrouwde dat zij zich niet door mij vertegenwoordigd voelde door mijn uitspraken over de verloskundige zorg. Ik schreef daar eerder over, het betrof een uitzending van 'De Vijfde Dag' van de EO waarin ik werd geïnterviewd. Er volgde een mailwisseling, die zoals zo vaak, niet leidde tot een beter gevoel. Onder het motto 'het bestuur komt naar u toe' werd een afspraak gemaakt voor een maatschapsbezoek in Zutphen.

Vanuit Groningen volgde een prachtige tocht, uiteindelijk langs de uiterwaarden van de IJssel, Zutphen bereikt. Een prachtig nieuw ziekenhuis, geen file, een bereikbare parkeergarage met volop ruimte.

Bereikbaarheid is hier geen issue. Het probleem ging dan ook over de noodzaak van beschikbaarheid en de invloed op de kwaliteit van verloskundige zorg. Vanuit de parkeergarage was ik in *no time* (veel minder dan 15 minuten) op de verloskamers. Dat heb ik bij bezoeken in het land wel anders meegemaakt. De reis vanuit de piketkamer kan langer duren.

Een driekoppige afvaardiging van de maatschap en evenzoveel bestuursleden hebben het hele vak besproken, de grote en de kleine kaart. Er was een ruim aanbod. De dokters zijn dedicated, de patiënt centraal, met de eerste lijn bestaan korte lijnen, er is een goed lopend VSV. Het ziekenhuis beschikt over fraaie kraamsuites waar ik zelf ook wel een keertje zou willen overnachten.

We keken door hetzelfde raampje naar buiten en concludeerden dat de aarde ter plekke blauw was, we vlogen samen over de Pacific.

Intussen werd er in Den Haag opnieuw gedebatteerd over de verloskundige zorg. Nederland staat nog steeds op een onveranderd lage plaats in de rangorde volgens uitkomsten van verloskundige zorg. Afgemeten aan de perinatale sterfte heeft Peristat 3 geen (tendens tot) verbetering laten zien. We hebben nog steeds een hogere sterfte dan de top, 5/1000 meer sterfte, dat zijn jaarlijks 850 sterftes meer dan in de landen aan de top van de ranglijst.

In Den Haag zijn ze ervan overtuigd dat de wereld geel is en dat het anders moet en ik kan ze geen ongelijk geven. De NVOG heeft de minister dan ook niet gerustgesteld in de brief die we aan de Tweede Kamer hebben verstuurd. Nederland, het land dat aan kop gaat als het gaat over welvaartsniveau, het land aan de staart van de perinatale sterfte.

We kunnen niet langer volstaan met het doorbellen van de kleur van de wereld vanuit ons eigen standpunt. We hoeven ook niet te accepteren dat iemand zegt dat de wereld geel is terwijl wij menen dat het anders is. We moeten op zoek naar elkaars standpunt zodat we elkaars perspectief beter begrijpen. Maar er moet wel iets gebeuren, meer dan praten alleen!

Als voorzitter van de NVOG voel ik me bevoorrecht, ik heb een *window seat*, mag op veel plaatsen naar buiten kijken en zie vele kleuren voorbijkomen. Verschillende perspectieven, verschillende standpunten. Kleurperceptie vraagt om ervaringen te delen.

U bent uitgenodigd mee te doen, kom bij het gangpad vandaan, wel uitkijken dat je niet boven de vleugel gaat zitten.



...vanuit Groningen volgde een prachtige tocht, uiteindelijk langs de uiterwaarden van de IJssel, Zutphen bereikt... (foto VanBeek)

Federatie medisch specialisten 2015

dr. Robert Hakvoort *secretaris bestuur NVOG*

In de algemene ledenvergadering in mei 2013 heeft prof.dr. R.J. van der Gaag (voorzitter KNMG) een presentatie gehouden over de noodzaak van en de plannen voor de vorming van een nieuwe samenwerkingsorganisatie van en voor medisch specialisten. In afgelopen editie van het NTOG is hier ook een bestuurscolumn aan gewijd. Tijdens de bijeenkomst van het overlegorgaan van alle wetenschappelijke verenigingen (WV) werd op 7 oktober een overeenkomst op hoofdlijnen bestuurlijk geaccordeerd. De WV's zullen de overeenkomst aan hun leden voorleggen, in alle WV's moet besluitvorming plaats vinden.

Synergietraject: waar gaat het over?

De WV's zijn het er over eens dat de huidige versnipperde manier van werken op de functies opleiding, kwaliteit, communicatie en positionering alsmede beroepsbelangen volledig ontoereikend is voor de toekomst. Er is een dringende behoefte aan een organisatie die het mandaat heeft van alle medisch specialisten, dan weet de buitenwereld ook dat die organisatie het mandaat heeft om afspraken te maken. De status van gemaakte afspraken wordt daarmee duidelijk en de slagkracht van onze vertegenwoordiging aanzienlijk groter. De WV's, de OMS en de LAD zijn daarom een traject gestart om te komen tot een betere samenwerking. De betrokken partijen zijn tot de conclusie gekomen dat de OMS zich gaat opheffen en er een federatieve structuur komt van alle WV's per januari 2015: de Federatie van Medisch Specialisten. De unieke kans doet zich voor om deze organisatie vanaf het begin zodanig in te richten dat het aan iedereen duidelijk is dat het de dokters om de zorg voor de patiënt gaat. De urgentie om één organisatie voor medisch specialistische zorg te hebben staat voor alle WV-besturen buiten kijf, ook voor het NVOG bestuur.

Hoe gaat het Synergietraject er de komende jaren uitzien?

2014 wordt een overgangsjaar waarin de vorming van een Federatie van Medisch Specialisten Nederland wordt voorbereid. Hiertoe wordt een bestuur geformeerd bestaande uit een afvaardiging van de wetenschappelijke verenigingen en een delegatie van bestuur van de OMS en de LAD. In dit jaar wordt ervaring opgedaan met de bestuurlijke inrichting van de te vormen organisatie. Verder wordt de juridische vorm gekozen en worden financiële doorrekeningen gemaakt. Per 1 januari 2015 wordt de Federatie van

Medisch Specialisten Nederland (FMSN) opgericht door de WV's en heft de Orde van Medisch Specialisten (OMS) zich als individuele ledenorganisatie op.

Van OMS naar FMSN, niet vrijblijvend

De kanteling van vereniging van individueel medisch specialist (OMS) naar federatie van wetenschappelijke verenigingen (FMSN) dient primair het kwaliteitsbeleid. Faciliterende pijlers zijn onder andere opleiding, communicatie en maatschappelijke als ook financiële positionering van de medisch specialistische zorg. Met het opheffen van de OMS vervallen ook de individuele lidmaatschapsgelden die tot op heden voor de verschillende onderdelen werden aangewend. Zo wordt op dit moment bijvoorbeeld de raad kwaliteit en de raad opleiding en het bureau communicatie van de OMS geheel gefinancierd uit de contributiegelden. Per 1 januari 2014 komen deze activiteiten onder regie van de federatie in oprichting. De middelen daarvoor komen voor de helft uit de reserves van de OMS, de andere helft komt naar rato van het aantal leden ten laste van de contribuerende WV. 'Behartiging beroepsbelang' blijft het eerste jaar buiten de federatie. De contributie van de OMS wordt voor datzelfde deel naar beneden bijgesteld. Vanaf 2015, de OMS is dan opgeheven, komen de begrote kosten geheel ten laste van de leden van de WV die samen de federatie vormen. Er wordt dan geen contributie voor de OMS meer geheven, de contributie zal voor alle WV's worden verhoogd om de kosten van de federatie te dekken.

Omdat op dit moment ongeveer de helft van alle gynaecologen OMS lid is, contributie 890 euro, zal naar verwachting het lidmaatschap voor de NVOG stijgen met 445 euro. Uiteraard komt de contributie OMS voor de huidige OMS leden te vervallen.

De FMSN, voor alle medisch specialisten

Beroepsbelang is lange tijd een zaak geweest van en voor vrijgevestigd medisch specialisten, reden voor veel dienstverbanders om geen OMS-lid te willen zijn. Op dit moment wordt door de OMS veel inspanning geleverd op het terrein van kwaliteit, opleiding en communicatie. Nu ook de LAD opgaat in de nieuwe federatie is er voor tweedeling ten aanzien van lidmaatschap van de nieuwe federatie geen plaats meer. Het is dan ook logisch om de kosten over alle medisch specialisten in Nederland te verdelen. Zoals gezegd: verrekening vindt plaats via de WV.

Meer in de ALV van november 2013.

Brief van NVOG aan minister Schippers naar aanleiding van Peristat 3

Op 14 oktober j.l. stuurde het bestuur van de Nederlandse Gynaecologenvereniging NVOG een brief aan de minister van VWS, mevrouw Schipper ter voorbereiding van het Algemeen Overleg in de kamer. De conclusie van de brief is dat als er geen haast wordt gemaakt met het invoeren van de adviezen van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte en de implementatie van integrale geboortezorg, het NVOG vreest dat Nederland over vijf jaar bij de publicatie van PERISTAT 4 opnieuw onderaan staat. Dit zou impliceren dat de babysterfte nog steeds bijna twee keer zo hoog is als in Zweden en Finland en dat betekent dat er in Nederland ruim drieduizend baby's te veel rondom de geboorte overleden zullen zijn. Hieronder de integrale tekst van de brief.

Hooggeachte mevrouw Schippers

In uw brief die u op 24 april jl. aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal heeft gestuurd over de voortgang van de geboortezorg begint u met de vaststelling dat een aantal jaren geleden uit een onderzoek is gebleken dat de babysterfte in ons land zorgelijk hoog is vergeleken met andere Europese landen. U doelde daarbij op de PERISTAT 1 en 2, internationaal vergelijkende studies in de Europese Unie waaruit blijkt dat Nederland al ruim tien jaar één van de hoogste babysterfte heeft.^{1,2}

De hierop ingestelde Stuurgroep zwangerschap en geboorte heeft een aantal maatregelen en normen geadviseerd voor veilige zorg rondom zwangerschap en geboorte. Volgens cijfers die vorig jaar door de Perinatale Audit Nederland (PAN)³ werden gepubliceerd zou de babysterfte de afgelopen jaren in ons land zijn gedaald, maar u stelde in uw brief terecht dat pas na de derde internationaal vergelijkende studie in de Europese Unie, de PERISTAT 3, geconcludeerd zou kunnen worden of Nederland de achterstandspositie ten opzichte van andere Europese landen daadwerkelijk aan het kwijtraken is.

De resultaten van de PERISTAT 3 zijn inmiddels verschenen.⁴ Uit dit onderzoek blijkt dat het totale aantal kinderen dat na een zwangerschapsduur van 22 weken of meer wordt geboren en rond de geboorte

overlijdt is gedaald van 10,5 per duizend in 2004 naar 9,0 per duizend in 2010. In de andere landen van Europa is de babysterfte echter eveneens gedaald, waardoor Nederland slechts enkele plaatsen is gestegen van de 3e plaats van onder naar de 6e plaats van onder.

Dit betekent dat er in Europa nog steeds 23 landen zijn waar de babysterfte lager is dan in Nederland. Ook als babysterfte op andere wijze wordt gedefinieerd, reikt Nederland nog niet tot de middenmoot. Dit is een plaats die niet past bij een land met een welvaartsniveau dat tot de hoogste van Europa behoort.⁵

Wij moeten derhalve helaas constateren dat ondanks de maatregelen die de afgelopen jaren in Nederland zijn genomen op het gebied van zwangerschap en geboorte, de babysterfte te hoog blijft. Het moet veel beter kunnen, zeker als we kijken naar de Scandinavische landen die in alle PERISTAT onderzoeken van de afgelopen 10 jaar tot de top van Europa behoren. In Zweden en Finland is de babysterfte de helft van de babysterfte in Nederland, terwijl het aantal keizersneden en andere ingrepen tijdens de baring niet hoger, maar zelfs lager is dan in ons land. Wij vinden dat we ons moeten spiegelen aan die landen.

De NVOG blijft van mening dat de invoering van alle adviezen van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte noodzakelijk zijn om de babysterfte maximaal terug te dringen. U hebt aangegeven de drie normen voor de acute verloskunde, (de 15-minuten-norm en begeleidings- en bewakingsnormen) niet onverkort in te voeren omdat u zuinig bent op de huidige infrastructuur. Hier hebben wij begrip voor, maar het resultaat is dat niet in alle ziekenhuizen 24 uur per dag hetzelfde niveau van zorg geboden kan worden. Het is niet altijd mogelijk binnen 15 minuten de behandeling te starten.

Los van dit onderwerp zijn wij op zoek naar oplossingen die op korte termijn resultaat kunnen hebben zonder hoge kosten voor de gezondheidszorg.

Wij zijn ervan overtuigd dat de babysterfte in Nederland significant zal dalen als er beter samengewerkt kan worden tussen de hulpverleners die betrokken

zijn bij de geboortezorg. Nederland is het enige Europese land waar een tweedeling in de verloskundige zorg bestaat.

De schotten die er bestaan tussen de eerste lijn en tweede lijn zijn belemmerend voor de samenwerking en leiden tot onnodige vertraging als een zwangere patiënt moet worden overgedragen. Dit komt vaak voor. In meer dan 80% van alle eerste zwangerschappen wordt de zwangere overgedragen van de eerste lijn naar de tweede lijn.

Wij zijn van mening dat invoering van integrale verloskundige zorg noodzakelijk is om de babysterfte op korte termijn terug te dringen. In één verloskundige organisatie zonder culturele en financiële tegenstrijdigheden tussen eerste en tweede lijn kan de expertise van alle beroepsgroepen beter en efficiënter worden gebruikt vanaf het begin van de zwangerschap tot en met het kraambed. De zwangere heeft dan niet meer te maken met los van elkaar werkende organisaties maar komt binnen onder één poort waarachter de professionals vanuit een gezamenlijk beleid werken waardoor iedere vrouw gedurende de hele zwangerschap de zorg krijgt die zij op dat moment nodig heeft.

Verloskundigen en gynaecologen behouden hun eigen professionele verantwoordelijkheid en kunnen in de samenwerking hun eigen kennis en kunde inbrengen. Dit zal niet alleen leiden tot een lagere babysterfte, maar ook tot minder interventies tijdens de baring. Ook behouden de zwangere en haar partner de mogelijkheid om te kiezen voor een thuisbevalling onder leiding van de verloskundige.

De NVOG ziet de verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV) die inmiddels in het hele land gevormd zijn, als de natuurlijke organisaties waarin de totale zorg voor zwangerschap en geboorte kan worden ondergebracht. De kaders waaraan deze VSV's moeten voldoen om integrale zorg te bereiken, moeten worden vastgesteld door het college perinatale zorg (CPZ). Deze kaders zijn essentieel voor het veld. Wij hebben vernomen dat het CPZ de opdracht aanvaard heeft en dat het CPZ verwacht dat de oplevering reeds in 2014 kan plaatsvinden. Wij vragen u om het CPZ hierin vol te steunen.

De wil tot samenwerken is aanwezig in het veld. Een belangrijk punt dat ontbreekt, is de financiële structuur, waardoor VSV's het niet aandurven om de volgende stap te maken. U heeft gelijk als u stelt dat de sector graag wil experimenteren. Wij vragen u daarom om er op toe te zien dat VSV's die een experiment met integrale verloskundige zorg willen uitvoeren, ondersteund worden voor de duur van het experiment met behoud van het huidige budget. Dit zal de invoering van integrale verloskundige zorg bespoedigen.

Genoegzaam achteroverleunen kan niet meer. Uit de meest recente cijfers van de PAN7 blijkt dat in 2011 de babysterfte in ons land niet verder is gedaald. Als er geen haast wordt gemaakt met het invoeren van de adviezen van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte en de implementatie van integrale geboortezorg, vrezen wij dat we over vijf jaar bij de publicatie van PERISTAT 4 opnieuw onderaan staan. Dit zou impliceren dat de babysterfte nog steeds bijna twee keer zo hoog is als in Zweden en Finland wat betekent dat er in Nederland ruim drieduizend* baby's te veel rondom de geboorte overleden zullen zijn.

Hoogachtend,
J. Wijma, voorzitter NVOG

C.c. Vaste Kamercommissie, Tweede Kamer
VWS, CPZ, KNOV, Actiz, NVK, ZN, NPCF, NVZ

* Er van uitgaande dat Nederland dezelfde babysterfte kan bereiken als landen als Zweden en Finland zouden er per jaar in Nederland niet negen, maar vijf baby's per 1.000 bevallingen overlijden. Bij 175.000 bevallingen per jaar zijn dat in vijf jaar 3.500 minder babysterftes.

Referenties

1. Buitendijk S, Zeitlin J, Langhoff-Roos J, Cuttini M, Bottu J.n *Indicators of fetal and infant health outcomes*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003. 111 (Suppl 1):66-77.
2. EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT by the EURO-PERISTAT project in collaboration with SCPE, EUROCAT & EURONEOSTAT Data from 2004 EURO-PERISTAT Project, with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT. European Perinatal Health Report. 2008. Available: www.europeristat.com
3. Stichting Perinatale Audit Nederland. *A terme sterfte 2010. Perinatale audit: eerste verkenningen*. Utrecht, 2011.
4. EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report. *The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. May 2013. Available on www.europeristat.com
5. Centraal bureau voor de statistiek 2013. Eurostat 2011. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/overheid-politiek/publicaties/artikelen/archief/2013/2013-3825-wm.htm>
6. *Een goed begin: Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*. Advies Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009.
7. Stichting Perinatale Audit Nederland. *A terme sterfte 2011. Perinatale audit: De voortgang*. Utrecht, 2013.

Kwaliteit medische apps

Steeds meer artsen maken gebruik van medische apps op tablet of smartphone. Promovendus Arthur Buijink van het AMC schat dat er inmiddels zo'n 17.000 medische apps op de markt zijn. De vraag is dus gerechtvaardigd hoe betrouwbaar en veilig dit soort apps zijn. Buijink wil het kaf van het koren scheiden en deed er onderzoek naar. Hij concludeert dat er nauwelijks zicht is op de kwaliteit. Volgens Buijink werken vooral studenten, coassistenten en jonge artsen er mee met het doel om een mobiel naslagwerk bij de hand te hebben. Downloaden komt voor coassistenten vooral neer op kiezen voor de goedkoopste.

Young Scientist Award (WGE) voor Angelo Hooker

Angelo Hooker, gynaecoloog in het Zaans Medisch Centrum heeft de Young Scientist Award gekregen van de WGE. Hij krijgt de prijs naar aanleiding van zijn publicatie t.a.v. de kans op intra uterine verklevingen na een miskraam en de langetermijneffecten ervan. Het NTOG feliciteert hem van harte hiermee.



Prof dr Hans Brölmann (WGE) reikt de prijs uit aan Angelo Hooker (r.)

Zorguitgaven en sterftcijfers kanker in de Europese Unie

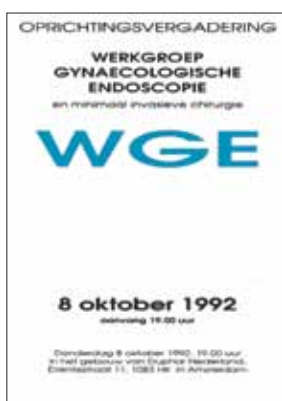
Op het European Cancer Congress, onlangs in Amsterdam werden de data van een Europees onderzoek naar kankersterfte en zorguitgaven in 27 landen van de EU gepresenteerd. Hierbij viel het omgekeerd evenredig verband op tussen de zorguitgaven en de sterftcijfers waarbij een duidelijke tweedeling in de Unie naar voren kwam. West-Europese landen geven per hoofd van de bevolking meer geld uit aan gezondheidszorg dan Oost-Europese, met Luxemburg als koploper (€4900 pp/pj) en Roemenië helemaal onderaan de lijst (€600 pp/pj). In de landen met lage zorguitgaven overleeft ongeveer 40% na het stellen van de diagnose kanker. In landen die het meest uitgeven aan zorg, zoals Nederland, is dat percentage 60%. Dit verschil kan verklaard worden door beter screening enerzijds en effectievere (lees duurdere) behandelmethoden anderzijds.

WGE: tijd voor een terugblik

Op 12 september 2013 vierde de Werkgroep Gynaecologische Endoscopie en minimaal-invasieve chirurgie (WGE) haar vierde lustrum. Het had niet veel gescheeld of het jubeljaar was ongemerkt verstreken want de WGE werd op 8 oktober 1992 opgericht. Nu de bestuursleden die bij de oprichting waren betrokken allen met pensioen zijn of daar tegen aan lopen, is het moment gekomen voor een terugblik uit de eerste hand. Eind jaren 80 deed Ad IJzerman, gynaecoloog in het Diaconessenhuis als eerste in Nederland grote ingrepen per laparoscopie, waar dat voorheen alleen per laparotomie gebeurde. Zijn kennis en vaardigheden had hij opgedaan bij Kurt Semm, gynaecoloog in Kiel die al vanaf 1972 het laparoscopisch operatietableau had uitgebreid met myomectomieën en adnexoperaties.

De eerste bestuursvergadering van de WGE in oprichting werd gehouden op 12 december 1991 in het toenmalige Sint Joseph Ziekenhuis (nu Máxima Medisch Centrum) in Eindhoven. Nadat schriftelijk toestemming was verkregen van de NVOG om een werkgroep op te richten, werd de oprichtingsvergadering gehouden op 8 oktober 1992 in Amsterdam en het bestuur onder voorzitterschap van Ad IJzerman geïnstalleerd. Hij en de andere pionier Kees Wamsteker hielden een 'state of the art' over respectievelijk laparoscopie en hysteroscopie. In die dagen was endoscopie voor een groot deel van de gynaecologen volstrekt nieuw en de nieuwe werkgroep mocht zich dan ook in een grote belangstelling verheugen. Dit bleek onder meer in november 1992 uit de uitpuilende zalen bij de eerste werkgroepsessie tijdens Gynecongres over adnexoperaties in Hotel Krasnapolsky in Amsterdam.

De werkgroep anticipeerde op milde weerstand die innovatie soms kan oproepen. De weerstand was veelal gebaseerd op ongelof in de relevantie van de nieuwe operatietechnieken en de implementatie verliep daardoor trager dan gehoopt. Een bijzonder weerstandsmoment ondervond de werkgroep toen zij in 1995 een Nota kwaliteit schreef, waarin richtlijnen voor operateur en ziekenhuis werden gegeven om hiermee een veilige introductie van de nieuwe operatietechnieken mogelijk te maken. De nog steeds actuele paradox (cf. certificatie) deed zich voor dat kwaliteitseisen enerzijds de kwaliteit bevorderen, maar anderzijds de toegang tot de voorbehouden ingrepen voor de beroepsgroep kunnen belemmeren. De vrees voor monopolisering van de endoscopische chirurgie deed het NVOG-bestuur destijds besluiten de nota niet in de algemene ledenvergadering in te brengen. Inmiddels zijn veel elementen van de nota gemeengoed geworden zoals de beschikbaarheid van protocollen, registratie van ingrepen inclusief de complicatieregistratie en - voor complexe chirurgie - volumennormen.



Het enthousiasme van de leden van de werkgroep, die inmiddels met haar 333 leden de grootste werkgroep van de NVOG is geworden, hield stand. Als blijk hiervan werden in samenwerking met internationale organisaties twee symposia in Amsterdam georganiseerd (1998 en 2008), had de WGE tussen 1994 en 2003 haar eigen wetenschappelijke blad Scoop en werd de Witte Raaf opgericht waar

ongehinderd door de alledaagse besommeringen van gedachten kan worden gewisseld over de inhoud van het vak. Inmiddels wordt door de werkgroepleden een substantiële bijdrage geleverd aan doelmatigheidsonderzoek in het consortium benigne gynaecologie. In veel endoscopische verenigingen over de wereld is verbreding opgetreden van de focus: van endoscopie naar benigne gynaecologie, van een operatietechniek naar een vakgebied. Een vakgebied waarin de complexe chirurgie is ingebed. Tijd om weer vooruit te kijken.

