

1889-2014 125 JAAR

ntog 01 2014

GYNAECOLOGIE, ONCOLOGIE, PERINATOLOGIE EN VOORTPLANTINGSGENEESKUNDE



Parel voor Ben Willem Mol
Botsende belangen: baas in eigen buik
Dolgedraaide wetenschap en parasitair publiceren
ValN: een actueel behandeloverzicht
Gebruik van nitrofurantoïne peripartum
In den beginne... 125 jaar NTOG

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
 J.E. Nijkamp, namens de NVOG
 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-neonataloge,
 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 veelelvoudigd of openbaar gemaakt, in enige vorm of enige wijze, digitaal noch analoog, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.
 Redactie en uitgever verklaren dat deze uitgave op zorgvuldige wijze en naar beste weten is samengesteld; 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

Ans Bakker (www.ansbakker.nl)
 Fotografie Nancy Bos (www.wijseneigen.nl)

ISSN 0921-4011

ADVERTEERDERS IN DIT NUMMER

Astellas | *Vesicare*
 Ferring Pharmaceuticals | *Menopur*
 Isala | *Vacatures*
 Will Pharma | *Veregen*
 Zambon | *Emselex*
 Erbe | *Sealing*

Inhoud

Editorial

- 4 **2014, het jaar van...** dr. Velja Mijatovic *hoofdredacteur*

Bestuur NVOG

- 6 **Als je het niet begrijpt moet je het vragen** dr. Robert Hakvoort (secretaris)

Actueel

- 7 **Afscheidsparel voor Ben Willem Mol**

Nieuws in het kort

- 8 **ISPOG-congres Fear of childbirth | Nieuw: www.aiosintroductie.nl | NIPT-test nu ook in Nederland toegestaan | Symposium Dutch Menopause Society | Diagnostiek en behandeling van seksueel overdraagbare aandoeningen**

Debat

- 12 **'Cochrane review midwife-led continuity of care'.**

Wat komt er uit de PAN?

- 16 **De classificatie van doodsoorzaken bij perinatale sterfte**

Oorspronkelijke artikelen

- 20 **Dolgedraaide wetenschap en parasitair publiceren: een bedreiging voor de kwaliteitscirkel?** dr. M.G.A.J. Wouters

- 22 **Botsende belangen: baas in eigen buik**

Commissie Gynaecoloog en Maatschappij van de NVOG

- 27 **Recht op verloskundige zorg op maat** dr. I.M. de Graaf, mr. drs. J. A.G. Drapers, prof. dr. J.A.M. van der Post

- 31 **Commentaar NTOG op 'Recht op verloskundige zorg op maat'** dr. J.J. Duvekot

- 32 **ValIN: een actueel behandeloverzicht** drs. G. Kerpershoek, dr. M.J. Kagie

- 36 **Gebruik van nitrofurantoïne peripartum** dr. J.L.M. Passier

Column

- 33 **Het leven heeft geen zin, maar ik toevallig wel...** Mieke Kerkhof

Focus op historie

- 40 **In den beginne... 1889-2014: 125 jaar NTOG** dr. J. de Graaff, drs. R.W. Bakker

PICO Bello

- 42 **Vitamine K prenataal bij leverenzyminducerende anti-epileptica?** drs. R.H.P. Schreurs, dr. N.A.C. Smeets, dr. K. Hamulyák

NOBT (Nederlands Onderzoek in Buitenlandse Tijdschriften)

- 46 **What is the optimal means of preparing the endometrium in frozen-thawed embryo transfer cycles?**

How to attain expertise in clinical communication?

- Comparing gonadotropin-releasing hormone antagonist initiation on cycle day 2 or 6**

UNO (Update Nederlands Onderzoek)

- 48 **Lopende studies: Improvement, Stim, Eufis** drs. Sabine Ensing, drs. Kai Mee Wong, red.

Boekrecensie

- 50 **Vrij met seks - Over relaties en seksualiteit** prof. dr. Willibrord Weijmar Schultz

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.



foto Christiaan Krouwels

2014, het jaar van...

dr. Velja Mijatovic hoofdredacteur

Ik weet niet hoe het u vergaat rondom de jaarwisseling maar meestal verval ik in een gedachtenstroom over wat het nieuwe jaar ons kan gaan bieden. Uiteraard luister je dan naar de meningen van knappe koppen zoals Robert Shiller, winnaar van de Nobelprijs voor economie. Hij voorspelt dat 2014 het jaar gaat worden van zeepbellen-in-de-maak. Dankzij de crisis vliegt het kapitaal over de wereld en is koortsachtig op zoek naar het hoogste rendement. Of het nu kunst is, antieke racewagens, diamanten of bijzondere wijnen: allemaal gewilde speculatieobjecten sinds aandelen en vastgoed van hun voetstuk zijn gevallen. Is dit een nieuw fenomeen? Nee, zeker niet. Onlangs maakte het Amerikaanse investeringsfonds GMO bekend dat zich sinds 1720 maar liefst 330 economische/financiële zeepbellen hebben voorgedaan: van tulpenmanie in de zeventiende eeuw, via de wisselruiterij van de achttiende eeuw en spoorweggekte in de negentiende eeuw tot de 'dot.com'-hype in de twintigste eeuw. Voor 2014 is de bitcoin, de nieuwe digitale valuta, genomineerd voor zeepbel van het jaar. Dus, bij deze bent u gewaarschuwd!

Anno 2014 kunnen we concluderen dat de zeepbel van de belangeloze wetenschap inmiddels is geknapt. Dat toont ook de recente affaire rondom publicatiegraaijer Peter Nijkamp. De les die ik hieruit trek is dat we kwaliteit boven kwantiteit en oorspronkelijkheid boven citatiescore zouden moeten stellen. Het gaat hier dus niet alleen om een gecorrumpeerde toga-dragende *Jordan Belfort*, die zich schuldig maakt aan (zelf)plagiat, maar vooral om het *publish or perish* systeem dat academici pervers prikkelt om zich te verrijken met hun groeiende Hirsch-index. In dit complexe spel bewaken de wetenschappelijke tijdschriften hun eigen (commerciële) belang. Dit werd onlangs onderstreept door Nobelprijswinnaar Randy Schekman die ons liet weten dat hij weigert om nog manuscripten aan te bieden aan toptijdschriften zoals *Nature*, *Science* en *Cell*, aangezien deze tijdschriften wetenschappers aanmoedigen om o.a. mediagenieke claims te maken die goed verkopen. In *The Guardian* stelt hij vervolgens dat "net als Wall Street de bonuscultuur moet doorbreken, zo moet de wetenschap de tirannie van het commerciële tijdschrift doorbreken en zich organiseren rondom open access tijdschriften".

Mocht u nu de mening zijn toegedaan dat ten gevolge van de affaires Poldermans, Stapel, Bax en Nijkamp plagiaat in de wetenschap een typisch Nederlands product is dan moet ik u ongelijk geven. Onlangs werd namelijk bekend dat in China een ware plagiaatindustrie bestaat waarbij het zorgwekkend makkelijk is om tegen betaling in een gerenommeerd wetenschappelijk tijdschrift te publiceren¹. Hierbij worden kant-en-klare wetenschappelijke artikelen verkocht in de prijsklasse van 1000 tot 20.000 euro per publicatie, waar wetenschappers alleen maar hun naam onder hoeven te zetten. Ook recylen de Chinezen oude publicaties die zij presenteren als nieuwe research. Dit is schokkend nieuws maar het verbaast me niet, aangezien in China zelfs een Rolls Royce niet meer heilig is. Echter, frauduleus onderzoek bezoedelt niet alleen het blazoen van de wetenschap maar kan ook levens in gevaar brengen als het doordringt in de medische richtlijnen. Dit werd onlangs overduidelijk toen Britse collega's aantoonde dat door het omstreden onderzoek van Poldermans over het preoperatieve gebruik van bètablokkers (als cardioprotectant) bij hartpatiënten de huidige CBO-richtlijn averechts werkt². Na exclusie van de frauduleuze data blijkt dat bètablokkers de sterftetekans niet verlagen maar juist verhogen met 27%. In Nederland zou dat overeenkomen met ruim 100 onnodige sterfgevallen per jaar. De integriteitscommissie van het Erasmus MC heeft inmiddels bevestigd dat het onderzoek van Poldermans naar bètablokkers stoelt op ondeugdelijke patiëntgegevens.

Het jaar 2014 wordt ook een jaar van de terugblik. Het begin van de Eerste Wereldoorlog, 100 jaar geleden, zal worden herdacht. En, mocht u denken dat dit wel een heel stoffig onderwerp is dan kan ik u verzekeren dat daarover in Engeland heel anders wordt gedacht. Daar is het herdenkingsjaar begonnen met een verhitte discussie over wie eigenlijk verantwoordelijk was voor de Great War. Aanstichter hiervan is de Britse minister van Onderwijs Micheal Gove die zich ergert aan linkse academici die wei-



Rolls Royce versus de Chinese imitatie Hongqi.

geren de schuld bij Duitsland te leggen en in zijn beleving het beeld opwerpen dat de Britse bijdrage aan de oorlog uitsluitend bestond uit een aaneenrijging van stupide fouten en blunders à la *Blackadder*. Ondanks het feit dat deze patriottische visie onder ministeriële verantwoordelijkheid wordt geuit, hoop ik dat de historie genuanceerder wordt beleefd.

Tenslotte, ook het NTOG zal dit jaar terugblikken op haar geschiedenis. In 125 jaar na de eerste publicatie is er veel gebeurd in gynaecologisch Nederland. Het tijdschrift heeft het gadeslagen en erover bericht. We zullen in de aankomende jaargang terugblikken op het werk en leven van onze voorgangers met een kritische kanttekening maar ook met een trotse knipoog. In deze editie van het NTOG kunt u alvast kennis maken met de geboorte van ons tijdschrift in 1889. Zoals prachtig verwoord door collega Kouwer (1861-1933)³ kenmerkt zich de start van het

NTOG door het volgende: *“Te vergeefs zoekt men in dit nummer naar een voorrede. Het kwam ter wereld zonder eenigen ophef, in den grootsten eenvoud begon zijn loopbaan, alsof het reeds een lang en welbekend bestaan achter de rug had. Van dit ogenblik af zijn Tijdschrift en Vereniging hand in hand de toekomst in gegaan.”*

Noten

1. Hvistendahl, M. *China's Publication Bazaar*, Science 2013;342,1035-39.
2. Bouri, S., M.J. Shun-Shin, G.D. Cole et al. *Meta-analysis of secure randomised controlled trials of β -blockade to prevent perioperative death in non-cardiac surgery*. HEART 2013; 10.1136/heartjnl-013-304262.
3. Assen, F.J.J. van, (red.) et al. *Een eeuw vrouwenarts*. Amsterdam, Rodopi, 1987.

Als je het niet begrijpt moet je het vragen

dr. Robert Hakvoort *gynaecoloog en secretaris van het bestuur*

Bovenstaande zeggen we allemaal wel eens tegen een jonge collega in de overdracht, als het stil blijft en wij ons opeens realiseren dat we jargon gebruiken.

Dat doet bestuurlijk NVOG natuurlijk ook. Dat is allemaal niet zo erg mits we gecorrigeerd worden. Het wordt erg als we de aansluiting met u verliezen. Wij moeten duidelijk communiceren en u moet ons kritisch bevragen. Maar die vraag komt maar zelden, terwijl het steeds vaker gaat over belangrijke zaken. Zaken die soms heel direct effect hebben op uw praktijk.

De richtlijn die u vertelt dat het pas noodzakelijk is om te opereren bij een cyste groter dan 10 cm betekent dat u bij een anders gestelde indicatie iets uit te leggen heeft. Of het voorbeeld Esmya, een veelbelovend middel, dat zeker. Daarom staat dit middel ook al genoemd in de richtlijn "HMB". Er was geen kritiek vanuit de vereniging tot en met het instemmen. U mag er vooralsnog alleen nog maar onderzoek mee doen, (mocht u de richtlijn nog niet gelezen hebben). En wat stond er ook al weer in de richtlijn over de TESE die afgestemd werd? Was u het eigenlijk wel oneens met wat daar stond of had u zich niet voorbereid op de stem die u uitbracht? De richtlijn was

complexe zorg, normen in de verloskunde. Het gaat wel ergens over. Daar moet, gezien de consequenties voor onze dagelijkse patiëntenzorg, met u over gediscussieerd worden.

Dat is een oproep aan u; u bent de professional die zich moet laten horen. Hetzij door een brief te sturen met uw zorg of advies, hetzij door op te staan wanneer het ertoe doet; tijdens de algemene ledenvergadering (ALV).

De structuur van die ALV kende een probleem; op de tussenvergadering kwamen te weinig leden om van een breed draagvlak te kunnen spreken. In de "grote" ALV werd vervolgens meestal ingestemd, of andersom. Onacceptabel en risicovol. Risicovol omdat er in de opiniërende fase onvoldoende wordt bijgedragen. Dat is niet te corrigeren door bijvoorbeeld stemmen per email. Het bestuur heeft daarom gezocht naar een inhoudelijker discussie en een breder draagvlak voordat besluitvorming plaatsvindt.

De ALV 's (gekoppeld aan het gynaecologisch congres) zijn inmiddels op de goed bezochte donderdagmiddag gepland. Verder organiseert het bestuur vanaf heden discussiemomenten voorafgaand aan de stemming op deze gynaecologisch congres-vergadering in de vorm van themaverzamelingen. De verwachting is dat aanwezigen met specifieke interesse of belang zullen komen en in de discussie zullen participeren. De uitkomst van dergelijke themaverzamelingen zullen via het net aan de leden worden gepresenteerd, open voor discussie. De eindversie zal twee weken voor de ALV als versie ter besluitvorming aan de leden worden gepresenteerd.

De eerste themaverzameling zal plaatsvinden op woensdag 19 maart 2014. De volgende onderwerpen zullen bediscussieerd worden:

- Synergietraject (traject met OMS dat moet leiden tot een federatiemedisch specialisten)
- Verloskunde (integratiemodellen en kaders voor integratie)
- Nota Normering en Eisen Instellingen (NENI)
- Nota chirurgisch verkregen zaadcellen (stemming mei 2014)
- Nota gebruik kunststof implantaten vs 2.0 (stemming mei 2014)



foto Echt Mooij

multidisciplinair, door de urologen en de embryologen was er reeds mee ingestemd en onze instemming was het laatste wat VWS nodig had om het moratorium "eraf te halen". Best belangrijk..., toch? En dan de vele andere zaken; concentratie van hoog



Ben Willem Mol (r) en Marcel Levi bij de uitreiking van de parel

Afscheidsparel voor Ben Willem Mol

Op 19 december 2013 konden we (voorlopig) afscheid nemen van Ben Willem Mol tijdens een fraai georganiseerd afscheidssymposium in het AMC. De nestor van het consortium en de kampioen van het evaluatieonderzoek verlaat Nederland om zich 'down under' te vestigen met zijn gezin.

Het symposium stond in het teken van 'Rational Medicine'. Hoe kan het ook anders bij het afscheid van deze ultieme vertegenwoordiger van de evidence based geneeskunde. Verschillende eminente sprekers haakten in op dit thema en plaatsten het in perspectief met het consortiumwerk van Ben Willem Mol. In zijn afscheidscollege stond Ben Willem Mol stil bij het verontrustende feit, dat van ongeveer de helft van de verleende gezondheidszorg we niet weten of het effectief is. Daarnaast sprak hij ook zijn zorg uit over de inrichting van het huidige systeem van evaluatie van zorg: innovatie, evaluatie en implementatie zitten in één hand en daarbij heeft de as innovatie-uitvoering de regie, overigens zonder dat de betrokkenen en buitenstaanders dat weten. Hij gaf praktiserende artsen de volgende boodschap mee: blij evaluatieonderzoek doen en bij onzekerheid over de toegevoegde waarde van een interventie NIET ingrijpen, behalve in studieverband na informed consent. De zorgverzekeraars adviseerde hij om evaluatieonderzoek te steunen.

Daarbij zouden ze hun zorginkopen kunnen beperken tot ziekenhuizen die meedoen aan zorgevaluatie.

Tot slot werd Ben Willem Mol toegesproken door Marcel Levi, voorzitter van de raad van bestuur van het AMC en vice-voorzitter van ZonMw. Ook hij roemde Ben Willem Mol als wetenschappelijke topper die jaren achtereenvolgend tot de best publicerende wetenschappers in Nederland behoort. Ook zijn werk voor en met ZonMw is uitzonderlijk en excellent. Tot nu toe telt het ruim 40 ZonMw-projecten die onder zijn leiding zijn volbracht en waarvan de resultaten doorgaans zijn gerapporteerd in high impact wetenschappelijke tijdschriften. Voor dit belangrijk oeuvre werd hem door Marcel Levi de *Parel van ZonMw* uitgereikt. Een unieke onderscheiding en erkenning voor het werk van Ben Willem Mol, die nog niet eerder persoonsgebonden is uitgereikt. VM

ISPOG congres 2013

Fear of childbirth

drs. Anne-Marie Sluijs, klinisch verloskundige LUMC

Als vervolg op de eerdere bijdrage van E.R. Nijhuis in NOTG 2013#10 over het driejaarlijks congres van de International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology (ISPOG) in Berlijn en mede namens het WPOG bestuur, hierbij verslag van de deelsessies over 'Fear of Childbirth' (FOC). Nederlandse bijdragen waren er natuurlijk ook: Dr. Claire Stramrood gaf een overzicht van psychische problemen tijdens de zwangerschap en postpartum, Meike Bangma over de invloed van depressieve symptomen op 'Angst voor de Bevalling' en dr. Bregje Sleuwen over 'Centering Pregnancy', een nieuwe vorm van zwangerschapscontroles, ontwikkeld in de USA en naar Nederlandse vorm omgezet door TNO.

Angst voor de bevalling (FOC) in verschillende landen

Yael Benjamini, gezondheidspsycholoog in Israël vertelt: *Motherhood is a national mission in Israel*, beïnvloed door religie en sociale normen. De verloskunde is sterk gemedicaliseerd. Israël heeft het hoogste aantal IVF-zwangerschappen ter wereld. Er wordt veel aan screening en prenatale testen gedaan. Er is weinig *birth activism* dat wil zeggen dat vrouwen weinig gehoord worden over natuurlijke geboorte, thuisbevalling, mensenrechten in de verloskunde. Dr. Benjamini presenteert haar onderzoek naar het ontwikkelen van een vragenlijst die *'Attitudes Towards the Medicalization of Childbirth'* meet en de relatie hiervan met angst voor de bevalling (gemeten met de W-DEQ: Wijma-Delivery expectancy/experience Questionnaire). De voorlopige resultaten geven aan dat meer angst voor de bevalling gerelateerd is aan een meer gemedicaliseerde houding ten opzichte van de baring.

Mirjam Lukasse, verloskundige in Noorwegen presenteert de uitkomsten van de multinationale Bidens studie op het gebied van angst voor de bevalling. Zes Europese landen (België, IJsland, Denemarken, Estland, Noorwegen, Zweden) deden mee aan deze uitgebreide vragenlijststudie. Na correctie voor leeftijd, opleiding en zwangerschapsduur bleken alleen nullipara vrouwen uit België significant lager te scoren op FOC. Er zijn significante verschillen tussen de landen voor onderliggende factoren als angst voor pijn en zelfvertrouwen. Er wordt geconcludeerd dat FOC een universeel probleem is, maar dat de inhoud van de angst in landen kan verschillen.

Kamile Kuku, Associate Professor, Akdeniz University, Turkije geeft aan dat het sectio percentage in Turkije hoog is (36,7% in 2008). Angst voor de bevalling en vooral voor de pijn kan een reden zijn voor dit hoge percentage. De W-DEQ-waarden zijn vrij hoog in Turkije. Kuku denkt dat dit te maken kan hebben met de atmosfeer op de verloskamers: weinig privé ruimte, vrouwen zien of horen elkaar tijdens de partus. Partners mogen over het algemeen niet aanwezig zijn.