Vooruitgekeken werd er met veel enthousiasme en met veel toehoorders tijdens de najaarsvergadering van 12 september j.l.. Jon Einarson, hoofd endoscopische chirurgische unit Brigham and Womens' hospital en werkzaam aan Harvard Medical School in Boston, gaf ons inzicht in zijn visie op het verleden, heden en de toekomst van de laparoscopische chirurgie. Justin Clark, werkzaam in Birmingham Women's Hospital en verbonden aan de University of Birmingham, gaf een state of the art lecture over hysteroscopische interventies en de wetenschappelijke basis hiervoor. Het jubileum symposium werd afgesloten door presentaties van drie genomineerde young scientists: Angelo Hooker, Malou Herman en Anne-Lotte Coolen. Door de voor die dag ingestelde wetenschapscommissie werd uiteindelijk de prijs van young scientist toegekend aan Angelo Hooker voor zijn presentatie over de systematische review naar adhesieformatie na vacuümcuretage vanwege miskramen. Hij doet promotieonderzoek aan het VUMC en is gynaecoloog in het Zaans Medisch Centrum.

Het is goed te merken dat er veel jonge enthousiaste mensen binnen onze vereniging aanwezig zijn die ook in de toekomst hun bijdrage willen leveren om de kwaliteit van zorg in de benigne gynaecologie, en in het bijzonder de minimaal invasieve chirurgie, te verbeteren.

prof. H. A. M. Brölmann *gynaecoloog*
dr. C. Radder *gynaecoloog*
dr. J. A. F. Huirne *gynaecoloog*

Contact

e j.huirne@vumc.nl

Verslag VAGO-minisymposium implementatie BOEG

Diagnostisch breed, therapeutisch smal

BOEG (*Bezinning op Eindtermen Gynaecologie*) houdt de gemoederen binnen gynaecologisch Nederland bezig; zowel bij AIOS als gynaecologen. De implementatie van dit nieuwe opleidingscurriculum is in alle clusters ingezet. Toch blijven er discussiepunten over: hoe moeten we de kaders van BOEG interpreteren en in de praktijk brengen? Wat heeft het voor consequenties voor de uitoefening van ons vak? Krijgen we een overschot aan minimaal invasieve gynaecologen? Kunnen we ons vak nog wel zo breed uitoefenen of krijgen we allemaal superspecialisten? De NVOG gaf de mogelijkheid om voorafgaand aan hun ALV een minisymposium te organiseren. Analoot aan een succesvolle VAGO-sessie op het Gynaecologisch Congres in 2012 kozen we ervoor om met drie stellingen de discussie tussen AIOS en gynaecologen aan te halen. Verhinderde AIOS en gynaecologen konden de discussies live via Twitter volgen.

Stelling 1. BOEG is een succes als je na vier jaar zelfstandig dienst kan doen zonder supervisie.

Discussie tussen Tijmen Bonestroo (1e jaars AIOS-cluster Nijmegen) en Ellen Hiemstra (4e jaars AIOS-cluster Leiden)

Achtergrond en discussie

Het adagium 'diagnostisch breed, therapeutisch smal' is inmiddels bekend als men het heeft over BOEG. Daarbij worden in de eerste vier jaar zo breed mogelijk de basiselementen van het vak gynaecologie en het vak obstetrie geleerd. De laatste twee jaar kunnen door de AIOS met verschillende differentiaties worden opgevuld, opdat hij/zij zich in een specifieke richting verder kan differentiëren en bekwamen. Er blijkt echter veel te doen om deze indeling. Is het haalbaar om als AIOS na het basale deel zelfstandig dienst te kunnen doen, ongeacht je keuze van differentiatie daarna? Of zijn die laatste twee jaar ook nog hard nodig om naast de differentiatie te consolideren? En maakt dit dan BOEG tot een succes?

Discussie: 'Het opleiden van de basis in vier jaar gaat ten koste van de diversiteit van het vak'. 'Het vak is te breed; aandachtsgebieden zijn nodig'. Hiermee werd afgetrapt, waarmee een zekere kloof werd aangegeven tussen voor- en tegenstanders van BOEG. Maar voor of tegen, de maatschappij vraagt het van ons, evenals de kwaliteitseisen. Wat voor waarde kennen we nu toe aan de differentiatie jaren? Er werd gesproken over het competentiegericht opleiden. Niet iedereen zal en hoeft na vier jaar de basis in de vingers te hebben. Als het wel lukt is het prachtig dat de laatste twee jaar kunnen worden besteed aan het zich verder bekwamen in één of meerdere aandachtsgebieden. Overigens zit er in de differentiatie jaren (bijv. tijdens



de diensten) nog altijd algemene gynaecologie verwerkt uit de basis. Aansluitend volgt de vraag wat dan in het basispakket thuis hoort. Moet iedereen een totaalruptuur kunnen hechten of krijgen we daarvoor een bekkenbodemachterwacht? Concluderend moeten dit aspect kritisch blijven bekijken en waar nodig de criteria bijschaven.

Tot slot werd genoemd dat het doel van BOEG absoluut niet mag zijn om de supervisie na het vierde jaar van de opleiding af te kunnen schaffen. Zelfstandigheid van de AIOS is belangrijk, maar supervisie moet altijd mogelijk zijn. De veiligheid van het opleidingsklimaat mag hierbij nooit in het geding komen.

Stelling 2. BOEG is een geweldige opzet voor de bezuinigingsplannen van Schippers; differentiaties heten voortaan fellowships.

Discussie tussen Timme Schaap (AIOS Cluster Utrecht) en Cees Yedema (gynaecoloog MC Haaglanden)

Achtergrond en discussie

Er moet bezuinigd worden in de zorg. Ook bij de opleidingen tot medisch specialist. Nu de eigen bijdrage succesvol is afgewend, is het volgende plan geïntroduceerd, het verkorten van de opleidingen. Zijn we met BOEG koren op de molen van minister Schippers? Of hoeven we ons geen zorgen te maken? *Discussie:* Het starten van de fellowships na vier jaar zou een verarming van ons vak betekenen. Hierbij is het dan de vraag in hoeverre deze nog voor iedereen weggelegd zijn. Tegelijkertijd werd nadrukkelijk genoemd dat er flink bezuinigd moet en zal gaan worden. Verschillende alternatieven werden geopperd. Het opleiden van minder AIOS kreeg via Twitter als reactie de suggestie van selectie in jaar één. Verder zou er aan de efficiëntie van de opleiding gewerkt kunnen worden. BOEG stimuleert dan om meer uit je opleiding te halen. Maar slaan de AIOS dan niet door van 'productieslaven' naar assistenten die alleen leuke leermomenten meepikken? Dat BOEG koren op de molen van VWS zou kunnen zijn werd wel beaamd. Het is daarom van belang te blijven benadrukken dat het belang van de differentiatie jaren niet moet worden uitgevlakt. Daar moeten we met zijn allen voor waken! Na vier jaar ben je nog geen gynaecoloog, waarmee we weer uitkomen bij stelling 1.

Stelling 3. Over 10 jaar zijn er te veel minimaal invasieve gynaecologen en te weinig fertiliteit-geörienteerden.

Plenaire discussie o.l.v. Paul van der Linden (gynaecoloog Deventer Ziekenhuis, voorzitter concilium)

Achtergrond en discussie

In de gynaecologie wordt steeds meer minimaal invasief geopereerd. In alle clusters blijkt dit een 'populaire' differentiatierichting onder de AIOS. Echter, zijn er wel genoeg mogelijkheden voor al die AIOS om deze differentiatie te volgen? *Discussie:* En gaat dat dan niet ten koste van andere differentiatiegebieden binnen de gynaecologie en obstetrie?

Het werd inderdaad herkend door de zaal dat de vraag om dergelijke differentiatieplekken groot is. Dit komt soms ook voort uit de angst van AIOS te weinig bekwaam te zijn in minimaal invasieve ingrepen na de eerste vier opleidingsjaren. Het doen van deze differentiatie hoeft dan ook niet te leiden tot het aandachtsgebied na de opleiding. Geopperd werd om de NVOG te laten schatten hoeveel differentianten per richting nodig zijn met oog op de latere banenmarkt. Over deze behoeften moeten AIOS dan geïnformeerd worden in bijvoorbeeld voortgangsgesprekken om tot een weloverwogen keuze van differentiatie te komen. Ook zouden we AIOS kunnen laten concurreren/solliciteren voor differentiatieplekken. Een ander alternatief is om ook niet-opleidingsziekenhuizen te betrekken bij het aanbieden van differentiatiestages om zo meer mogelijkheden te bieden, echter hieraan zouden dan wel duidelijke eisen moeten worden gesteld.

Conclusie

Zoals genoemd is de implementatie van BOEG landelijk in gang gezet. Tijdens de gevoerde discussies op dit minisymposium werd eens te meer duidelijk dat we daarbij niet achterover moeten gaan leunen en kijken hoe het zal uitpakken. We hebben met z'n allen een weg gekozen. Tijdens de discussie was het lastig niet af te dwalen van de stelling. Dit illustreert de manier waarop BOEG landelijk leeft. Om in de praktijk niet te verdwalen is het belangrijk dat we het gesprek aan blijven gaan. Tijdens de implementatie zal tegen de nodige obstakels opgelopen worden. Door ideeën uit te wisselen over de lokale en regionale organisatie van de implementatie kunnen we de problemen zo efficiënt oplossen en het maximale uit BOEG halen om daarmee gynaecologen op te leiden die aansluiting vinden in de huidige maatschappij en bij de wensen van onze patiënten. Concluderend noemde onze NVOG voorzitter de toekomstige AIOS, die worden opgeleid volgens BOEG, "diagnostisch breed, therapeutisch smal en - na de differentiatie jaren - met een toefje slagroom!"

dr. J.W.M. Aarts en drs. C.Q. Kammeijer VAGO
e vagobestuur@gmail.com

Foetale bewaking

In 2010 is in Nederland de audit van perinatale sterfte in alle Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV) van start gegaan. Het Tijdschrift voor Verloskundigen (TvV) en het Nederlands Tijdschrift Obstetrie en Gynaecologie (NTOG) presenteren een rubriek, met casuïstiek en aanbevelingen uit de audit: 'Wat komt er uit de PAN'. In deze aflevering staat foetale bewaking centraal.

Waarom dit onderwerp?

Het doel van intrapartum foetale bewaking is het voorkomen van perinatale asfyxie en ongunstige neurologische consequenties op de lange termijn. In de jaren 70 van de vorige eeuw is cardiocografie (CTG) geïntroduceerd om een foetus met dreigend zuurstofgebrek tijdig op te sporen en ongunstige neurologische consequenties op de lange termijn te voorkomen. Intussen wordt het CTG op grote schaal toegepast.

Wat komt er uit de PAN?

Auditgroepen zien regelmatig substandaard factoren in het beleid rondom CTG-bewaking, zoals geen optimale uitvoering van de CTG-bewaking, geen systematische beschrijving van het CTG of de besluitvorming rond CTG's of een te afwachtend beleid bij CTG-afwijkingen. Het structureel beoordelen van CTG (en pas afkoppelen nadat dat is gebeurd) is een van de aanbevelingen om dit te verbeteren. Daarnaast wordt CTG-scholing geadviseerd.

Wij vroegen Anneke Kwee en Ilse de Jagher om commentaar.

Om de conditie van de foetus te beoordelen maken we gebruik van het tellen van de foetale hartslag, hetzij met auscultatie, hetzij met het CTG. Het CTG is in de jaren 70 van de vorige eeuw geïntroduceerd zonder dat de diagnostische nauwkeurigheid en effectiviteit op patiëntuitkomsten grondig werden geëvalueerd. Verschillende gerandomiseerde onderzoeken, waarbij het intrapartum-CTG werd vergeleken met intermitterende auscultatie, lieten nauwelijks effect zien op de neonatale uitkomst, maar wel een verdubbeling van het aantal sectio's. Het grootste probleem van het CTG is de hoge incidentie van abnormale (fout-positieve) patronen. Dit leidt enerzijds tot onnodige interventies, anderzijds tot onverwachte asfyxie, omdat atypische en suspecte CTG's niet als voldoende pathologisch worden herkend.

Daarnaast is de inter- en intraobserver variatie bij de beoordeling van het CTG hoog. Een onderzoek waarbij experts CTG's beoordeelden, liet zien dat wanneer er geblindeerd was voor de uitkomst het aantal als abnormaal beoordeelde CTG's lager was, dan wanneer de uitkomst bekend was. Dit fenomeen herkennen we allemaal: achteraf is het soms makkelijk (be-)oordelen.

Wat betreft het gebruik van microbloedonderzoek (MBO) is de bewijslast ook niet eenduidig. Op één oude kleine trial na zijn er geen studies waarin continue CTG-bewaking zonder MBO vergeleken wordt met die mét MBO. Het aantal sectio's en het aantal neonatale convulsies is echter lager wanneer intermitterende auscultatie wordt vergeleken met CTG + MBO, dan wanneer het wordt vergeleken met alleen

Casus Afwijking gangbaar beleid en beoordeling CTG

Zwangerschapsduur \geq 41.0 weken. Neonatale sterfte (0 23 uur).

Substandaard factor: afwijkend CTG niet als zodanig herkend. Gevoerde beleid bij partus niet volgens gangbare beleid. Relatie met de sterfte, zoals vastgesteld door de lokale auditgroep: waarschijnlijk

Betrokken zorgverleners: ANIOS, gynaecoloog tweede lijn, obstetrie verpleegkundige.

Omstandigheden: gynaecoloog in huis, drukke dienst. Onvoldoende duidelijkheid voor verpleging dat er een spoedsectio verricht moet worden, waardoor relatief lange transfer naar OK complex.

Conclusie lokale audit: afwijking van gangbaar beleid is onvoldoende besproken en gedocumenteerd. Bijstimulatie is gestart zonder CTG bewaking. Er is te lang een niet herkend afwijkend CTG geweest.

Aanbevelingen lokale audit: betere documentatie over het te voeren beleid. Degene die gefundeerd afwijkt van werkafspraken dient vervolgens het verloskundig team duidelijk stap voor stap aan te sturen. CTG beoordelen volgens vaste criteria, minimaal iedere 2 uur. Protocolair vastleggen wanneer tijdens de bevalling wel of geen CTG bewaking geïndiceerd is. Advies redactiecommissie: landelijke richtlijn beschrijving/beoordeling van het CTG ontwikkelen. Nascholing CTG beoordeling. Tevens: aandacht voor documentatie en communicatie.

CTG. Het MBO heeft dus mogelijk een toegevoegde waarde en biedt een oplossing voor het grote aantal fout-positieve CTG-registraties. Beperkingen zijn echter dat dit onderzoek slechts een momentopname geeft en bij een persisterend afwijkend CTG herhaald dient te worden. Verder is het MBO invasief, technisch lastig en patiëntonvriendelijk. Bij tenminste 10% van de pogingen lukt het niet het MBO uit te voeren en daardoor kan het een tijdrovende procedure zijn. Uit een landelijke enquête in 2007 bleek dat in 88% (86/98) van de klinieken mogelijkheid tot het verrichten van een MBO aanwezig was. Er bleek een groot verschil te zitten in het percentage verrichte MBO's bij à terme, in intentie vaginale partus: bij ziekenhuizen met opleiding betrof dit gemiddeld 12-15% en bij ziekenhuizen zonder opleiding betrof dit gemiddeld 3%. Ook uit de geïdentificeerde substandaard factoren van de PAN blijkt dat niet altijd wordt gedacht aan het MBO of dat er geen consequenties worden verbonden aan de uitslag ervan. De STAN-methodologie wordt sinds 2000 op steeds meer verloskamers gebruikt, inmiddels meer dan 30% van de ziekenhuizen. Ook voor deze techniek geldt dat training en een goede implementatie erg belangrijk zijn.

Anno 2013 is de optimale manier van foetale bewaking niet duidelijk. Een echte grote doorbraak van een nieuw techniek is ook niet op korte termijn te verwachten. Mogelijk dat gecomputeriseerd CTG tijdens de baring en het abdominaal foetaal ECG ons wat verder brengen. Totdat dat zover is, zullen we er naar moeten streven de huidige technieken zo gestandaardiseerd en consequent mogelijk te gebruiken.

Enkele praktische tips uit het veld

In het Amphiaziekenhuis in Breda wordt sinds 2006 met STAN gewerkt. Dit heeft er voor gezorgd dat een CTG op structurele manier beschreven en geclassificeerd wordt volgens de FIGO-criteria. Deze classificatie wordt bij voorkeur elk uur genoteerd in de rapportage, tijdens de uitdrijving vaker. Het classificeren dwingt tot nadenken over alle mogelijke interventies die een verbetering in het CTG tot stand kan brengen, het uitvoeren ervan en het effect van de interventie op het CTG te vervolgen. Daarnaast hangen op de verloskamer stroomdiagrammen met de verschillende CTG-classificaties en de noodzakelijke interventies (met of zonder STAN-events) en het tijdsbestek.

In de praktijk is het aan te bevelen om bij wissel van een dienstploeg het CTG terug te kijken: is het CTG de afgelopen uren veranderd, welke acties zijn er al op ondernomen? Is de STAN op een normaal CTG geijkt? Zijn er bijkomende factoren om rekening mee te houden; meconiumhoudend vruchtwater, foetale groeivertraging, etc.? Tevens wordt geadviseerd om duidelijk in de status te noteren vanaf welk tijdstip het CTG suboptimaal of abnormaal geworden is. Dit geeft houvast in de verdere besluitvorming, zeker in

een drukke dienst of nacht. Een overzichtsscherm op drukke verlosafdelingen zorgt ervoor dat CTG's kunnen worden gezien tijdens werkzaamheden op een andere verloskamer. Tenslotte worden tijdens de dagelijkse overdracht alle CTG's getoond en besproken. CTG's die veel discussie opleveren worden uitgebreid besproken op de CTG-casuïstiekbesprekingen, die elk kwartaal plaatsvinden.

Deze praktische tips stimuleren aandacht voor foetale monitoring, de mogelijkheid voor overzicht tijdens de drukke dienst, uniformiteit in beoordeling en classificatie van CTG, en een continu opleidingsklimaat met een retrospectieve audit ter verbetering.

Tot slot wordt in het najaar van 2013 aan de leden van de NVOG de conceptrichtlijn intrapartum foetale bewaking voorgelegd. Deze richtlijn werkt een aantal aanbevelingen van de audit en bovengenoemde praktische tips concreet uit. Er wordt een uniform classificatiesysteem voorgesteld om het CTG gestructureerd te beoordelen en er een conclusie aan te verbinden. Kreten als dips, strak of prachtig CTG zullen dan hopelijk verdwijnen. Hoewel er geen sluitend bewijs is dat dit tot betere uitkomsten leidt, suggereert de casuïstiek van de PAN dit wel. Aan de classificering kan meteen een beleid worden toegevoegd. Iets wat nu vaak ontbreekt, of althans vaak niet wordt gedocumenteerd. De richtlijn doet een aanbeveling om in de ontsluiting elk uur en in de uitdrijving elke 15 minuten het CTG gestructureerd te beoordelen, daarbij tevens conclusie en beleid te formuleren. Het streven is dit steeds te documenteren, waarbij dat in de uitdrijving ook in retrospectief kan worden gedaan.

Met de implementatie van deze richtlijn en bovenstaande aanbevelingen hopen we foetale bewaking in Nederland te optimaliseren.

Aanbevelingen

- Beoordeel het CTG volgens vaste criteria.
- Stel een protocol op voor classificatie in gestandaardiseerde termen.
- Koppel het CTG pas af als het CTG als normaal beoordeeld is door tweede zorgverlener.
- Ontwikkel multidisciplinaire richtlijnen voor de beschrijving/beoordeling CTG
- Organiseer scholing voor het beoordelen van CTG's

Rubriksredactie, in samenwerking met Ilse de Jagher, klinisch verloskundige Amphiaziekenhuis Breda

dr. Anneke Kwee, perinatoloog UMC Utrecht

Meer informatie

dr. J. van Dillen e uitdepan@perinataleaudit.nl
Voor referenties kijk op www.perinataleaudit.nl

'Gebroken hart' na diagnostische laparoscopie

dr. E.A.M. Kuijper *arts-assistent verloskunde en gynaecologie*
 dr. R.S. Kuipers *arts-assistent cardiologie*
 dr. M.J. Lambers *arts-assistent verloskunde en gynaecologie*
 dr. A.C. Bolte *gynaecoloog*
 dr. R.B. van Loon *cardioloog*
 dr. V. Mijatovic *gynaecoloog*
afdelingen Verloskunde & Gynaecologie en Cardiologie, VUMC, Amsterdam

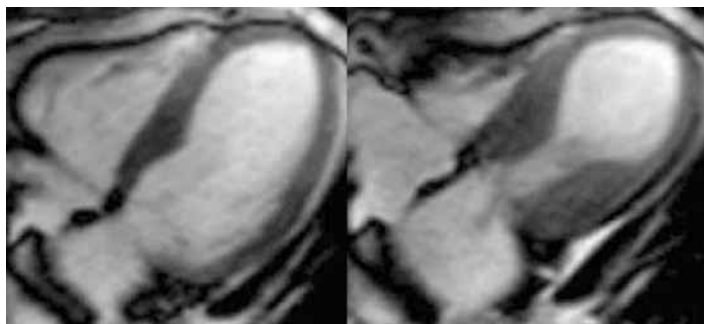
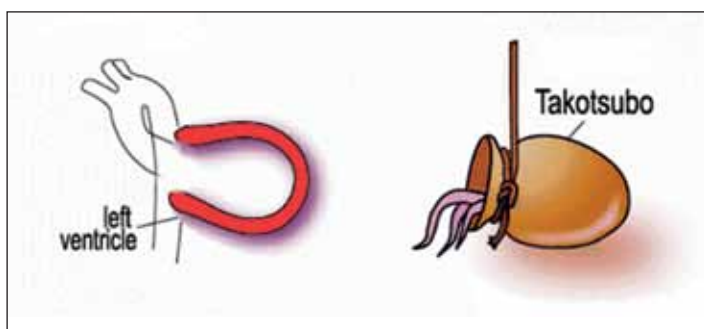
Casus

Een 31-jarige patiënte ondergaat een diagnostische laparoscopie in het kader van het oriënterend fertilitetsonderzoek bij primaire subfertiliteit. Haar algemene voorgeschiedenis vermeldt een *irritable bowel syndrome*. Patiënte gebruikt geen medicatie, is allergisch voor feneticilline en er zijn geen intoxicaties bekend. De operatie verloopt ongecompliceerd en er worden geen fertiliteitsbelemmerende factoren gevonden. Bij het begin van de uitleiding ontstaat er een hypertensie (RR 199/110 mmHg, P 110/min) met op het ECG premature atriale en ventriculaire complexen en diffuse depressie van het ST-segment. Hierop wordt 1,5 gr magnesiumsulfaat en 1 mg metoprolol intraveneus gegeven. Het direct afgenomen arteriële bloedgas toont een kalium van 2,4 mmol/L en hierop wordt suppletie gegeven met kaliumchloride iv. Kort daarna normaliseren haar ritme en bloeddruk. Op dat moment wordt gedacht aan een aritmie op basis van hypokaliëmie en gezien de stabiele situatie wordt patiënte verder uitgeleid. Op de verkoever vertoont zij een sinusritme met normale bloeddrukken, maar in verband met de passagere ST-segmentdepressies worden troponines ingezet. Patiënte voelt zich goed en gaat terug naar de afdeling gynaecologie. Gedurende de nacht blijken de troponines fors verhoogd waarop patiënte toch wordt overgeplaatst naar de CCU. Bij opname op de CCU wordt het volgende waargenomen; RR 77/52 mmHg (pre-operatieve bloeddruk 90/50 mmHg), P 83/min, T 37,0, Cor: S1, S2 geen souffles, Pulm: vesiculair ademgeruis, zonder bijgeluiden. In het lab een Hb van 6,6 mmol/L (pre-OK: 8,6 mmol/L), Ht 0,33, kalium 4,1, troponine T 0,122-1,52, ug/L, CK 84 U/L, CK-MB 8,7 ug/L. ECG: sinusritme (79/min), normale as en geleiding, geen STT-afwijkingen. Differentiaal diagnostisch wordt nu gedacht aan een intra-abdominale bloeding. Patiënte is goed aanspreekbaar, geeft behoudens wat wondpijn geen

buikpijn aan en zij heeft een normale diurese. Bij lichamelijk onderzoek van de buik is er sprake van normale peristaltiek, wisselende tympanie en er zijn geen aanwijzingen voor peritoneale prikkeling. Bij transvaginale echoscopie wordt een vochtpoel gezien van 2 bij 1 cm in het cavum Douglasi. Het verlaagd Hb is geduid als gevolg van verdunning na vulling, aangezien er over de dag een stijging in het Hb van 6,8 naar 7,3 mmol/L optrad zonder dat er een transfusie werd gegeven. Het aanvankelijk gemeten lage kalium kan waarschijnlijk door stress worden verklaard. Zowel direct via een acute catecholamine-release (door stimulatie van N-K-ATPase en Na-K-2CL co-transport pompen via activatie van beta-2-adrenerge receptoren) als indirect via stressgeïnduceerde insulineresistentie (die eveneens leidt tot activatie van de N-K-ATPase-pomp). Bij aanvullend cardiaal onderzoek middels echocor blijkt er sprake van een redelijke linkerventrikelfunctie met normale dimensies, maar een contractiliteitsbeeld suggestief voor Tako-Tsubo cardiomyopathie. Er is geringe mitralisklepinsufficiëntie en de vena cava inferior collabeert niet. De telemetrische registratie van het hartritme toont een sinusritme. MRIcor toont een goede linkerventrikelfunctie met normale dimensies en zonder hypertrofie. De ejectiefractie bedraagt 52% met milde hypokinesie van de midsegmenten en normokinesie van de distale en basale segmenten. Geen aanwijzingen voor myocardiaal oedeem of contrastaankleuring. Zeer suggestief voor Tako-Tsubo cardiomyopathie.

Bespreking

Tako-Tsubo cardiomyopathie, apicale ballonvorming (apical ballooning) of 'broken heart syndrome' is een vorm van cardiomyopathie die kan ontstaan als gevolg van een heftige catecholamine-release. De oorzaak van deze release is vaak fysieke of psychische stress. Dit kan ook het geval zijn vooraf-



Figuur 1 (boven). Linker ventrikel en Tako-tsubo (Japanse pot om inktvissen mee te vangen).
Figuur 2 (onder). Typisch MRI-beeld⁴.

gaande aan of ten tijde van een operatie¹⁻³. De naam Tako-Tsubo is afkomstig van een Japanse kruik die gebruikt wordt om inktvissen mee te vangen. De specifieke vorm van deze pot komt overeen met de vorm van het linker ventrikel tijdens beeldvorming (echo, MRI), zie figuur 2.

Patiënten presenteren zich vaak met symptomen passend bij myocard ischemie³ en zijn veel vaker van het vrouwelijk geslacht. ECG-afwijkingen (passend bij ischemie) komen voor vaak in combinatie met verhoogde hartenzymen, maar het coronair angiogram toont geen significante stenosen. Beeldvormend onderzoek van het hart, middels echocardiografie, ventriculografie of cardiale MRI, laat een specifiek patroon van wandbewegingsstoornissen zien van voornamelijk de linker ventrikel. Met name de mid- en apicale delen van de linker ventrikel vertonen ernstige wandbewegingsstoornissen met opvallend behoud van contractie van de basale delen, waarbij de ejection fraction vaak verlaagd is. Deze afwijking wordt in verband gebracht met diffuse vasospasmen⁵, microvasculaire dysfunctie^{6,7}, en verstoringen van het calcium metabolisme⁸ secundair aan de suprafysiologische concentraties catecholamines. Een nieuwe biomarker, genaamd copeptine, differentieert Tako-Tsubocardiomyopathie redelijkerwijs van een myocard infarct (sensitiviteit 67%, specificiteit 86%)⁹. Complicaties van Tako-Tsubocardiomyopathie zijn cardiogene shock, acuut hartfalen met longoedeem en respiratoire insufficiëntie,

tachy- en bradyaritmieën of hooggradig AV-block, trombo-embolische processen door stolselvorming in de gedilateerde ventrikel, perforatie van het ventriculaire septum en zelfs ruptuur van de vrije ventrikelwand¹⁰. De in-hospitaal mortaliteit is ongeveer 2%. Een laag NT-pro-BNP, een biomarker voor uitrekking van de hartspier, voorspelt mogelijk een lagere kans op complicaties¹¹. De genoemde cardiale afwijkingen normaliseren per definitie, vaak al binnen een aantal weken¹². Follow-up wordt het beste gedaan aan de hand van echocardiografie, eventueel middels cardiale MRI. Gezien de etiologie van de ziekte, is symptomatische behandeling met een bèta-blokker optioneel en indien een ventrikel thrombus wordt aangetoond is antistolling geïndiceerd¹³.

Patiënte heeft een actuele kinderwens en aangezien fertiliteitsbehandelingen, zwangerschap en bevalling potentieel stressvolle gebeurtenissen zijn, moet patiënte gecounseld worden over het herhalingsrisico (tot 11%)¹⁴. Bij een pre-conceptioneel advies hoort tevens besproken te worden dat Tako-Tsubocardiomyopathie is gerapporteerd bij miskramen en dat klachten opvallend vaak (>75%) tijdens of binnen 24 uur na een geplande keizersnede (onder zowel spinale als epidurale anesthesie) worden beschreven¹⁵. Ook hormonale schommelingen en lactatieremming zijn als trigger genoemd¹⁶. Het creëren van een rustige omgeving tijdens interventies en voorzichtigheid met het toedienen van sympatico-mimetica rondom spinale en epidurale anesthesie wordt dan ook geadviseerd. Een korte klinische observatie (12-24 uur) kan worden overwogen bij iedere vorm van interventie rondom geassisteerde conceptie en zwangerschap. Patiënte heeft een medische indicatie voor zowel zwangerschapscontroles als bevalling¹⁷. Patiënte is na twee dagen ontslagen en zal poliklinisch worden teruggezien voor echocardiografische controle. Aangezien haar linkerventrikel functie volledig zal herstellen, is een zwangerschap niet gecontraïndiceerd.

Conclusie

Denk bij een gezonde jonge vrouw met ECG-afwijkingen passend bij ischemie en een troponinstijging zonder verdere aanwijzingen voor myocard ischemie aan de mogelijkheid van een stress geïndiceerde Tako-Tsubocardiomyopathie.

Noten

1. Consales, G. et al. *Acute left ventricular dysfunction due to Tako-tsubo syndrome after induction of general anesthesia*. *Minerva Anesthesiol.* 73, 655-658 (2007).
2. Cabaton, J., B. Rondelet, L. Gergele, C. Besnard & V. Piriou *Tako-Tsubo syndrome after anaphylaxis caused by succinylcholine during general anaesthesia*. *Ann. Fr. Anesth. Reanim.* 27, 854-857 (2008).

3. Milinis, K. & M. Fisher *Takotsubo cardiomyopathy: pathophysiology and treatment*. Postgrad. Med. J. 88,530-538 (2012).
4. Lousinha, A., R. Gilkeson & H. Bezerra, H. *Left ventricular outflow tract obstruction and Tako tsubo syndrome*. Rev.Port.Cardiol.31,49-51 (2012).
5. Kurisu, S. et al. *Tako-tsubo-like left ventricular dysfunction with ST-segment elevation: a novel cardiac syndrome mimicking acute myocardial infarction*. Am. Heart J. 143,448-455 (2002).
6. Abe, Y. & M. Kondo *Apical ballooning of the left ventricle: a distinct entity?* Heart 89,974-976 (2003).
7. Galiuto, L. et al. *Reversible microvascular dysfunction coupled with persistent myocardial dysfunction: implications for post-infarct left ventricular remodelling*. Heart 93, 565-571 (2007).
8. Nef, H. M. et al. *Abnormalities in intracellular Ca²⁺ regulation contribute to the pathomechanism of Tako-Tsubo cardiomyopathy*. Eur. Heart J. 30, 2155-2164 (2009).
9. Meissner, J. et al. *Endogenous stress response in Tako-Tsubo cardiomyopathy and acute myocardial infarction*. Eur. J. Clin. Invest 41, 964-970 (2011).
10. Kurisu, S. *Documentation of early improvement of left ventricular function in tako-tsubo cardiomyopathy*. Int. J. Cardiol. 126, 291 (2008).
11. Nef, H. M. et al. *Tako-Tsubo cardiomyopathy: NT-proBNP as a reliable parameter of a favourable prognosis?* Int. J. Cardiol. 124, 237-238 (2008).
12. Gianni, M. et al. *Apical ballooning syndrome or takotsubo cardiomyopathy: a systematic review*. Eur. Heart J. 27, 1523-1529 (2006).
13. Nunez-Gil, I. J. et al. *Tako-tsubo syndrome and heart failure: long-term follow-up*. Rev. Esp. Cardiol. (Engl. Ed) 65, 996-1002 (2012).
14. Elesber, A. A. et al. *Four-year recurrence rate and prognosis of the apical ballooning syndrome*. J. Am. Coll. Cardiol. 50, 448-452 (2007).
15. Zdanowicz, J. A. et al. *'Broken heart' after cesarean delivery. Case report and review of literature*. Arch. Gynecol. Obstet. 283, 687-694 (2011).
16. Hassan, S. & T. Jernberg *Bromocriptine-induced coronary spasm caused acute coronary syndrome, which triggered its own clinical twin--Takotsubo syndrome*. Cardiology 119, 1-6 (2011).
17. Brezina, P. & C.M. Isler *Takotsubo cardiomyopathy in pregnancy*. Obstet. Gynecol. 112, 450-452 (2008).

Samenvatting

Bij jonge patiënten met een blanco voorgeschiedenis die een electieve ingreep ondergaan zijn we vaak minder beducht op mogelijke complicaties van ons handelen. Wij presenteren een casus waarbij een gezonde patiënte op de CCU terecht komt na een ongecompliceerde diagnostische laparoscopie in het kader van het oriënterend fertilitetsonderzoek. Een jonge vrouw (31 jaar) ontwikkelt tijdens de uitleiding na een ongecompliceerd verlopen laparoscopie; hypertensie, ECG afwijkingen met een forse troponine stijging. Zij heeft een blanco cardiale voorgeschiedenis. Op basis van stress (door de operatie) heeft zij een Tako-Tsubo cardiomyopathie ontwikkelt waarbij de symptomen aanvankelijk lijken te passen bij een myocard infarct (ST depressies op het ECG en verhoogde troponines).

Trefwoorden

Tako-Tsubo cardiomyopathie, laparoscopie

Summary

When performing elective surgery on young, healthy women one should always be aware of the risks and complications involved in the procedure.

We present a case in which our patient ended up in the cardiac ward after an uneventful diagnostic laparoscopy. A 31-year old, healthy women underwent a diagnostic laparoscopy, checking her tubal patency. She developed hypertension and ECG abnormalities at the end of the analgesia. First this was thought to be due to low potassium levels but she developed high troponin levels as well and was transferred to the cardiac ward. A cardiac ultrasound and MRI showed that these symptoms were due to a Tako-Tsubo cardiomyopathie.

Keywords

Tako-Tsubo cardiomyopathie, laparoscopy

Contact

drs. E.A.M. Kuijper
VUMC
De Boelelaan 1117, 1081 HV, Amsterdam
t 020-4440070
e e.kuijper@vumc.nl

Belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen

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

Preventieve plaatsing ballonocclusiekatheters bij placenta praevia

Beter mee dan om verlegen?

drs. M. Martens *anios*

dr. J.M.J. Sporken *gynaecoloog*

dr. A.H.M. Molenaar *interventie radioloog*

dr. P.H. Haarbrink *interventie radioloog*

allen Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen

Fluxus postpartum is een bekende complicatie bij de aanwezigheid van een placenta praevia met hoge maternale morbiditeit en zelfs mortaliteit. Het preventief plaatsen van ballonocclusiekatheters zou dit bloedverlies kunnen beperken. Na deze pilotstudie concluderen wij dat insufflatie van de ballonnen in een minderheid van de gevallen nodig is maar zeker toegevoegde waarde heeft. Daarbij verkiezen wij de preventieve plaatsing onder optimale omstandigheden boven een spoedplaatsing op het moment van excessief bloedverlies.

Fluxus postpartum (≥ 1000 ml bloedverlies binnen 24 uur) is een bekende obstetrische complicatie, die maternale morbiditeit en mortaliteit kan veroorzaken. De meest voorkomende oorzaken zijn uterusatonie, abnormale placentatie, vastzittende placenta of placentarest en letsel van het baringskanaal. Als het met conservatieve, medicamenteuze behandelingsmethoden niet lukt het bloedverlies onder controle te krijgen moeten chirurgische opties worden overwogen. In 1979 werd arteriële embolisatie voor het eerst geïntroduceerd als behandelingsoptie voor bloedverlies post partum.¹ Sinds die tijd heeft het zijn effectiviteit duidelijk bewezen: het lijkt een veilige methode die maternale morbiditeit en mortaliteit en de noodzaak tot chirurgie vermindert bij een onverwachte FPP.²⁻⁴

Bij een placenta praevia bedekt het placentabed het gehele ostium internum van de cervix en verhoogt de kans op een FPP. Men kan overwegen om reeds voor de sectio caesarea (SC) voorzorgmaatregelen te treffen en de kans op een FPP te verkleinen. Een optie die wij hier willen bespreken is het preventief plaatsen van ballonocclusiekatheters in de arteria iliaca interna (AII) voorafgaand aan de SC. Vervolgens kan men zonder veel tijdverlies in geval van ruim bloedverlies de ballonnen durante SC insuffleren. Hiermee zou, theoretisch gezien, het bloedverlies moeten afnemen en als dit niet voldoende is, is ook snel embolisatie mogelijk. Een FPP en maternale morbiditeit en mortaliteit kunnen worden verminderd, alsmede de noodzaak tot chirurgisch ingrijpen, zoals hysterectomie.

Zowel de Nederlandse als de internationale richtlijnen zijn niet duidelijk over het te volgen beleid bij aanwezigheid van een placenta praevia. De NVOG-richtlijn stelt dat katheterisatie en embolisatie van de AII kan overwogen worden.⁵ De RCOG-guideline adviseert arteriële embolisatie in geval van falen van de medicamenteuze therapie om chirurgische interventie te voorkomen. De preventieve plaatsing van ballonocclusiekatheters moet eerst verder worden onderzocht.⁶ Anderen adviseren juist om patiënten preventief te behandelen met ballonocclusie als er een verhoogde kans is op het ontwikkelen van een FPP, zoals bij SC in de anamnese en een placenta praevia.⁷ De incidentie van placenta praevia neemt snel toe naarmate het aantal SC's per patiënte hoger wordt. Van 0,26% voor nullipara, naar 0,65%, 1,8%, 3% en 10% na respectievelijk 1, 2, 3 en 4 of meer SC's. Daarmee samenhangend wordt de kans op placenta accreta steeds groter, tot bijna 39% na twee of meer SC's bij een placenta op de voorwand.⁸⁻¹⁰ Ook in Nederland stijgt het percentage SC's gestaag. Het is te verwachten dat het aantal placenta praevia's en daarmee het aantal FPP zal toenemen. Dit vraagt om een effectieve behandeling en beperking van het bloedverlies.

Het doel van het plaatsen van de katheters is het bloedverlies zoveel mogelijk beperken. Echter, er is nog veel onbekend over de effectiviteit en complicaties. Moeten ballonocclusiekatheters bij elke placenta praevia gebruikt worden en heeft bijvoorbeeld de lokatie van de placenta invloed op de hoeveelheid bloedverlies? In de literatuur is geen consensus over het beste moment van insuffleren van de ballonnen, na geboorte van het kind of na de geboorte van de placenta?

In deze pilotstudie willen wij analyseren hoe vaak insufflatie van de ballonnen nodig is, verder zijn wij geïnteresseerd in de hoeveelheid bloedverlies voor en na de geboorte van de placenta, wat zijn de resultaten bij placenta praevia via voorwand of achterwand, of bij een increta of accreta?

Methoden

In deze prospectieve pilotstudie hebben wij alle patiënten die in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) te Nijmegen in de periode november 2003 t/m juni 2012 een SC ondergingen in verband met placenta praevia geïncludeerd. Patiënten werden voorgelicht over de procedure en gaven hun *informed consent*. In principe werd de SC rond een amenorrhoe duur van 37-39 weken ingepland. Voorafgaand aan de SC werden de ballonocclusiekatheters geplaatst door de interventieradioloog op de angiokamer van de afdeling Radiologie. Daar werd de arteria femoralis communis (AFC) beiderzijds aangeprikt waarna een *sheath* (7F) in beide liezen werd geplaatst. Aansluitend werd over een voerdraad de All beiderzijds aangehaakt met een C1-katheter. Vervolgens werden de occlusieballonnen op tafel gecontroleerd op lekkage waarna ze niet-geïnsuffleerd werden geplaatst in de origo van de linker en rechter All. De katheters werden vastgehecht aan de sheath, die op de huid werd vastgeplakt om de kans op dislocatie tot een minimum te beperken. (zie figuur 2 en 3)

Na deze procedure werd de patiënte meteen naar de operatiekamer gebracht. Het bloedverlies tijdens de SC werd in twee tempi gemeten: tot aan de geboorte van de placenta en vanaf de geboorte van de placenta. Als vanaf de geboorte van de placenta het bloedverlies meer dan 500 ml bedroeg werden de ballonnen geïnsuffleerd. Op inschatting van de gynaecoloog werden eventueel aanvullende maatregelen ondernomen om het bloedverlies te beperken. Postoperatief gingen de patiënten naar de Medium Care (MC). De geïnsuffleerde ballonnen werden, bij normaal bloedverlies, drie uur postpartum gedesuffleerd. De ballonnen en sheaths werden de volgende dag verwijderd en de punctieplaatsen werden afgesloten met een *closure device*, waarna de patiënten terug gingen naar de afdeling verloskunde. De statische vergelijkingen vonden plaats met SPSS v.18, door middel van de Chi-kwadraat toets, de Fisher's exacttoets, de students-t-toets en de Mann-Whitney-toets.

Resultaten

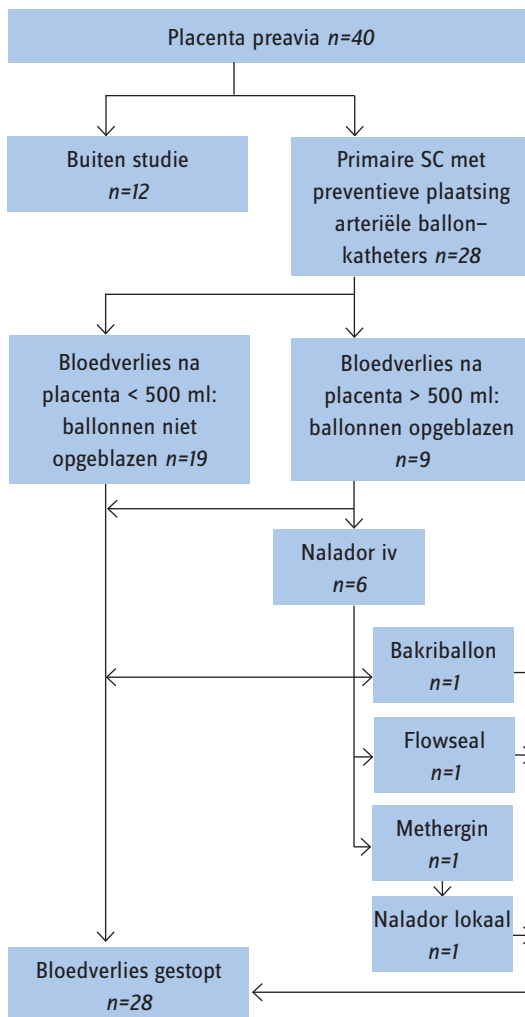
Er werden 40 patiënten gepland voor een SC met preventieve plaatsing van arteriële ballonocclusiekatheters. Hiervan werden 12 geëxcludeerd vanwege: ballonnen reeds opgeblazen voor geboorte placenta (5); een SC elders (2); geen tijd voor plaatsing vanwege spoed (2); peroperatief falen van de katheters (2); ontoereikende gegevens voor de studie (1).

Bij 9 van de 28 patiënten (32,1%) werden de ballonnen geïnsuffleerd. De demografische gegevens (zie tabel 1) waren in beide groepen vrijwel gelijk. Enkel placenta accreta/increta kwam significant vaker voor in de groep waar insufflatie nodig bleek (33,3% vs 0%, $p=0,03$). Bloedverlies tijdens de zwangerschap trad significant vaker op in de groep waar insufflatie niet nodig bleek (84,2% vs 22,2%, $p<0,01$).

Bij drie patiënten stopte na insufflatie het bloedverlies (33,3%), bij zes patiënten waren aanvullende maatregelen nodig (zie figuur 1). Uiteindelijk was bij niemand aanvullende chirurgische maatregelen of embolisatie nodig. Het totale bloedverlies was significant meer in de groep waar insufflatie nodig was: 3089 (1000-10.000) ml vs 1177 (150-5700) ml ($p<0,01$) (zie tabel 2). Het bloedverlies voor de geboorte van de placenta was gelijk in beide groepen, met gemiddeld 867 (0-5.500) ml.

Na de geboorte van de placenta was significant meer bloedverlies als insufflatie nodig was: 1033 ml vs 361 ml ($p<0,01$). Na insufflatie van de ballonnen vond gemiddeld nog 527 ml bloedverlies plaats. Als insufflatie had plaatsgevonden, hadden significant meer patiënten een bloedtransfusie nodig (55,6% vs 10,5%, $p=0,02$). Bij 28,6% werd de SC vervroegd in verband met persisterend of ruim bloedverlies.

In geval van insufflatie duurde de SC significant langer (59 vs 37 min, $p<0,01$). Ook was de opnameduur op de MC een halve dag langer, hoewel de totale opnameduur niet significant verschilde.

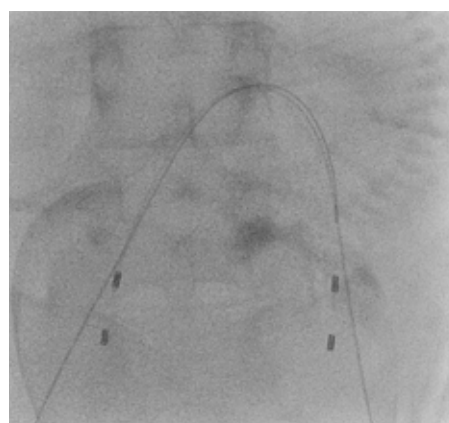


Figuur 1. Stroomdiagram



Figuur 2. Gebruikte materialen:

1. *CI Selective, Imager II, Boston Scientific Katheter waarmee arteria iliaca interna wordt aangehaakt.*
2. *Ballon, Python 14 mm, Applied Medical, fully-compliant occlusieballon. a. niet-geïnsuffleerd; b. geïnsuffleerd.*



Figuur 3.

Twee occlusieballonnen in de arteria iliaca interna links en rechts, niet geïnsuffleerd.