Megumi Haruna, verloskundige/onderzoeker, presenteert de eerste gegevens over angst voor de bevalling uit Japan. In Japan is het percentage sectio's 23,3%, volgens Haruna nooit op verzoek of eigen wens van de vrouw. Het aantal baringen met epidurale pijnstilling is 2,6% (!); dit lage percentage zou samenhangen met het idee van Japanse vrouwen dat pijn een essentieel onderdeel van de baring is. In 2011 heeft zij onderzoek gedaan in Tokio naar angst voor de bevalling bij een groep van 114 vrouwen. De gemiddelde W-DEQ-scores waren uitzonderlijk laag net als het percentage vrouwen met ernstige angst voor de bevalling (4,4%). In de meeste landen ligt dit percentage tussen de zes en tien procent. De vraag is of deze resultaten te maken hebben met de vertaling van de vragenlijst, met de culturele achtergrond of met het sociaal wenselijk invullen van de vragenlijst. In Japan is angst voor de bevalling een onbekend begrip.

Diana Dweik, arts/onderzoeker uit Hongarije vertelt dat het in Hongarije wettelijk niet mogelijk is om een Sectio Caesarea (SC) op verzoek van de zwangere vrouw te verrichten. Het percentage SC is ongeveer 30%. De zorg rond de baring is behoorlijk gemedicaliseerd. Uit het onderzoek van Dweik bleek dat 91% een voorkeur voor een vaginale partus had en 7% voorkeur voor SC. Angst voor de bevalling was hoger in de groep vrouwen met voorkeur voor SC.

Behandeling van Fear of Childbirth

Prof. Klaas Wijma, psycholoog, psychotherapeut in Linköping University, Zweden, heeft jarenlange ervaring met behandeling van zwangeren met angst voor de bevalling. Tevens heeft hij de W-DEQ ontwikkeld om hiermee angst voor de bevalling te meten en heeft hij de *Traumatic Event Scale* (TES) gemaakt voor het meten van posttraumatische stressfactoren. Prof. Wijma legde in zijn inleiding uit dat ernstige angst voor de bevalling (Severe Fear of Childbirth, SFOC) in belangrijke mate invloed heeft op de dagelijkse routine, het functioneren op het werk of bij de studie en op de sociale relaties van een zwangere vrouw. Dit kan ook negatieve effecten hebben voor het kind en de moeder-kindband. SFOC is een van de redenen voor de toename van electieve sectio's op verzoek van moeder in de westerse landen. Er is nog niet veel onderzoek gedaan naar behandeling van SFOC. De

presentaties in deze sessie geven een beeld van wat we tot nu toe weten.

Teri Saisto, Helsinki University, Finland heeft met haar onderzoeksgroep uitgebreid onderzoek gedaan naar groeps psycho-educatie met ontspanningsoefeningen. In hun behandelingsprotocol kregen nullipara zwangeren met SFOC zes groepsessies onder leiding van een psycholoog tijdens de zwangerschap en één sessie 6-8 weken postpartum. Een gerandomiseerde studie, waarin vrouwen in de ene groep met deze psycho-educatie werden behandeld en vrouwen in de controlegroep de standaardbehandeling kregen, liet zien dat behandelde vrouwen vaker succesvol spontaan vaginaal bevelen en vaker positief op hun bevalling terugkeken.

Maggie Howell, hypnotherapeut uit Farnham, Verenigd Koninkrijk, geeft uitleg over de toepassing van zelfhypnose tijdens de bevalling. Hypnose betekent *a relaxed altered state of consciousness*. De oefeningen tijdens de zwangerschap bestaan bijvoorbeeld uit visualisatie, creëren van een veilige plek, triggers voor een snelle ontspanning (met hulp van de partner), herinterpreteren van pijn. Door vaak te oefenen, leren de zwangere vrouwen 'omgaan met wat komt' en niet alleen zich in te stellen op een 'ideale natuurlijke' bevalling.

Katri Nieminen, gynaecoloog/onderzoeker, Linköping University, Zweden, doet onderzoek naar Cognitieve Gedrags Therapie via internet voor de behandeling van SFOC. Internettherapie is al succesvol gebleken voor de behandeling van angststoornissen, depressie en slapeloosheid. De internettherapie is een begeleide zelf hulp therapie; een achtweeks programma met psycho-educatie over angst voor de bevalling, strategieën om hiermee om te gaan en exposure. Elke week is een therapeut 10-15 minuten beschikbaar via internet voor vragen en begeleiding. In een pilot is deze vorm van therapie uitgeprobeerd, de resultaten zijn veelbelovend, een gerandomiseerde trial is gestart om internettherapie te vergelijken met 'live' therapie.

drs. Anne-Marie Sluijs *klinisch verloskundige LUMC, psycholoog en promovenda met als onderwerp 'Fear of childbirth in pregnant Dutch women in relation to preferred place of birth and request for elective cesarean section'.*

Nieuw: www.aiosintroductie.nl

UMC Utrecht en VUMC introduceren de gratis e-learning aiosintroductie.nl. Deze online module helpt aios en opleiders in korte tijd hun weg te vinden in alle onderdelen van competentiegericht opleiden in de medische vervolgopleiding. De e-learning wordt gelanceerd tijdens het MMV-congres 'Opleiden is maatwerk' op woensdag 11 december 2013.

Www.aiosintroductie.nl bestaat uit twaalf thema's die bij voorkeur aan het begin van de opleiding worden doorlopen. Onderwerpen zijn onder meer de competenties van de medisch specialist (CanMEDS), planning van de opleiding, portfolio, toetsing (KPB's, OSATS etc.) en feedback. Daarmee draagt de module bij aan een goede start van de aios-opleiding.

NIPT-test nu ook in Nederland toegestaan



Per 1 april 2014 mogen de Nederlandse UMC's starten met het aanbieden van de niet-invasieve prenatale test (NIPT). Voorlopig is de test alleen beschikbaar voor zwangere vrouwen die op basis van de combinatietest een verhoogde kans hebben op een kind met trisomie 21, 18 of 13. Dankzij de NIPT-test hoeven de meeste zwangere vrouwen geen vlokkentest of vruchtwaterpunctie te ondergaan. Deze twee tests brengen een klein risico op een miskraam met zich mee. Het NIPT-consortium, waarin de UMC's en beroepsorganisaties samenwerken, gaat de nieuwe test aanbieden in het kader van de TRIDENT-studie.

Symposium DMS

dms / dutch menopause society

Op 20 maart organiseert het Dutch Menopause Society (DMS) het DMS-symposium in Utrecht onder de titel '*Menopause management after the 2013 Global Consensus Statement*'. Uiteenlopende onderwerpen staan op de agenda inclusief een debat over de menopauzeczorg in Nederland. De keynote lecture zal worden verzorgd door prof. Margaret Rees (voorzitter EMAS en hoofdredacteur Maturitas). Meer informatie en de mogelijkheid om in te schrijven zijn te vinden op <http://overgang.net/DMS/verg2014-1.htm>.

Herziening multidisciplinaire richtlijn:

Diagnostiek en behandeling van seksueel overdraagbare aandoeningen

dr. E. van Leeuwen

dr. C. J. Bax

namens de werkgroep Multidisciplinaire richtlijn SOA voor de tweede lijn

Bij deze uitgave van het NTOG treft u aan de nieuwe samenvattingskaart voor de diagnostiek en behandeling van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) 2014/2015. Deze samenvattingskaart begeleidt de in december 2012 verschenen multidisciplinaire richtlijn SOA voor de tweede lijn (te downloaden via www.tinyurl.com/soarichtlijn2012). Deze richtlijn is tot stand gekomen op initiatief van de Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venereologie (NVDV) en de Nederlandse Vereniging van Medische Microbiologie (NVMM) in samenwerking met internisten, neurologen, gynaecologen, kinderartsen en urologen. Alle achterliggende wetenschappelijke beroepsverenigingen hebben de richtlijn vervolgens geautoriseerd. De laatste multidisciplinaire richtlijn SOA en herpes neonatorum dateerde uit 2002 en was dringend aan herziening toe, vanwege nieuwe diagnostische mogelijkheden zoals nucleïnezuuramplificatietesten (afgekort als NAAT) waaronder de polymerase chainreactie (PCR), nieuwe therapeutische mogelijkheden en resistentieontwikkeling van pathogenen.

Ook bestaat er tussen de verschillende beroepsgroepen die het behandelen van SOA tot hun taken rekenen, nog steeds verschil in handelwijze. Gestreefd is naar uniforme diagnostiek en behandeling van SOA door de beroepsgroepen.

In de richtlijn is een verdeling gemaakt in syndroomdiagnoses die te maken kunnen hebben met een SOA en de verschillende pathogenen die SOA veroorzaken. De richtlijn is bedoeld

voor klinisch werkende medisch specialisten, die in het bijzonder te maken hebben met de complicaties van SOA. De primaire diagnostiek en behandeling van SOA wordt met name verricht door huisartsen en in de publieke gezondheidszorg; namelijk op de SOA-poliklinieken van de GGD' en.

De meest wetenswaardige punten van de richtlijn en samenvattingskaart voor gynaecologen betreffende PID, Chlamydia trachomatis, Gonorrhoe, Syfilis en herpes genitalis worden hieronder toegelicht.

Pelvic Inflammatory Disease (PID)

In ongeveer 60% van de gevallen wordt PID veroorzaakt door seksueel overdraagbare micro-organismen als Chlamydia trachomatis (Ct), Neisseria gonorrhoeae (Ng). In de overige gevallen is er sprake van een infectie met endogene facultatief-pathogene bacteriën, zoals anaeroben (*Bacteroides-species* en peptostreptokokken), maar ook aeroben (*Escherichia coli*, *G. vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, streptokokken) en mycoplasmata. Naarmate de verschijnselen van een PID ernstiger zijn en de duur ervan langer, is de kans op complicaties, zoals subfertiliteit, extra-uteriene graviditeit, tubo-ovarieel abces, pelveoperitonitis en perihepatitis groter.

Vanwege de kans op complicaties is het wenselijk om bij verdenking op PID direct een antibiotische behandeling in te stellen, al voor de uitslag van het microbiologisch onderzoek bekend is. De behandeling moet in ieder geval gericht zijn tegen Ct, Ng en anaerobe bacteriën. Bij de overwegingen voor de behandeling van PID is in deze richtlijn meer gewicht gegeven aan de resistentie-ontwikkelingen van de Neisseria gonorrhoeae en het onmiddellijk behandelen van een mogelijke gonokokkeninfectie dan in de Richtlijn Pelvic inflammatory disease en het tubo-ovarieel abces (2012) van de NVOG. In de voorliggende richtlijn wordt voor de poliklinische behandeling van PID aanbevolen orale behandeling met ofloxacin en metronidazol plus ceftriaxon i.m. Indien gonorrhoe is uitgesloten kan worden volstaan met ofloxacin



en metronidazol. In het NVOG-protocol is de initiële behandeling metronidazol en ofloxacin en wordt ceftriaxon pas toegevoegd bij bewezen gonorrhoe.

Het verschil tussen een klinische behandeling en poliklinische behandeling van PID is dan alleen gelegen in het intraveneus toedienen van de eerder oraal en intramusculair toegediende therapie met ofloxacin, metronidazol en ceftriaxon.

Aanbevelingen worden gegeven voor behandeling bij overgevoeligheid, zwangerschap/lactatie en alternatieve behandelingen bij allergie voor de eerstekeusmiddelen.

Chlamydia trachomatis

De meest gangbare diagnostische testen zijn nucleïnezuuramplificatietechnieken (NAAT). Deze kunnen worden gebruikt op urine en bij cervix- en vaginuitstrijkjes. Dit heeft als voordeel dat diagnostiek ook kan worden verricht op zelf-afgenomen diep vaginale uitstrijkjes. Als nacontrole gewenst is dan is dit binnen vier weken niet zinvol omdat NAAT's in deze periode positieve uitslagen kunnen geven ten gevolge het nog aanwezige niet-infectieuze materiaal. De aanbevolen behandeling van cervicale en/of urethrale Ct-infecties bestaat uit azitromycine 1000 mg p.o. eenmalig of doxycycline 100 mg p.o., 2 dd gedurende 7 dagen. Bij gebruik van tweedekeus preparaten is een 'test of cure' om therapiefalen uit te sluiten geïndiceerd.

Gonorrhoe

Bij de vrouw is het eerstekeuslaboratoriumonderzoek een NAAT van hetzij van de cervix plus de urethra door de onderzoeker afgenomen materiaal, hetzij van door de vrouw zelf diep vaginaal afgenomen materiaal. De sensitiviteit van de NAAT is hoger dan van de kweek, waarbij het wel uitmaakt welke NAAT op welk materiaal wordt gebruikt. De specificiteit van de huidige generatie NAAT's ligt bij urogenitale monsters hoog en benadert voor sommige NAAT's de 100%.

Geadviseerd wordt om behandeling te starten bij een positieve NAAT. Eveneens kan behandeling worden gestart na afname van materiaal voor diagnostiek bij syndroommanagement (behandeling instellen op basis van klachten) en bij vaste seksuele partners (met onbeschermd seksueel contact) van patiënten met gonorrhoe.

Aanbevolen behandeling van gonorrhoe: ceftriaxon 500 mg i.m. eenmalig. Indien Ct-infectie niet is uitgesloten plus azitromycine 1000 mg p.o. eenmalig.

Met oprukkende ongevoeligheid van *N. gonorrhoeae* voor de eerstekeusantibiotica, de extended spectrum cefalosporinen, dreigt de behandeling van gonorrhoe op termijn problematisch te worden. Daarom is resistentie-surveillance belangrijk en moet zo veel mogelijk een antibiogram op een kweek worden ingezet bij aangetoonde gonorrhoe-infecties. Uitsluitend als gevoeligheid middels kweek is aangetoond,

kan een alternatieve behandeling van gonorrhoe worden toegepast.

In het licht van de resistentie ontwikkeling en voor een aantal bijzondere situaties wordt in de richtlijn een overzicht gegeven van alternatieve behandelingen.

Syfilis

Bij primaire syfilis was donkerveldmicroscopisch onderzoek voorheen de enige mogelijkheid van laboratoriumonderzoek, omdat antistoffen pas vier tot acht weken na infectie aantoonbaar zijn. Wanneer spirocheten worden gezien, is hiermee op eenvoudige en snelle wijze de diagnose syfilis vastgesteld. Met een NAAT kan tegenwoordig *T. pallidum*-DNA in ulcusuitstrijkjes worden aangetoond waarmee de diagnose primaire syfilis gesteld is.

De aanbevolen behandeling bij syfilis bestaat uit toediening van penicilline G (benzylpenicilline) i.m., afhankelijk van het stadium eenmalig of driemaal met intervallen van een week. Resistentieproblemen zijn tot op heden niet gerapporteerd.

In Nederland wordt sinds de screening van alle zwangere vrouwen in het eerste trimester zelden congenitale syfilis meer gezien. Van groot belang is de taak van arts-microbioloog in de overdracht van informatie van verloskundige naar gynaecoloog, kinderarts en huisarts bij positieve syfilisserologie tijdens de zwangerschap en aangevraagde diagnostiek bij de neonat.

Herpes genitalis

De eerste keus voor het aantonen van het virus is NAAT op materiaal van de bodem van de laesie of vocht van een blaasje. Het bepalen van HSV-type specifieke antistoffen kent voor individuele diagnostiek weinig toepassing. Wel kan de serologie van nut zijn in sero-epidemiologische studies en kan men er gebruik van maken om vast te stellen of de klinische verschijnselen berusten op een primaire infectie of op een recidief. Voor de aanbevolen diagnostiek bij herpes genitalis in de zwangerschap en rondom de geboorte, verwijzen wij naar de richtlijn zelf.

Met de komst van de multidisciplinaire SOA richtlijn en de bijbehorende samenvattingskaart wordt het vak overstijgende karakter van SOA benadrukt. Wij hopen dat beide documenten een nuttig handvat zullen zijn voor zorgverleners die te maken hebben met de diagnostiek en behandeling van SOA.

Belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen

De auteurs melden dat er geen sprake is van financiële belangenverstrengeling.

Financiële steun werd verleend door de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

'Cochrane review midwife-led continuity of care'. Over de reactie van de NVOG op het persbericht van de KNOV

Primaat van de zwangere centraal

dr. A. de Jonge verloskundige onderzoeker, afdeling Midwifery Science, AVAG/EMGO+, VUMC

dr. M. Prins docent verloskunde, afdeling Midwifery Science, AVAG/EMGO+, VUMC

dr. J. van Dillen gynaecoloog, afdeling Verloskunde, Radboud Universitair Medisch Centrum, Nijmegen

Om bij het einde te beginnen, wij onderschrijven de conclusie van de NVOG: het primaat van de zwangere moet centraal staan en gynaecologen en verloskundigen moeten vanuit één keten optreden. Vanuit deze eensgezindheid zou het toch mogelijk moeten zijn om de verloskundige zorg effectief en doelmatig te organiseren rondom de zwangere. Dit sluit ook aan bij de brandbrief van het Ouderschap en de GeboorteBeweging.¹

Perinatale sterfte

Voor een goede discussie is het noodzakelijk om de juiste feiten te gebruiken. Vanzelfsprekend is elke baby die onnodig overlijdt een drama dat we met onze zorg willen en moeten voorkomen, ongeacht waar ons land staat in de ranglijst. In de tekst wordt echter genoemd dat 800 meer baby's overlijden in Nederland dan in bijvoorbeeld Finland en Zweden. Een kanttekening bij dit getal is wel vereist. Bijvoorbeeld: in tegenstelling tot in Nederland worden in Zweden en Finland zwangerschapsafbrekingen niet meegeteld in de sterftcijfers in het PERISTAT rapport.² Een vergelijking vanaf 28 weken zwangerschap leidt tot minder bias. Het aantal foetale sterftes per 1000 geboortes vanaf 28 weken zwangerschap is in Nederland 2,9, in Zweden 2,8 en in Finland 2,0.² Bij 176.324 bevallingen per jaar (PRN cijfers 2010)³ zou dit betekenen dat, vergeleken met Zweden 18 baby's meer overlijden in Nederland en 159 meer vergeleken met Finland.

Wat neonatale sterfte betreft, is het belangrijk om te kijken naar data na een zwangerschapstermijn van 24 weken, aangezien in Nederland onder de 24 weken geen actieve neonatale opvang wordt geboden. Neonatale sterfte vanaf 24 weken betreft 2,2 per 1000 in Nederland en 1,3 in Finland en Zweden; omgerekend naar het aantal geboortes in Nederland een verschil van 159 sterftes per jaar.

Overigens kunnen geen simpele conclusies worden getrokken uit deze cijfers zonder te onderzoeken wat de oorzaken zijn van de verschillen. Ook moet rekening worden gehouden met een ruime onzekerheidsmarge omdat cijfers gebaseerd zijn op routineregis-

tratiesystemen die onderling verschillen en allemaal beperkingen hebben.⁴

Het is interessant dat Nederland met Zweden wordt vergeleken. Deze vergelijking ondersteunt niet de analyse van de NVOG, dat het onderscheid tussen eerste en tweede lijn en de vele overdrachten verantwoordelijk zijn voor de hoge perinatale sterfte. In Zweden krijgen zwangeren zonder verhoogd risico, zorg van autonome verloskundigen die alleen naar de gynaecoloog verwijzen bij complicaties, conform *midwife-led care*. Zweedse vrouwen bevallen vrijwel altijd in de kliniek en krijgen zorg van verloskundigen in het ziekenhuis, dus ook in Zweden is er nog geen continuïteit van zorg door één en dezelfde zorgverlener.

Als naar verschillen wordt gekeken, is het ook interessant om te onderzoeken waarom een land als Noorland een hogere perinatale sterfte heeft dan Nederland (foetale sterfte vanaf 28 weken 3,4 versus 2,9 per 1000 en neonatale sterfte vanaf 24 weken 3,0 versus 2,2 per 1000; respectievelijk 88 en 141 sterftes meer).²

Cochrane review

Het klopt dat de opzet van de studies verschillen en dat de samenwerking met de gynaecoloog verschilde van routinematige consulten tot alleen consulten indien nodig, zoals in Nederland. Twee criteria waren van belang in de interventiegroep: de zorg was *midwife-led* en de verloskundige gaf *continuity of care*, ook bij noodzaak tot extra monitoring of interventie. *Midwife-led care* hebben we in Nederland inderdaad ook: verloskundigen zijn hier verantwoordelijk voor de risicoselectie. Aan continuïteit van zorg ontbreekt het nu nog als vrouwen verwezen worden.

Deze *midwife-led continuity of care* is vergeleken met andere vormen van zorg, waaronder *shared care*, waarin verschillende zorgverleners gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de zwangere. Ondanks de verschillen in hoe *midwife-led continuity of care* was vorm gegeven, werden toch duidelijke voordelen gezien van deze vorm van zorg voor vrouwen met een laag of gemengd risicoprofiel.

Toepasbaarheid van resultaten in Nederland

In geen van de studies was er de mogelijkheid om thuis te bevallen, hoewel dat volgens de inclusiecriteria wel had gekund. Dit gegeven lijkt niet zo relevant aangezien verschillende Nederlandse studies geen verschil hebben laten zien in perinatale en maternale uitkomsten bij geplande thuis- versus geplande poliklinische bevallingen.

Verder zijn de organisatorische en financiële aspecten in de geïncludeerde studies, anders dan in Nederland, reden waarom de resultaten niet van toepassing zouden zijn. Wij denken dat experimenten noodzakelijk zijn om te onderzoeken of *midwife-led continuity of care* ook in Nederland tot betere zorg leidt. Hoe die zorg georganiseerd en gefinancierd zou moeten worden, moet onderdeel zijn van deze experimenten. Hiervoor is echter wel nodig dat de beroepsgroepen en hun organisaties open staan voor dit soort experimenten en de visie van de NVOG op de Cochrane review ondersteunt dit helaas niet.

Sommigen pleiten voor een model van *shared care* op basis van een artikel van Posthumus waarin elementen uit allerlei vormen van *shared care* zijn samengenomen om een Nederlandse variant van *shared care* te maken.⁵ De NVOG lijkt ook hierop aan te sturen. In het artikel wordt niet gekeken naar de effectiviteit of kosten-effectiviteit van *shared care*.⁵ Gezien de resultaten van de Cochrane review ligt het meer voor de hand om naar *midwife-led continuity of care* te streven: gezien onze historie is er al een aantal aspecten aan het Nederlandse systeem dat hierin past, waaronder onze bekendheid met risicoselectie. Overigens heeft het model, zoals beschreven in het artikel van Posthumus, een aantal elementen dat wel goed aansluit bij het *midwife-led continuity of care* model, zoals continuïteit van de coördinatie van zorg, en deze aspecten zouden zeker meegenomen moeten worden.⁵

Volgens de NVOG zat de gezondheidswinst in de Cochranestudies in het feit dat er een duidelijk plan was aan het begin van de zwangerschap en dat een vaste personen aanspreekpunt waren. Wij hebben gecommuniceerd met de eerste auteur van de review. Een inclusie criterium voor studies in de review was dat in de interventiegroep continuïteit van zorg werd geboden door een groep verloskundigen uit één praktijk. In de *shared care* variant was het een mix van verschillende disciplines: gynaecologen, verloskundigen en eventueel huisartsen. Het ging dus niet alleen om een vast aanspreekpunt. Bovendien lezen we in de studies niet dat er een duidelijker zorgplan was afgesproken in de interventiegroep dan in de controlegroep.

Hoe nu verder?

Nogmaals: over de conclusie zijn de cliënten en wij, het eens en dat stemt optimistisch. Gynaecologen en verloskundigen moeten gezamenlijk optreden vanuit één keten en daarin optimale kwaliteit van zorg leveren die tevens doelmatig is. Daarvoor is het onzes

inziens nodig dat de verloskundige verantwoordelijk is waar het kan en dat deze de expertise van de gynaecoloog inroept waar het moet. Hiervoor is nodig dat de versterking van de Verloskundige Samenwerkingsverbanden zoals die in veel regio's plaatsvindt, wordt voortgezet. Binnen deze samenwerkingsverbanden maken professionals afspraken om de zorg goed af te stemmen zodat zij als één keten opereren waarin de belangen van de cliënt centraal staan.

De risicoselectie is in Nederland vastgelegd in de verloskundige indicatielijst (VIL) en deze moet continue worden herzien op basis van nieuwe wetenschappelijke evidence. Het is een groot goed dat de VIL in Nederland wordt vastgesteld door betrokken beroepsgroepen gezamenlijk, in tegenstelling tot sommige landen (zoals Australië of Canada) waar de indicatielijst wordt uitgegeven vanuit de beroepsorganisatie van verloskundigen.

Aan continuïteit van zorg ontbreekt het nog in Nederland en we zijn het eens met de NVOG dat er momenteel teveel overdrachten zijn. Daarentegen wordt ook na verwijzing een groot deel van de zorg uitgevoerd door (klinisch) verloskundigen. In de resultaten van de Cochrane review ligt een uitdaging om als betrokken beroepsgroepen gezamenlijk een vorm van *midwife-led continuity of care* te ontwikkelen die bij Nederland past.

Referenties

1. Verwey R., J. Wulder, J. Hoek-Pula, S. Bruin. *Brandbrief: Moeder wordt het kind van de rekening door gekissebis tussen de beroepsgroepen*. Het Ouderschap/ De GeboorteBeweging
2. European Perinatal Health Report. Health and care of women and babies in Europe in 2010. 2013. EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT.
3. Stichting Perinatale Registratie Nederland. Perinatal Care in the Netherlands 2010 [Perinatale Zorg in Nederland]. Stichting Perinatale Registratie Nederland
4. Jonge A. de, R. Baron, M. Westerneng, J. Twisk, E.K. Hutton. *Perinatal mortality rate in the Netherlands compared to other European countries: a secondary analysis of Euro-PERISTAT data*. Midwifery 2013; 29(8):1011-1018.
5. Posthumus A.G., V.L. Scholmerich, A.J. Waelput, et al. *Bridging Between Professionals in Perinatal Care: Towards Shared Care in The Netherlands*. Matern Child Health J 2012.

'Cochrane review midwife-led continuity of care'. Over de reactie van De Jonge, Prins en Van Dillen

Verloskundige zorg effectief en doelmatig organiseren rond zwangere

dr. A. Kwee

prof. dr. S.G. Oei

namens het bestuur van de NVOG

Wij danken De Jonge, Prins en Van Dillen voor hun brief naar aanleiding van de reactie van de NVOG op het persbericht van de KNOV over de Cochrane-analyse 'midwife-led care', beide (het persbericht van de KNOV en de reactie van de NVOG in de nieuwsbrief van 6 december) te lezen in dit tijdschrift.¹ Wij zijn blij dat de auteurs ook vinden dat het primaat van de zwangere centraal moet staan en gynaecologen en verloskundigen vanuit één keten moeten optreden. Ook zijn wij van mening dat het vanuit deze eensgezindheid mogelijk zou moeten zijn om de verloskundige zorg effectief en doelmatig te organiseren rondom de zwangere.

Perinatale sterfte

Inderdaad is het voor een goede discussie belangrijk om een goede onderbouwing van de cijfers te hebben. Wij vinden dan ook de schatting van de KNOV, dat in totaal in verhouding vanaf een termijn van 28 weken per jaar in Nederland 335 baby's meer overlijden dan in Zweden schokkend. Onder de 28 weken overlijden er echter nog enkele honderden baby's per jaar meer in Nederland dan in de beste landen van Europa. De bewering dat in Zweden babysterfte niet wordt geregistreerd onder de 28 weken is overigens niet waar. Deskundigen uit Zweden hebben ons verzekerd dat ook in Zweden alle babysterftes worden geregistreerd vanaf 22 weken zwangerschapsduur en dat de vergelijking, zoals die onlangs in de Peristat is gedaan, klopt.² Maar ook als alleen gekeken wordt naar de sterftecijfers boven de 28 weken, zijn de verschillen schokkend en nopen tot drastische maatregelen. Het gaat in Nederland om honderden baby's per jaar die onnodig overlijden.

De NVOG is van mening dat we ons moeten spiegelen aan de landen waar het beter gaat en niet aan de landen waar het even slecht of zelfs minder goed gaat dan in Nederland. Mede daarom is het Cochrane

review over *midwife led care* niet erg interessant. In landen als Nieuw Zeeland, Australië, Engeland en Noord-Ierland is de babysterfte niet of nauwelijks lager dan in Nederland.

Wij vinden dat het verloskundige systeem in de Scandinavische landen zijn waarde wel duidelijk bewezen heeft in drie opeenvolgende Peristatvergelijkingen. Gezien de lage incidentie van perinatale sterfte zijn extreem grote steekproeven nodig om verschillen in babysterfte te kunnen aantonen. In de Peristat zijn de uitkomsten van miljoenen zwangerschappen in de verschillende landen van Europa geëvalueerd.² Opvallend is dat Nederland de afgelopen tien jaar steeds tot de landen behoort met de hoogste babysterfte en dat de Scandinavische landen steeds behoren tot de landen met de laagste babysterfte. Naar de oorzaken van de hoge babysterfte in Nederland is de afgelopen jaren intensief onderzoek gedaan. Alhoewel het wetenschappelijk moeilijk te bewijzen is, zijn er in deze onderzoeken genoeg aanwijzingen dat de tweedeling in de Nederlandse verloskundige zorg in een eerste en tweede lijn de belangrijkste oorzaak is.^{3,4} Dit verklaart ook dat de afstand tot de beste landen van Europa de afgelopen tien jaar niet minder is geworden, ondanks het invoeren van een aantal ingrijpende maatregelen, zoals de 20-wekenecho en een anti-rookbeleid. Hoewel de NVOG ook van mening is dat wetenschappelijk onderzoek belangrijk is, vinden wij dat het niet meer zinvol is om nieuwe onderzoeken op te zetten om na te gaan wat er mis is aan het Nederlandse verloskundige systeem. Dat leidt tot nog meer onnodig tijdverlies en daarmee tot onnodige sterfte van honderden baby's. Wij pleiten voor onmiddellijke invoering van integrale verloskunde. De verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV) moeten hier op lokaal niveau in ondersteund worden. In de projecten van het door ZonMw gesubsidieerde onderzoek 'Zwangerschap en Geboorte' dat een jaar geleden van start is gegaan en nog drie jaar door zal lopen



kan het effect van invoering van integrale verloskundige zorg worden geëvalueerd in de verschillende perinatale regio's.

Het goede van de Scandinavische landen is dat niet alleen de babysterfte lager is, maar dat ook het interventiecijfer lager is. Het percentage keizersneden is vergelijkbaar met Nederland, terwijl het percentage vaginale kunstverlossingen en episiotomieën veel lager is. In Zweden is men er in geslaagd om in een systeem waarin goed wordt samengewerkt tussen verloskundigen en gynaecologen kwalitatief hoogstaande perinatale zorg te verlenen. Een belangrijk verschil tussen Nederland en Zweden is dat er geen financieel schot zit tussen de eerste en tweede lijn. Verloskundigen en gynaecologen zijn onderdeel van dezelfde organisatie. Binnen die organisatie heeft iedere hulpverlener zijn eigen professionele verantwoordelijkheid. Er is echter geen sprake van autonoom werkende hulpverleners. In de huidige tijd past dat niet meer. Alleen de patiënt heeft recht op autonomie.

Hoe nu verder?

Inmiddels is in een overleg, geïnitieerd door het ministerie van VWS, waar CPZ, KNOV en NVOG aanwezig waren, afgesproken dat het College Perinatale Zorg (CPZ) in januari met een volgende stap komt om de integrale geboortezorg verder vorm te geven.

De partijen hebben alle uitgesproken het CPZ hiervoor hun vertrouwen te geven. De NVOG zal vanuit haar visie over integrale verloskundige zorg, aangevuld met elementen van het Scandinavische model, de inhoudelijke inbreng in de discussie verder voorbereiden. In de themavergadering die gehouden zal worden op 19 maart zal hier aandacht aan besteed worden.

Wij hopen van harte dat er in 2014 grote stappen gezet kunnen worden om te komen tot een herzien systeem van geboortezorg, waarbij de babysterfte daalt en de zwangere centraal staat.

Referenties

1. Sandall, J., H. Soltani, S. Gates, A. Shennan & D. Devane. *Midwifeled continuity models versus other models of care for childbearing women*. Cochrane Database for systematic reviews 2013, issue 8, CD004667.
2. European Perinatal Health Report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>
3. Bonsel, G.J., E. Birnie, S. Denktas, J. Poeran & E.A.P. Steegers. *Lijnen in perinatale sterfte*. Signalementstudie Zwangerschap en Geboorte 2010. Rotterdam, Erasmus MC, 2010.
4. Evers, A.C., H.A. Brouwers, C.W. Hukkelhoven et al., *Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study*. BMJ 2010 Nov 2;341:c5639. doi: 10.1136/bmj.c5639.

De classificatie van doodsoorzaken bij perinatale sterfte

'Wat komt er uit de PAN' is een rubriek in het Tijdschrift voor Verloskundigen en NTOG met casuïstiek en aanbevelingen van perinatale audits van Verloskundige Samenwerkingsverbanden. In deze aflevering centraal: doodsoorzakenclassificatie.

Waarom doodsoorzakenclassificatie?

Het belangrijkste voor ouders van een doodgeboren kind is antwoord op de vraag: 'waaraan is mijn kind overleden'. Dit kan bijdragen aan een goede rouwverwerking. Om het antwoord te kunnen geven, moet de doodsoorzaak worden vastgesteld. Het kennen van de doodsoorzaak is ook belangrijk voor het vaststellen van een eventueel herhalingsrisico, om ouders te counsellen over de mogelijke gevolgen voor een volgende zwangerschap en voor de begeleiding tijdens een volgende zwangerschap.

Maar ook in de audit doet de doodsoorzaak er toe en daarom is dit een van de stappen in het auditproces. Het weten van de doodsoorzaak is nodig voor de identificatie en beoordeling van eventuele substandaard factoren in de verleende zorg en een eventuele relatie met de sterfte.^{1,2,3}

Wat komt er uit de PAN?

- In 2011 was bij 29% van alle casus van à terme sterfte de doodsoorzaak volgens de Tulip-classificatie geclassificeerd als 'onbekend', o.a. omdat in meer dan de helft van de gevallen belangrijke informatie ontbrak. In 2010 was dit bij 34% het geval.

Internationaal zijn er meerdere classificatiesystemen voor perinatale sterfte en doodsoorzaken in gebruik. Binnen de landelijke perinatale audit wordt onderstaande combinatie gebruikt ^{4,5}:

- WHEN: wanneer is de sterfte opgetreden? Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de aangepaste classificatie van Wigglesworth, die het tijdstip van overlijden en de zwangerschapsduur ten tijde van de partus hanteert.^{6,7}
- WHAT: wat is het klinische beeld waaronder de sterfte is opgetreden? Met de gemodificeerde ReCoDe (*Relevant Condition at Death*) kunnen alle klinische beelden en maternale risicofactoren benoemd worden, inclusief het meest relevante ziektebeeld.^{8,9}
- WHY: waardoor is de sterfte opgetreden? Met de Tulip-classificatie wordt teruggedeneerd naar de onderliggende oorzaak van overlijden.^{10,11}

- Bij 79% van de casus uit 2011 werd de placenta onderzocht en bij 14% niet (bij 7% onbekend). Bij de casus uit 2010 was de placenta in 74% onderzocht en bij 26% niet.
- Obductie werd uitgevoerd bij 40% van de overleden kinderen en bij 57% niet (in 2010 56%).
- Aan de specifieke trainingen doodsoorzakenclassificatie van de PAN hebben ondertussen meer dan 70 zorgverleners deelgenomen.
- In de praktijk is 37% van de deelnemers aan de training doodsoorzakenclassificatie arts en 60% CV-maker en/of invoerder van PARS (meestal verloskundige of verpleegkundige).^{1,2}

Wij vroegen Fleurisca Korteweg en Peter Nikkels om commentaar

De NVOG heeft in 2011 een richtlijn over intra-uteriene sterfte (dodgeboorte) uitgebracht, met een stroomschema voor het inzetten van diagnostiek bij foetale sterfte.¹² Het verzamelen van belangrijke informatie is van essentieel belang: volledige documentatie van algemene en obstetrische anamnese, maternale en paternale familieanamnese, huidige zwangerschap en verricht prenataal onderzoek. In de NVOG-richtlijn wordt geadviseerd alle ouders met een doodgeboorte te counsellen over het belang van obductie, placenta-onderzoek en cytogenetisch onderzoek. Door de placenta niet te laten onderzoeken, kan de doodsoorzaak in een deel van de gevallen onbekend blijven, evenals het eventuele herhalingsrisico op doodgeboorte. Daarbij is het inzetten van placentaonderzoek weinig invasief.¹²

Counseling over obductie ervaren zorgverleners soms als lastig. Uit onderzoek is gebleken dat in 73% van de obducties een doodsoorzaak wordt aangetoond of uitgesloten.¹³ Dit is belangrijke informatie voor de counseling. Soms lijkt de doodsoorzaak in eerste instantie duidelijk. Géén obductie laten verrichten, kan ook in die situaties de kans beperken om tot vaststelling van een andere doodsoorzaak te komen en/of tot het missen van belangrijke aanvullende informatie voor de ouders en voor een eventuele volgende zwangerschap.¹⁴ Bij counsellen is het altijd belangrijk om de religieuze en culturele achtergrond van patiënten in acht te nemen.¹⁴

De PAN heeft samen met de Werkgroep Kinderpathologie der lage Landen een handleiding doodsoorzakenclassificatie met duidelijke definities ontwikkeld² en biedt een training aan (zie kader). Bij de training doodsoorzaakclassificatie blijkt hoe lastig het is de

doodsoorzaak vast te stellen. Belangrijk is om de definitie van de doodsoorzaak in de Tulipclassificatie te kennen: deze is gedefinieerd als *de pathofysiologische gebeurtenis die de keten van gebeurtenissen in gang zette die onomkeerbaar tot de dood leidde*, gebaseerd op de klinische gebeurtenissen, resultaten van de obductie, placenta onderzoek en andere diagnostische testen. Bij de Tulipclassificatie wordt gezocht naar de eerste pathofysiologische gebeurtenis op 'het pad naar de sterfte'.⁵

Ter verduidelijking hierna twee casus van à terme sterfte met uitleg over de doodsoorzaakclassificatie.