Bij in totaal vier patiënten traden complicaties op gerelateerd aan de katheters. Eén patiënte (zonder insufflatie) ontwikkelde een lieshematoom. Twee patiënten (wel insufflatie nodig) gaven lokale pijn aan ter plaatse van de insteekopening. Er trad één ernstige complicatie op bij een patiënte die twee keer in deze studie werd geïnccludeerd. Zij ontwikkelde een dissectie van de linker arteria iliaca communis (AIC). Bij de eerste SC was insufflatie van de ballonnen niet nodig, de tweede keer wel. Zij ontwikkelde klachten van een koude voet en kreeg pijn tijdens het lopen. Acht maanden postoperatief bleek sprake van een dissectie van de AIC links en volgde een radiologische interventie middels PTA (percutane transluminale angioplastiek). Hierna kwamen de klachten echter snel terug en drie maanden later werd er wederom een radiologische interventie uitgevoerd, deze keer met stentplaatsing. Gelukkig bleef patiënte hierna klachtenvrij.

Beschouwing

Preventieve plaatsing van arteriële ballonocclusiekatheters lijkt een relatief veilige methode ter preventie van excessief bloedverlies bij placenta praevia. Het blijkt dat slechts bij een derde van onze patiënten insufflatie nodig was. De lokatie van de placenta had geen invloed op de noodzaak tot insufflatie. Ook de aanwezigheid van risicofactoren lijkt niet te verschillen. De enige significant verschillende factor was de aanwezigheid van een placenta accreta/increta, hierbij werden altijd de ballonnen geïnsuffleerd.

Bij 66,6% was na insufflatie alsnog aanvullende medicamenteuze behandeling nodig. In drie gevallen was dat Nalador iv, echter vooral bij een placenta increta/accreta was meer nodig zoals Methergin, Flowseal, Nalador lokaal, of zelfs een Bakri-ballon. Chirurgische interventie of embolisatie bleek niet noodzakelijk.

Er is weinig onderzoek gedaan naar de preventieve plaatsing van ballonocclusiekatheters bij placenta praevia. Wat wel beschreven wordt in de literatuur is een scala aan mogelijkheden in gebruik van ballonocclusiekatheters (zie tabel 3)¹¹⁻¹⁹ Wij kunnen deze resultaten niet vergelijken met die van onze studie omdat geen enkele studie alleen patiënten met placenta praevia includeerde. Wel kunnen wij zien welke complicaties de preventieve plaatsing van ballonocclusiekatheters met zich meebrengt.

In onze totale groep traden weinig complicaties op, wel ervoer een aanzienlijk deel van de patiënten het inbrengen van de katheters als onaangenaam. De enige ernstige complicatie die wij hadden, trad op bij een patiënte die twee keer een placenta praevia had waarbij preventief ballonocclusiekatheters werden geplaatst. De dissectie in de AIC is zeer waarschijnlijk tijdens plaatsing van een van de ballonnen voorgegaan aan de tweede SC opgetreden.

In de meeste van genoemde studies worden nauwelijks complicaties beschreven. Er was één geval van een milde claudicatio, echter bij deze patiënte was behalve een hysterectomie uiteindelijk ook het onderbinden van de linker AII nodig om het bloedverlies te stoppen.¹⁶ Bij één patiënte was er sprake van postoperatieve temperatuursverhoging, zonder tekenen van infectie.¹⁸ In één studie zijn drie ernstige complicaties beschreven, namelijk trombose van AII met lieshematoom bij één patiënte, dissectie van de AI met 80-90% occlusie en als laatste trombose van de AFC. Bij de laatste twee patiënten was uiteindelijk een iliofemorale bypass nodig.²³

De beperking van ons onderzoek is het ontbreken van een gerandomiseerde controlegroep. Echter de opzet van deze studie is allereerst om een glo-

Tabel 1. Demografische gegevens

	Totaal (%)	Geen insufflatie (%)	Wel insufflatie (%)	p
Leeftijd	32,1	32,0	32,4	NS
Termijn	37 4/7	37 3/7	37 6/7	NS
Pariteit				NS
Nullipara	12 (42,9)	10 (52,6)	2 (22,2)	
Multipara	16 (57,1)	9 (47,4)	7 (77,8)	
Risicofactoren				NS
Nee	15 (53,6)	11 (57,9)	4 (44,4)	
Ja, in anamnese:	13 (46,4)	8 (42,1)	5 (55,6)	
Ja SC ¹	3 (16,1)	0 (0)	3 (42,9)	
Ja Curettage	7 (25,0)	5 (26,3)	2 (22,2)	
Ja APLA ²	3 (10,7)	2 (10,5)	1 (11,1)	
Ja MPV ³	3 (10,7)	2 (10,5)	1 (22,2)	
Ja Uterus anomalie	1 (3,6)	1 (5,3)	0 (0)	
Lokalisatie placenta praevia				NS
Via voorwand	13 (46,4)	10 (52,9)	3 (33,3)	
Via achterwand	12 (42,9)	8 (42,1)	4 (44,4)	
Via beide	2 (7,1)	0 (0)	2 (22,2)	
Via lateraal	1 (3,6)	1 (5,3)	0 (0)	
Soort afwijking				0,03
Placenta praevia	25 (89,3)	19 (100)	6 (66,7)	
+ Accreta	2 (7,1)	0 (0)	2 (22,2)	
+ Increta	1 (3,6)	0 (0)	1 (11,1)	
Bloedverlies in zwangerschap				<0,01
Nee	10 (35,7)	3 (15,8)	7 (77,8)	
Ja	18 (64,3)	16 (84,2)	2 (22,2)	

1 Sectio Caesarea; 2 Abortus Provocatus Lege Artis; 3 Manuele Placenta Verwijdering

Tabel 2. Resultaten

	Totaal (%)	Geen insufflatie (%)	Wel insufflatie (%)	p
Insufflatie	28 (100)	19 (67,9)	9 (32,1)	
Bloedverlies gemiddeld (ml)				
Totaal	1744	1177	3089	<0,01
Voor placenta	867	816	1007	NS
Na placenta	560	361	1033	<0,01
Na insufflatie	527	-	527	-
Bloedproducten nodig				0,02
Nee	21 (75,0)	17 (89,5)	4 (44,4)	
Ja	7 (25,0)	2 (10,5)	5 (55,6)	
Ja PC ¹	7 (26,9)	2 (11,8)	5 (55,6)	
Ja FFP ²	1 (3,8)	0 (0)	1 (11,1)	
Ja Trombo's	1 (3,8)	0 (0)	1 (11,1)	
À terme datum gehaald				NS
Nee	8 (28,6)	6 (31,6)	2 (22,2)	
Ja	20 (71,4)	13 (68,4)	7 (77,8)	
Soort SC³				0,03
Gepland	20 (71,4)	11 (57,9)	9 (100)	
Spoed / vervroegd	8 (28,6)	8 (42,1)	0 (0)	
Duur SC (min)	44	37	59	<0,01
Opname duur na SC				
Op MC ⁴	1,1	1	1,4	<0,01
Overig	5,1	4,7	5,8	NS
Complicaties				NS
Nee	24 (85,7)	18 (94,7)	6 (66,7)	
Ja	4 (14,3)	1 (5,3)	3 (33,3)	
Ja Lieshematoom	1 (3,6)	1 (5,3)	0 (0)	
Ja Lokaal discomfort	2 (7,1)	0 (0)	2 (22,2)	
Ja Ischemie	1 (3,6)	0 (0)	1 (11,1)	

1 Packed Cells; 2 Fresh Frozen Plasma; 3 Sectio Caesarea; 4 Medium Care

Tabel 3: Literatuur overzicht

	Interventie	Diagnose	# Patiënten	Resultaten
Alvarez 1992 ¹¹	Preventieve vs spoedkatheterisatie met embolisatie	Verhoogd risico op FPP en FPP met falen medicamenteuze behandeling	5 patiënten 4 controles	Stabieler stollingsstatus tijdens embolisatie
Uchiyama 2008 ¹²	Preventieve vs spoedkatheterisatie met embolisatie	Niet zichtbaar bij inspectie, staand palpabel. 118	5 patiënten 6 controles	Kan bloedverlies minimaliseren, maar meer onderzoek nodig
Mitty 1993 ¹³	Preventieve vs spoedkatheterisatie met embolisatie	Zichtbaar bij inspectie	9 patiënten 9 controles	Kan een rol spelen
Bodner 2006 ¹⁴	Katheterisatie	Preventieve katheterisatie met embolisatie vs geen interventie	6 patiënten 22 controles	Twijfel over de aanvullende waarde
Tan 2007 ¹⁵	Katheterisatie	Preventieve ballonocclusie vs geen interventie	11 patiënten 16 controles	Veilige methode die bloedverlies en transfusie behoefte vermindert
Mok 2008 ¹⁶	Katheterisatie	Preventieve ballonocclusie	13 patiënten	Vermindert bloedverlies; bij 6 patiënten geen insufflatie, achteraf bleek geen placenta accreta
Levine 1999 ¹⁷	Katheterisatie	Preventieve ballonocclusie vs hysterectomie bij onverwachte placenta accreta	5 patiënten 4 controles	Geen verbetering chirurgische uitkomsten, bij 4 patiënten alsnog hysterectomie
Kidney 2001 ¹⁸	Katheterisatie	Preventieve ballonocclusie	5 patiënten	Veilige en effectieve methode om bloedverlies te minimaliseren
Shrivasta 2007 ¹⁹	Katheterisatie	Preventieve ballonocclusie vs geen interventie	19 patiënten 50 controles	Geen aanvullende waarde

baal beeld te krijgen van het gebruik van de ballonocclusiekatheters. Waren ze in elke situatie nodig? En kunnen wij op basis van deze ervaringen iets zeggen over risicofactoren van een FPP bij placenta praevia? Wanneer treedt eigenlijk het meeste bloedverlies op tijdens de SC?

Op basis van deze pilotstudie lijkt deze methode van preventieve plaatsing van ballonocclusiekatheters bij SC vanwege placenta praevia effectief. Wij hebben nooit een chirurgische interventie of embolisatie hoeven verrichten om het bloedverlies te stoppen. Het is een veilige methode met weinig complicaties, zowel in onze groep als beschreven in de literatuur. Het valt op dat het meeste bloedverlies bij de SC optreedt tijdens incisie van de uterus. Het reeds insuffleren van de ballonnen voor of tijdens incisie van de uterus, dus voor de geboorte van het kind, heeft risico's voor het kind indien de tijd van de incisie tot de geboorte van het kind onverhoopt lang zou duren. Gezien het grote verschil in noodzaak in onze studie tussen wél of geen insufflatie, zou je kunnen stellen dat bij placenta praevia preventief plaatsen niet zinvol lijkt, althans bij het ontbreken van tevens een placenta accreta/increta. Echter de procedure van preoperatieve plaatsing van ballonocclusiekatheters, namelijk op de angiokamer in alle rust qua tijd en ruimte, is naar onze mening te verkiezen boven een spoedplaat-

sing tijdens de SC ten tijde van een optredende FPP. De noodzaak van het gebruik van de ballonocclusiekatheters bij een SC bij placenta praevia lijkt mee te vallen, maar in geval van een FPP blijkt de aanwezigheid een voordeel te zijn.

Literatuur

1. Heaston D., et al. *Transcatheter arterial embolization for control of persistent massive puerperal hemorrhage after bilateral surgical hypogastric artery ligation*. A, J Roentgenol. 1979;133:152-4.
2. Boulleret C., et al. *Hypogastric arterial selective and superselective embolization for severe postpartum hemorrhage: a retrospective review of 36 cases*. Cardiovasc Intervent Radiol. 2004 Jul-Aug; 27(4):344-8.
3. Pelage J.P. et al. *Life-threatening primary postpartum hemorrhage: treatment with emergency selective arterial embolization*. Radiology. 1998 Aug; 208(2):359-62.
4. Hansch E. et al. *Pelvic arterial embolization for control of obstetric hemorrhage: a five-year experience*. Am J Obstet Gynecol. 1999 Jun; 180(6 Pt 1):1454-60.
5. NVOG-richtlijn *Bloedverlies in de tweede helft van de zwangerschap*, 2008.
6. RCOG Green-top Guideline 27 *Placenta praevia, placenta praevia accrete and vasa praevia*:

- diagnosis and management*, 2011.
7. Teeuwen I. et al. *Embolisatie van de A. uterina bij een fluxus postpartum; succesvolle procedure voor een acuut probleem*. Ned Tijdschr Obstet Gynaecol. 2012 Sep;125(7):318-24.
 8. Gilliam M. et al. *The likelihood of placenta previa with greater number of cesarean deliveries and higher parity*. Obstet Gynecol. 2002 Jun;99(6):976-80
 9. Clark S.L. et al. *Placenta previa/accreta and prior cesarean section*. Obstet Gynecol. 1985 Jul;66(1):89-92.
 10. Miller D.A., et al. *Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta*. Am J Obstet Gynecol. 1997 Jul;177(1):210-4.
 11. Alvarez M. et al. *Prophylactic and emergent arterial catheterization for selective embolization in obstetric hemorrhage*. Am J Perinatol. 1992 Sep-Nov;9(5-6):441-4.
 12. Uchiyama D. et al. *Arterial catheterization and embolization for management of emergent or anticipated massive obstetrical hemorrhage*. Radiat Med. 2008 May;26(4):188-97.
 13. Mitty H.A. et al. *Obstetric hemorrhage: prophylactic and emergency arterial catheterization and embolotherapy*. Radiology. 1993 Jul;188(1):183-7.
 14. Bodner L.J. et al. *Balloon-assisted occlusion of the internal iliac arteries in patients with placenta accreta/percreta*. Cardiovasc Intervent Radiol. 2006 May-Jun;29(3):354-61.
 15. Tan C.H. et al. *Perioperative endovascular internal iliac artery occlusion balloon placement in management of placenta accreta*. AJR Am J Roentgenol. 2007 Nov;189(5):1158-63.
 16. Mok M. et al. *Interventional radiology in women with suspected placenta accreta undergoing caesarean section*. Int J Obstet Anesth. 2008 Jul;17(3):255-61.
 17. Levine A.B. et al. *Placenta accreta: comparison of cases managed with and without pelvic artery balloon catheters*. J Matern Fetal Med. 1999 Jul-Aug;8(4):173-6.
 18. Kidney D.D. et al. *Prophylactic perioperative hypogastric artery balloon occlusion in abnormal placentation*. AJR Am J Roentgenol. 2001 Jun;176(6):1521-4.
 19. Shrivastava V. et al. *Case-control comparison of cesarean hysterectomy with and without prophylactic placement of intravascular balloon catheters for placenta accreta*. Am J Obstet Gynecol. 2007 Oct;197(4):402.e1-5.

Samenvatting

De incidentie van placenta praevia neemt toe met het aantal sectio caesarea's per patiënt. Op zijn beurt zal een placenta praevia tijdens een sectio caesarea de kans op ruim bloedverlies vergroten. Dit ruime bloedverlies is te beperken door gebruik van ballonocclusiekatheters, die voor de sectio caesarea geplaatst kunnen worden in de arteriae iliacae internae. In deze studie bleek bij 9 van de 28 geïnccludeerde patiënten met een placenta praevia insufflatie van de ballonnen gewenst in verband met ruim bloedverlies na de geboorte van de placenta. Preventieve plaatsing van de ballonocclusiekatheters onder optimale omstandigheden voorafgaand aan de sectio caesarea is echter te verkiezen boven een spoedplaatsing op de operatiekamer op het moment van excessief bloedverlies en dit geldt zeker in geval van tevens een placenta accreta of increta.

Trefwoorden

Placenta praevia; sectio caesarea; fluxus postpartum; ballonocclusiekatheter

Summary

The incidence of placenta praevia increases with the number of Caesarean Section per patient.

Also a placenta praevia will increase the risk of excessive hemorrhage during the Caesarean Section. Using a balloon occlusion catheter inserted in the Internal Iliac Arteries before starting the Caesarean Section, reduction of excessive hemorrhage can be achieved. In this study insufflation of the balloon occlusion catheter was necessary in 9 of the 28 included patients with placenta praevia because of excessive blood loss after birth of the placenta. However, prophylactic insertion of balloon occlusion catheters in a controlled situation before the Caesarean Section is preferred over an emergency procedure in the theatre during the excessive blood loss, especially in presence of also an placenta accreta or increta.

Keywords

Placenta praevia; caesarean section; postpartum hemorrhage; balloon occlusion catheters

Contact

drs M. Martens
e martje_martens@hotmail.com

Belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen

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

Embolisatie opnieuw een optie?

Therapeutische mogelijkheden bij een ernstige haemorrhagia postpartum

drs. A.M. Meijerink *anios gynaecologie (thans arts-onderzoeker Radboudumc, Nijmegen)*

drs. C.D. van Bijsterveldt *anios gynaecologie*

drs. B.M. Pijlman *gynaecoloog*

allen afdeling Gynaecologie en Obstetrie Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's Hertogenbosch

Haemorrhagia postpartum (HPP) is in Nederland de meest voorkomende oorzaak van ernstige maternale morbiditeit. HPP komt bij ± vijf procent van de baringen voor, circa 12.000 vrouwen per jaar. De laatste jaren wordt er in westerse landen een stijging van de incidentie gezien.¹ Tegenwoordig is er binnen de behandeling van HPP ook een duidelijke plaats voor embolisatie van de aa. uterina. Er is echter nog weinig literatuur over de effecten van embolisatie in een eventuele volgende zwangerschap. In dit artikel bespreken wij dit onderwerp aan de hand van de ziektegeschiedenis van een patiënte met wederom HPP en een embolisatie in de voorgeschiedenis.

Een 27-jarige gravida 2 para 1, wordt na een ongestoorde graviditeit uit de eerste lijn overgedragen in verband met naderende serotiniteit bij 41+2 weken zwangerschap. Haar obstetrische voorgeschiedenis vermeldt een HPP op basis van atonie, na een vlotte partus onder leiding van de verloskundige. Na de gebruikelijke stappen volgt een succesvolle embolisatie van de a. uterina rechts en de a. iliaca interna links. Zij heeft dan in totaal 12 packed cells, 7 fresh frozen plasma's en 1 trombocytenconcentraat gehad. Patiënte wordt nu ingeleid met prostingel. Zij krijgt preventief een waakinfuus, stolbloed voor typering en screening op antistoffen wordt afgenomen. Na een vlotte ontsluitingsfase en uitdrijvingsfase wordt er een zoon geboren met een goede start. Het nageboorte tijdperk wordt actief geleid. De placenta wordt vlot spontaan geboren en is compleet. Na een kwartier neemt het bloedverlies toe op basis van atonie waarop er wordt gestart met de oxytocinepomp die vlot wordt opgehoogd naar 6EH per uur. Het gemeten bloedverlies is 750cc.

Ondanks oxytocine en later sulproston contraheert de uterus niet goed, er is wel een reactie op uterusmassage. Er wordt besloten om na te tasten op de operatiekamer. Het cavum is symmetrisch en leeg en wordt een Bakriballon met 500cc NaCl achtergelaten. In de tussentijd volgt de anesthesist het pro-

tol massaal bloedverlies. De patiënte is tachycard en blijft ruim vloeien ondanks sulproston, bimanuele compressie, Bakri ballon en transfusie van 8 packed cells, 8 fresh frozen plasma's, 1 trombocytenagregaat en Tranexaminezuur. Hierop wordt besloten overleg te plegen met de interventieradioloog en deze in huis te vragen voor een embolisatie. Ondanks diverse pogingen is deze helaas niet bereikbaar.

De gynaecoloog besluit vanwege de onmogelijkheid te kunnen emboliseren, tot een laparotomie middels een mediane onderbuiksincisie. De aa. uterina en ligamenta ovarica worden onderbonden. Er wordt vervolgens een B-Lynch aangelegd. Ondanks deze vaatligatie en de compressiehechting blijft met name het onderste uterussegment bloeden. De gynaecoloog besluit na overleg met de partner van patiënte om over te gaan tot een uterusextirpatie. De abdominale uterusextirpatie verloopt ongecompliceerd. Het totaal bloedverlies wordt geschat op 8000cc. Post operatief herstelt patiënte goed.

Beschouwing

In Nederland wordt de definitie van een HPP beschouwd als meer dan 1000 ml bloedverlies. Vanwege het herhalingsrisico van 10-15% is het een indicatie tot een ziekenhuisbevalling. De meest voorkomende oorzaak van HPP is uterusatonie. Predisponerende factoren voor uterusatonie zijn overrekking van de uterus door een langdurige baring, macrosomie, grande multipariteit, meerlingzwangerschap, chorioamnionitis en fundusexpressie.¹

Arteriële embolisatie is ontwikkeld om een uterusextirpatie te voorkomen. Het is een veilige en levensreddende behandeling voor HPP. Er zijn geen aanwijzingen voor korte en of lange termijn bijwerkingen op de menstruele cyclus of fertiliteit.² Na arteriële embolisatie vanwege HPP komt de cyclus bij 100% van de patiënten weer op gang waarvan 91% hun menstruatie als onveranderd ervaart. Bij 15% van de patiënten trad er na embolisatie een miskraam op, dit is vergelijkbaar met de algemene populatie.³ Complicaties die worden gemeld bestaan uit pijn in

de bil, paresthesie en claudicatioklachten op basis van a. femoralis subtotaal occlusie bij niet selectieve embolisatie.⁴ Een kleine studie beschreef opnieuw een HPP bij vier patiënten die na een HPP en embolisatie spontaan zwanger waren geworden. Twee waren op basis van retentio placentae waarbij de placenta manueel werd verwijderd en twee op basis van een placenta accreta waarbij een uterusextirpatie werd verricht.⁴ Er is geen literatuur beschikbaar van casuïstiek waarbij na een HPP met embolisatie in de voorgeschiedenis de slagingskans van een embolisatie bij een tweede HPP wordt beschreven.

In Nederland is de incidentie van HPP die leidt tot een arteriële embolisatie en/of een uterusextirpatie 5,7 per 10.000 bevallingen. Arteriële embolisatie is minder vaak succesvol is bij patiënten die al eens eerder bevallen zijn of per sectio caesarea bevalen.⁵ Er is geen literatuur die gerandomiseerd het effect van chirurgische vaatligatie met de embolisatie vergelijkt. Bij een recente landelijke survey in Engeland werd gekeken naar 272 vrouwen waarbij uterotonica en ballontamponade onvoldoende effect hadden. Alle vrouwen, waarbij vervolgstherapie werd ingezet, werden vervolgd en de effectiviteit van de behandeling werd bestudeerd, gedefinieerd als de niet verdere noodzaak tot het nemen van additionele maatregelen. Ligatie van de bekkenvaten was in 36% succesvol, compressiehechtingen in 75% en embolisatie in 86%.⁶

Arteriële embolisatie heeft voordelen ten opzichte van vaatligatie: het specifiek lokaliseren van de katheter; het voorkomt bloeden uit de collaterale circulatie; de mogelijkheid van controle door een angiogram; het vermijden van risico's van algehele anesthesie en chirurgie en een groter succespercentage.⁷

Conclusie

Na het verrichten van alle gebruikelijke stappen bij een HPP heeft embolisatie de voorkeur boven chirurgische vaatligatie. Er is nog geen literatuur beschikbaar met betrekking tot de slagingskans van een tweede embolisatie bij wederom een ernstige HPP. De kans van slagen is mogelijk kleiner door de vorming van collateralen, maar het is in een stabiele situatie waarschijnlijk het proberen waard. Wij zijn van mening dat in een kliniek waar veel partus plaats vinden embolisatie mogelijk zou moeten zijn gezien de frequentie van ernstige HPP in Nederland. Voorts is het van belang dat de outcome van een volgende zwangerschap en partus na embolisatie bij HPP goed wordt gedocumenteerd, aangezien er in de literatuur een gebrek is aan grote series.

Referenties

1. NVOG-richtlijn 'Haemorrhagia postpartum'. Utrecht NVOG; 2006.
2. Eriksson, L.G. et al. *Massive postpartum hemorrhage treated with transcatheter arterial*

embolization: technical aspects and long-term effects on fertility and menstrual cycle. Acta Radiol, 2007. 48(6):p.635-42.

3. Fiori, O. et al. *Impact of pelvic arterial embolization for intractable postpartum hemorrhage on fertility.* Am J Obstet Gynecol, 2009. 200(4):p.384e1-4.
4. Salomon, L.J. et al. *Fertility and pregnancy outcome following pelvic arterial embolization for severe post-partum haemorrhage. A cohort study.* Hum Reprod, 2003. 18(4):p.849-52.
5. Zwart, J.J., P.D. Dijk en J. van Roosmalen, *Peripartum hysterectomy and arterial embolization for major obstetric hemorrhage: a 2-year nationwide cohort study in the Netherlands.* Am J Obstet Gynecol, 2010. 202(2):p.150e1-7.
6. Kayem, G. et al. *Specific second line therapies for postpartum haemorrhage: a national cohort study.* 326 BJOG 2011 Jun;118(7):856-64. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.02921.x. Epub 2011 Mar 10.
7. Hansch, E., et al. *Pelvic arterial embolization for control of obstetric hemorrhage: a five-year experience.* Am J Obstet Gynecol, 1999. 180(6Pt1):p.1454-60.

Samenvatting

Achtergrond Haemorrhagia postpartum (HPP) is een veel voorkomende complicatie van de baring. Tegenwoordig is er plaats voor embolisatie van de *aa. uterina* ter voorkoming van een uterusextirpatie.

Casus Een 27-jarige G2P1 wordt ingeleid in verband met naderende serotiniteit. In de voorgeschiedenis heeft zij een HPP doorgemaakt die uiteindelijk behandeld is met een embolisatie. Deze partus wordt weer gecompliceerd door een HPP. Er wordt uiteindelijk overgegaan tot een uterusextirpatie nadat diverse stappen tot het onder controle krijgen van de HPP zijn genomen.

Conclusie Er is in de literatuur weinig bekend over de effecten van embolisatie in een eventuele volgende zwangerschap. Na embolisatie blijft de fertiliteit behouden en er zijn nadien normale zwangerschappen mogelijk. Een tweede embolisatie lijkt een optie te zijn bij wederom een HPP. Het is echter minder vaak succesvol bij patiënten met een sectio in de anamnese.

Trefwoorden

haemorrhagia postpartum; embolisatie; therapie

Summary

Background Postpartum hemorrhage (PPH) is a common complication of labour. Arterial embolization of the uterine arteries is a therapeutic option for preventing hysterectomy.

Case description Labour is induced because of gestation, in a 27 year old gravida 2 para 1. Obstetric history mentions a PPH treated with arterial embolization. This current labour also is complicated by a PPH. After conservative treatment, this time hysterectomy is performed.

Conclusion Current literature about the effects of embolization in a next pregnancy is limited. After embolization fertility is preserved and afterwards regular pregnancies are possible. An embolization for a second HPP is still a therapeutic option. The success rate is lower in multiparous patients and in patients who had a caesarean section.

Keywords

Postpartum haemorrhage; embolization; therapy

Contact

drs. A.M. Meijerink

e a.meijerink@radboudumc.nl

Belangenverstrengeling of geldelijke bijdrage

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



Steun verloskundige zorg in Ethiopië
220 503 9997 tnv STF Barbara May te Zeist

Een gesprek tussen Caroline Vos en Jos van Roosmalen

Een klein onderwerp: vrouwelijke genitale verminking

dr. M. C. Vos *gynaecoloog en bestuurslid WPOG*

prof. dr. J. van Roosmalen *emeritus hoogleraar International Safe Motherhood, VUMC en LUMC*

Op regelmatige basis ontmoeten wij elkaar rond het onderwerp vrouwelijke genitale verminking, onder andere bij het ontwikkelen van een e-learning module voor de KNOV, wat een behoorlijke klus was. Zo kwamen wij in gesprek over het onderwerp VGV.

Weet je nog wanneer je voor het eerst met vrouwelijke genitale verminking geconfronteerd werd?

Van Roosmalen: "Tijdens de voorbereidende cursus op het Koninklijk Instituut voor de Tropen kwam ik in 1976 in aanraking met het onderwerp. Gedurende mijn zeven jaren in Zuid-West Tanzania kwam ik vrouwelijke genitale verminking niet tegen. Bij terugkomst in Nederland werd ik er wel mee geconfronteerd, voornamelijk bij vrouwen afkomstig uit de Hoorn van Afrika. Op een ochtendbespreking in de Leidse vrou-

wenkliniek vertelde een arts-assistent dat een patiënte niet gehecht wilde worden nadat bij de bevalling een episiotomie was gezet. De assistent had nog nooit gehoord van een episiotomia anterior en had zoals ze altijd was gewend 'lege artis' naar achteren geknipt. De vrouw ging dus naar huis met haar verminking nog intact en een niet-gehechte posterieure episiotomie".

Vos: "Ik was een jonge assistent in Veldhoven in het begin van de jaren 90. Vanuit de asielzoekerscentra bevielen verhoudingsgewijs veel Somalische vrouwen bij ons. Zij waren prachtig gekleed, hadden een mooie houding en spraken vaak redelijk Nederlands of goed Engels. En anders deed hun man dat wel. Wij hielden ons aan het door de vereniging uitgeroepen moratorium en verscholen ons daar ook wel achter, ten opzichte van de soms eisende echtgenoot. Achteraf verbaas ik mij erover dat we niet veel meer het gesprek aangingen hierover: vragen naar het hoe en waarom en vooral naar de beleving van de zwangere. We hebben toen wel wat vrouwen in de kou laten staan, denk ik nu. Dat heet dan voortschrijdend inzicht."

Wat heb je er toen van geleerd of mee gedaan?

Vos: "Net als nu vind ik dat het technische aspect van omgaan met status na besnijdenis niet zo ingewikkeld is, maar helaas hoor ik ook nu nog uit den lande vaak verdrietige verhalen, omdat de kennis waarschijnlijk toch nog onvoldoende aanwezig is bij verloskundig hulpverleners. Het komt toch weinig voor. In mijn tijd in Maastricht hadden we relatief weinig vrouwen uit risicolanden. Na mijn komst in Tilburg in 2005 werd vanuit het bestuur van de NVOG gevraagd om een contactpersoon vanuit de WPOG te benoemen en ik mocht dat doen. Ik heb toen snel contact gezocht met de lokale projectleider van onze GGD Hart voor Brabant, bijna letterlijk in mijn achtertuin. Toen was het nog heel moeilijk in contact te komen met personen uit de doelgroepen en het is de verdienste van mensen als Zahra Naleie, voorvechtster vanuit de FSAN, Federatie van Somalische Associaties Nederland, dat dat gelukt is. We



hebben sindsdien vele leuke, vrolijke bijeenkomsten gehad rond dit toch gevoelige thema. Ook heb ik van Zahra Naleie geleerd dat vrouwelijke genitale verminking echt benaderd moet worden als een gender gebonden probleem. Dat is het voordeel van haar bril als sociologe."

Van Roosmalen: "Duidelijk was dat het gewenste 'anticiperend beleid' in de eerstgenoemde casus was uitgebleven. Tijdens de prenatale zorg dient bekend te zijn, dat de vrouw besneden is en dient een duidelijk beleid geformuleerd te worden in samenspraak met de vrouw en haar partner. Daarbij kwam soms de vraag naar voren na de bevalling de anterieure episiotomie te hechten. In mijn ervaring is echter ieder paar altijd akkoord gegaan met het inknippen naar voren alleen voorzover noodzakelijk en de wond vervolgens niet te hechten. Eén keer heb ik het moeten 'afkopen' met één klein hechtinkje. In de counseling is het van belang de seksualiteit erbij te betrekken en met name ook het feit, dat het ook voor mannen vaak een probleem is. Tegelijkertijd dient men bij het consult het gesprek aan te gaan voor het geval een meisje wordt geboren. Ik kwam nooit iemand tegen die vervolgens vertelde: 'Natuurlijk wordt mijn dochttertje besneden'."

Wat denk je dat er na vrouwelijke genitale verminking gebeurt?

Dit brengt ons bij de vraag naar de functie van de vulva en de status na vrouwelijke genitale verminking als oorzaak van klachten en verminderd functioneren. Allereerst wordt beschermend weefsel weggenomen. Dit kan leiden tot recidiverende en opstijgende infecties en mechanische irritatie¹. Helaas is weinig kwantitatieve informatie hierover beschikbaar. Er worden meest *case reports* en kwalitatieve *surveys* gepubliceerd. Als we een vergelijking maken met andere mutilerende vulvachirurgie, worden de resultaten van de studie daarnaar vooral gekleurd door de situatie van een status na gynaecologische maligniteit en de bijbehorende lymfklierchirurgie met lymfoedeem als gevolg.² De algehele kwaliteit van leven van vulvacarcinoom patiënten is vergelijkbaar met voor leeftijd gematchte controles, maar wel komen klachten als gevolg van lymfoedeem vaker voor.

Ten tweede kan er een verstoring van de seksuele functie zijn. De groep vulvacarcinoom patiënten is gemiddeld ouder en maar weinig van deze vrouwen zijn seksueel actief, namelijk 2 van de 11 in dit onderzoek, die hier klachten bij rapporteren.² Vrouwelijke genitale verminking vindt vaak prepuberaal plaats, waarbij de puberteitsontwikkeling nog moet volgen. Het littekenweefsel en de potentiële complicaties hiervan kunnen seksuele disfuncties veroorzaken. Loeber (2008) beschrijft dat >50% van besneden vrouwen pijn heeft bij de eerste coïtus, dit is tweemaal meer dan bij Nederlandse vrouwen³.

Vrouwen hebben na vrouwelijke genitale verminking vaak pijnklachten. Als we een vergelijking maken met vrouwen met chronische pijn in de buik, wordt in deze groep een mediërend effect van angst en depressie gevonden. Seksueel misbruik in de voorgeschiedenis was een voorspeller voor verminderd seksueel functioneren in zowel de patiënten met chronische pijn, als in de controle groep.⁴ Er is onderzoek gedaan waaruit zou blijken dat er een relatie is met infertilititeit.⁵ De uitgebreidheid van de verminking lijkt een voorspeller voor tekenen van doorgemaakte infectie bij laparoscopie. Ook in de obstetrie lijkt de uitgebreidheid van de verminking een voorspeller voor obstetrische problemen.⁶

En wat zijn de psychische gevolgen van vrouwelijke genitale verminking?

Vrouwelijke genitale verminking is een ritueel, dat pijnlijk is, maar in de eigen cultuur ook positief ervaren zou kunnen worden met de beleving van reinheid en een goede vrouw zijn. Voor anderen heeft het alleen maar een traumatische ervaring opgeleverd. Het taboe rondom het onderwerp maakt dat het moeilijk bespreekbaar is, zowel in de eigen kring, als met professionals.

De vraag is wat het eventueel opheffen van de infibulatie en/of een reconstructie zal doen met deze traumatische ervaring en wederom met de beleving van de eigen seksualiteit.

Ook de beleving van zwangerschappen en eventuele moeilijkheden rondom de baring kan verstoord worden door een status na vrouwelijke genitale verminking. Vaak vragen vrouwen zich af of de verloskundige complicatie te maken had met de genitale verminking, maar dit wordt vast niet routinematig bij iedere verloskundige nacontrole besproken.⁷

In een Nederlands kwalitatief en kwantitatief onderzoek naar vrouwen uit meerdere landen van herkomst met een status na vrouwelijke genitale verminking werd gevonden dat een substantieel aantal vrouwen psychische problemen had, die samenhangen met het moment van de vrouwelijke genitale verminking of scharniermomenten daarna zoals de huwelijksnacht of een bevalling. Er worden gevolgen voor de huwelijkse relatie en sociale problemen beschreven. Een scherpe herinnering aan de vrouwelijke genitale verminking, de omvang van de vrouwelijke genitale verminking en een *coping* stijl met gebruik van drugs voorspellen meer PTSS. Angst en depressie hangen meer samen met een gebrek aan baan- of opleidingsperspectieven en mogelijk taalbeheersing. Een goede relatie met de echtgenoot en een positieve beleving van seksualiteit ondanks klachten of beperkingen is behulpzaam.

Als gevolg van de vrouwelijke genitale verminking kan ook een gevoel van uitsluiting bestaan, speciaal in contact met anderen dan mensen uit het land van herkomst.

Ook het contact met hulpverleners is soms moeizaam. Het onderzoek met de 'medical gaze', alsof ze een bezienswaardigheid zijn, wordt door meerdere vrouwen als vernederend ervaren, hoewel ook positieve ervaringen met respectvolle en deskundige hulpverleners beschreven worden. Na slechte ervaringen met hulpverleners wordt soms hulp gemeden.³

Wat is er de afgelopen jaren gebeurd op dit gebied in de wereld?

Van Roosmalen: "Sinds jaar en dag is *female genital mutilation* verboden, ook in de landen waar soms meer dan 90% van de vrouwen besneden is. De laatste jaren wordt een afname van het aantal meisjes en vrouwen dat besneden wordt, gemeld, vooral in de mate waarin. Er is een afname van de ernstigste vorm, de infibulatie (WHO type III) naar de minder uitgebreide vormen (type II en I)⁸. Opvallend zijn de successen van programma's in sommige Afrikaanse landen, waarbij het voortouw wordt genomen door lokale rolmodellen, zoals 'the first ladies'."

En in Nederland?

Vos: "Na de voorzichtige start van de preventieprogramma's in de jaren 90 werd met het pilotproject in de zes grote steden een goede doorstart gemaakt. Steun van de landelijke en lokale politiek heeft hier enorm bij geholpen. Naast de juridische en jeugdketen werd ook de medische keten getraind en zijn we gaan werken aan het modelprotocol. Het was wel een uitdaging al die organisaties mee te krijgen. Dankzij de vasthoudendheid van Marja Exterkate, projectleider VGV bij Pharos, kennis- en adviescentrum migranten, vluchtelingen en gezondheid, is dat goed gelukt. De bereidwilligheid van de professionals om mee te denken over dit onderwerp was groot. Dit is bijzonder, want het onderwerp is klein in volume, maar heeft wel een grote impact.

Er zijn verschillende initiatieven van de eigen organisaties en ook de jongeren hebben een eigen organisatie om VGV te bestrijden. Deze heet No game. VWS heeft de training van de verloskundig experts en ontwikkeling van de geaccrediteerde e-learning gesubsidieerd. Recent is er ook een subsidie naar de GGD's gegaan om regionaal de zorgketen te sluiten, waarbij we in onze regio vast een voorschot hadden genomen met twee goed bezochte bijeenkomsten."

Is herstel mogelijk?

Na de vlucht naar een Westers land wordt het meisje of de vrouw met een nieuwe visie op vrouwelijke genitale verminking geconfronteerd. Hier is vrouwelijke genitale verminking strafbaar en wordt vrouwelijke genitale verminking beschouwd als een ernstige vorm van kindermishandeling. Als dit congruent is met de beleving van de vrouw, kan dit prettig voor haar zijn, maar het verlost haar natuurlijk niet van

haar klachten. Wel kan zij ons nu de vraag stellen of een plastische correctie met het creëren van een nieuwe capuchon en labia minora zou kunnen helpen bij haar. De ervaring leert dat er dan ook wel degelijk rekening gehouden moet worden met herbelevingen rondom de ingreep en dat goede nazorg dichtbij huis hierbij belangrijk is.

In een grote Franse serie werden goede resultaten beschreven, zowel anatomisch als functioneel. Vermeldenswaard is dat de meeste van de patiënten in deze serie uit West-Afrika komen en meestal een minder mutilerende vorm van vrouwelijke genitale verminking hebben ondergaan. Voor 99% van de patiënten was de reden voor operatie een herstelde identiteit en 81% hoopte op verbeterd seksueel functioneren en 29% op reductie van de pijn. 30% kwam op de éénjaarscontrole, waarvan de meeste een anatomisch goed resultaat hadden en slechts drie geen verandering. De meerderheid had een verbetering of gelijk blijven van de pijnklachten (821/840) en clitoraal plezier (815/834). 51% kon een orgasme beleven. 5% van de patiënten had een complicatie (haematoom, wondgenezingsstoornis, koorts), waarvoor 4% heropgenomen werd.⁹

Waar staan we anno 2013?

Het is evident dat vrouwelijke genitale verminking pas dan definitief zal worden uitgebannen, wanneer vrouwen door onderwijs en sociaal-economische emancipatie zelf het heft in handen nemen. Gelukkig lopen meisjes in Nederland met ouders afkomstig uit de Hoorn van Afrika een aanzienlijk geringere kans op verminking dan hun counterparts daar woonachtig.

Wat zou je willen voor de toekomst?

Van Roosmalen: "Uiteraard een wereld zonder genitale verminking, maar ook een wereld waarin de verhouding tussen mannen en vrouwen op een meer gelijke basis stoelt."

Vos: "Mee eens: vrouwelijke genitale verminking de wereld uit. Wel zou ik graag de leerpunten uit deze materie en de vaardigheden op het gebied van cultuur-sensitieve communicatie willen behouden en liefst nog meer verspreiden in het land. De manier waarop in deze materie met de doelgroepen samengewerkt is, kan ook een voorbeeld zijn voor andere onderdelen in ons vakgebied."

Conclusie

Vrouwelijke genitale verminking is in Nederland qua volume een klein onderwerp. Iedere verloskundig hulpverlener kan ermee geconfronteerd worden en dient derhalve kennis van zaken te hebben. Goede vaardigheden in cultuur-sensitieve communicatie bieden niet alleen bij deze problematiek voordelen. De ervaring van patiënten met ons als hulpverleners kan soms door hen als vernederend ervaren wor-

den. Plastisch chirurgisch herstel na een infibulatie is mogelijk, maar niet eenvoudig. Los van de chirurgisch-technische aspecten dient rekening gehouden te worden met de beleving van de patiënte en de mogelijk aanwezige psychopathologie. Operatieve interventie kan weer herbelevingen opwekken. De beste behandeling van vrouwelijke genitale verminking is nog steeds preventie en het is goed om te constateren dat het in Nederland steeds minder voorkomt.^{3,5}

Bronnen

1. *Modelprotocol medische zorg voor vrouwen na vrouwelijke genitale verminking*. www.nvog.nl.
2. Oonk, M. *New diagnostic and therapeutic options in early-stage vulvar cancer (dissertatie)*. Groningen, Universiteit Groningen 2011.
3. Vloeberghs E. et al. *Versluierde pijn*. Utrecht, Pharos, 2010.
4. Weyenborg Ph. *Women in pain* (dissertatie). Leiden, Universiteit Leiden, 2009.
5. Almroth, L. et al. *Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study*. *Lancet* 2005;366(9483):385-91.
6. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. *Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries*. *Lancet* 2006;367:1835-1841.
7. E-learning vgv. www.knov.nl.
8. Derksen, J. en J. van Roosmalen *Gynaecologische morbiditeit specifiek voor allochtone vrouwen*. In: Het Gynaecologisch Formularium, een praktische leidraad. Merkus, J.M.W.M., Springer, M.P., Sitsen, J.M.A., ed. Bohn Stafleu Van Loghum. Houten 2001:257-64.
9. Foldès, P. et al *Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study*. *Lancet* 2012;380:134-141.

Nadere informatie via www.meisjesbesnijdenis.nl, www.pharos.nl (oa voor trainingen interculturele communicatie)

Samenvatting

In dit wederzijdse interview worden de ontwikkelingen in Nederland en in Afrika van de afgelopen jaren rondom vrouwelijke genitale verminking besproken. Hersteloperaties kunnen tegenwoordig verricht worden en er is meer aandacht voor de psychische gevolgen van vrouwelijke genitale verminking.

Trefwoorden

vrouwelijke genitale verminking, infibulatie, hersteloperatie, klachten na vrouwelijke genitale verminking

Summary

In this interview, the developments in the Netherlands and in Africa around Female Genital Mutilation are being discussed. Nowadays, plastic surgical corrections are made available and the

psychic consequences for women after FGM are gaining more attention.

Keywords

Female Genital Mutilation, psychic distress after FGM, surgical correction of FGM

Contact

dr. M. Caroline Vos
Afdeling Verloskunde en Gynaecologie
St. Elisabeth Ziekenhuis
Postbus 90151, 5000 LC Tilburg
t 013 539 2591
e c.vos@elisabeth.nl

Belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen

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

Sport en fertiliteit

dr. M.F. van Driel uroloog en seksuoloog NVVS, UMC Groningen

Ongeveer zes op de tien Nederlanders doet aan sport. Sport is populair. Datzelfde geldt voor seks. Op het onderwerp 'seks en sport' rust echter een taboe.¹ Dat geldt mogelijk ook voor 'sport en de mannelijke vruchtbaarheid'. Met uitzondering van de invloed van duursporten is er namelijk weinig wetenschappelijke literatuur over te vinden. Het gaat daarbij in het bijzonder om de invloed van acute trauma's, langdurige druk door zadels en bevroering van de mannelijke geslachtsorganen. Uiteraard zijn er preventieve maatregelen mogelijk. Duursporten als wielrennen, triathlon en het lopen van marathons hebben vanzelfsprekend invloed op de hypothalamus. Datzelfde geldt voor het gebruik van doping en de fertiliteit. Onderstaand worden voornoemde aspecten toegelicht.

Trauma van de geslachtsorganen

In het boek *Sports Medicine* (2005) staat bij welke sporten vrouwen de grootste kans lopen op letsel van de geslachtsorganen.² Het gaat om paardrijden, wielrennen, gymnastiek en, het meest linke, waterskiën. De penetratie van de punt van een losgeslagen waterski in de vagina, het komt ongetwijfeld het krijgen van kinderen niet ten goede. Mannen zijn met hun hangende uitwendige geslachtsorganen echter veel vaker de klos. Testes kunnen scheuren als ze geplet worden, er met veel geweld tegenaan getrapt wordt of er met grote snelheid een bal tegenaan komt. Gevaarlijke sporten zijn in dit verband onder andere paardrijden, wielrennen, voetbal, hockey, ijs-hockey, cricket, rugby, honkbal en karate. Binnen de urologie is er consensus dat een testisruptuur zo snel mogelijk operatief behandeld dient te worden. De sporters mogen na de operatie meestal pas weer na zes tot acht weken aan de slag.

Onderzoek naar de frequentie van voorkomen van testisruptuur is zeer schaars. Een retrospectieve Australische analyse van de verzekeringsgegevens van circa honderdduizend rugbyspelers, in Australië 'footballers' genoemd, over een periode van ongeveer dertien jaar bracht aan het licht dat er in totaal slechts bij dertien van hen ernstig testisletsel was opgetreden.³ Bij tien van deze dertien spelers moest

de teelbal worden verwijderd. Het risico op een testisruptuur is bij andere sporten waarschijnlijk ook zeer laag.⁴ Dat betekent dat men jongens en mannen met een solitaire testis het sporten niet hoeft te verbieden, ofschoon bepaalde takken van sport wellicht beter af te raden zijn. Mocht er bij mannen met een solitaire testis toch ernstig testisletsel optreden, dan kan men een acute extractie van spermatozoa (TESE) met cryopreservatie overwegen. Daar verschenen in de afgelopen jaren case reports over, onder andere over een jongeman van wie beide testikels in een landbouwmachine zeer ernstig beschadigd raakten.^{5,6}

Langdurige druk door zadels

Twee Israëlische urologen gaven in 2005 in *European Urology* een overzicht van wat wielrennen tot gevolg kan hebben met betrekking tot seksualiteit en fertiliteit.⁷ Zij merken in de eerste plaats op dat men de wielersport op velerlei manieren kan beoefenen: op een mountainbike, toerfiets, tandem, racefiets, bmx-fiets, op verschillende soorten stuntfietsen en, thuis op zolder, op een hometrainer. Het maakt nogal wat uit als het gaat om de potentieel nadelige gevolgen. Voor wat betreft de klachten en afwijkingen op seksueel gebied maken deze onderzoekers onderscheid in zenuwbeschadiging, verminderde stijfheid bij erectie, juist te lang aanhoudende erecties ('high flow priapisme'), verhoging van het PSA-gehalte in het bloed, een verhoogd risico op allerlei afwijkingen in de balzak, bulten in het perineum, bloed bij de urine en verminderde vruchtbaarheid. Waarschijnlijk wordt de verminderde aanmaak van spermatozoa veroorzaakt door een verstoorde temperatuurregulatie. Bovendien krijgen de testes nog wel eens klappen, wat de aanmaak van zaadcellen ook niet ten goede komt. Verder vindt men bij professionele wielrenners relatief frequent verkalkingen in de testikel en de epididymis, meer bijbalcysten en vaker een hydrocèle.