Casus 1

G1P0 van 35 jaar met een BMI van 31. Vanwege astma gebruikt zij Ventolin en Loratadine. Ze is spontaan zwanger geworden en onder controle bij de verloskundige. Bij 35+0 is er twijfel over de groei van het kind en wordt zij doorverwezen. De gynaecoloog concludeert normale groei en normaal vruchtwater. Bij 36+1 voelt patiënte zich niet lekker en is misselijk. Zij heeft een RR van 135/90. Wederom is er een consult gynaecoloog waarbij er vastgesteld wordt dat er geen andere klachten zijn, normale reflexen en bij herhaling een RR 130/82. Aanvullend laboratoriumonderzoek: geen afwijkingen en geen proteïnurie. Patiënte wordt weer terugverwezen naar de eerstelijns verloskundige. Bij 37+1 geeft patiënte aan sinds één dag geen leven te hebben gevoeld. Zij wordt verwezen naar de tweede lijn alwaar echoscopisch een IUVD wordt vastgesteld. Bij 37+2 wordt de partus ingeleid en wordt een meisje van 2170 gram (p5-10)doodgeboren. Er zijn geen tekenen van een klinische infectie. Voor obductie wordt geen toestemming verkregen en er wordt ook geen babygram of MRI gemaakt. Er vindt schouwing plaats door een geneticus, die vaststelt dat er geen uitwendige congenitale afwijkingen zijn. Daarnaast wordt aanvullend onderzoek ingezet. Tox-lab: gb, de Kleihauer-Betketest om eventuele foetomaternale transfusie aan te tonen, is negatief. Chromosomenonderzoek: 46 XX. Placenta onderzoek: deze weegt 352 gram (<p10), 30-40% infarcering en vertoont geen tekenen van een intra-uteriene infectie.

Doodsoorzakenclassificatie

- *Wanneer* (Wigglesworth, Hey)^{6,7}: partus bij: 37- 40+6 weken, intra-uteriene sterfte
- *Wat* (gemodificeerde ReCoDe-classificatie)^{8,9}: mogelijk meerdere antwoorden in verschillende groepen, en de vraag naar de belangrijkste factor:
 - foetus: foetale groei beperking,
 - placenta: andere placentaire insufficiëntie,
 - moeder: obesitas (BMI \geq 25), anders: astma
- *Waarom* (Tulip)^{10,11}: Placentabedpathologie.

Definities

Placentabedpathologie wordt gedefinieerd als vasculopathie van de spiraalarteriën leidend tot verminderde

utero-placentaire doorstroming. Vasculopathie van de spiraalarteriën is gedefinieerd als een serie gerelateerde pathologische veranderingen in de spiraalarteriën van de maternale decidua en myometrium, inclusief het ontbreken van trofoblastinvasie in spiraalarteriën, acute atherose, fibrinoïde necrose en trombose.⁵

Placentabedpathologie is de doodsoorzaak als er sprake is van⁵:

- 1 Grote placentaire loslating (> 30%)
- 2 Groot retroplacentair hematoom (>30%), met of zonder klinische symptomen van abruptio placentae.
- 3 Het percentage infarcering van het parenchym in relatie tot het gewicht van de placenta en de ernst van ischemische pathologie in de niet geïnfarceerde gebieden van het parenchym, wordt beschouwd als verklarend voor de doodsoorzaak. In de à terme placenta met normaal gewicht wordt een infarcering van tenminste 30% beschouwd als verklarend voor de doodsoorzaak.
- 4 Placentahypoplasie met bij histopathologisch onderzoek, tekenen van verminderde uteroplacentaire doorbloeding anders dan aanzienlijke infarcering of abruptio.

Gezien de criteria voor placentabedpathologie is de doodsoorzaak van casus 1 placentabedpathologie. Intra-uteriene groeirestrictie is een bijdragende factor op het pad naar de dood, maar niet de doodsoorzaak: het is niet de pathofysiologische gebeurtenis die de keten van gebeurtenissen in gang heeft gezet die onomkeerbaar tot de dood leidde.

Casus 2

G2P1 van 32 jaar met een BMI van 28. Patiënte is sinds twee jaar bekend met Diabetes mellitus type I waarvoor zij insuline gebruikt. Zij is spontaan zwanger geworden en is voor haar zwangerschap conform de richtlijnen, onder controle bij de gynaecoloog. De combinatietest toonde geen verhoogd risico en bij de GUO werden geen echoscopische afwijkingen gezien. Gedurende de zwangerschap wordt de groei echoscopisch gevolgd; deze zit op de P90 van de groeicurve. Patiënte is met insuline goed gereguleerd. Bij 37+4 meldt zij dat ze sinds de avond ervoor geen leven meer heeft gevoeld. Bij echo wordt een doodgeboorte vastgesteld. Ouders worden gecounseld over het belang van obductie, placentaonderzoek en cytogenetisch onderzoek. Patiënte komt de volgende dag terug voor inleiding van de partus waarbij er ook een amniopunctie verricht wordt voor cytogenetisch onderzoek. Diezelfde dag wordt er een meisje van 3900 gram (>p90) geboren waarbij er sprake is van meconiumhoudend vruchtwater. Er zijn geen tekenen van een klinische infectie.

Maternaalbloedonderzoek: normaal, Kleihauer-Betke: negatief, HbA1c: 5,6%. Cytogenetisch onderzoek: 46, XX. Obductie: biometrie > p90, geen dysmorphieën,

geen diabetische cardiomyopathie, relatief kleine hersenen, een pancreas met eosinofiele insulitis, asfyctische bloedinkjes, timing doodgeboorte waarschijnlijk <48uur. Placentaonderzoek: gewicht 652 gram (>P90). Immatuur parenchym: rijpingsstoornis van het placentaparenchym met onvoldoende vorming van terminale villi, kernhoudende ery's in de foetale circulatie.

Doodsoorzakenclassificatie

- *Wanneer* (Wigglesworth, Hey)^{6,7}: partus bij: 37-40+6 weken, intra-uteriene sterfte
- *Wat* (gemodificeerde ReCoDe-classificatie)^{8,9}:
 - foetus: asfyxie, foetus A9-macrosomie
 - placenta: andere placentaire insufficiëntie, vruchtwatermeconium
 - moeder: diabetes, obesitas (BMI \geq 25)
- *Waarom* (Tulipclassificatie)^{10,11}: placenta, placenta pathologie ontwikkeling

Definities

'Placentapathologieontwikkeling' wordt gedefinieerd als morfologische afwijkingen ten gevolge van een abnormale ontwikkeling.⁵ Afwijkingen van de placentaire ontwikkeling kunnen onderscheiden worden in stoornissen in de ontwikkeling van de vliezen, implantatie in de uterus, placentamigratie, placentaire groei, ontwikkeling van de villi en foetale vasculaire ontwikkeling. Ook genetische en chromosomale afwijkingen die beperkt zijn tot de placenta (in het bijzonder mesenchymale dysplasie en tot de placenta beperkt chromosomaal mozaïcisme) behoren tot deze categorie.

In casus 2 gaat het om een stoornis in de rijping van de placenta (stoornis van de ontwikkeling van de terminale villi). Dit wordt gedefinieerd als een defect in de vorming van de syncytio-vasculaire membranen in meer dan 95% van het distale parenchym na 36 weken zwangerschapsduur.⁵ Hierdoor bestaat het parenchym voornamelijk uit relatief grote distale chorion villi met een continue trofoblast bekleding. Een rijpingsstoornis van de villi kan samengaan met placenta hypoplasie, congenitale afwijkingen of maternale ziekten. Na 36 weken wordt een rijpingsstoornis van de placenta als doodsoorzaak beschouwd, als deze gepaard gaat met tekenen van asfyxie of foetale hypoxie. Dat was in casus 2 het geval. Overige afwijkingen die in deze doodsoorzaakcategorie geïnclassificeerd kunnen worden zijn placenta circumvallata, chorangioma, diffuse multifocale chorangiomatose (stoornis van foetale vasculaire ontwikkeling), transfuseur-transfusesyndroom.

Diabetes mellitus is niet de doodsoorzaak bij casus 2. Maternale ziekte als oorzaak voor perinatale sterfte is gedefinieerd als een bij de moeder aanwezige ziekte die ernstig genoeg is om de sterfte van de foetus of de neonat direct te veroorzaken. Een voorbeeld hiervan is maternale ketoacidose of matернаal coma diabeticum met ernstige hypoglycemia. Overige aandoeningen worden geïnclassificeerd als bijdragende (risico)fac-

toren. In geval van goedgecontroleerde, maternale diabetes en perinatale sterfte, is de maternale ziekte niet de doodsoorzaak, maar moet die gezocht worden in de onderliggende factoren, zoals placenta, placentapathologie, ontwikkeling. Als klinische en pathologische bevindingen geen inzicht geven in de doodsoorzaak, dan is de doodsoorzaakclassificatie 'onbekend'. In die gevallen is diabetes te beschouwen als een bijdragende (risico)factor en niet als doodsoorzaak.⁵

Speciale dank aan Sanne Gordijn, fellow perinatologie, Obstetrie en Gynaecologie UMCG en Bert Timmer, perinataal patholoog, Pathologie UMCG die samen met Fleurisca Korteweg, Peter Nikkels en Wineke Bremmer (PAN) de cursus doodsoorzakenclassificatie geven voor de PAN.

Aanbevelingen van de PAN 1,2,3

- Volg met minstens één gynaecoloog en één kinderarts uit ieder verloskundig samenwerkingsverband de training doodsoorzakenclassificatie.
- Gebruik de instrumenten die er zijn, zoals handleiding en protocollen op www.perinataleaudit.nl en (binnenkort) de e-learning.
- Zorg dat er in ieder pathologisch laboratorium één patholoog de kinderpathologie als aandachtsgebied op zich neemt en voor anderen in de perinatale keten het vaste aanspreekpunt wordt.
- Doe voorafgaand aan de auditbijeenkomst, een beroep op de deskundigheid van pathologen en eventuele andere experts bij de classificatie van de doodsoorzaak.
- Plan de auditbijeenkomsten zo dat pathologen zich op inhoud uitgenodigd voelen om deel te nemen. Zo wordt hun deskundigheid optimaal gebruikt.
- Stuur bij perinatale sterfte altijd de placenta in voor pathologisch onderzoek
- Counsel altijd ouders met een doodgeboorte over het belang van obductie, placentaonderzoek en cytogenetisch onderzoek. Bespreek, als ouders niet instemmen met obductie, de alternatieven zoals een gedeeltelijke obductie, schouwing of MRI, ook als de doodsoorzaak ogenschijnlijk duidelijk is. Zorg dat het counselinggesprek met ouders (mede) gevoerd wordt door een ervaren zorgverlener.

Rubrieksredactie, in samenwerking met

dr. Fleurisca J. Korteweg, *gynaecoloog, Martini ziekenhuis Groningen*

dr. Peter G.J. Nikkels, *patholoog, UMC Utrecht*

Meer informatie

Adja Waelput en Wineke Bremmer
e uitdepan@perinataleaudit.nl

Referenties

i www.perinataleaudit.nl

Dolgedraaide wetenschap en parasitair publiceren: een bedreiging voor de kwaliteitscirkel?

dr. M.G.A.J. Wouters lid Koepel Kwaliteit

'Gezien de strikte internationale voorwaarden die men stelt aan (co-)auteurschap kan het aantal auteurs bij medisch-wetenschappelijke publicaties meestal beperkt worden tot drie', schreef ik ooit als stelling bij mijn proefschrift. Bijna twintig jaar nadien is de discussie over het aantal auteurs bij wetenschappelijke artikelen nog steeds actueel.

foto NTOG



In het najaar van 2013 werd in een manifest van vijf academici gepleit voor een reorganisatie van de wetenschap. Deze groep van wetenschappers, *Science in Transition* genaamd, bepleit een eerlijker beeld van het wetenschapsbedrijf, het afschaffen van de huidige maatstaven in de wetenschappelijke publicatiecultuur en meer aandacht voor het maatschappelijk belang van wetenschap¹.

In het kort stellen zij dat universiteiten zijn verworpen tot fabrieken die studenten en kennis afleveren. Meer studenten, meer promoties en meer publicaties leveren de universiteiten meer (overheids)geld op. Het is voor wetenschappers die werkzaam zijn aan universiteiten vooral van belang om zoveel mogelijk te publiceren in de hoogst gewaardeerde tijdschriften. Daarbij staat niet zozeer waarheidsvinding en kennisdeling voorop, maar vooral het aantal publicaties en de hoogte van de h-index. Immers, deze parameters bepalen de positie in de wetenschappelijke rangorde en daarmee de kans om meer subsidies voor nog meer onderzoek binnen te halen en wetenschappelijk carrière te maken. Daarbij is de maatschappelijke relevantie van ondergeschikt belang. Dat leidt, naar mening van de president van de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW), Hans Clevers, tot veel onnodig onderzoek, onder andere bij de medische wetenschappen². Oftewel: wetenschapsbeoefening ten behoeve van zichzelf.

Daarnaast speelt volgens Paul Wouters (nee, geen familie), directeur van het *Centre for Science and Technology Studies* in Leiden, nog een ander probleem: indicatoren zoals het aantal publicaties en de h-index zijn manipuleerbaar³. Hierbij benoemt hij specifiek (onder andere) het belonen van artsen met een mede-auteurschap vanwege het aanbrengen van

patiënten voor onderzoek, zonder dat deze een substantiële bijdrage aan het artikel geleverd hebben. Parasitair publiceren heet dat, volgens anderen⁴.

Wat betekent deze ontwikkeling voor ons vakgebied?

Enkele jaren geleden is met de start van het Consortium getracht om de wetenschappelijke krachten binnen onze vereniging te bundelen. Hiertoe werden niet alleen in een groeiende gezamenlijkheid meerdere en grotere subsidie-aanvragen ingediend, maar werd ook de uitvoering van wetenschappelijk evaluatie-onderzoek geprofessionaliseerd. Het resultaat is overtuigend: meerdere publicaties voor veel auteurs in gerenommeerde tijdschriften.

De winst voor de maatschappij lijkt ook duidelijk. De bevindingen van een aantal studies, zoals HYPITAT, PROBAAT en APOSTEL II leveren potentiële kostenbesparingen in de gezondheidszorg op, die de kosten van het onderzoek ver overstijgen, berekent de NVOG⁵.

Er zijn bij onze vereniging echter zorgen over de toekomstbestendigheid van het huidige Consortium. Hiertoe stelt de NVOG dat het huidige systeem van projectmatige financiering plaats moet maken voor een structurele vorm. "De benodigde middelen kunnen voortkomen uit concrete besparingen die aantoonbaar het directe gevolg zijn van implementatie van de onderzoeksresultaten", zo schrijft de NVOG⁵. Dat is waar, maar er schuilt nog een andere zwakte in de huidige structuur.

Het succes van de Consortium-formule lijkt vooral het resultaat van een niet-geldelijke vorm van honorering, namelijk het mede-auteurschap. Anders gezegd: de meeste studies waren mogelijk niet gelukt als de inclusie van patiënten niet werd gestimuleerd door het perspectief van mede-auteurschap voor de deelnemende onderzoekers en specialisten. Hiermee wordt niet afgedaan aan het belang van de behaalde resultaten, maar wordt in het licht van de besproken ontwikkelingen een mogelijke beperking bij de toekomstige uitvoering van evaluatie-onderzoek benoemd.

Deze zwakte van de formule raakt ook aan de door de NVOG van belang geachte kwaliteitscirkel. De aandacht gaat tot op heden vooral uit naar de wetenschappelijke evaluatie van zorg en nauwelijks naar de implementatie van de uitkomsten. Dat heeft deels te maken met een gebrek aan kennis en ervaring met dit onderdeel van de kwaliteitscirkel, maar ook met

de ontbrekende waardering ervoor. Daarmee loopt de cirkel uiteindelijk vast, ook met een structurele financiering voor wetenschappelijk onderzoek.

Hoe dan verder?

Het is van belang om naast de continuering van wetenschappelijke evaluatie van zorg ook de implementatie van bevindingen te bevorderen. Dat betekent niet alleen structurele en professionele begeleiding en ondersteuning van benodigde veranderingen van processen en organisatie op de werkvloer, maar ook kennisdeling door onderwijs en opleiding. Helaas is er weinig erkenning binnen de beroepsgroep voor de expertise en inzet die hiervoor nodig is.

Hiertoe zal bij de NVOG en andere stakeholders het besef moeten doordringen dat de voorgestane kwaliteitsverbetering van zorg niet voornamelijk gediend is bij wetenschappelijke prestaties en de bijbehorende waardering met publicaties. Er is een belangrijke verschuiving van focus noodzakelijk met meer inzet en waardering voor activiteiten die op het niet-wetenschappelijke deel van de kwaliteitscirkel gericht zijn.

De cirkel wordt hiermee gesloten en wetenschapsbeoefening komt eindelijk ten dienst van kwaliteitsverbetering van zorg, niet andersom.

Referenties

1. www.scienceintransition.nl
2. Brugh, Marcel aan de. *Rebellen staan op tegen de dolgedraaide wetenschap*. NRC Weekend 2 & 3 november 2013, W4-5.
3. Brugh, Marcel aan de. *Wetenschapsmeter wil niet meer botweg wetenschap meten*. NRC Weekend 7 & 8 december 2013, W7.
4. www.mareonline.nl/archive/2013/05/22/met-de-p-van-parasiet
5. NVOG. *De noodzaak van permanente evaluatie van medisch handelen: van Consortium 1.0 naar Consortium 2.0*. Bennekom, 2013.

Botsende belangen: baas in eigen buik

Commissie Gynaecoloog en Maatschappij van de NVOG

dr. C.D. de Kroon (vz), dr. G. Kleiverda, drs. E.J. Roos, drs. A. van der Steen, F. van Dunné, T. Steenstra Toussaint - Corporaal, A. Elvan en drs. E.G.C. van Seumeren

Al geruime tijd liep de Commissie Gynaecoloog en Maatschappij van de NVOG rond met het idee 'iets te doen met *Shared Decision Making*': een veelbelovende methode om patiënten meer te betrekken bij beslissingen over hun behandeling. Tegelijkertijd uitten kritische consumenten op een congres over Human Rights in Childbirth hun ongenoegen over de gebrekkige mogelijkheden zelf over hun eigen bevaling te beslissen. Daarom werden enkele van die kritische consumenten uitgenodigd op een vergadering van de commissie. Na het aanhoren van hun zeer indrukwekkende verhalen was het duidelijk: de Commissie Gynaecoloog en Maatschappij ging aan de slag met 'verloskundige zorgvragen buiten de richtlijnen en verloskundige indicatielijsten'. Het plan voor de *invitational conference* 'Botsende Belangen' die in september 2013 zou plaatsvinden, was geboren. We spreken december 2012, ver voordat bekend werd dat de IGZ een tuchtzaak had aangespannen tegen verloskundigen die zorg hadden verleend aan zwangeren met een tweedelijns indicatie. Toen dat duidelijk werd, werd de urgentie van de conferentie alleen maar groter. Onderstaand het verslag van een middag waarin alle *stakeholders* (zoals dat zo mooi heet) aan bod zijn geweest en het fenomeen vanuit alle mogelijke perspectieven is bekeken en bediscussieerd.

'Maar ik wil helemaal niet persé thuis bevallen!'

De eerste sprekers waren Sandra Allaart en Marieke de Haas-van Bommel. Beiden hoogopgeleid en beiden met een 'echte' indicatie om in het ziekenhuis te bevallen: gemelli respectievelijk volkomen stuitligging. Beide aanstaande moeders zijn letterlijk weggelopen uit het ziekenhuis omdat het daar volkomen stuk liep. Vanwege cultuur en gewoonten in het ziekenhuis, vanwege verschil in risicoperceptie, vanwege ervaren paternalisme en het gevoel niet serieus genomen te worden en door gebrek aan continuïteit waardoor werd teruggekomen op eerdere afspraken. En natuurlijk hangen ze, zoals ze dat zelf zeggen, een ander 'geloof' aan: het geloof in veiligheid van het

ongestoord bevallen, waar de gynaecologen die ze spraken allemaal geloven in veiligheid door technologie en preventief ingrijpen. Hoewel ze oprecht op zoek zijn geweest naar de 'gulden middenweg', bleek uiteindelijk thuis bevallen onder leiding van een verloskundige de enige optie. En dat terwijl ze helemaal niet persé thuis wilden bevallen. Het is goed zich te realiseren dat er bewust van is afgezien de betreffende gynaecologen om een reactie te vragen. Het gaat in deze discussie namelijk niet om hoe het precies is gegaan in de betreffende spreekkamers en wat er daar wel en niet gezegd is. Het gaat om de discussie over een maatschappelijk fenomeen. Beide spreeksters zijn voorbeelden van dat fenomeen.

Sandra Allaart (gemelli, 1e stuit 2e hoofd, voorstel van de gynaecoloog: primaire sectio) vroeg aan haar gynaecoloog hoe groot de kans op verhaking dan precies was: geen antwoord. En hoe dat dan was bij een dichoriale gemelli (ze wist dat ze een jongen en een meisje zou krijgen): geen antwoord. En als nou de vliezen van de tweede zouden blijven staan. Opnieuw geen antwoord. Uiteindelijk leek er in het ziekenhuis maar één optie: een primaire sectio. Omdat ze zich volkomen onbegrepen, ongehoord en onveilig voelde besloot ze te proberen thuis te bevallen. Marieke de Haas-van Bommel (kind in volkomen stuitligging) legde de vinger op een andere zere plek: er waren geen afspraken te maken met de dokters in het ziekenhuis. Hoe de bevalling zou verlopen, zo werd gesteld in het ziekenhuis, zou afhangen van de dienstdoende gynaecoloog. Die zou het laatste woord hebben, niet Marieke zelf. Voor Marieke de reden om het thuis met een verloskundige te bevallen.

En passant vroegen deze consumenten zich af hoe het toch kon bestaan dat de *invitational conference* 'Botsende belangen' is genoemd. Hoezo botsende belangen? Zijn gynaecologen en aanstaande moeders dan niet beiden uit op gezonde kinderen?

'*Botsende geloven*' geeft, zo stelden ze, het probleem veel beter weer. Behalve natuurlijk als gynaecologen andere belangen zouden hebben dan gezonde kinde-

ren. Want niemand heeft meer belang bij een gezond kind dan de aanstaande moeder.

Tot slot gaven ze de aanwezige zorgverleners nog een tip. Want ze realiseerden zich ook dat een verzoek voor begeleiding buiten de richtlijnen en protocollen tegen de individuele professionele normen in zou kunnen gaan. Dan is de meest eenvoudige oplossing verwijzen; verwijzen naar een plek waar 'de gulden middenweg' wel gevonden kan worden. Een professionelere oplossing echter is nieuwsgierig zijn naar dat andere geloof, het gesprek aangaan, het zelfbeschikkingsrecht respecteren en kijken waar dat toe leidt en op die manier voorkomen dat het stuk loopt zodat er gekozen wordt voor een oplossing waar niemand blij mee is. Want dat is niet in het belang van de moeder noch die van het kind. Laat staan in het belang van de gynaecoloog.

'Als het echt waar is waarom kan ik de cliënt er dan niet van overtuigen?'

Nadat de cliënten aan het woord waren geweest was het de beurt aan de zorgverleners. Eerst Rebekka Visser uit Usquert ('Verloskundige van het Jaar in 2011). Ze propageerde 'hands off' begeleiding van zwangere en barende vrouwen. Haar grote *eye opener* (thans ergernis) was het gebruik onder zorgverleners om te zeggen 'dat ze een bevalling hadden gedaan'. Hoezo doet een zorgverlener de bevalling? De cliënt heeft de bevalling gedaan! Het feit dat het gezegde zo gemeengoed is onder zorgverleners geeft wel aan dat de cliënt nog niet centraal staat in de verloskundige zorg. In haar praktijk staat de zwangere wel centraal en wordt de begeleiding van zwangerschap en bevalling georganiseerd in overleg met de cliënt.

De woorden 'bevoegd' en 'bekwaam' roepen volgens Rebekka nog steeds discussie op. Ze vroeg zich hardop af hoe het precies zit: ze is bevoegd om een kind aan te pakken, maar is ze bekwaam om een stuitbevalling te begeleiden? En hoe bekwaam is de bevoegde gynaecoloog om een stuitbevalling te begeleiden? En misschien moeten hulpverleners ook durven erkennen dat zij soms niet weten wat veiliger is. Zo is er geen evidence over de veiligheid van een stuitbevalling in bad vergeleken met die in rugligging in bed. Studies en dus richtlijnen geven heel vaak niet het antwoord op individuele zorgvragen. Volgens Rebekka werkt de vergaande protocollering averechts op het zoeken naar een antwoord op individuele zorgvragen.

In de discussie na het inspirerende betoog bevestigde Guid Oei dat 'bekwaamheid' een lastig issue is, zeker met de huidige aantallen. Maar er kan wel getraind worden. Een zwangere verzocht bij hem in het ziekenhuis om *on all-fours* van een stuit te bevallen. Door het bestuderen van Youtube-filmpjes werd deze manier van een stuitbevalling geoefend en kon de zwangere op de door haar gewenste wijze bevallen. Mooi voorbeeld van op zoek gaan naar indivi-

duële oplossingen door nieuwsgierige gynaecologen! Rebekka Visser zette ons, voordat ze het woord overgaf aan Irene de Graaf, nog even aan het denken door zich hardop af te vragen waarom ze, als iets echt waar is, de cliënt er niet van kan overtuigen. Misschien is het dan toch niet zo waar als het lijkt?

Poli op Maat

Die wijze woorden overdenkend, toonde Irene de Graaf (gynaecoloog in het AMC) ons het resultaat van haar zoektocht op het internet naar ontevredenheid over de verloskundige zorg. Want ze kende eigenlijk geen verhalen over die ontevredenheid dus het zou wel meevallen toch? Niets bleek minder waar met als *top of the bill* een demonstratie in de VS 'to stop obstetric violence'. Na die zoektocht was ze overtuigd van de noodzaak van een speciaal spreekuur voor vrouwen die stuk waren gelopen in het ziekenhuis, of die speciale verzoeken hadden. De noodzaak voor een 'Poli op Maat'. Tijdens het opzetten van het spreekuur is er veel gediscussieerd over de autonomie van cliënten en de verantwoordelijkheden van zorgverleners. Duidelijk werd dat zorgverleners verantwoordelijk zijn voor hun handelen en voor de zorgvuldigheid van het zorgproces. Maar zorgverleners zijn expliciet niet verantwoordelijk voor de uitkomst!

Op de 'Poli op Maat' van het AMC wordt de afstand tussen cliënten en het ziekenhuis verkleind, wordt voorgelicht en uitgezocht, worden weerstanden weggenomen en wordt gezocht naar de wens achter de wens. Wat wil de cliënt daadwerkelijk wel of pertinent niet? Op de Poli op Maat wordt geprobeerd de taal van de cliënt te spreken. Open deuren zou je zeggen, maar blijkbaar lukt het niet overal die deuren te openen. Chiel Bos (voorzitter van het College Perinatale Zorg) merkte daarom in de discussie volkomen terecht op dat het helemaal niet moet gaan over zwangeren met een verzoek buiten de richtlijnen om: elke zwangere heeft recht om gezien te worden als individu, heeft recht op informatie in haar eigen taal en heeft het recht haar wensen te uiten. Ook als ze iets niet wil.

Overigens waren de zorgverzoeken op de Poli op Maat eigenlijk niet zo bijzonder: niet ingeleid willen worden bij 42 weken; de vijfde partus (eindelijk) thuis willen terwijl er bij de eerste een primaire sectio was verricht en er daarna nog drie ongecompliceerde vaginale partus waren gevolgd. Dat soort vragen. Is daar echt een speciaal spreekuur in een derdelijnscentrum voor nodig?

De heiligheid van de zelfbeschikking

Elselijn Kingma (hoogleraar filosofie van de biotechnologie aan de Technische Universiteit Eindhoven en docent filosofie aan de universiteit van Southampton) zei heel stellig: 'zelfbeschikking is heilig en zelfbeschikking is de *bottom-line*'. Dat betekent dat elke

vrouw zelf bepaalt wat er wel en wat er niet gebeurt met haar lichaam: er mag geen inbreuk gemaakt worden op de integriteit van het lichaam tegen de wil van een persoon. Ook niet in het geval van zwangerschap en ook niet voor het redden van een kind. Dit geldt overigens ook na de bevalling: ouders kunnen bijvoorbeeld niet gedwongen worden een nier of stamcellen te doneren als hun kind deze nodig heeft om te overleven.

Je kunt je natuurlijk afvragen of er geen uitzonderingen zijn, of dat er uitzonderingen zouden moeten bestaan op dit zelfbeschikkingsrecht. Maar als er dan al gemorreld moet worden aan zelfbeschikking dan leent de situatie met post-mortem orgaandonatie zich daar veel meer voor, zo stelde Kingma. Het doneren van organen na overlijden is alleen mogelijk na toestemming, zelfs als het leven van meerdere ontvangers gered kan worden. Voor zwangeren is zelfbeschikking tenminste even heilig als voor doden.

'En ik dan? Heb ik dan helemaal geen rechten?'

In moreel opzicht lijkt de foetus het onderspit te delven ten opzichte van het zelfbeschikkingsrecht van de aanstaande moeder. Rob Kottenhagen (jurist, universitair docent Recht van Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit) nuanceerde deze gedachte: de foetus heeft wel degelijk rechten. In strikte zin wordt het recht van de foetus alleen beschermd in het erfrecht waar zijn/haar 'belangen veilig zijn gesteld'. Uit jurisprudentie blijkt dat het wetsartikel ook gebruikt kan worden tijdens de zwangerschap: er staat in het wetsartikel immers 'belang' en niet 'vermogensrechtelijk belang'. Zo is het artikel gebruikt om maatregelen in belang van het kind af te dwingen, bijvoorbeeld voor drugsverslaafde vrouwen met een psychiatrische stoornis of anderszins wilsonbekwame zwangeren die niet voor zichzelf (en hun kind) kunnen zorgen. Of dit al voor de 24 weken mogelijk is, wordt door verschillende rechters verschillend beoordeeld.

Het grootste probleem met betrekking tot de rechten van de foetus is het gebrek aan 'maatregelen' die genomen kunnen worden als zijn/haar belangen in gevaar zijn. De wet BOPZ regelt gedwongen opnames en behandelingen (die behandelingen betreffen overigens altijd heel andere behandelingen dan je in de verloskunde zou toepassen) bij personen met een geestesstoornis. Maar dat betreft niet zwangeren die een 'afwijkend VIL-verzoek' hebben.

De Kinderbescherming (AMK en Bureau Jeugdzorg) kan tijdens de zwangerschap door verloskundige hulpverleners benaderd worden als die ernstige zorgen hebben over de gezinssituatie van een kind na de geboorte. Tijdens de zwangerschap kan bijvoorbeeld een VOTS (Voorlopige Onder Toezichtstelling) aangevraagd worden, resulterend, na uitspraak van de rechter, in een uithuisplaatsing van het kind na

de geboorte. Een dergelijke maatregel kan niet aangevraagd worden als een zwangere een andere keuze maakt dan de gynaecoloog inzake haar bevalling. Een 'gedwongen' keizersnee is dan ook niet mogelijk en betekent mishandeling van de moeder.

In dit kader is het nog interessant te kijken naar het standpunt van de KNMG over vrije artskenkeuze en de momenten waar daarop geen aanspraak kan worden gemaakt: in acute situaties kan een patiënt 'gedwongen' zijn zich te laten behandelen door de arts die dienst heeft'. Veelal gaat het hier echter om patiënten die wel de behandeling volgens de richtlijnen willen ondergaan maar niet door de betreffende arts. Een heel ander dilemma. Maar onder deze omstandigheden zouden vrouwen kennelijk tegen hun wil (zonder *informed consent*) behandeld mogen worden.

'Ik doe even een bandje om uw buik'

De eerste minuten van de presentatie van Wilma Duijst (forensisch arts Zwolle, rechter bij de rechtbank in Arnhem) waren een hilarische beschrijving van de bevalling van haar derde kind. Hoewel hilarisch tevens leidend tot schaamrood op de kaken wegens het totaal ontbreken van *informed consent* en de herkenbaarheid. De derde bevalling diende zich bij 35 weken aan en dus ging ze met haar man naar het ziekenhuis. Daar bleek de WGBO heel vaak, zeg maar bijna nooit, toegepast. Het begon met de leerling verpleegkundige die 'even een bandje om de buik deed om de weeën te meten' zonder informatie over noodzaak, zonder te wachten op toestemming, en zonder mogelijkheid dit niet te willen. En toen was de bevalling nog maar net begonnen!

De WGBO stelt dat geen onderzoek of behandeling mag plaatsvinden zonder *informed consent*. De zwangere heeft dus recht op informatie door de zorgverlener en heeft het recht de behandeling of het onderzoek te weigeren. Daarbij regelt de WGBO het recht op privacy en het recht op vertegenwoordiging waarbij de moeder en de vader het kind vertegenwoordigen. De WGBO is op elke handeling in de zorg van toepassing. Het is goed om nu en dan eens terug te kijken aan het eind van de werkdag: kan alles wat je gedaan hebt de toets van de WGBO doorstaan?

Wilma Duijst benadrukte dat een richtlijn zoals de Verloskundige Indicatie Lijst (de VIL) er voor de professionals is maar dat het geen wet is. Patiënten hebben met de VIL dus in theorie niets te maken: voor patiënten geldt de WGBO als de verloskundige zorgverleners met de VIL in hun hand iets willen. Ze vroeg zich ook hardop af of het belang van de zorgverlener inderdaad wel 'een gezonde baby' is, soms lijkt het belang vooral te liggen bij het voorkomen van een bezoek aan het tuchtcollege. Tot slot stelde ze luid en duidelijk dat zwangeren, ook tijdens de bevalling, en slechts een enkeling daargelaten, volledig wilsbekwaam zijn. Waarvan akte!

Samenvattend blijkt er juridisch gezien niet veel

mogelijk om een zwangere zonder geestesstoornis te dwingen tot een behandeling. Toch is het ook niet toegestaan het 'er dan maar bij te laten zitten': zorgverleners zijn verplicht bij herhaling aan te dringen op het aannemen van zorg. Manipuleren en dreigen helpen daarbij niet, verstoren de arts-patiëntrelatie en werken contraproductief. Bovendien kunnen zorgverleners hulpverleners ook niet weigeren omdat achterlaten in hulpeloze toestand strafbaar is.

De oplossing: gedeelde besluitvorming?

Na alle input tijd voor oplossingen! Wellicht dat de oplossing ligt in het toepassen van de principes van *shared decision making* (SDM: gedeelde besluitvorming). Bij SDM geldt dat zowel de patiënt als de arts betrokken zijn bij het nemen van de beslissing, informatie uitwisselen, hun voorkeuren uitwisselen en tevreden zijn met het uiteindelijke besluit zo legde Arwen Pieterse (psycholoog en onderzoeker bij de afdeling Medische Besliskunde van het LUMC) uit. In de praktijk betekent SDM onder andere dat er oog moet zijn voor de ervaringen en verwachtingen van de patiënt (en haar familie) en dat de zorgverlener een advies geeft op basis van het klinische oordeel en de voorkeur van de patiënt. Uit onderzoek blijkt dat het toepassen van SDM leidt tot meer tevreden patiënten en zorgverleners, betere kwaliteit van leven, betere arts-patiëntrelaties en minder beslissingonzekerheid bij de patiënt. Kortom minder kans dat het, zoals Marieke de Haas-van Bommel en Sandra Allaart zo mooi beschreven aan het begin van de middag, 'stuk loopt in het ziekenhuis' en er gekozen wordt voor een medisch gezien ongewenste oplossing.

En nu?

Het was een inspirerende middag waarbij het besef groeide dat er echt iets moet veranderen in de verloskundige zorg. De patiënt (of is het beter te spreken van cliënt?) moet centraal staan en niet de VIL of andere richtlijnen of protocollen. Hier en daar werden we door open deuren gegooid (er moet oog zijn voor de ervaringen en verwachtingen van de patiënt) en de oplossing ligt voor de hand: ga in gesprek, blijf in gesprek en ga zo nodig opnieuw in gesprek. En wees nieuwsgierig, nieuwsgierig naar die zwangere tegenover je. En wees nieuwsgierig in plaats van tevreden als het allemaal volgens de protocollen verloopt.

De Commissie Gynaecoloog en Maatschappij gaat zich beraden op 'hoe verder?'. Moet er een standpunt worden geschreven? Moet dat samen met de KNOV? Moeten er workshops *shared decision making* worden gemaakt die kunnen worden gegeven binnen VSVs? Moet er volgend jaar op het Gynaecologisch congres een plenaire workshop worden gegeven? Middagthema op de Landelijke Opleidingsdagen? Video-onderwijs via de website van het College voor Perinatale Zorg?

Dat er iets moet is ons en alle aanwezigen meer dan duidelijk: de invitational conference Botsende Belangen krijgt een vervolg. De belangen botsen immers helemaal niet!

Samenvatting

Op 25 september jl organiseerde de werkgroep 'Gynaecoloog en Maatschappij' een invitational conference om de verschillende aspecten van het toenemend aantal zwangere vrouwen met een zorgvraag buiten de richtlijnen en protocollen te belichten. Dit artikel is een verslag van die invitational conference. Naast vrouwen met zo'n verzoek om zorg buiten de richtlijnen en protocollen kwamen zorgverleners aan het woord en werden ethische en juridische aspecten bediscussieerd. De laatste spreker gaf een presentatie over gedeelde besluitvorming. Hoewel de invitational niet was bedoeld om een (nieuwe) standaard te benoemen was de conclusie dat (zwangere) vrouwen, vanwege het recht op autonomie, niet kunnen worden gedwongen zorg te krijgen die ze niet willen.

Trefwoorden

Invitational Conference, zorgvraag, richtlijn, zwangerschap, WGBO, juridische aspecten.

Summary

On September 25th the working party 'Gynaecoloog en Maatschappij' hosted an invitational conference to access and evaluate the many different aspects of the increasing number of pregnant women with a demand for care outside guidelines and protocols. This article is a report of that invitational conference. Apart from women with a demand for care outside guidelines, providers of care presented their opinion. Moreover moral aspects as well as legal aspects were discussed. The last speaker provided a talk on shared decision making. Although the invitational was not meant to set a standard, the strongest conclusion was that (pregnant) women can, because autonomy is the ultimate bottom line, not be forced into care that they do not want.

Keywords

Invitational Conference, demand for care, guidelines, pregnancy, legal aspects.

Correspondentieadres

dr Cor de Kroon, vz. Cie gynaecoloog en maatschappij, LUMC, K6-16
Postbus 9600, 2300 RC, Leiden
e cordekroon@lumc.nl
t 071-5262871

Waar een wil is, is een wet...

Recht op verloskundige zorg op maat

dr. I.M. de Graaf afdeling verloskunde, AMC Amsterdam

mr. drs. J. A.G. Drapers directoraat patiëntenzorg, AMC Amsterdam

prof. dr. J.A.M. van der Post afdeling verloskunde, AMC Amsterdam

Een zwangere vrouw zal alles doen wat in haar macht ligt, om vermijdbare schade aan haar nog ongeboren kind en pasgeboren kind te voorkomen. Dit uitgangspunt is voor alle betrokkenen in de geboortezorg hetzelfde. Als een wilsbekwame zwangere, ondanks de gevoelde plichten aanzien van haar ongeboren kind, zwaarder wegende redenen heeft om niet voor de voorgestelde (volgens de richtlijnen geldende) behandeling te kiezen, dan zal haar standpunt geaccepteerd moeten worden. Het morele gelijk van de verloskundig zorgverlener kan niet worden afgedwongen. Het morele gelijk van een wilsbekwame, goed geïnformeerde zwangere vrouw is even zwaar wegend. In het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam zoeken we, binnen de bestaande grenzen, naar de mogelijkheden om de verloskundige zorg zo te organiseren dat niemand, op welke wijze dan ook, wordt geschaad: niet de cliënt noch het ongeboren kind noch de verloskundige zorgverlener.