Bij vrouwelijke wielrenners kunnen de uitwendige geslachtsorganen eveneens te lijden hebben. Leontien van Moorsel verbeterde op 1 oktober 2003 het



werelduurrecord tijdrijden. Dat was bepaald geen pretje getuige haar uitlatingen in *Sport International*: 'Omdat ik een vrouw ben die op een mannezadel zit, rijd ik mijn hele onderbouw aan flarden. Wij zitten echt op onze tere delen. Het schuurt maar door. Een gewone tijdrit is al een aanslag, maar na zo'n recordpoging ziet het er helemaal niet meer uit.'

Er zijn in de medische literatuur vrouwen beschreven bij wie door langdurige druk en de dientengevolge optredende ontsteking de lymfedrainage vanuit een schaamlip definitief verstoord raakte.⁸ Dat had tot een forse asymmetrie geleid. Gemiddeld fietsten deze vrouwen bijna vijfhonderd kilometer per week. Sportartsen noemen de afwijking de 'cyclist's vulva'.

Bevriezing

Legendarisch is het verhaal van de Elfstedentochtwinnaar van 1929 die op de schoorsteenmantel een glazen pot had staan met daarin op sterk water zijn geamputeerde grote teen. Evenals tenen zijn de uitwendige geslachtsdelen van de man gevoelig voor vorst. Ervaringsdeskundigen zeggen dat de voorhuid het meest vatbaar is. Er is geen wetenschappelijke literatuur over, maar een kind kan bedenken dat het niet de testikels zullen zijn. Een man is immers in het bezit van de Mm. cremaster die niet alleen bij koude maar ook bij orgasme de testes richting de liezen trekken.

In de Tweede Wereldoorlog werden er twee Elfstedentochten gereden: in 1941 en 1942. Veel deelnemers moesten in 1942 met zware bevriezingen naar het ziekenhuis. Het toenmalige Leeuwarder Diaconessenziekenhuis stroomde vol. Over enkele zalen ver-

spreid lagen er schaatsers met bevroren ogen, oren, tenen en geslachtsdelen, dat ondanks watervrije vaseline in combinatie met zeemleren lappen. Ook in 1963 was er volgens een bekende ex-schaatstrainer de nodige ophef. Hij vertelde dat ze in de buurt van Bartlehiem kwamen en dat daar een trekker reed die een man had opgehaald die verdwaald was. De man was onderkoeld en had bevroeringsverschijnselen. 'Toen we in Bartlehiem die trekker weer zagen staan, zijn we daar ook even gaan pauzeren. Ze waren net bezig die man uit te kleden. Ook zijn geslachtsorganen waren bevroren. Dat mannelijke van die man werd gemasseerd om te proberen de bloedsomloop weer op gang te brengen. En niemand vond het gek dat zo iets gebeurde! Er was geen andere plaats, het gebeurde in het bijzijn van iedereen. Ja, dat was toch wel uniek', aldus de ooggetuige.⁹

Preventieve maatregelen

Al in de jaren 70 van de negentiende eeuw werd een zachte, steunende en beschermende onderbroek ontworpen voor fietsers die door de kasseien schaafwonden aan hun scrotum hadden opgelopen.¹⁰ De 'jockstrap' werd in de twintigste eeuw populair onder Americanfootballspelers. Later werden er metalen en plastic 'toques' of 'cups' ontwikkeld, meestal met wat ventilatiegaatjes erin. Ze dienen soms met een soort banden à la een ouderwets suspensoir te worden gedragen. In de praktijk worden cups waarschijnlijk te weinig gebruikt. Spelers zijn wel geïnteresseerd in een cup, maar alleen als er grote oren aanzitten.

Een cup voelt gewoonlijk onaangenaam en belem-

mert de bewegingsvrijheid. Bovendien is er een imagoprobleem. Het dragen van een cup wordt gezien als iets voor 'watjes'. Tegenwoordig zijn er ook hulpmiddelen verkrijgbaar om de penis en de testes tegen de vrieskou te beschermen (Thermo-Jock® en ProFallus Penis Cover®).

De invloed van duursporten

Finse onderzoekers deden periodiek onderzoek naar de vruchtbaarheid van renpaarden, zowel bij merries als bij hengsten.¹¹ Uiteraard werd daarbij rekening gehouden met het feit dat deze dieren in het algemeen zeer goed verzorgd worden. De fertiliteit van hengsten bleek door de rennen niet verminderd en die van merries slechts in geringe mate. Dat laatste bleek vooral het geval als er in het jaar van drachtig worden meer dan tien races waren gereden.

Onderzoeken bij de mens laten uiteenlopende resultaten zien. Analyses na duurtrainingen bij gezonde mannen wijzen veelal op een tijdelijke geringe vermindering van de spermakwaliteit, mogelijk op basis van een verlaagd FSH, ofschoon andere factoren eveneens een negatieve rol kunnen spelen.¹² Bij duursporten valt te denken aan frictie van de testes, lichte temperatuursverhoging en leukocytose. Dat laatste gaat gepaard met een toename van de productie van 'reactive oxygen species' (ROS), hetgeen mogelijk de spermakwaliteit negatief beïnvloedt. Ouder onderzoek vanuit de fysiologie naar hormonale status en verscheidene semenparameters bij wielrenners, marathonlopers en triathlonbeoefenaars gedurende een drietal momenten in het jaar liet alleen bij wielrenners midden in het wedstrijdseizoen een vermindering van de motiliteit van de zaadcellen zien.¹³ De onderzoekers veronderstelden dat dit verschijnsel het gevolg kon zijn van mechanische stress op de testikels en/of een verhoogde temperatuur in de balzak.

Doping

Samen met apartheid is doping het bekendste Nederlandse woord ter wereld.¹⁴ Het woord doping is zeer waarschijnlijk afgeleid van het 17e-eeuwse Nederlandse woord voor dikke saus, 'doop'. Met dat woord werd door Nederlandse kolonisten in Nieuw-Amsterdam een opwekkende saus aangeduid die ze van plaatselijke Indianen hadden gekregen. Engelse kolonisten namen het woord over, en via de betekenis 'dikke substantie' werd het in het Amerikaans-Engels vanaf het einde van de 19e-eeuw ook gebruikt als aanduiding voor semivollebare opium. Sindsdien verwijzen dope en doping naar stimulerende of verdovende middelen.

Eén van de eerste moderne dopingproducten is testosteron. Vooral in combinatie met krachttraining bleek het een zeer effectieve spierversterker. Al in de jaren 30 van de vorige eeuw was men in staat het hormoon te synthetiseren. Na de val van de commu-

nistische regimes doken er documenten op waaruit bleek dat er staatsprogramma's hadden bestaan om topatleten te 'kweken'. Mannen en vrouwen werden volgestopt met mannelijke hormonen. Sommige voormalige Oostbloksportsters klaagden vervolgens hun trainers aan. Die zeiden domweg niet geweten te hebben dat de zogenaamde voedingssupplementen en sprays testosteron bevatten. Vooral mannen waren de klos, want hun teelballen bleken te zijn geatrofieerd.

Anabole steroïden (AS) kwamen later in zwang. Eind jaren 90 werd vastgesteld dat ruim een miljoen Amerikanen AS gebruikten.¹⁵ Veel van hen bleken adolescenten. Door het gebruik van AS wordt er hypogonadotroop hypogonadisme geïnduceerd. De testosteronspiegels in de testes zelf dalen met een verminderde spermatogenese als gevolg. Het merendeel van de onderzoeken wijst uit dat na het staken van het gebruik van AS de spermatogenese zich binnen vier tot twaalf maanden herstelt.¹⁶ Er zijn echter ook patiënten beschreven bij wie pas na vijf jaar de spermatogenese weer op gang kwam. Overigens is er een discussie gaande of er in dergelijke gevallen, dat wil zeggen direct in aansluiting op het staken van het gebruik van AS, niet actief een behandeling moet worden ingesteld in de vorm van bijvoorbeeld intramusculaire injecties met hCG, humaan menopauzaal gonadotropine (hMG) of recombinant FSH.

Voor de buitenwereld wordt erythropoëtine (EPO) in de eerste plaats in verband gebracht met dopingperikelen in de professionele wielrennerij, in het bijzonder met Lance Armstrong. Al meer dan tien jaar geleden werd bij muizen aangetoond dat in de epididymis wordt geproduceerd. Uit onderzoek bij de mens is duidelijk dat EPO zeer waarschijnlijk de motiliteit van spermatozoa in positieve zin beïnvloedt.¹⁷ Er is zelfs gesuggereerd dat toediening EPO in geval van niet-ingedaalde testes bij kan dragen aan een verbetering van het aantal kiemcellen.¹⁸ Foresta en medewerkers rapporteerden dat intraveneuze toediening van recombinant EPO bij vijf gezonde mannen tot een toename van het intra-testiculaire testosteron leidde, zonder dat het serum testosteron en de gonadotropinen werden beïnvloed.¹⁹ Hun bevindingen wijzen erop dat EPO mogelijk direct op de Leydig cellen van invloed is.

Tot slot

Sport en de randverschijnselen, bijvoorbeeld het gebruik van doping, kunnen de fertiliteit zowel in negatieve als positieve zin beïnvloeden en dat op verschillende manieren. Doping in de vorm van testosteron en anabole steroïden verstoort de spermatogenese, erythropoëtine zeer waarschijnlijk niet. Verlies aan fertiliteit door acuut trauma bij sportbeoefening komt relatief weinig voor. Wielrennen is waarschijnlijk de sport waarbij de fertiliteit het

meeste in het geding komt. Over het algemeen is sport echter goed voor de zaadkwaliteit. Wekelijks meer dan twintig uur televisie kijken blijkt funest, vijftien uur sporten komt echter de spermakwaliteit duidelijk ten goede, concludeerden onderzoekers van Harvard.²⁰ Het beste advies is ongetwijfeld om alles met mate te doen, zowel sporten als televisie kijken!

Literatuur

1. Driel, M.F. van., *Sport & Seks*. Amsterdam: De Arbeiderspers, 2011.
2. Scuderi, G.R. & P.D. McCann, *Sports Medicine - a comprehensive approach*. Philadelphia: Mosby, 2005.
3. Lawson, J.S., T. Rotem & S.F. Wilson, *Catastrophic injuries to the eyes and testicles in footballers*. Med J Austr 1995;163:242-4.
4. McAleer, I.M., G.W. Kaplan & B.E. LoSasso, *Renal and testis injuries in team sports*. J Urol 2002;168:1805-7.
5. Gadda, F., M.G. Spinelli, G. Cozzi, A. Paffoni, L. Carmignani & F. Rocco, *Emergency testicular sperm extraction after scrotal trauma in a patient with a history of contralateral orchidopexy for cryptorchidism: case report and review of the literature*. Fertility & Sterility 2012;97:1074-7.
6. Ward, M.A., P.L. Burgess, D.H. Williams, C.E. Herrforth, M.L. Bentz & L.D. Faucher, *Threatened fertility and gonadal function after a polytraumatic, life-threatening injury*. J Emerg Trauma Shock 2010;3:199-203.
7. Leibovitch, I., *Mohr*, The vicious cycling: bicycling related urogenital disorders. Eur Urol 2005;47:277-87.
8. Baeyens, L., E. Vermeersch & P. Bourgeois, *Bicyclist's vulva: Observational study*. BMJ 2002;325:138-9.
9. Koolhaas, M. & J. van de Vooren, *De mannen van '63*. Audio CD. Amsterdam: Rubinstein, 2005.
10. Balken, M. van, *Cup zonder oren*. Ned Tijdschrift Urol 2010;18:16.
11. Sairanen, J., T. Katila, A.M. Virtala & M. Ojala, *Effects of racing on equine fertility*. Animal Reproduction Science 2011;124:73-84.
12. Brant, W.O., J.B. Myers, D.T. Carrell & J.F. Smith, *Male athletic activities and their effects on semen and hormonal parameters*. Phys Sportsmed 2010;38:114-20.
13. Lucia, A., J.L. Chicharro, M. Perez, L. Serratos, F. Bandres & J.C. Legido, *Reproductive function in male endurance athletes: sperm analysis and hormonal profile*. J Appl Physiol 1996;81:2627-35.
14. Phillipa, M., F. Debrabandere & A. Quak, *Etymologisch Woordenboek van het Nederlands / A-E*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2003.
15. Finoulst, M. & D. Vanderschueren, *De pikorde - mannen en testosteron*. Antwerpen: Houtekiet, 2006.
16. Leme de Souza, G. & G. Hallak, *Anabolic steroids and male infertility: a comprehensive review*. BJU Int 2011;108:1860-5.
17. Tug, N., M.E. Altunkaynak, R.G. Aktas, U. Kilic, B. Yilmaz & A. Karateke, *Does erythropoietin affect motility of spermatozoa?* Arch Gynecol Obstet 2010;281:933-8.
18. Cortes, D., J. Visfeldt & J.M. Thorup, *Erythropoietin may reduce the risk of germ cell loss in boys with cryptorchidism*. Horm Res 2001;55:41-5.
19. Foresta, C., R. Mioni, P. Bordon, D. Miotto, G. Montini & A. Varotto, *Erythropoietine stimulates testosterone production in man*. J Clin Endocrinol Metab 1994;78:753-6.
20. Gaskins, A.J., J. Mendiola, M. Afeiche, N. Jørgensen, S.H. Swan, J.E. Chavarro, *Physical activity and television watching in relation to semen quality in young men*. Br J Sports Med 2013 Feb 4. [Epub ahead of print]

Trefwoorden

sport, fertiliteit, trauma geslachtsorganen, doping

Summary

Sports and the side-issues, such as the use of doping, may affect the fertility in both negative and positive ways. Doping products as testosterone and anabolic steroids influence the spermatogenesis negatively, EPO most likely not. Loss of fertility caused by genital trauma in sports practice is not very common. Cycling is probably the most dangerous sport with regards fertility.

Keywords

sports, fertility, trauma genitals, doping

Correspondentie

dr. Mels F. van Driel, uroloog, Universitair Medisch Centrum Groningen,
 Hanzeplein 1, 9700 RB Groningen,
 t 050 361 2801,
 f 050 361 9607,
 e m.f.van.driel@umcg.nl

Belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen

De auteur verklaart dat er geen sprake is van belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen.

Een zelfportret van Lex Peters



Mijn grootste verdienste

Af en toe met een glimlach en soms een traan beseffen dat het met de combinatie werk en privé niet zo beroerd is gegaan. Er was veel verzoening en geregeld wat aanpassing, maar vooral, hopelijk, passie, humor en (zelf-) respect. Ik vind het fantastisch om na mijn pensionering samen met mijn vrouw Annemieke Bakker te reizen en te werken in de Derde Wereld. Zij clownt in de Derde Wereld voor kinderen, die weinig hebben om te lachen (wezen, HIV-besmette kinderen, kinderen van 'the killing fields in Cambodja' of kinderen met een 'major handicap') ik probeer baarmoederhalskanker 'een beetje de wereld uit te helpen'. Zij reist voor haar stichting (www.globalclowning.com) en ik voor mijn stichting (www.femalecancerfoundation.org).

Mijn favoriete bezigheid

Op pad gaan, over zee en door de lucht, om samen met anderen uit verschillende culturen iets op te bouwen en dan... een glas wijn, een boek, een pianoconcert van Chopin en genieten van de ondergaande zon of een woeste, gevende en nemende golf van Biskaje of twee vrouwen die gearmd in India weglopen tussen de rijstvelden.

Wie ik het liefst willen zijn behalve mijzelf

Een beetje Albert Sweitzer, Mahatmi Gandhi, John Lennon en Martin Luther King, met een vleugje Ramses Shaffy en Al Pacino. Preken en zweten en lachen om iets betekenen voor de mensen om je heen, maar ook om te dromen.

Mijn belangrijkste tekortkoming

Moeilijk tegen mijn verlies kunnen, terwijl ik wat nederlagen heb moeten incasseren als jongste in een gezin met zeven kinderen. Wat moet het prachtig zijn om in je leven de overwinning altijd aan ander te gunnen zonder dat het je ambitie en perfectionisme schaadt.

Mijn favoriete auteur

John Irving, groot gebracht door zijn moeder. Maar wat kan ik genieten van het boeken als 'Congo', 'Publieke werken' en de werken van Irvin D, Yalom en Per Olov Enquist en natuurlijk 'Winnie the poeh' en 'Olie B Bommel'.

Mijn favoriete film

'Prima della revolutione' en 'Meglio Gioventu'. Films die je prachtig vindt vooral niet meerdere keren gaan zien, maar koesteren. Prachtige films zijn: 'Die Salzmann von Tibet' en 'Enfants du Paradis': Altijd in de bioscoop en zo min mogelijk met een glas wijn op de canapé naar een video of DVD turen.

Mijn favoriete muziek

De pianomuziek van Maria Joao Pires, en via Pergolesi op de zondagochtend voor 'Buitenhof' en Lennon tot Café del Mar en Andre Hazes, een prachtig concert van Leonard Cohen, een ode aan het ouder, nog sympathieker en mooier worden.

Mijn levensmotto

'Denken, leven, werken, dromen en lief hebben zonder grenzen'.

Mijn grote inspirator binnen het vak en daarbuiten

Professor Sikkel met zijn colleges en zijn zorg voor patiënten in alle fasen van hun 'ziek zijn'.

Professor van Hall met zijn visie en flair.

Maar vooral mijn eerste huisarts Stuur, met z'n plechtige, warme en begripvolle benadering. Heerlijk om even in zijn wachtkamer te zitten en naar zijn rustgevende muziek te luisteren.

Mijn belangrijkste prestatie

Ik heb me altijd ingezet voor een 'integrale' benadering van de vrouw met haar ziekte of klachten. Daarbij vond ik het een voorrecht, dat ik veel nadruk kon leggen op de psychosociale aspecten van de klacht zonder de 'harde kant' - het opereren - te moeten schuwen.

Mijn grootste teleurstelling

Mijn grootste verdriet en teleurstelling heb ik gevoeld bij de behandeling van de 'DES-dochters'. Veel meisjes en jonge vrouwen zijn overleden en ik heb me daar altijd schuldig over gevoeld. Het was ook de enige periode in mijn ambachtelijk leven dat ik enige keren 'thuis bezoeken' aflegde en naar begrafenissen ging. Ook het verdriet en soms zo onterechte schuld gevoel van de ouders en met name de moeders heeft me zeer getroffen. Ik zal de beelden van die jonge meisjes en jonge vrouwen nooit vergeten.

De samenwerking waar ik met de meeste voldoening op terugkijk

Er is niets zo mooi als een 'maatje' waarmee je alles kan delen. De zorg, de humor, het succes maar ook het verdriet en natuurlijk het partijtje squash. Mooi als je in de samenwerking zoveel deelt maar ook in vele aspecten complementair bent. 'Nee, nee, nee, namen noemen we niet' (Wim Kan). Maar ook dierbare herinneringen aan de collegae, verpleegkundigen en gewoon ongetrainde staf met wie ik in de 'ziekenhuisjes' overal in de wereld (zeker ook in Nederland) heb samengewerkt. Ondanks taal- en cultuurverschillen en de vaak onvoorstelbare omstandigheden waaronder gewerkt moest worden, voelde je elkaar aan. 'Hand in hand' over de ziekenhuis *compound* struinen nadat hij net de pitlatrine met zijn handen heeft leeg geschept". Na die ervaringen kun je je niet voorstellen dat 'bij ons, waar bijna alles kan' mensen elkaar zo makkelijk naar de keel vliegen.

Mijn kijk op opleiden, en overdragen van kennis en ervaring

Het is bijzonder om in omstandigheden te werken waarin opleiden zo centraal staat. Vroeger sliep je in het urinelab om maar 24 uur per dag beschikbaar en dichtbij het vuur te zijn, maar vooral omdat de baas dat mooi vond en het getuigde van liefde voor het vak. 'Werk ging voor het vriendinnetje'. Nu is het 'kommer en kwel', fragmentatie, 'ze zijn er nooit', een 'pappa- of mama-dag', 'ik ben wat later want ik moet voorlezen op de kleuterschool'.

Niets van dat alles: het is geweldig om getuige te mogen zijn hoe jonge, ambitieuze en breed geïnteresseerde assistenten en studenten het vak leren vol ambitie en leergierigheid met een groot maatschappelijk bewustzijn. In zo'n sfeer te mogen werken en kennis en ervaring over te dragen is een voorrecht!

Mijn idee over recente veranderingen in het opleiden

Rituele verbranding van 'tot evangelie verheven geoperationaliseerde begrippen als *canmeds*, competenties, leerdoelen en 360 graden beoordelingen en 'BOEG-georiënteerde opleiding strategieën'.

Kruisiging van de terreur van protocollen en richtlijnen. Geef mij maar 'meester-geselmomenten', identificatie processen, 'face-to-face-onderwijs en het behandelingsprotocol aanpassen aan de patiënt in plaats van de patiënt aanpassen aan het *format* van het protocol. Er is behoefte aan conceptioneel denken en redeneren, boeken opslaan om ziektebeelden te bestuderen en operaties voor te bereiden, communicatie training en het vooral zoeken naar het delicate evenwicht tussen professionaliteit en empathie.

Good medicine is ultimate balance between arts, science and communication

Een zelfportret naar Marcel Proust

'Meet the professor' is een nieuwe rubriek in navolging van andere wetenschappelijke tijdschriften. Uitgegaan is van de door de schrijver Marcel Proust (1871-1922) ontworpen vragenlijst ten behoeve van zijn 'zelfportret', aangevuld met vragen die voor ons vakgebied van belang kunnen zijn.

Aan de desbetreffende hoogleraar wordt de vrijheid geboden in overleg de vragenlijst aan te passen. De redactie is blij en vereerd dat de oud hoofdredacteur (jaargangen 2000-2007) prof. dr. A.A.W. (Lex) Peters bereid was als eerste zijn medewerking aan "Meet the professor" te verlenen.

Na zijn afstuderen aan de Universiteit Leiden volgde Peters een basisopleiding in de chirurgie, interne geneeskunde en tropeneeskunde. Aansluitend werkte hij geruime tijd als tropenarts in Kenia. In het Leids Universitair Medisch Centrum heeft hij zich gespecialiseerd in de gynaecologie en verloskunde waar hij sinds 1985 werkt als chef de clinique op de afdeling gynaecologie. In 1989 is Lex Peters gepromoveerd met het proefschrift: 'Chronisch buikpijn bij vrouwen: een integrale benadering'. Zijn aandachtsgebied is de algemene gynaecologie, oncologie en de psychosomatiek. Zijn oratie in 2004 aan de Universiteit Leiden ging over communicatie tussen arts en patiënt.

Lex Peters zit in meerdere besturen en redacties van nationale en internationale organisaties en tijdschriften en is betrokken bij de (chirurgische) opleiding van gynaecologen. Hij doet onderzoek naar het voorkomen van baarmoederhalskanker in binnen- en buitenland. Lex Peters is oprichter en chairman van de stichting Female Cancer Foundation, gericht op voorkoming en genezing van baarmoederhalskanker in ontwikkelingslanden. Voor zijn werkzaamheden heeft Lex Peters diverse binnenlandse en buitenlandse onderscheidingen ontvangen.

Mijn man knipt de navelstreng door... (als hij daartoe nog in staat is)

Mieke Kerkhof

Onlangs las ik in de NRC dat Sylvia Borren, directeur van Greenpeace, en Bernard Wientjes, VNO-NCW-voorman, een 'wederzijds wantrouwen' in elkaar hadden uitgesproken. Ik dacht hierover na. Ik vond het goudeerlijk en origineel. Dat zegt men niet vaak recht voor z'n raap: 'ik wantrouw u', terwijl het eigenlijk ontzettend belangrijke informatie is.

In het Brabants Dagblad staat regelmatig een aankondiging van een afscheidsreceptie van een specialist, afkomstig uit het Jeroen Bosch Ziekenhuis, die met pensioen gaat. (*Redelijk hilarisch is het om deze gedrukt te zien tussen de overlijdensadvertenties, maar ja, dat is nu eenmaal de best gelezen bladzijde*). Enkele weken na deze publicatie volgt een dankwoord van de arts in kwestie, die - ik citeer - 'alle patiënten erkentelijk is voor het in hem of haar gestelde vertrouwen'.



Het vertrouwen in ons, artsen, is niet meer vanzelfsprekend en neemt met rasse schreden af. Second opinions worden te kust en te keur afgedwongen en collega Google houdt 24/7 praktijk.

Laatst verscheen een jonge vrouw op mijn spreekuur. Ik vroeg haar waarmee ik haar kon helpen, want de verwijfsbrief ontbrak. 'Graag even een follicle-meting' sprak ze. Nadat ik informeerde naar de onderliggende klacht zei ze al drie maanden bezig te zijn om zwanger te worden, maar het lukte niet.

Al vijftien jaar ben ik gynaecoloog en ik moet constateren dat de praktijkvoering enorm veranderd is. Een substantieel deel van het spreekuur wordt tegenwoordig besteed aan het weerleggen van allerlei theorieën, die onze patiënten zelf hebben ontwikkeld na het raadplegen van diverse websites. Om over die midcyclisch uitgevoerde total bodyscan, gewonnen in een loterij, maar te zwijgen. De ovulatoire cyste die daarop gezien werd, vergt nader onderzoek. 'Consultatie van een gynaecoloog strekt tot aanbeveling' luidt de conclusie. De DOT is snel binnen, maar de diagnostische uitdaging ontbreekt.

Uitvoerig informeren van de patiënten juich ik hartgrondig toe, maar er zijn grenzen. Zwangeren, van control-freakerige aard, die een ordner onder hun arm houden met daarin het lijvige bevalplan, tikken, tijdens tijdroevende consulten, alles af. We kennen haar allemaal, dat type, dat haar entree maakt op de verloskamer met in de ene hand een rolkoffer en in de andere hand een beautycase, gevolgd door haar man met een pral gespannen skippybal. Rechtstreeks afstevend op een epiduraal en een keizersnede wegens een niet-vorderende baring. Bewerend dat een MBO het kind terugschuift het baringskanaal in. Bij een sectio vragend of de gynaecoloog 'een likje' bacteriën uit het vaginale kanaal wil halen ter bevordering van de neonatale darmfloragroei. We hebben haar allemaal ontmoet, zij die graag een schotelletje etherische olie in de vensterbank wil of het liefst baart in een tent, bij paps in de tuin. Zij, die uitvoerig internet heeft afgestruind en uit vele websites haar geboortepan heeft gedestilleerd. 'Mijn man knipt de navelstreng door', klinkt het op gebiedende toon, 'en als ik niet meer kan praten, is mijn man het aanspreekpunt'. Alsof wij dat zelf niet weten.

Gelukkig kennen we ook het type dat ik laatst tegenkwam: 'Dokter, ik heb er één plan en dat is dat jij 't better wit dan ik. Ik loat 't allemaal 'ns goed op mijn eigen afkomme'. Dat is het meest kansrijke type, denk ik. Meer onderzoek van beide soorten is gewenst, zou Cochrane voorstellen. Het zou mij niets verbazen als de grootte van het geboortepan omgekeerd evenredig is met de duur van de partus. Eén uur voor ik geboren werd, schrobde mijn moeder nog de stoep.

'F*** Google, ask me'. Met oprechte excuses voor de schuttingtaal. Een T-shirt op de markt in Verona. Ik wou dat ik het gekocht had als klederdracht voor op de poli. Bleef er weer eens tijd over om ouderwets te gaan lunchen...

Erich Saling: perinatale bewaking

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

prof. dr. H.P. van Geijn *emeritus hoogleraar verloskunde en gynaecologie, beiden (bestuurs-)lid werkgroep Historie NVOG*

Tot het midden van de vorige eeuw was de focus van de verloskunde gericht op de baring met als belangrijkste doel de gezondheid van de moeder. Haar leven mocht niet in gevaar komen en haar gezondheid mocht niet worden geschaad. Aan de conditie van de foetus vóór en tijdens de baring werd geen tot weinig aandacht geschonken. De aandacht ging vooral uit naar de handvaardigheid om een bevalling tot een goed einde te brengen, in het belang van moeder en kind. In het Nederlandse 'Leerboek der Verloskunde' van 1963 staat niets over de bewaking van de foetus; pas in 1973 is er voor het eerst in het leerboek een hoofdstuk aan de perinatale bewaking gewijd. Het zijn Roberto Caldeyro Barcia (Uruguay, Montevideo) en Erich Saling (1925) (Duitsland, Berlijn) die als eersten belangrijke stappen op het gebied van de perinatale bewaking hebben gezet. Caldeyro Barcia met het meten van de effecten van de uterusactiviteit op de hartfrequentie van de foetus (1958) en Saling met het bepalen van het zuur-basegehalte in het foetale bloed (1958). Het bijzondere is dat nu, 55 jaar later, beide vormen van bewaking nog dagelijks worden toegepast. Saling heeft als eerste een methode ontwikkeld om directe informatie van de foetus te verkrijgen en in 1966 heeft hij hiervan uitvoerig verslag gedaan in zijn boek met de beroemde titel: *Das Kind im Bereich der Geburtshilfe*. In het boek behandelt hij de fysiologie en patho-fysiologie van de intra-uteriene gaswisseling, het zuur-base-evenwicht en effecten van invloed op de zuur-base-status van de foetus. De indicaties voor een microbloedonderzoek (MBO), de wijze van uitvoering, het meten van de bloedgaswaarden verkregen via het MBO en in navelstrengbloed, en hun normaalwaarden worden besproken. Begrippen als respiratoire, gemengde en metabole acidose worden geïntroduceerd. Ook de amnioscopie, een tegenwoordig niet meer uitgevoerde handeling, komt in het boek uitgebreid aan bod. Later onderzoek heeft aangetoond dat beoordeling van de kleur van het vruchtwater onbetrouwbaar is en de toegevoegde waarde gering. Tenslotte wordt in het boek de zorg voor een asfyctische pas-

geborene behandeld. Het bijzondere is dat Saling en andere gynaecologen in de beginjaren alle voorbereidingen - bijvoorbeeld het hepariniseren van capillairen en het bepalen van bloedgaswaarden - zelf moesten uitvoeren, evenals het hanteren van de beademingsapparatuur. Sinds 1965 worden in Berlijn in de Frauenklinik cursussen gegeven over perinatale bewaking, aanvankelijk door Saling zelf, later door zijn opvolgers. Drogendijk is één van de eerste Nederlanders geweest die zo'n cursus heeft gevolgd (1965). Kort daarna heeft Drogendijk hierover gepubliceerd in de voorganger van ons blad^{1,2}. Eén van de auteurs van dit artikel (JdG) heeft deze cursus in 1968 bij Saling gevolgd, want destijds was de opvatting dat alleen in Berlijn alle in's en out's van het MBO geleerd konden worden. Erich Saling werd geboren in Stanislaus (destijds Polen, tegenwoordig Oekraïne), studeerde geneeskunde aan de Universiteiten van Jena en Berlijn (1946-1952), promoveerde aan de Freie Universität te Berlijn (1952) en werd opgeleid tot gynaecoloog aan de Städtische Frauenklinik in Berlin-Neukölln (1952-1958). Al tijdens zijn opleiding ging zijn wetenschappelijke belangstelling uit naar de perinatale toestand van de foetus en de pasgeborene. Zijn eerste weten-



schappelijke publicaties verschenen in 1958 en 1959. Een mijlpaal was natuurlijk het verkrijgen van foetaal bloed uit de hoofdhuid van de foetus tijdens de bevalling en van hieruit heeft hij zijn concept van het microbloedonderzoek verder uitgebouwd. Na zijn opleiding bleef hij verbonden aan de kliniek van Neukölln en vanaf 1976 tevens als hoogleraar aan de Freie Universität Berlijn.

Hij is een aimabele toegankelijke persoon en een gedreven gynaecoloog, die de perinatale zorg zeer toegewijd was en nog steeds is. Saling heeft een bijzonder grote (lees: cruciale) bijdrage geleverd aan onze kennis omtrent de intra-uteriene conditie van de foetus en de conditie op het moment van geboorte. Met recht is hij één van de founding fathers van de verloskunde.

Literatuur

Drogendijk, A.C. *Amnioscopie*. Ned.Tschr.Verl.Gyn. 1966;66:131

Bruin, A.J.J. de en A.C. Drogendijk *De zuurgraad (pH) van het foetale bloed tijdens de baring*. Ned.Tschr.Verl.Gyn. 1966;66:410

Contact

dr. Herman van Geijn
e vange103@planet.nl

Belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen

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

Behandeling van varicocèle en de invloed op androgene fertiliteit

F.J. Amelung *student Geneeskunde, Universiteit Utrecht*
drs. G.A. Zoet *fertiliteitsarts, Diakonessenhuis Utrecht*
dr. T.E. Vogelvang *gynaecoloog, Diakonessenhuis Utrecht*

Casus

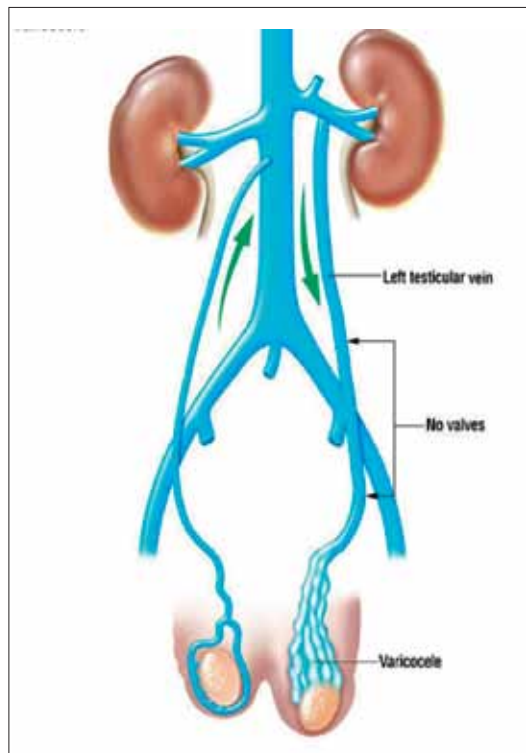
In de kliniek werden een 40-jarige vrouw en haar partner, een 34-jarige man, gezien met een primaire subfertiliteit sinds 2010. Behoudens een varicocèle links bij de partner werden bij het oriënterend fertiliteitsonderzoek geen afwijkingen gevonden. De varicocèle werd bevestigd middels echografie. De semenanalyse liet een duidelijk verlaagde VCM zien van 7 miljoen. De motiliteit type A was 0%, type B 54% en het volume was 2,2ml. De concentratie (6 miljoen/ml) was duidelijk verlaagd.

Deze casus leidde tot de vraag of er inmiddels nieuwe evidence beschikbaar is voor de behandeling van de varicocèle en of deze behandeling een positieve invloed kan hebben op androgene fertiliteit.

Een varicocèle is een collectie gedilateerde en tortueuze venen van de pampiniforme plexus, gelegen rond de funiculus spermaticus in het scrotum. Een varicocèle is een veel voorkomende aandoening onder post-puberale mannen, met een incidentie van vijftien tot twintig procent in de algemene populatie.¹ Bij onderzoek onder mannen met een afwijkende semenanalyse werd een significant verhoogde incidentie van deze aandoening gevonden; 25% tegenover 12% bij normaal fertiele mannen. Daarnaast werd gezien dat een varicocèle gepaard gaat met verlaagd testiculair volume, verlaagde semenconcentratie en functie afname van de leydig cellen.²

Deze aandoening wordt met name aan de linkerzijde van het scrotum gevonden, hetgeen verklaard kan worden aan de hand van de anatomie (zie figuur 1). De linker vena spermatica mondt uit in de vena renalis en is daarmee één van de langste venen van het lichaam. Dit in tegenstelling tot de rechter vena spermatica, die uitmondt in de vena cava inferior. Hierdoor is de intravasculaire druk links hoger en ontstaat gemakkelijker klepdysfunctie, leidend tot een retrograde bloedstroom. Dit resulteert in dilatatie van het veneuze complex in het scrotum, wat aanleiding kan zijn tot symptomen variërend van een palpabele ader bij de valsalva manoeuvre tot het typische 'zak met wormen' fenomeen.

Hoewel de exacte pathofysiologie van varicocèles vooralsnog onduidelijk is, wordt gedacht dat de verhoogde retrograde bloedstroom in het scrotum zorgt voor een hogere temperatuur in het scrotum, die nadelig is voor de semenkwaliteit.³ De hogere incidentie bij subfertiele mannen ondersteunt deze gedachte, maar het hebben van een varicocèle sluit een normale semenanalyse niet uit.



Figuur 1. De linker vena spermatica mondt uit in de linker vena renalis, wat de vena spermatica een van de langste venen van het lichaam maakt. Dit geeft een verhoogde intravasculaire druk en snel klepdysfunctie. De rechter vena spermatica mondt uit in de aorta, waardoor deze een korter traject volgt, en de kans op retrograde flow geringer is.

Bron: thesesakno.com

Tabel 1. Gradering varicocèle

Gradering	Grootte	Klinische tekenen
1	klein	alleen palpabel bij valsalva
2	matig	niet zichtbaar bij inspectie, staand palpabel
3	groot	zichtbaar bij inspectie

Uit: Bangma, C.H., Urologie, 2e druk.

Varicocèles kunnen op basis van grootte worden gegradeerd (zie tabel 1). Bij graad 0 gaat het om een subklinische varicocèle, die slechts waarneembaar is middels echografie. Graad 1 omvat de varicocèles die palpabel zijn tijdens de valsalva manoeuvre. Varicocèles die palpabel zijn bij staande positie, maar nog niet zichtbaar zijn, vallen onder graad 2. Is de varicocèle met inspectie al zichtbaar dan is er sprake van een graad 3.⁴

De behandeling van varicoceles is controversieel. De huidige richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) uit 2010 en de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) raden behandeling van een varicocèle alleen aan in het kader van wetenschappelijk onderzoek. Daarbij moet er sprake zijn van subfertiliteit, een varicocèle graad 1 of hoger en een oligospermie. Behandeling wordt afgeraden bij normo- of azoöspermie of in het geval van een subklinische varicocèle (graad 0).^{5,6} Behandel mogelijkheden op dit moment zijn chirurgische varicocèlectomie of percutane embolisatie. Bij de chirurgische aanpak wordt laparoscopisch of door middel van een open procedure de vena spermatica geligeerd om retrograde bloedstroom naar de pampiniforme plexus te voorkomen. Bij percutane embolisatie wordt door de radioloog via de lies of nek een voerdraad opgebracht naar de vergrote vene van de pampiniforme plexus waar coils worden geplaatst om de retrograde bloedstroom te stoppen. Vooralsnog is varicocèlectomie de meest toegepaste behandeling voor een varicocèle.^{7,8}

Vraagstelling

Heeft de behandeling van een varicocèle bij mannen met een subfertiliteit van tenminste één jaar een positieve invloed op de androgene fertiliteit of semenanalyse?

Patient: Mannen met een subfertiliteit van tenminste één jaar met een klinisch palpabele varicocèle en minimaal één slechte afwijkende parameter in de semenanalyse.

Intervention: Behandeling van de varicocèle (varicocèlectomie of embolisatie)

Controle: Expectatief

Outcome: Zwangerschapskans en invloed op de semenanalyse

Zoekstrategie en methoden

In PubMed, Embase en Cochrane Library is gezocht op domein, determinant en uitkomst gecombineerd. De synoniemen voor het domein zijn: varicocèle OR varicoscele OR varicose seal. De synoniemen voor de determinant zijn: Therap* OR surg* OR operat* OR varicocelectomy. De synoniemen voor de uitkomst zijn: fertil* OR subfertil* OR infertil* OR semen OR VCM OR pregnancy. Alle zoektermen zijn gebruikt als zoekterm in de tekst en gebruikt als MeSH-term.

Met deze zoekstrategie werden 1275 artikelen gevonden. Na toepassing van limits 'humane studie, volwassenen, vergelijkende studie' bleven 57 artikelen over. Na selectie op titel bleven 24 artikelen over. Na het lezen van het abstract en de gehele tekst van deze artikelen bleven nog twee artikelen over. Zeventien artikelen vielen af omdat zij onvoldoende overeen kwamen op domein, determinant of uitkomst. Vijf studies vielen af omdat zij geen vergelijkend onderzoek beschreven. Van de twee overgebleven studies bleek het artikel van Abdel-Meguid et al. *Does varicocèle repair improve male infertility? An evidence based perspective from a RCT* uit 2012, methodologisch de beste studie op basis van blinding en randomisatie.⁹

Bespreking

Het artikel beschrijft een prospectieve gerandomiseerde studie waarbij wordt gekeken naar de effecten van behandeling van een klinisch palpabele varicocèle op de fertiliteit in vergelijking met een expectatief beleid. De studie werd uitgevoerd in Saoedi-Arabië van februari 2006 tot oktober 2009. Getrouwde mannen van 20-39 jaar met een subfertiliteit gedurende één jaar of langer met een palpabele varicocèle (graad 1-3) en minimaal één afwijkende parameter in de semenanalyse (sperma concentratie <20 miljoen/ml, progressieve motiliteit <50% of normale morfologie <30%) werden geïncludeerd. Exclusie criteria waren subklinische of recidiverende varicocèles, normale semenanalyse, een abnormaal hormonaal profiel, andere bekende oorzaken van de infertiliteit, belangrijke medische aandoeningen, roken, een vrouwelijke partner ouder dan 35 jaar en azoöspermie.

De deelnemers werden door middel van een computer gerandomiseerd in de behandel- of controlearm. Bij inclusie werden drie semenanalyses verkregen waarna patiënten in de controlearm observationeel

Tabel 2. Resultaten

Primaire uitkomst	Expectatief (n=72)	Varicoclectomie (n=73)	p	Odds ratio (95% BI)
Zwangerschap	13,9 (7 - 24)	32,9 (22 - 45)	0,01	3,04 (1,33 - 6,95)
Leeftijd vrouw (j)	26,1 ± 4,4	27,2 ± 4,6	0,52	-

Data: weergegeven als percentage met 95% betrouwbaarheidsinterval, tenzij anders weergegeven.

Tabel 3. Semenanalyse Varicoclectomiegroep

Varicoclectomie	Gemiddeld ± SD (range)	p	D (95% BI)
Concentratie 10 ⁶ /ml			
- baseline	18,1 ± 5,8 (8,5 - 34,8)	-	-
- follow up	32,2 ± 10,6 (13,3 - 46,6)	<0,0001	14,1 (12,9 - 15,4)
Motiliteit			
- baseline	25,3 ± 12,8 (15 - 55)	-	-
- follow-up	41,0 ± 10 (25 - 60)	<0,0001	15,75 (14,1 - 17,4)
Normale morfologie			
- baseline	31,2 ± 4,1 (27 - 40)	-	-
- follow up	39,1 ± 4,5 (33 - 49)	<0,0001	7,89 (6,5 - 9,3)

Tabel 4. Semenanalyse expectatieve groep

Expectatief	Gemiddeld ± SD (range)	p	D (95% BI)
Concentratie 10 ⁶ /ml			
- baseline	7,5 ± 6 (9,1 - 27,2)	-	-
- follow up	17,2 ± 6,4 (8,5 - 28,4)	0,18	-0,22 (-0,54 - 0,1)
Motiliteit			
- baseline	26,1 ± 11,9 (16 - 57)	-	-
- follow-up	25,8 ± 12,5 (15 - 55)	0,29	-0,25 (-0,71 - 0,21)
Normale morfologie			
- baseline	30,9 ± 4,2 (26 - 42)	-	-
- follow up	31,1 ± 4,2 (26 - 40)	0,05	- 0,21 (0,003 - 0,413)

werden behandeld en patiënten in de behandelarm binnen vier weken een varicoclectomie ondergingen. Deelnemers werden twaalf maanden gevolgd. Elke zwangerschap gedurende deze tijd werd gedocumenteerd en semenanalyses zijn drie, zes, negen en twaalf maanden na inclusie herhaald. De primaire uitkomstmaat was het optreden van zwangerschap. Secundaire uitkomstmaten waren de resultaten van de semenanalyses en het optreden van complicaties gedurende de follow-up van twaalf maanden. Bij de semenanalyse werd gekeken naar de concentratie, motiliteit en morfologie van de spermatozoa.

Resultaten

Op basis van een powerberekening uitgaande van een effectgrootte van 21,5% gebaseerd op eerdere studies met een power van 0,8 en een alpha van 0,05, werd berekend dat het minimum aantal patiënten per arm 68 was. Er zijn 150 deelnemers gerandomiseerd en gelijk verdeeld over de behandel- of controlearm. Uiteindelijk zijn van alle participanten vijf deelnemers om verschillende redenen alsnog gestopt. In totaal werden 145 mannen geanalyseerd, waarvan 72 in de controlearm en 73 in de behandelarm. De demografi-

sche kenmerken, klinische kenmerken en semenanalyses van de deelnemers in beide armen bij de start van de studie lieten geen significante verschillen zien. De primaire uitkomstmaat, het optreden van spontane zwangerschap na varicoclectomie of expectatief beleid, verschilde significant tussen beide armen (zie tabel 2). In de controlearm werden 10 vrouwen zwanger binnen één jaar (13,9%) tegenover 24 in de behandelarm (32,9%). Dit geeft een odds-ratio (OR) van 3,04 met een 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI) van 1,33-6,95. Het NNT (*number needed to treat*) is 5,27 met 95% BI van 1,55-8,99. Omdat de leeftijd van de vrouw een belangrijke rol speelt bij de kans op zwangerschap, is het belangrijk hierbij te vermelden dat deze niet significant verschilde tussen beide groepen (p=0.52).

Naast zwangerschapskans is ook gekeken naar de veranderingen in de semenanalyse in beide groepen. In de behandelarm werden aanzienlijke veranderingen in de semenanalyses gezien. Zowel bij concentratie als motiliteit als morfologie werd een significante verbetering gezien (zie tabel 3). De concentratie ging met gemiddeld 14,1 miljoen/ml omhoog (p < 0,0001), de

motiliteit verbeterde met 15,75% ($p < 0,0001$) en de morfologie met 7,9% ($p < 0,0001$).

In de controlearm werden na twaalf maanden follow up geen veranderingen gezien in de semenanalyse (zie tabel 4). In zowel de behandel- als de controlearm zijn geen complicaties geregistreerd.

Discussie

In deze studie is onderzocht of behandeling van een klinische varicocele (graad 1 of hoger) positieve invloed heeft op de androgene fertiliteit en de zwangerschapskansen. De resultaten van deze RCT laten zien dat behandeling van de varicocele leidt tot significant meer zwangerschappen en betere uitslag van de semenanalyse.