Daarom zijn wij recent gestart met een speciale poli, waar zorg op maat wordt aangeboden.

De verloskundige zorg in Nederland is goed georganiseerd: de eerstelijnszorg voor laagrisicozwangeren en -geboorten, de tweedelijnszorg voor hoogrisicozwangeren en -geboorten. In de derde lijn wordt zorg geleverd wanneer perinatologische en neonatologische expertise noodzakelijk is. De zorgverleners werkzaam in de verschillende lijnen hebben met elkaar afspraken gemaakt over wanneer een zwangere doorverwezen moet worden. Deze afspraken hebben zij samengevoegd in het verloskundig vademecum¹, en bevat de verloskundige indicatielijst (VIL). Het vademecum is een multidisciplinaire richtlijn, een hulpmiddel om risicoselectie in de verloskunde in goede banen te leiden. De indicatielijst geeft aan bij welke indicatie een eerstelijns verloskundige of een (verloskundig actieve) huisarts een cliënt doorstuurt naar een gynaecoloog. De besturen van de Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen (KNOV), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) verzoeken hun leden de VIL als zwaarwegend advies te gebruiken en werken aan continue verbetering van dit belangrijke hulpmid-

del in de dagelijkse verloskundige zorg. De afspraken gemaakt in de VIL zijn echter al tien jaar oud. Momenteel wordt er gewerkt aan een herziening van de VIL, vooral op een aantal knelpunten (langdurig gebroken vliezen, diabetes gravidarum, groeivertraging en psychiatrie). Bij de herziening zijn ook kinderartsen betrokken.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) beschouwt dit door de drie beroepsgroepen gezamenlijk ontwikkelde en vastgestelde document als een professionele standaard en hanteert het als veldnorm.¹

Hierbij vigeert nog het invloedrijke advies van de stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. In dit rapport 'Een goed begin' (2010), geschreven in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport naar aanleiding van de relatief hoge perinatale sterfte in Nederland, wordt gesteld dat de keuzevrijheid rond de plaats van bevalling alleen is voorbehouden aan vrouwen die een gezonde zwangerschap doormaken². Als er een medische indicatie vastgesteld is zal het ziekenhuis de plaats van bevallen zijn, onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog.

Duidelijke afspraken

Dat een verloskundig zorgverlener in conflict kan komen met deze duidelijke afspraken mag blijken uit een viertal recente uitspraken van het Regionaal tuchtcollege Amsterdam³. Vier verloskundigen moesten zich verantwoorden voor de beslissing die zij hadden genomen, om de zorgvraag van een cliënt die duidelijk buiten de standaard viel, te honoreren. Ter verdediging werd het recht op een autonome beslissing van ieder mens aangevoerd. Ook de zaak 'Ternovzky vs. Hongarije'⁴, waarin de uitspraak is gedaan door het Europese Hof dat iedere vrouw het recht heeft om zelf de omstandigheden te bepalen waaronder zij wil bevallen (waar, hoe en met wie) werd ter verdediging gebruikt. Tevens werden passages uit een brief uit maart 2013, opgesteld door de KNOV en de NVOG, naar aanleiding van de door de beide beroepsverenigingen herkende problematiek uitgelegd als 'second best is ook goed genoeg'. In die brief doen de KNOV en de NVOG een beroep op de Verloskundige Samenwerkings Verbanden (VSV's) om in het belang van veilige zorg altijd verloskundige bijstand te verlenen, ook indien deze zorg niet con-

form de in de VII gemaakte afspraken plaats moet vinden. Een citaat: 'als (wilsbekwame) ouders persisteren in een wens buiten de standaard om, mag en kan de verloskundige hen in acute situaties niet in de steek laten. Zij zal dan in die situatie haar uiterste best doen om de bevalling zo veilig als mogelijk te laten verlopen'. De vraag blijft bestaan wat bedoeld wordt met 'zo veilig mogelijk' en hoe en aan welke criteria dit getoetst wordt indien er een verloskundige calamiteit ontstaat.

Verloskundig zorgverleners, die zich de laatste jaren bewust zijn geworden van tegenvallende perinatale sterfte cijfers in Nederland, staan voor een dilemma bij de vraag of zij deze wens kunnen honoreren. Een arts of verloskundige zal veel tijd willen investeren in het overhalen van de vrouw om toch aan de behandeling mee te werken om daarmee niet zelf in deze voor haar onbekende en, volgens de afspraken en geldende kennis, meer riskante situatie voor moeder en kind betrokken te blijven. Ook weet de hulpverlener niet welke inspanning voldoende wordt gevonden om niet aansprakelijk te zijn voor een eventuele calamiteit. Blijft de zwangere vrouw bij haar besluit, kan dan door een juridische uitspraak (omdat kennelijk de aanstaande moeder tegen het belang van haar nog ongeboren kind kiest) een behandeling worden afgedwongen?

Deze vraag kan leiden tot een geschaad vertrouwen tussen de zorgverlener en de patiënt. De vertrouwensrelatie die bij een belangenconflict toch al onder druk staat, kan alleen maar verslechteren als de zorgverlener naar de rechter stapt of dreigt met een melding bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). Als het risico op gerechtelijke vervolging aanwezig is, is het niet ondenkbaar dat de cliënt helemaal geen medische hulp meer zal zoeken. *Unattended birth* zal ook in Nederland een vaker voorkomend fenomeen worden.

Het recht spreekt niet

Zelfbeschikkingsrecht

Iedere persoon heeft grondrechten, waarvan artikel 10, 11 en 15 van de Grondwet de belangrijkste zijn. Het zelfbeschikkingsrecht is niet als een grondrecht of mensenrecht geformuleerd.

In de Wet Geneeskundige Behandeling Overeenkomst (WGBO) heeft dit wel vorm gekregen door de bepalingen over toestemming⁵. Zonder toestemming mag geen behandeling worden uitgevoerd. Hieraan gekoppeld is de informatieplicht.

Het zelfbeschikkingsrecht is niet absoluut, maar kent beperkingen. Het wordt in de eerste plaats beperkt wanneer het in botsing komt met het zelfbeschikkingsrecht van anderen. De vraag die daarbij gesteld kan worden is of het ongeboren kind ook tot 'de

anderen' gerekend kan of moet worden. Juridisch is het ongeboren kind geen persoon en heeft het dus ook geen rechten.

En wordt het zelfbeschikkingsrecht altijd en consequent toegepast, zoals de manier waarop we het gebruiken suggereert? Vaak wordt er een afweging gemaakt tussen zelfbeschikking en het beschermingsbeginsel. Deze afweging is onderhevig aan de tijdgeest en een persoonlijke invulling. Bijvoorbeeld: automutilanten of suïcidale personen worden opgesloten en zonnodig vastgebonden om hen tegen zichzelf te beschermen en meerderjarige, intelligente en aanspreekbare anorexiapatiënten worden soms onder dwang gevoed. Ongeboren baby's voor wie een klein gebrek mogelijk geen bezwaar is, kunnen op grond van dat gebrek geaborteerd worden (voor de 24e week). En in dit laatste voorbeeld doet zich nog een probleem voor: een ongeboren vrucht is geen persoon. Daarmee wordt de afweging tussen zelfbeschikking en beschermwaardigheid nog moeilijker⁵.

Er zou meer duidelijkheid moeten komen over het bestaan van het recht op zelfbeschikking van de zwangere vrouw. Wanneer het zelfbeschikkingsrecht een expliciete grondslag krijgt wordt het duidelijk wat het zelfbeschikkingsrecht precies inhoudt, maar ook in hoeverre het beperkt kan worden ten behoeve van het ongeboren kind. Het zelfbeschikkingsrecht kan ingeperkt worden door een beroep op de beperking gronden uit art. 8 lid 2 EVRM. Wat betreft het beperken van het zelfbeschikkingsrecht ten behoeve van het ongeboren kind lijken de 'bescherming van de gezondheid' en 'de rechten en vrijheden van anderen' relevante beperking gronden. Er is echter (nog) geen jurisprudentie of het beperken van het zelfbeschikkingsrecht ten behoeve van het ongeboren kind op een van deze genoemde gronden aanvaardbaar is.

Recht van het ongeboren kind

Artikel 1:2 Burgerlijk Wetboek (BW) bepaalt dat het kind waarvan een vrouw zwanger is, als reeds geboren wordt aangemerkt, zo dikwijls zijn belang dit vordert. Dit heeft primair betrekking op het vermogensrecht van het ongeboren kind. Of het ook voor andere situaties mag worden gebruikt staat ter discussie. Als onder dit belang ook het medisch belang wordt verstaan, lees je dat het voor de moeder niet alleen een morele plicht is om het kind zo goed mogelijk te verzorgen, maar ook een juridische plicht. Het is vooral van belang dat er duidelijkheid ontstaat over deze afweging. Dat staat los van art. 1:2 BW.

In de literatuur bestaat voornamelijk nog geen consensus over de afweging. Aanhangers van een bovenbeschreven ruimere interpretatie menen dat dit artikel ook de medische belangen van het ongeboren kind beschermt. Tegenstanders menen dat het artikel



deze ruimte niet biedt, maar pleiten wel voor nieuwe wetgeving die bescherming van het ongeboren kind mogelijk maakt.⁶ Er moet dus expliciet duidelijk gemaakt worden wat de reikwijdte van dit artikel is, of er moet nieuwe wetgeving worden gemaakt waarin de belangen van het ongeboren kind worden beschermd.

Recht van de zorgverlener

De rechten en plichten van de zorgverlener zijn vastgelegd in de WGBO. Een arts (of een andere zorgverlener) heeft het recht om zijn eigen beslissingen te nemen, op basis van zijn deskundigheid en overtuiging. Hij hoeft dus niet zonder meer te doen wat de patiënt hem vraagt.

Als er meer duidelijkheid is over de beschermwaardigheid van het ongeboren kind ten opzichte van de zwangere vrouw, dienen ook de mogelijkheden van de arts verder uitgelicht te worden. Nu de beschermwaardigheid van het ongeboren kind volgens het huidige recht nog niet expliciet is geregeld, blijft het lastig om vast te stellen hoe ver de zorgplicht van de arts strekt ten opzichte van de ongeborene.

Zorg op maat

In het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam zien wij patiënten met ingewikkelde perinatale problematiek, vaak somatisch van aard. Deze patiënten verdienen extra tijd en aandacht, vaak is de behandeling van deze patiënten buiten protocollair en nog niet in richtlijnen beschreven. Terugverwijzing met een behandeladvies naar tweede en eerste lijn vindt

plaats indien mogelijk en wordt gezien als goede zorg op maat. Wij menen dat ook de groep van kritische consumenten onder deze noemer valt en willen dit probleem beter leren kennen om hier goede adviezen over te kunnen geven. Wij zoeken naar de mogelijkheden binnen de bestaande grenzen, om de verloskundige zorg zo te organiseren dat niemand op wat voor manier ook wordt geschaad, niet de client noch het ongeboren kind noch de verloskundige zorgverlener.

Daarom zijn wij recent gestart met een speciale poli, waar zorg op maat wordt aangeboden.

Met de poli op maat krijgen wij zorgvragen vanuit de eerste en tweede lijn, die afwijken van de standaard oftewel de VIL. Vrouwen die groot vertrouwen hebben in de fysiologie van hun eigen lijf ondanks een door de zorgprofessional vastgesteld verhoogd risico ten aanzien van de bevalling en bewust buiten de VIL willen bevallen, vrouwen die veel waarde hechten aan zelfbeschikking en die op eigen wijze willen bevallen zonder protocollen of medisch ingrijpen, komen hier hun specifieke zorgvraag bespreken.

Mogelijk zullen we vrouwen zien die angst hebben voor de medicalisering van de geboorte van hun kind. Ook vrouwen die geen vertrouwen hebben in het ziekenhuis, angst hebben om als nummer behandeld te worden, kunnen samen met hun verloskundige komen praten over dit wantrouwen.

Maar ook vrouwen die hele duidelijke afwijkende wensen hebben met betrekking tot niet geïndiceerd medisch ingrijpen, kunnen hier terecht. Te denken

valt aan een sectio op verzoek of inleiding op verzoek zonder medische indicatie of noodzaak.

Een van de doelen van deze poli is om de afstand tussen ziekenhuis en patiënte te verkleinen. Wij willen goede voorlichting geven over de medische indicatie waarvoor zij wordt doorgestuurd, en goede voorlichting geven over de risico's die zij neemt als zij niet in de tweede of derde lijn onder controle komt dan wel bevalt.

Mocht er weerstand of angst zijn voor de 'ziekenhuisbevalling', dan zullen wij trachten deze weg te nemen bij de zwangere vrouw. Daarbij geven wij gedegen uitleg over de zeggenschap die zij als barendes vrouw in het ziekenhuis heeft (dus leggen wij ook bevallingscoach/geboortepan/lactatiekundige voor). Graag willen we samen met de cliënt en haar verloskundig zorgverlener uitzoeken wat haar wensen zijn rondom de bevalling en haar informeren over de haalbaarheid van haar wensen in het ziekenhuis.

Tijdens het polibezoek nemen we ruim de tijd om alles te bespreken. Bij het consult hopen we dat altijd de eigen verloskundige aanwezig is. Vanuit de tweede/derde lijn zal de cliënt spreken met een gynaecoloog, een klinisch verloskundige en een medisch maatschappelijke werker. In het gesprek zal de verloskundig hulpverlener zijn uiterste best moeten doen om de beweegredenen van de vrouw te achterhalen. Weerstanden, (irrationele) angsten en misverstanden moeten besproken worden.

Mocht de cliënt ondanks goede informatie en counseling persisteren in haar wens buiten de richtlijnen te gaan bevallen, dan zal het 'vangnet' besproken worden, wanneer en met wie wordt contact gezocht bij calamiteiten. Van groot belang is dat de hulpverleners goed documenteren (kunnen bewijzen door geschrift of getuigen) welke adviezen zijn gegeven. Ze moeten aangeven op welke indringende wijze de adviezen zijn geformuleerd en welke mogelijkheden de patiënt zijn geboden. Uiteindelijk blijft ook de verantwoordelijkheid bestaan voor het ongeboren kind.

Samenvattend denk ik dat we als belangrijkste doel zien om objectieve informatie te geven en te inventariseren welke mogelijkheden er zijn voor een cliënt binnen een medische omgeving. Het vertrouwen tussen zorgverleners en cliënt te vergroten en afspraken te maken om met de diverse partijen (zowel de zwangere als desbetreffende zorgverleners) de cliënt eventueel verdere begeleiding te bieden in een tweede- of derdelijnszorginstelling.

Wij hopen zo ook de bejegening naar de zwangere/barendes vrouw onder de loep te kunnen nemen en daar waar nodig is te verbeteren door middel van onderwijs aan de arts-assistenten en verpleegkundigen.

Conclusie

Ook wij nemen het autonomiebeginsel als uitgangspunt, omdat wij waarde hechten aan individuele zelfbeschikking. Een zwangere vrouw zal alles doen wat binnen haar macht ligt, om vermijdbare schade aan haar ongeboren of pasgeboren kind te voorkomen. Enkele uitzonderingen bij ernstige psychopathologie of verslaving daargelaten^{7,8}. Dit uitgangspunt is voor alle betrokkenen hetzelfde.

Er is echter een groot verschil in perceptie tussen een verloskundig zorgverlener en de cliënt. Waar de cliënt haar beslissing baseert op een mogelijk éénmalige gebeurtenis, baseert de verloskundig zorgverlener zich op een veel bredere en gevarieerdere ervaring.

Als een wilsbekwame zwangere, ondanks haar gevoelde plichten ten aanzien van haar ongeboren kind, zwaarder wegende redenen heeft om niet voor de voorgestelde (volgens de richtlijnen geldende) behandeling te kiezen, dan zal haar standpunt geaccepteerd moeten worden. Het uitoefenen van morele druk via een juridische dwangmaatregel leidt tot verslechtering van de vertrouwensrelatie.

Het morele gelijk van de verloskundig zorgverlener kan niet worden afgedwongen. Het morele gelijk van een wilsbekwame, goed geïnformeerde zwangere vrouw is even zwaarwegend. Laten we het ontstane gat, of beter, de ontstane ruimte, benutten om de zorg te verbeteren en met elkaar in gesprek te gaan.

Referenties

1. Verloskundig Vademecum, College voor zorgverzekeringen, Diemen 2003 (ISBN 90-70918-34-X).
2. Een goed begin; veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Kamerstuk 30/12/2009
3. Uitspraak regionaal tuchtcollege te Amsterdam: ECLI: NL: TGZRAMS:2013:14 2012/357V/358V/359V
4. Ternovzky versus Hungary, European Court of Human Rights, no 67545/09, factsheet reproductive rights, 14/12/2010
5. Leenen, H.J.J. Handboek gezondheidsrecht. 2e druk. Alphen aan den Rijn: Samsom, 1988: 77, 121-3, 170-1.)
6. Kottenhagen, R.J.P., 'Botsende rechten van moeder en ongeboren kind. Kan een vrouw tegen haar wil gedwongen worden een medische ingreep te ondergaan ten behoeve van de nasciturus?' Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2008, p. 492-503.
7. Duist W.L.J.M., J. van Eyck & R.J.P. Kottenhagen. *Perinataal beleid; uiteindelijk eigen keuze van de zwangere?* NTOG 2013;126:349-352
8. Boonekamp J., W. Dondorp, R. Berghmans & G. de Wert. *Drang en dwang in de zorg voor verslaafde zwangeren, een ethische analyse.* Programma Ethiek & Gezondheid: 2011, projectnr 1410002

Samenvatting

Als een wilsbekwame zwangere, ondanks haar gevoelde plichten ten aanzien van haar ongeboren kind, zwaarder wegende redenen heeft om niet voor de volgens de richtlijnen geldende behandeling te kiezen, dan zal haar standpunt geaccepteerd moeten worden. Het zelfbeschikkingsrecht van een zwangere is niet absoluut, maar kent beperkingen. Het wordt in de eerste plaats beperkt wanneer het in botsing komt met het zelfbeschikkingsrecht van anderen. De vraag is of het ongeboren kind ook tot 'de anderen' gerekend kan worden, en of het beperken van het zelfbeschikkingsrecht op deze gronden aanvaardbaar is. Als er meer duidelijkheid is over de beschermwaardigheid van het ongeboren kind, dienen ook de mogelijkheden van de arts verder uitgelicht te worden. Het blijft onduidelijk hoe ver de zorgplicht van de arts strekt ten opzichte van de ongeborene. In het AMC zoeken we naar de mogelijkheden binnen de bestaande grenzen, om de verloskundige zorg zo te organiseren dat niemand op wat voor manier wordt geschaad. Daarom zijn wij recent gestart met een speciale poli, waar zorg op maat wordt aangeboden.

Trefwoorden

kritische consumenten, gezondheidsrecht, autonomie, zorg op maat

Summary

A pregnant woman will do everything that is possible to care for and protect her unborn and newborn child. That is the basis for everyone involved in prenatal care. If an autonomous woman, despite her obligation to care for her unborn child, decides to give birth outside the system or unattended, this decision should be accepted by her caregiver. There is no known law to protect an unborn child, except in cases of psychiatric disease.

In the Academic Medical Centre in Amsterdam we started a special outpatient clinic to explore the possibilities within our care system to facilitate these women, so that no one is endangered, not the pregnant women nor her child nor the caregiver.

Keywords

Prenatal care, medical law, autonomy, unattended birth

Contactpersoon

dr. Irene de Graaf, AMC H4-274 afd. verloskunde
Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam
e i.m.degraaf@amc.uva.nl

Belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van belangenverstrengeling of financiële bijdrage.