Het onderzoek van Abdel-Meguid et al. (2012) is samen met het onderzoek van Yamamoto et al. (1996) het enige onderzoek dat volledig aansluit op zowel domein, determinant als uitkomst van de vraagstelling.^{9,10} Na de *critical appraisal* is besloten de studie van Yamamoto et al. (1996) te excluderen. Deze studie gaf immers niet weer hoe randomisatie heeft plaatsgevonden, en ook werd niet aangegeven of de analist verantwoordelijk voor verdeling van de randomisatie geblindeerd was. De studie van Abdel-Meguid et al. (2012) geeft dit wel duidelijk weer. Daarnaast is er in de besproken studie een hoger percentage patiënten dat de gehele follow-up heeft doorlopen en zijn er meer semenanalyses verricht tijdens de follow-up. Een punt van kritiek op de huidige studie is dat deze niet geblindeerd is uitgevoerd, wat tot bias zou kunnen hebben geleid. Het gebruik van objectieve uitkomsten (optreden van zwangerschap en uitslag van semenanalyse) verkleint echter de kans hierop.

Een ander discussie punt is de vraag waarom bij dit onderzoek niet ook de VCM in de resultaten meegenomen is. Dit is in de praktijk immers de meest gebruikte parameter bij de semenanalyse. Wel worden twee parameters die voor de berekening van de VCM nodig zijn weergegeven.

Tot slot is in dit onderzoek mogelijk sprake van selectiebias. In de patiëntgroep zijn alleen getrouwde, relatief jonge (jonger dan 40 jaar) mannen geïncludeerd; ongetrouwde mannen met een relatie zijn geëxcludeerd. Daarbij waren ook de partners van deze mannen relatief jong; een leeftijd boven 35 jaar was een exclusie criterium.

Het level of evidence van deze studie is 1b.

In de literatuur search kwam ook het Cochrane review uit 2012 naar voren.¹¹ Deze meta-analyse includeerde tien RCT's en heeft hiermee een patiëntgroep van 894 deelnemers. De reden dat dit artikel niet is gebruikt voor beantwoording van de onderzoeksvraag, is dat het domein onvoldoende overeen kwam met de PICO. In de Cochrane review werden ook patiënten met een normale semenanalyse en subklinische varicoceles behandeld.

Ondanks de verschillende patiëntengroepen onderstrepen de resultaten van de Cochrane review de conclusie van het besproken artikel. Ook in de Cochrane review wordt een significant hogere kans op zwangerschap gevonden in de behandelarm. De OR is 1,47 (95% BI 1,05-2,05) met een NNT van 17. De lagere OR en hogere NNT kan mogelijk verklaard worden door de inclusie van deelnemers met een subklinische varicocele of normale semenanalyse. De hypothese is dat de behandeling bij deze patiënten minder grote veranderingen teweeg zal brengen, wat zich uit in een lagere OR en hogere NNT.

Deze hypothese wordt ondersteund door een sub-analyse in de Cochrane review. Hierbij worden alleen mannen geïncludeerd met een klinische varicocele en minimaal één afwijkende semenanalyse (vijf studies). In deze sub-analyse had de behandelarm ook een significant hogere kans op zwangerschap met een OR van 2,39 (95% BI van 1,56-3,66) en een NNT van 7. Er wordt dus een hogere OR en een lagere NNT gezien, indien de patiëntengroep strenger wordt geselecteerd. De uitkomst uit deze sub-analyse bevestigt de conclusie van het artikel van Abdel-Meguid et al. (2012).

Conclusie

De behandeling van een klinische palpabele varicocele bij mannen met een subfertiliteit van één jaar of langer en afwijkende semenanalyse geeft een significante verhoging van het aantal zwangerschappen en verbetering van alle gemeten parameters in de semenanalyse ten opzichte van de onbehandelde groep. Dit onderzoek rechtvaardigt dan ook het uitvoeren van een varicoceleotomie bij mannen met een subfertiliteit van één jaar of langer, een klinisch palpabele varicocele en een afwijkende semenanalyse. Meer onderzoek is nodig naar of de behandeling ook zin heeft op hogere leeftijd of bij een subklinische varicocele.

Referenties

1. Eyre, R.C., *Evaluation of non acute scrotale pathology in adult men*. Beschikbaar via: www.uptodate.com
2. *The influence of varicocele on parameters of fertility in a large group of men presenting to infertility clinics*. World Health Organization. Fertil Steril 1992;57:1289.
3. Jarow, J.P., *Effects of varicocele on male fertility*. Hum Reprod Update. 2001;7:59-64
4. Bangma, C.H., *Urologie*. 2e druk. Houten, Bohn Stafleu van Loghum. 2002
5. *NVOG Richtlijn Onderzoek en behandeling mannelijke subfertiliteit (2010)*. Beschikbaar via: www.nvog-documenten.nl
6. *NVU Richtlijn Mannelijke subfertiliteit (2010)*. Beschikbaar via www.nvu.nl
7. *Urology care foundation, the official foundation of the American Urological Association*. Beschik-

- baar via www.urologyhealth.org/urology.
8. Cassidy, J.D., K. Jarvi, E. Grober, K. Lo, *Varicocele surgery or embolisation: which is better?* Can Urol Assoc J. 2012 Aug;6(4):266-8.
 9. Abdel-Meguid, T.A., A. Al-Sayyad, A. Tayib, H.M. Farsi *Does varicocele repair improve male infertility? An evidence based perspective from a randomised controlled trial.* Eur. Urol 2011 mar;59(3):455-61
 10. Yamamoto, M., H. Hibi, Y. Hirata, K. Miyake, T. Ishigaki, *Effect of varicocelectomy on sperm parameters and pregnancy rate in patients with subclinical varicocele: a RCT.* J. Urol. 1996 May;155(5):1636-8.
 11. Kroese, A.C.J., N.M. de Lange, J. Collins, J.L.H. Evers, *Surgery or embolization for varicoceles in subfertile men.* Cochrane database systematic review 2012 Oct 17;10;CD000479

Samenvatting

Behandeling van varicocele voor het verbeteren van de androgene fertiliteit staat ter discussie. In dit artikel beschrijven we een casus van een echtpaar met een primaire subfertiliteit sinds 2010. Bij onderzoek werden een afwijkende semenanalyse en een varicocele links bij de partner van patiënte gevonden. Dit leidde tot de volgende onderzoeksvraag: heeft behandeling van een varicocele bij mannen met subfertiliteit van tenminste één jaar positieve invloed op de androgene fertiliteit of semenanalyse?

Een artikelsearch werd uitgevoerd in Pubmed, Embase en Cochrane. De 'best available evidence' bleek een randomized controlled trial te zijn, waarbij varicocelectomie met expectatief beleid werd vergeleken. In deze studie werd een significant beter resultaat gezien in de behandelarm: het aantal zwangerschappen lag 19% hoger (number needed to treat: 5.27) en de semenanalyses verbeterden significant. Op basis van deze resultaten is behandeling van varicocele gerechtvaardigd bij mannen met subfertiliteit van tenminste één jaar, klinische varicocele en afwijkende semenanalyse.

Trefwoorden

androgene subfertiliteit, varicocele, varicocelectomie, zwangerschapskans, fertiliteit

Summary

Treatment of varicocele for improvement of the male fertility is disputed. In this article we present a clinical case of a couple with a primary subfertility since 2010. Investigation showed an abnormal semen analysis and a varicocele left in the partner of the

patient. This case led to the research question: has treatment of a varicocele in males with subfertility of at least one year positive influence on the male fertility and semen analysis?

An article search was conducted in Pubmed, Embase and Cochrane. The 'best available evidence' was a randomized controlled trial, in which varicocelectomy was compared to expectant management. This study showed significant better results in the treatment group; The number of pregnancies was 19% higher (number needed to treat: 5.27) and the semen analysis improved significantly. Based on these results, treatment of a varicocele is legitimated in males with subfertility of at least one year, clinical varicocele and abnormal semen analysis.

Keywords

male subfertility, varicocele, varicocelectomie, pregnancy chance, fertility

Contact

drs. G.A. Zoet, Diaconessenhuis Utrecht,
afdeling Gynaecologie & Obstetrie
Postbus 80250
3508 TG Utrecht
t 088 250 6009
e gzoet@diakhuis.nl

Belangenverstrengeling en geldelijke bijdragen:

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

Over WoMan

In deze editie besteden we aandacht aan de WoMan studie, die reeds van start is gegaan.

Anders dan dat u gewend van ons bent, presenteren we deze keer slechts een lopende studie.

Een ontsteking van de klier van Bartholin, door een symptomatische cyste of abces, kan ontlast worden middels marsupialisatie of door het achterlaten van een wordkatheter. Op deze manier bestaat er een (tijdelijke) opening, zodat het ontstekingsvocht middels deze opening gedraineerd kan worden en de kans op een recidief verlaagt. Om te onderzoeken welke van deze twee behandelingen leidt tot de minste recidieven binnen een termijn van 12 maanden, wordt een RCT uitgevoerd. Tevens zal de patiënttevredenheid in deze studie worden onderzocht met aandacht voor de pijn.

Tot slot, indien u nog een studie heeft die voor de UNO in aanmerking komt neem dan contact met ons op!

Vriendelijke groeten,
Sabine Ensing en Kai Mee Wong

Sabine Ensing e s.ensing@amc.uva.nl
Kai Mee Wong e k.m.wong@amc.uva.nl

Lopende studie

WoMan

Acroniem
WOMAN

Volledige titel

Behandeling van een cyste of abces van Bartholin: wordkatheter of Marsupialisatie.

Achtergrond

Een cyste of abces van de klier van Bartholin komt regelmatig voor bij vrouwen in de fertiele levensfase. Doel van de behandeling is drainage en het creëren van een permanente opening, ter voorkoming van een recidief. Dit wordt bij voorkeur gedaan door marsupialisatie of het plaatsen van een wordkatheter. Het is onduidelijk welke behandeling de minste recidieven geeft.

Vraagstelling

Welke behandeling van een cyste of abces van Bartholin (marsupialisatie of wordkatheter) heeft de laagste recidiefkans?

Studie opzet

Multicenter randomized controlled trial.

Studie populatie

160 patiënten met een symptomatische cyste of abces van Bartholin, welke behandeling behoeft.

Interventie

Patiënten worden gerandomiseerd voor behandeling door middel van marsupialisatie of het plaatsen van een wordkatheter.

Uitkomstmaat

Primaire uitkomstmaat: Recidief binnen 1 jaar.
Secundaire uitkomstmaat: Post-operatieve pijn.

Stand van zaken

De studie startte augustus 2010 in twee centra. Momenteel loopt de studie in negentien centra (waarvan één in Engeland). Er zijn 136 patiënten geïncludeerd.

Website

www.studies-obsgyn.nl/woman

A Textbook of Gynecology for Less-Resourced Locations

De kleine Engelse uitgeverij 'Sapiens Publishing' stelt zich ten doel de gezondheidszorg te verbeteren voor de 1,2 miljard vrouwen in het armste en minst welvarende deel van onze wereld. Deze uitgeverij geeft op een non-profitbasis boeken uit in samenwerking met de stichting 'The Global Library of Women's Medicine'. De stichting werd opgericht ter nagedachtenis aan een jonge Engelse vrouw die overleed aan borstkanker. Tot nu toe werden drie boeken in deze opzet uitgegeven met als onderwerpen preconceptionele zorg, postpartum bloeding en algemene gynaecologie. De laatste uitgave zag recent het licht onder de beziezelende leiding van de Nederlandse gynaecologe Heleen van Beekhuizen en de Engelse gynaecologe Regine Unkels. Beiden brachten enkele jaren in de tropen door. Beide hoofdredacteuren werkten flink mee aan het boek en schreven veel van de hoofdstukken zelf. Hiernaast werkten een flink aantal internationale (oud)tropenartsen aan het boek mee.

De inhoud van het boek is opgezet als een echt leerboek en zou zeker niet misstaan in de kast of hoopelijk zelfs op het bureau van een medisch student. Na een fraai en volledig hoofdstuk over anamnese en gynaecologisch onderzoek, inclusief het onderzoek van de borsten, wordt per gynaecologisch ziektebeeld of klacht de differentiaal diagnose en de behandeling in beeld gebracht. Af en toe wordt dit verlicht met illustratieve foto's in kleur. Sommige hoofdstukken bevatten een praktische flow-chart voor de behandeling. Het moge duidelijk zijn dat de behandeling vooral gericht is op eenvoudige omstandigheden. Zo wordt in het hoofdstuk over extra-uteriene zwangerschap beeldend beschreven hoe het bloed in de buikholte als autotransfusie kan worden gebruikt. Eén van de grootste hoofdstukken behandelt de anticonceptie, maar het grootste behandelt op zeer praktische wijze obstetrische fistels. Dit laatste hoofdstuk is zeer ruim geïllustreerd. Zelfs voor een dergelijke ingreep in de westerse wereld is hiervan nog wat op te steken, denk ik zo. Naast beschrijving van gynaecologische maligniteiten wordt ook de behandeling van benigne en maligne mamma-aandoeningen meegenomen omdat die in de ons omringende landen veelal door de gynaecoloog wordt behandeld. De laatste vier hoofdstukken behandelen algemene medische zaken zoals preventie, goed geneesmiddelengebruik en het belang van audits.

Dit boek zou eigenlijk deel moeten uitmaken van de uitrusting van elke tropenarts en vormt een goede (gynaecologische) aanvulling op de klassieker voor de tropen 'Primary Surgery' van King. Voor de Nederlandse setting is het boek niet geschikt maar ook niet bedoeld.

Alle boeken uit deze reeks zijn te bestellen via de website van Sapiens Publishing en kost nog geen 50

Engelse ponden. Voor degenen die deze kosten niet kunnen dragen of het boek of een van de andere boeken willen inzien, is het mogelijk gratis de tekst te lezen op de website van 'The Global Library of Women's Medicine'.

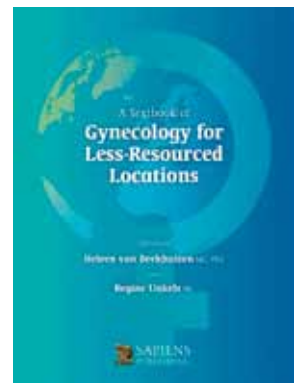
dr. Hans Duvekot



A Textbook of Gynecology for Less-Resourced Locations

Redactie: H. Van Beekhuizen, Unkels R.G.

ISBN 9780955228285



Gezond zwanger worden

Professor Eric A.P. Steegers is gynaecoloog-perinatoloog in het Erasmus MC te Rotterdam en heeft samen met drs. Anjo Geluk, publicist, verpleegkundige en socioloog de tips en tricks om gezond zwanger te worden en te zijn, geschreven.

Het is een handboek voor vrouwen en mannen met een kinderwens. In meer dan 300 pagina's komen verschillende onderwerpen rondom zwangerschap aan bod zoals de verloskundige zorg, erfelijkheid, voedingsadviezen, medicatie gebruik en co-morbiditeit. Het doel van het boek is om vrouwen en mannen preconceptionele adviezen te geven met als doel verbetering van de gezondheid van de (zwangere) vrouw en haar kind op korte en lange termijn.

Het is een prettig leesbaar, fraai geïllustreerd boek met een chronologische opbouw van zwanger worden tot kraambed. Inherent aan het uitgeven van een boek is dat, als de inkt nog nat is, er nieuwe, niet beschreven mogelijkheden en ontwikkelingen zijn. Bijvoorbeeld de non-invasieve prenatale testen worden niet beschreven, in het hoofdstuk vroeggeboorte worden de mogelijkheden beschreven van cerclage maar de mogelijkheid van een pessarium bij een verkorte cervix bij meerling zwangerschappen ontbreekt. Zwanger worden met co-morbiditeit wordt beschreven voor meerdere ziekten maar beknopt voor ieder ziektebeeld. De auteurs helpen de leek hierbij door de mogelijkheid aan te bieden verdere verdieping te zoeken op websites.

Kortom, een boek om aan te bevelen aan leken met een kinderwens. Het boek geeft een interessant overzicht van aspecten van zwanger worden tot en met kraambed.

prof. dr. Christianne de Groot



Gezond zwanger worden

Eric Steegers en Anjo Geluk

Uitgever Atlas Contact, Amsterdam. 2012

Aantal pagina's 372

ISBN 978 90 458 0269 5

Prijs € 29,95



Pelvic floor muscle problems mediate sexual problems in young adult rape victims

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

Vele studies hebben gekeken naar het seksuele functioneren van volwassen vrouwen met seksueel misbruik in hun voorgeschiedenis. Er bestaan echter geen studies over de gevolgen van verkrachting voor het seksuele functioneren van adolescenten noch over de gevolgen voor de bekkenbodempunctie van deze vrouwen. Een gestoorde bekkenbodempunctie kan namelijk oorzaak zijn voor seksuele problemen of de klachten onderhouden.

In een cross-sectionele studie werden 89 vrouwen tussen 18 en 25 jaar, die drie jaar tevoren na een verkrachting psychotherapeutisch waren behandeld, gevraagd naar symptomen van een posttraumatisch stresssyndroom (PTSS). Voor hen was dit het eerste en enige voorval/ervaring in hun leven waarin sprake was van seksueel/fysiek en/of emotioneel geweld. Het onderzoek werd uitgevoerd aan de hand van een vragenlijst over hun seksuele functioneren (Nederlandse versie van de *Female Sexual Function Index* = FSFI) en een vragenlijst over hun bekkenbodempunctie (*the Amsterdam Hyperactive Pelvic Floor Scale - Women* = AHPFS-W). Resultaten werden vergeleken met een controlegroep adolescenten (n=114) met een blanco voorgeschiedenis.

Drie jaar na de behandeling hadden de slachtoffers van een verkrachting 2,4 keer meer kans op een seksuele disfunctie (lubricatie problemen en pijn) en 2,7 keer meer kans op bekkenbodempunctie (symptomen van *provoked vulvodynia*, stress, klachten van de urinewegen, en het *irritable bowel syndrome*) dan de vrouwen uit de controlegroep. Daarbij was er een duidelijke relatie tussen de seksuele problemen en de bekkenbodempunctie. Er bestond overigens geen verschil in seksuele activiteiten tussen de slachtoffers van verkrachting en de controlegroep.

Met andere woorden, ondanks de behandeling voor PTSS gaan na een follow-up tijd van drie jaar slachtoffers van verkrachting meer gebukt onder seksuele disfuncties en bekkenbodempunctie dan vrouwen die deze ervaring niet hebben gehad. Mogelijk dat tijdens hun behandeling de fysieke uitingen van het PTSS onvoldoende aan bod zijn gekomen. Onderzoekers adviseren dan ook bij de behandeling van verkrachte vrouwen specifieke aandacht aan hun seksuele functioneren, inclusief de bekkenbodempunctie, te besteden.

R. Postma I. Bicanic, H. van der
Vaart H & E. Laan
J Sex Med 2013;10:1978-1987

Intra-uteriene adhaesies en miskraam: stop met curetteren!

dr. Pim Ankum
w.m.ankum@amc.uva.nl
AMC, Amsterdam

De auteurs verrichtten een *systematic review* naar de incidentie van intra-uteriene adhaesies bij vrouwen die een miskraam doormaakten. Ze verzamelden alle literatuur waarin dit onderwerp prospectief werd onderzocht door middel van een hysteroscopie die binnen een jaar na de miskraam werd verricht en waarbij het vóórkomen en de uitgebreidheid van de adhaesies was vastgelegd. Er werd onderscheid gemaakt tussen miskramen waarbij een curettage was verricht danwel een expectatief of medicamenteus beleid gevoerd was. Vervolgens werden de zwangerschapsresultaten in kaart gebracht van vrouwen die wel of geen intrauteriene adhaesies bleken te hebben.

De auteurs vonden tien geschikte prospectieve studies waarin 912 vrouwen hysteroscopisch onderzocht werden binnen een jaar na de miskraam, en acht prospectieve studies waarin de lange termijn uitkomsten van 1770 vrouwen gerapporteerd werd.

Intra-uteriene adhaesies werden gevonden bij 183/912 vrouwen (19,1%, 95% betrouwbaarheidsinterval: 12,8-27,5%). De uitgebreidheid werd bij 124/183 vrouwen vermeld (67,8%) en was mild, matig ernstig en ernstig bij respectievelijk

Hooker AB, Lemmers M, Thurkow AL, Heymans MW, Opmeer BC, Brölmann HA, Mol BW, Huirne JA. Systematic review and meta-analysis of intrauterine adhesions after miscarriage: prevalence, risk factors and long-term reproductive outcome. Hum Reprod Update. 2013 Sep 29. [Epub ahead of print]

58,1, 28,2 en 13,7%. Opvallend is dat slechts één van de tien studies soms een expectatief (n=25) of medicamenteus (n=22) beleid voerde. Géén enkele van deze 47 vrouwen had adhaesies!

Bij vrouwen met twee, drie of meer miskramen was de kans op adhaesies verhoogd ten opzichte van vrouwen met slechts één doorgemaakte miskraam: Odds Ratio 1,41 (95% CI: 0,78-2,5) respectievelijk 2,1 (95% CI: 1,09-4,1). Vooral het aantal curettages dat werd uitgevoerd bleek hierbij doorslaggevend.

Wat betreft de lange termijn werden geen duidelijke verschillen gevonden tussen expectatieve, medicamenteuze en chirurgische behandeling van miskramen. Feitelijk ontbraken hiervoor adequate gerandomiseerde studies met voldoende patiëntenaantallen. Ook over de fertiliteitsvooruitzichten van vrouwen met intra-uteriene adhaesies bleek de gevonden literatuur weinig informatief.

Op basis van hun bevindingen roepen de auteurs op tot terughoudendheid bij het verrichten van curettages bij vrouwen met een miskraam.

Geen verschil in cardiovasculaire risicofactoren door uitstellend beleid bij hypertensie in de zwangerschap

dr. Jim van Eyck
jvaneyck@wx.nl

De associatie van hypertensieve aandoeningen van de zwangerschap (preeclampsie -PE- en zwangerschapshypertensie -ZH-) met hart- en vaatziekten is bekend. Dit lijkt zowel een onafhankelijke risicofactor te zijn, als gemedieerd via de klassieke cardiovasculaire risicofactoren. In deze studie werd de hypothese getoetst dat langdurige blootstelling aan de aandoening tijdens de zwangerschap (dus endotheelschade) door een beleid waarin de partus zo lang mogelijk wordt uitgesteld, leidt tot hoger cardiovasculair risico.

De auteurs gebruikten de follow-up studie van de HYPITAT, de HYRAS. In de HYPITAT werd gerandomiseerd de uitkomsten vergeleken van een beleid dat (bij vrouwen met à terme PE/ZH) direct de baring nastreefde met een beleid dat de baring uitstelde totdat de baring noodzakelijk werd geacht. Een deel van deze vrouwen werd 2,5 jaar post partum teruggezien binnen de follow-upstudie HYRAS voor evaluatie van de klassieke cardiovasculaire risicofactoren (bloeddruk, BMI, lipidenprofiel, markers voor metabool syndroom). In de huidige studie werden binnen de HYRAS 110 vrouwen vergeleken die waren gerandomiseerd voor direct bevallen (partus gemiddeld 3,3 dagen na randomisatie) met 91 vrouwen die waren gerandomiseerd voor expectatief beleid (partus gemiddeld 10,3 dagen na randomisatie). Alle gemeten parameters zoals hypertensie (34% vs 37%), en metabool syndroom (26% vs 27%) waren vergelijkbaar binnen beide groepen.

De auteurs concluderen dat langere blootstelling aan endotheelziekte in de zwangerschap niet leidt tot veranderingen op het niveau van het klinische en biochemische cardiovasculaire risicoprofiel.

Hermes W, Koopmans CM, van Pampus MG, Franx A, Bloemenkamp KW, van der Post J, Porath M, Tamsma JT, Mol BW, de Groot CJ. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013 [Epub ahead of print]