Commentaar NTOG op 'Recht op verloskundige zorg op maat'

dr. J.J. Duvekot *gynaecoloog-perinatoloog Erasmus MC, Rotterdam*

In het artikel van De Graaf et al. van het AMC Amsterdam worden de beweegredenen voor het oprichten van een speciale verloskundige polikliniek voor 'zorg op maat' beschreven. Enigszins vreemd, want krijgt in principe niet iedere zwangere vrouw in Nederland 'zorg op maat'? De aanleiding voor het oprichten van deze polikliniek komt klaarblijkelijk voort uit de wens van een enkeling om niet te kiezen voor die zorg, die wij als gynaecologen, maar ook zeker veel verloskundigen, als veilig beschouwen. Dat vrouwen altijd kiezen voor optimale veiligheid voor hun kind, zoals de auteurs suggereren, durf ik toch bij deze categorie te betwisten.

Wat des te belangrijker is, is om ons af te vragen waar deze vaak zeer uitgesproken wens zijn oorsprong vindt. Naar mijn idee komt dit vooral voort uit het feit dat onze patiënten de afgelopen jaren het vertrouwen in de medische stand als geheel aan het verliezen zijn. Een gegeven dat het overgrote deel van de gynaecologen in ons land zal herkennen. De onzekerheden en ongerustheid die patiënten vaak ten toon spreiden kost niet alleen in het AMC maar overal in het land veel werk in de zin van goede voorlichting en uitleg over ons behandelplan. Op elke verloskundige polikliniek in Nederland komt vooral het probleem van wantrouwen en onzekerheid met veel regelmaat voor. Gelukkig dat in de meeste gevallen de routine 'zorg op maat' hierbij voldoende is. Het merendeel van de Nederlandse gynaecologen is namelijk in staat om dit vertrouwen zelf goed te herstellen. Eenduidigheid in beleid en een herkenbare en bekende zorgverlener dragen hieraan bij. Vooral dat laatste is iets wat in de professionalisering en versnippering van ons vak vaak moeilijk is waar te maken. Hier zou meer aandacht voor moeten zijn. Zorgwekkender is dat deze onrust vaak ook wordt overgebracht op de verloskundig zorgverlener die vervolgens zich genoodzaakt ziet over te gaan tot meer en vaak onnodige medische interventies. En is de zorgverlener al niet ongerust dan eist de patiënt deze extra interventies wel van ons. 'Zorg op maat' wordt dan 'overmaat aan zorg'. Vooral voor deze laatste categorie patiënten, die in feite een veel grotere groep vormen dan diegenen die weinig of geen professionele zorg wensen, zou een polikliniek zoals in het AMC van belang kunnen zijn. Over de kostenbesparing maar niet te spreken.

Vaginale intra-epitheliale neoplasie

VaIN: een actueel behandeloverzicht

drs. G. Kerpershoek arts-assistent gynaecologie MC Haaglanden
 dr. M.J. Kagie gynaecoloog MC Haaglanden

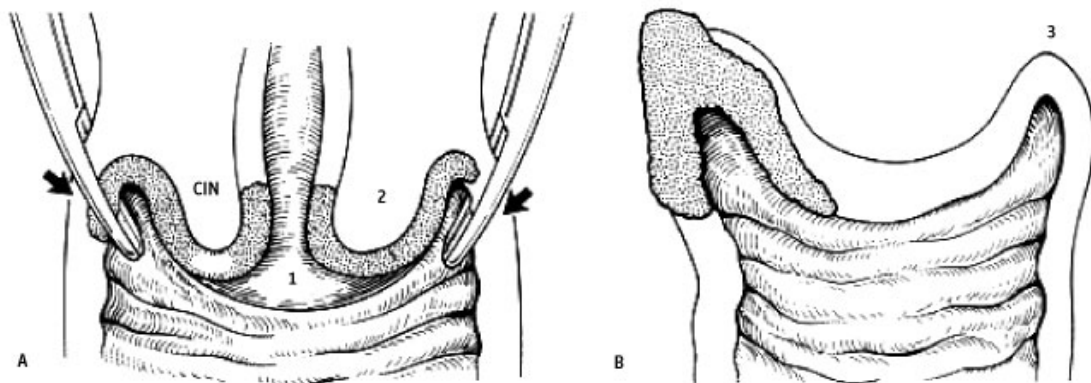
Een overzicht van de VaIN-behandel mogelijkheden naar aanleiding van een presentatie op het COBRA-congres.

Introductie

Vaginale intra-epitheliale neoplasie (VaIN) is een zeldzaam voorkomende dysplasie van de vaginawand. In vergelijking met de andere dysplastische aandoeningen van de genitale regionen (VIN en CIN) komt deze honderd maal minder voor. De incidentie ligt rond de 0,2-0,3 per 100.000 vrouwen. Waarschijnlijk is dit een onderschatting van het aantal gevallen, gezien het asymptomatische verloop van de aandoening. Een toename van de incidentie wordt echter gezien, waarschijnlijk door de toename van kennis over het ziektebeeld en daardoor toename in de diagnostiek. De hoogste prevalentie ligt tussen 40 en 60 jaar. Net zoals bij VIN en CIN zijn de risicofactoren terug te voeren op een HPV-infectie, vooral van de HPV 16 en 18. Associaties worden gezien tussen het ontwikkelen van VaIN bij een CIN-laesie (65%) en een VIN-laesie (10%) in de voorgeschiedenis. 20% van de VaIN-graad-I-laesies zijn HPV-positief waar 70% van de graad 2 en 3 VaIN-laesies HPV-positief zijn¹. Verder is immunodeficiëntie een risicofactor bij het ontwikkelen van VaIN.

Onderzoek toont aan dat de kans op het ontwikkelen van VaIN na een hysterectomie vanwege CIN rond de 7,4% ligt. De vraag hier blijft of er wel sprake is van VaIN of toch eerder van een rest-CIN. Immers de fornix posterior en inferior worden niet meegenomen waar hier wel doorgroei van de CIN kan hebben plaatsgevonden. Zie figuur 1.

Prognose
 2-4% van de VaIN-laesies zal zich transformeren tot een invasief vaginacarcinoom. Er is weinig bekend over een prognoseverschil tussen een unifocale VaIN-laesie en een multifocale VaIN-laesie zoals deze wel bij de VIN-laesies gezien wordt. Wel is bekend dat multifocaliteit de kans op recidief doet toenemen. Wat logisch te verklaren is, immers eerdere laesies of delen van laesies kunnen gemist zijn tijdens de behandeling^{2,3}.



*Figuur 1. VaIN na hysterectomie. A toont schematisch de resectievlakken van de hysterectomie bij een CIN. De laesies in de overgang van de cervix naar vaginawand kunnen makkelijk gemist worden, immers de fornix posterior en anterior worden niet meegenomen. B laat de status zien na hysterectomie van fig 1a. Hier is te zien dat na een hysterectomie geen onderscheid gemaakt kan worden tussen een primaire VaIN-laesie en een recidief CIN-laesie. * Ostium externum; ** cervix; *** Fornix posterior.*

Symptomen en diagnostiek

VaIN-laesies verlopen over het algemeen asymptomatisch (94%). In de zeldzame gevallen dat het wel gepaard gaat met symptomen wordt een afwijkend afscheidingspatroon (2%) of vaginaal bloedverlies (3%) gezien¹. VaIN-laesies presenteren zich langs de vaginawandranden in het proximale 1/3 deel van de vaginawand². De diagnose wordt gesteld aan de hand van biopsie tijdens kolposcopie. Bij kolposcopie wordt het gekenmerkt door acetowhit epitheel na behandeling met 5% acetic acid of een mozaiekpatroon van de onderliggende vaten op de vaginawand. Verder is het mogelijk om de laesies aan te tonen met Lugol's jodiumoplossing. Het idee is dat VaIN-laesies minder jodium opnemen dan het gezonde vaginawandepitheel waardoor ze oplichten. Zie figuur 2.

Vaginale intra-epitheliale neoplasie wordt geclassificeerd op basis van de mate van dysplasie van het epitheel en welk deel van de epitheliale laag dysplastisch is ten opzichte van de lamina propria. Tot 1/3 van de epitheliale laag wordt geclassificeerd als VaIN-klasse I, dysplasie tot 2/3 wordt geclassificeerd als klasse II. Ingroei van meer dan 2/3 van de epitheliale laag wordt gestadiseerd als VaIN-klasse III.

Behandelopties

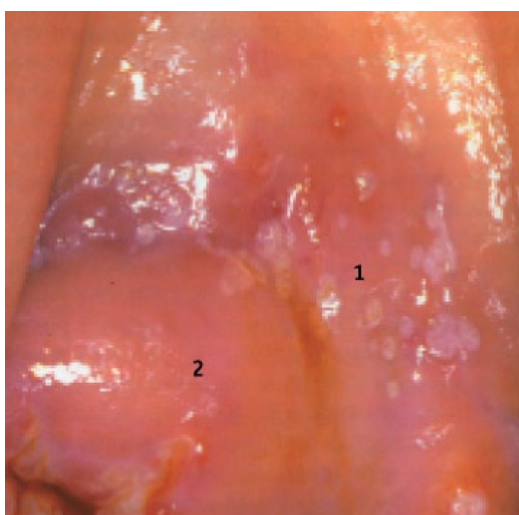
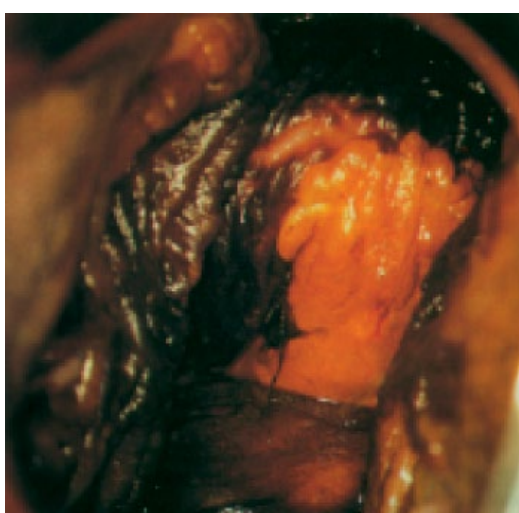
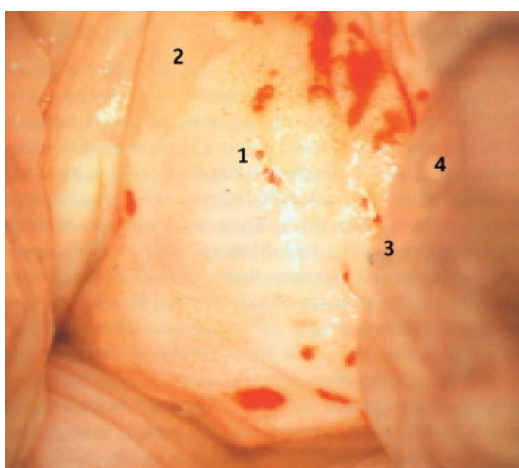
Voor de behandeling van VaIN wordt verschil gemaakt tussen de verschillende VaIN-gradaties. Graad 1 wordt niet behandeld vanwege de grote kans op complete regressie. Graad 2 en 3 daarentegen wordt wel behandeld vanwege de kans op de transformatie naar een invasief vaginacarcinoom³. In de loop van de jaren zijn verschillende behandelmethodes gebruikt en onderzocht. Alleen is nooit duidelijk geworden welke behandeling de beste resultaten laat zien. Wij zullen hier de verschillende behandelmethodes bespreken en vergelijken. Zie ook tabel 1.

Laserablatie

Laserablatie is een van de minst invasieve en frequent gebruikte methoden om VaIN te behandelen. De behandeling kent weinig bijwerkingen en is toegankelijk. Een nadeel is dat alleen de zichtbare laesies behandeld worden, waarmee de kans op recidief toeneemt. Dat maakt deze behandeling geschikter voor unifocale laesies dan voor multifocale laesies. De laser is redelijk effectief maar heeft daarbij ook een hoge kans op recidief. Hierbij dient wel vermeld te worden dat 87% van de recidieven graad III van origine waren en in 75% van de gevallen een multifocale laesie betrof^{2,4}.

Topicale behandeling

Als topicale behandeling worden 5-FU (cytostaticum) en imoquimod (immuunmodulator) gebruikt.



Figuur 2. Klinische presentatie VaIN. Figuur A toont een VaIN-laesie na kleuring met azijnzuur 5%. Tussen 1 en 2 is duidelijk het verschil in vaginaweefsel en VaIN-weefsel te zien. B laat dezelfde laesie maar dan na kleuring met Lugol's jodium. De verminderde opname doet de laesie oplichten. Overigens is dit een status na hysterectomie. C laat het acetowit epitheel (1) duidelijk zien in de fornix anterior met de cervix nog in situ (2)

Tabel 1. Behandeloverzicht VaIN

Behandelmethode	Effectiviteit	Recidief kans	Bijwerkingen
Laserablatie (2,4)	70% (2) bij eenmalige behandeling 79% (2) bij meermalige behandeling	38% (87% gr III) (4)	Minimale bijwerkingen Snel herstel na behandeling 38% kans op recurrence
Topicale behandeling • 5-FU (2) • Imoquimod (6)	• 70-90% • 50-85%	• 59% • 0-37% (gr I, II en III)	• Hoge morbiditeit • Minimaal invasief Werking nog niet wetenschappelijk onderbouwd
Excisie • LEEP (3,8) • Vaginatopresectie (9)	• 30%(3) / 75% (8) na 2 jaar follow up • 88% (25 maanden follow up)	70% (3) / 25% (8) na 2 jaar 0-12%	• Niet radicaal • Complicaties resectie (blaas, rectum)
Brachytherapie (10)	93%	7%	Veel bijwerkingen Schade aangrenzende organen

5-FU wordt vooral bij multifocale laesies gebruikt. Ondanks de hoge effectiviteit maken de hoge morbiditeit en hoge recidiefkans dit middel minder aantrekkelijk voor gebruik².

Imoquimodtherapie is vooral bekend bij de behandeling van VIN-laesies, waar het een reductie van laesiegrootte en in sommige gevallen zelfs complete regressie bewerkstelligde⁵. Gezien de gezamenlijke oorzaak, namelijk de HPV-infectie, zou je theoretisch ook een effect bij de VaIN-behandeling verwachten. Er is echter nog te weinig onderzoek naar gedaan om hier uitspraak over te doen. Het onderzoek dat is gedaan, is gedateerd en op kleine patiëntenpopulaties verricht. Deze onderzoeken laten bij 50-85% van de patiënten een complete response zien, echter werd er ook een recurrence van 0-37% gevonden^{6,7}.

Excisie

Zowel resectie als LEEP worden gebruikt voor de behandeling van VaIN. Over de effectiviteit van LEEP is nog geen eenduidig bewijs in de literatuur beschikbaar. Rome et al.³ toont een effectiviteit van 30% en recurrence van 75% aan waar Terzakis et al.⁸ een effectiviteit van 75% en een recurrence van 25% vindt (na 24 maanden follow up). Naar alle waarschijnlijkheid zijn deze verschillen te verklaren door de excisie diepte en daarbij het verschil in operateur. Hoe dieper de excisie, des te lager de recurrence rate maar des te hoger de kans op complicaties van de blaas en rectum.

Voor een complete resectie van VaIN-laesies wordt meestal vaginatopresectie gebruikt, vaginaal benaderd. Onderzoek naar deze techniek heeft aangetoond dat 88% van de patiënten na 25 maanden

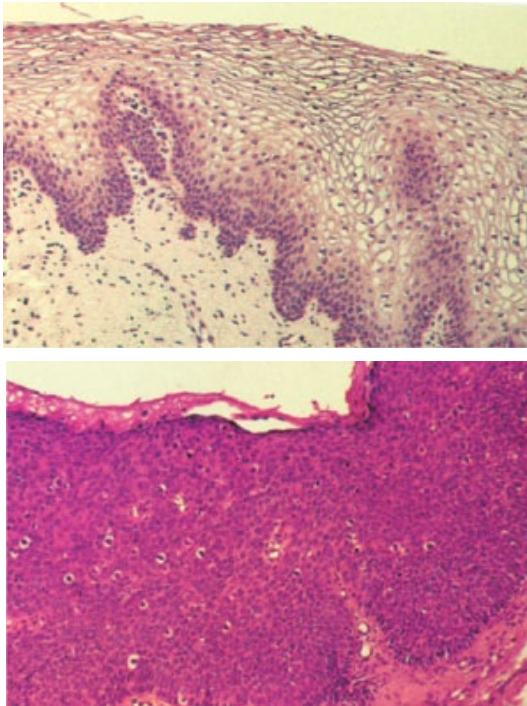
nog recurrence-vrij is⁹. Verder is er bij resectie de zekerheid over complete verwijdering en de mogelijkheid tot histologisch onderzoek. De kans op complicaties is groter dan bij de andere behandelingsmogelijkheden. Dat is logisch is gezien de aard en de complexiteit van de ingreep.

Brachytherapie

Radiotherapie wordt slechts gebruikt voor VaIN-graad 3 waar de andere behandelingsmethodes minder wenselijk zijn of nog niet het gewenste resultaat hebben bewerkstelligd. Blanchard et al. toonde aan dat in deze patiëntengroep 93% curatief werd behandeld met acceptabele bijwerkingen die niet boven de graad 3 kwamen. De patiëntenpopulatie werd behandeld met 60 Gy over gemiddeld vijf dagen middels een vaginale cilinder¹⁰.

Conclusie

Er is nog geen eenduidig beeld van de beste behandeloptie op dit moment. Iedere behandeling heeft zijn voor- en nadelen. Per patiënt zal de afweging gemaakt moeten worden welke behandeling het beste bij de situatie past. De gradatie, focaliteit en conditie van de patiënt zullen hierbij een rol spelen. Tot dusver lijkt resectie de meest betrouwbare behandeling met de minste recurrence maar daar tegenover staat een grotere kans op complicaties. Bij de diagnose CIN of VIN dient aanvullend onderzoek gedaan te worden naar het ontstaan van een VaIN-laesie. Vanwege een associatie met VIN- en CIN-laesies in de voorgeschiedenis en het ontwikkelen van een VaIN-laesie dient er bij de nacontrole na een VIN danwel CIN gedacht worden aan VaIN. Door het zeldzame voorkomen van VaIN is er nog



Figuur 3. Gradatie VaIN. Links normaal vaginawandepitheel met een normale opbouw van cubische cellen naar plaveiselepitheel vanaf de lamina propria (*). Rechts is deze organisatie verdwenen en zijn alle cellen tot de lamina propria cubisch van vorm en tonen dysplasie.

weinig onderzoek gedaan naar de behandeling van VaIN. Alle kennis is gebaseerd op gedateerde retrospectieve studies. Meer onderzoek dient gedaan te worden naar de verschillende behandelmethoden om een gefundeerde beslissing over de de behandeling te maken. Met de opkomst van de immunomodulators en HPV-vaccinaties liggen er ook voor de behandeling van VaIN nieuwe mogelijkheden. De effectiviteit en recurrence lijken ongeveer gelijk te zijn aan de andere behandelmethoden. Echter dient dit nog wel met onderzoek verder uitgediept te worden.

Take home message

- Uitsluiten van VaIN bij CIN en VIN in de voorgeschiedenis.
- Overweeg naast laser ook resectie bij VaIN
- Kansen voor imiquimod en vaccinaties

Referenties

1. Insingha, R.P. et al. *A systematic Review of the prevalence and attribution of human papillomavirus types among cervical, vaginal and vulvar precancers and cancers in the United States; Cancer epidemiol Biomarkers.* Prev 2008;17;1611-1622
2. Dodge, J.A. et al. *Clinical features and risk of recurrence among patients with Vaginal Intraepithelial Neoplasia.* Gynaecologic oncology 2001;83:363-369
3. Rome et al. *Management of vaginal intraepithelial neoplasia: a series of 132 cases with long-term follow-up.* Int. J. Gynecol. Cancer 2000;10(5):382-390
4. Yalcin et al. *Vaginal intraepithelial neoplasia: treatment by carbon dioxide laser and risk factors for failure.* European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive biology 2003;106:64-68
5. Seters et al. *Treatment of Vulvar Intraepithelial Neoplasia with Topical Imiquimod.* N Engl J Med 2008;358:1465-73
6. Ivazzo et al. *Imiquimod for treatment of vulvar and vaginal intraepithelial neoplasia International.* Journal of Gynecology and Obstetrics 2008;101;3-10
7. Haidopoulos et al. *Can local application of imiquimod cream be an alternative mode of therapy for patients with High grade intraepithelial lesions of the vagina? Int J Gynecol Cancer 2005;15,898-902*
8. Terzakis et al. *Loop electrosurgical excision procedure in greek patients with vaginal intra epithelial neoplasia.* Eur. J. Gynaecol Oncology 2010;31(4):392-394
9. Indermaur et al. *Upper vaginectomy for the treatment of vaginal intraepithelial neoplasia American Journal of Obstetrics and Gynecology 2005;193,577-581*
10. Blanchard et al. *Low-Dose Rate Definitive Brachytherapy for high grade vaginal intra epithelial neoplasia.* The Oncologist 2011;16:182-188
11. Singer et al. *Lower Genital Tract Precancer: Colposcopy, Pathology and Treatment, 2nd Edition*

Samenvatting

Vaginale intra-epitheliale neoplasie is een zeldzame aandoening, die vaak gemist en daardoor ook niet behandeld wordt. De verschillende behandelopties van topicale behandeling tot chirurgische interventie worden besproken en onderling vergeleken.

Trefwoorden

Vaginale epitheliale neoplasie, VaIN, behandelopties

Summary

Vaginal intraepithelial neoplasia is an uncommon disease, which is often missed and thereby not treated properly. In this article the different treatment options, from topical treatment to surgical intervention, will be discussed.

Keywords

Vaginal epithelial neoplasia, VaIN, treatment options

Contact

G. Kerpershoek, e.g.kerpershoek@mchaaglanden.nl

Belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van belangenverstrengeling of financiële bijdrage.

Gebruik van nitrofurantoïne peripartum

dr. J.L.M. Passier Teratologie Informatie Service, Lareb, Den Bosch

Bij de behandeling van een urineweginfectie tijdens de zwangerschap is nitrofurantoïne een eerstekeusmiddel, maar niet vlak voor de partus.¹ Hoe zat dat ook alweer?

Nitrofurantoïne in de zwangerschap

De Teratologie Informatie Service (zie kader) krijgt regelmatig vragen over het gebruik van nitrofurantoïne in de late zwangerschap. Bijvoorbeeld deze vraag van een apotheker:

'Een patiënte van ons is 35 weken zwanger en kreeg van de huisarts nitrofurantoïne voorgeschreven voor een urineweginfectie. Ik twijfel of we dit wel aan mevrouw mogen afleveren. Is gebruik van nitrofurantoïne nog veilig bij een zwangerschapsduur van 35 weken?'

Hemolytische anemie

Bij gebruik van nitrofurantoïne door een G6PD (glucose-6fosfaatdehydrogenase) deficiënte patiënt kan hemolytische anemie als zeldzame bijwerking optreden. Ook bij de neonat lijkt er, op basis van enkele (gedateerde) cases, een mogelijk verhoogd risico te zijn van hemolytische anemie na in utero blootstelling aan nitrofurantoïne vlak voor de bevalling.^{2,3} Dit risico lijkt met name aanwezig bij G6PD-deficiënte neonaten, maar kan ook optreden bij (premature) neonaten zonder deze deficiëntie omdat het enzymstelsel bij hen nog onvoldoende gerijpt is.^{4,5} Met het oog op dit - in de praktijk zeer

kleine - risico wordt geadviseerd om gebruik van nitrofurantoïne vlak voor de bevalling te vermijden. Echter, door het ontbreken van goed gedocumenteerde cases van hemolytische reacties bij neonaten is het niet geheel duidelijk welke termijn hierbij moet worden aangehouden. In de productinformatie⁶ wordt een contra-indicatie aangegeven voor 'zwangeren vlak voor en tijdens de bevalling'. Het Farmacotherapeutisch Kompas ontraadt gebruik 'na het optreden van de eerste weeën en tijdens de bevalling'. De NHG-standaard¹ stelt dat nitrofurantoïne eerste keus is tijdens de zwangerschap, maar niet 'kort voor of tijdens de partus'. In de richtlijn van de NVOG⁷ wordt genoemd dat het middel bij voorkeur niet mag worden toegediend vanaf 36 weken en bij dreigende preterm geboorte.

G6PD-deficiëntie

G6PD-deficiëntie is een erfelijke enzymafwijking die bij de oorspronkelijke Noord-Europese bevolking niet vaak voorkomt.⁸ Het heeft een hoge prevalentie (10-20%) bij mensen van mediterrane, Afrikaanse of Aziatische afkomst en uit het Midden-Oosten. G6PD is een eiwit op de celmembran van de erythrocyt en beschermt deze tegen schadelijke invloeden van superoxide en waterstofperoxide, door het antioxidant glutathion in de gereduceerde fase te houden. Bij mensen met G6PD-deficiëntie kan bij blootstelling van de verhoogd kwetsbare erythrocyten aan oxidatieve stress gemakkelijk hemolyse optreden. Bekende triggers zijn infecties, oxiderende geneesmiddelen (bijvoorbeeld nitrofurantoïne) en voedingsmiddelen (tuinbonen).

Bij neonaten zijn de erythrocyten extra kwetsbaar doordat het enzymstelsel nog onrijp is, vooral in geval van prematuriteit en/of G6PD-deficiëntie. Daar komt nog eens bij dat alle pasgeborenen sowieso een verhoogde kans hebben op hyperbilirubinemie (geelzucht), door de versnelde afbraak van foetaal hemoglobine die na de geboorte plaatsvindt in combinatie met de beperkte afbraakcapaciteit van de neonatale lever.⁹

Incidentie

Hoe groot is nu dit risico? De kans op hemolytische anemie bij de nitrofurantoïne gebruiker zelf is klein; volgens een ruwe schatting niet hoger dan 1 : 100.000.²

De vraag is welk risico het kindje loopt als het vlak voor

Teratologie Informatie Service

De Teratologie Informatie Service (TIS), sinds 2011 onderdeel van Lareb, is de vraagbaak voor zorgverleners op het gebied van de mogelijke effecten van geneesmiddelengebruik en andere blootstellingen op de zwangerschap, het ongeboren kind en de borstvoeding.

De TIS-telefoon dienst is bereikbaar op werkdagen van 9-17 uur op 073-6469702. Daarnaast kunt u zelf op onze website de meest recente informatie raadplegen afkomstig uit het TIS-naslagwerk 'Geneesmiddelen, zwangerschap en borstvoeding', zie www.lareb.nl/Teratologie/Naslagwerk-GZB.

de bevalling wordt blootgesteld aan nitrofurantoïne. In de literatuur wordt steeds verwezen naar enkele oude casussen^{2,3} waarvan maar één casus goed gedocumenteerd is. In een recente studie onder bijna 1000 zwangere vrouwen die in de laatste 30 dagen van de zwangerschap nitrofurantoïne hadden gebruikt, werd geen significant hogere kans gevonden op hemolytische anemie bij de neonaten. Dit was echter mogelijk te wijten aan onvoldoende power van de studie. Wel was de kans op geelzucht verhoogd.¹⁰ Al met al lijkt het risico dus zeer klein.

Algemeen advies

Toch kan dit risico niet worden uitgesloten. Het tijdstip van aanvang van de partus valt meestal niet te voorspellen. Daarom is het gebruik van nitrofurantoïne niet gewenst bij zwangere vrouwen met een aangetoonde G6PD-deficiëntie en bij vrouwen bij wie de partus aanstaande lijkt. Om de behandeling bij een onverwachte partus direct te kunnen onderbreken, ligt de keuze voor een niet-retard vorm van nitrofurantoïne voor de hand. Gezien de korte halfwaardetijd van het middel (één uur) is het snel uit het bloed van de moeder verdwenen. Als het eerstekeusmiddel nitrofurantoïne niet gebruikt kan worden dan is behandeling met amoxicilline/clavulaanzuur aangewezen.¹

Individuele overwegingen

Een telefonisch overleg tussen zorgverlener en TIS biedt de mogelijkheid om persoonlijke omstandigheden te laten meewegen om zo tot een goede beslissing te komen. Heeft de moeder G6PD-deficiëntie? Is een snel intredende of snel verlopende partus te verwachten, zijn er voorgaande kinderen, zijn die vroeg of snel geboren zijn? Bij de moeder waarover bovenstaande apotheker belde was dat niet het geval. Een kortdurende behandeling met nitrofurantoïne bij een zwangerschapsduur van 35 weken lijkt dan geen probleem.

En nitrofurantoïne tijdens borstvoeding?

Mag nitrofurantoïne worden gebruikt door een moeder die borstvoeding geeft?

Nitrofurantoïne gaat in beperkte mate over in de moedermelk, waardoor geringe blootstelling van de zuigeling kan plaatsvinden. Bij gezonde, à terme geboren zuigelingen wordt van deze geringe blootstelling via de borstvoeding geen enkel probleem verwacht. Bij zuigelingen met G6PD-deficiëntie is wel oplettendheid geboden. Omdat blootstelling aan een kleine hoeveelheid geneesmiddel in theorie al een hemolytische reactie kan triggeren, wordt het gebruik van nitrofurantoïne tijdens borstvoeding afgeraden bij neonaten met G6PD-deficiëntie.^{11,12,13} Amoxicilline en clavulaanzuur is dan een goed alternatief. Nitrofurantoïne mag niet direct worden voorgeschreven aan neonaten jonger dan een maand, vanwege

de nog onrijpe erythrocyt-enzymssystemen (Kinderformularium).⁴ Volgens sommige bronnen zou ook blootstelling via borstvoeding voorkomen moeten worden bij zuigelingen jonger dan een maand¹¹, maar gezien de beperkte overgang naar de melk lijkt dat niet nodig. In geval van verhoogd kwetsbare, premature zuigelingen kan wel gekozen worden voor het alternatief amoxicilline & clavulaanzuur.

Referenties

1. NHG, *NHG-Standaard Urineweginfecties M05*.
2. Gait, J.E. *Hemolytic reactions to nitrofurantoin in patients with glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency: theory and practice*. DICP the annals of pharmacotherapy 1990 Dec;24(12):1210-3.
3. Bruel, H., V. Guillemand, T.C. Saladin, et al., *Hemolytic anemia in a newborn after maternal treatment with nitrofurantoin at the end of pregnancy*. Anemie hemolytique chez un nouveau-ne apres prise maternelle de nitrofurantoin en fin de grossesse. Archives de Pediatrie 2000 Jul;7(7):745-7.
4. NKFK. Kinderformularium, informatie nitrofurantoïne.
5. Lee, M., P. Bozzo, A. Einarson & G. Koren. *Urinary tract infections in pregnancy*. Canadian family physician 2008 Jun;54(6):853-4.
6. Productinformatie Furadantine. 2012 July 11 [cited 2013 Apr 15];
7. NVOG. Richtlijn Urineweginfectie in de zwangerschap.
8. Cisci, G. *G6PD-deficiëntie en acute hemolytische anemie door geneesmiddelen; niet elke contra-indicatie is een contra-indicatie*. Pharm Weekbl 2004 Jun 18;139(25):872-8.
9. Dors, N., P.R. Rodrigues, K. Fijnvandraat & M. Peters. *Glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency: clinical presentation and eliciting factors*. Ned Tijdschr Geneesk 2008 May 3;152(18):1029-33.
10. Nordeng, H., A. Lupattelli, M. Romoren & G. Koren. *Neonatal outcomes after gestational exposure to nitrofurantoin*. Obstet Gynecol 2013 Feb;121(2 Pt 1):306-13.
11. Hale, T.W. *Medications and Mothers' Milk*. Pharmasoft Publishing L.P.; 2012.
12. Bennett, P.N. *Drugs and human lactation*. 2 ed. Amsterdam Lausanne New York Oxford Shannon Tokyo: Elsevier; 1996.
13. Committee on Drugs AAoP. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics 2001 Sep;108(3):776-89.

Contactadres

dr. J.L.M. Passier *wetenschappelijk medewerker*
Teratologie Informatie Service
 Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb
 Goudsbloemvallei 7, 5237 MH 's-Hertogenbosch
 e a.passier@lareb.nl

Het leven heeft geen zin, maar ik toevallig wel...

Een regel uit een lied van cabaretier Maarten van Roozendaal*. U bent gewaarschuwd: mijn column heeft vandaag weinig met gynaecologie van doen. Nee, zo aan het begin van 2014 probeer ik een boodschap te brengen. Columnisten hebben namelijk veel vrijheid – de hoofdredacteur heeft me dat toegezegd bij aanvang van deze functie – en daar ga ik scheutig gebruik van maken.

Ik ga u vertellen over Henk. Buurman Henk, geboren in november 1926. Vanaf 2000 woonden we naast elkaar en deelden de oprit. Henk was vanaf zijn vijfde jaar wees en groeide op bij paters en nonnen. Liefde van ouders heeft hij nooit gehad, wel was hij 50 jaar gehuwd. Toen zijn vrouw werd gecremeerd, waren er vier mensen in het crematorium, het lichaam in de kist meegeteld. Hoe eenzaam kan een mens zijn? Henk en zijn vrouw waren ongewenst kinderloos; toen hij wist dat ik het vak van gynaecoloog uitoefende, belde hij aan en liet me een brief zien. Van een collega uit Bilthoven, datum postmerk 1960, de resultaten van een OFO. Henk vroeg of ik die wilde lezen, want er stond volgens hem duidelijk in dat het niet aan hem gelegen had. Waarvan acte.

Na de dood van zijn vrouw kookten we ook voor Henk, maar hij mocht niet bij ons aan tafel. Henk verspreidde namelijk een onwelriekende geur. Hij was zo weggelopen uit het programma 'Showroom' van Joris Linssen. Bovendien had hij wat afwijkende tafelmanieren. Hij legde altijd zijn kunstgebit op de rand van zijn bord en daar kon mijn partner niet goed tegen. Ik wel: immers, als dokter heb je een aangeboren blokkade in je braakcentrum, vertelde mij ooit een hoogleraar chirurgie. Van lieverlee drongen we tot Henk door, dat waren mooie jaren. Ik deed hem in bad en knipte zijn nagels met een nijptang. Hij kreeg iedere dag een bordje eten. Mijn partner Will ging met hem boodschappen doen bij de Aldi. Hij plaste dan eerst wild tegen de zijgevel. Op zaterdag kwam hij de krant lezen en koffiedrinken. Hij discussieerde fel over voetbal en de Amerikaanse politiek. De Tour de France was volgens hem allemaal 'list en bedrog' en inderdaad bleek dat, een jaar later, de waarheid. Will kocht incontinentiemateriaal, dat hij gewoon van zijn lijf liet rotten. Herhaaldelijk had ik hem geadviseerd om iedere dag een schone Tena aan te doen, maar daar was hij veel te zuinig voor. Hij zat ook altijd in 4°C en betaalde slechts 33 euro energiekosten per maand. De rekening van het water was ook laag; hij trok de wc niet door. Hij plaste in een conservenblik en gooide dat leeg in de tuin. Ontlasting was altijd een probleem en zo kon het verkeren dat ik hem in november 2012 met een ileus als gevolg van coprostase liet opnemen in het JBZ. Daar verbleef hij een maand en greep leerling-verpleegkundigen in de tietten. Een prima aanleiding om hem vervolgens in een verpleeghuis te krijgen.



Op een psychiatrische geriatrie-afdeling werd meer dan een jaar geanalyseerd wat Henk nu eigenlijk mankeerde. Niemand wist het. Hij gedroeg zich als de hoofdpersoon uit Dimitri Verhulst's nieuwste boek, De Laatkomer. Will en ik noemden het 'Oost-Indisch dement'.

Hij doorzag ze allemaal, daar op die afdeling. En als ie geen zin had deed Henk net of ie gek was. Ik bracht hem zijn schaakspel. Hij zei: 'nou ik heb dat zootje hier eens bekeken, maar daar valt echt geen potje mee te schaken, hoor'.

We hebben zijn huis leeggeruimd. Het was een vuilnisbelt met een dak erop en derhalve onverkoopbaar. In het winterzonnetje trof mijn oog zijn vensterbank. Daar lagen zijn bovengebitt, zijn ondergebitt en twee gehoorapparaten. Een mooi stilleven. De doodskop vervangen door moderne hulpmiddelen. Op zijn tafel lag een pakje boter uit 2003. Op zijn nachtkastje vond ik boeken: Ik, Jan Cremer en het boek getiteld: Sekslessen. Strategisch had hij een kaffite er omheen gedaan. Er lag een briefje van zijn overleden vrouw bij. Op een hoekje van De Rosbode (het plaatselijke sufferdje) had zij geschreven: 'Henk, maak me niet ongelukkiger dan ik nu al ben'.

Wat ik het allerergst vond, was dat ik, terwijl Henk nog leefde, zijn leven op moest ruimen. Dat vond ik echt heel verdrietig. En wat bleef er over? Twee doosjes met foto's en ego-documenten. Twee doosjes, daar zat Henk's leven in.

Dan nu mijn boodschap: amici, doe niet als Henk. Vier het leven en zorg dat er meer dan twee dozen overblijven.

Mieke Kerkhof

**) Maarten van Roozendaal overleed vorig jaar, op 51-jarige leeftijd aan longkanker.*

Uw bijdrage aan onze topklinische zorg

In het topklinisch ziekenhuis Isala werken 20 gynaecologen, waarvan 16 in de maatschap. Alle gynaecologische subspecialisaties zijn aanwezig. In ons net geopende nieuwe ziekenhuis verwachten wij in 2014 bijna 4000 partussen te gaan doen. Er is een groot verwijzingsgebied voor de perinatologie, met een NICU-faciliteit naast onze afdeling. Het Isala Fertiliteitscentrum met het bijbehorende laboratorium heeft afspraken met een viertal transport IVF klinieken. De bekkenbodembodem chirurgie wordt multidisciplinair verricht. Ook naar het Endometriose centrum en het Oncologisch centrum worden veel patiënten uit een grote regio verwezen. Er zijn fellows in opleiding tot perinatoloog en urogynaecoloog. Wij participeren in het cluster Noord voor de opleiding tot gynaecoloog. Daarnaast is er een samenwerking met de universiteiten van Antwerpen, Gent en Leuven, eveneens voor de opleiding tot gynaecoloog. Er zijn gemiddeld 15 arts-assistenten, het merendeel in opleiding en 15 verloskundigen werkzaam. Wij zijn een enthousiaste groep professionals die met hart en ziel werken, plezier in het werk belangrijk vinden, en ook buiten het ziekenhuis activiteiten ontwikkelen.

Wij zoeken per direct een

Urogynaecoloog (75-100%) en een gynaecologisch oncoloog (75-100%)

Liefst fulltime, minimaal 75% is bespreekbaar

Voor de functie van urogynaecoloog is een registratie als subspecialist of een bijna afgeronde opleiding tot subspecialist noodzakelijk. Ook gynaecologen met aandachtsgebied urogynaecologie, die bereid zijn de komende jaren verder te subspecialiseren, worden uitgenodigd te solliciteren. Daarnaast zoeken wij, door een toename van het aantal gynaecologisch-oncologische patiënten, een extra gynaecologisch oncoloog (75-100%). Hiervoor is een registratie als gynaecologisch-oncoloog of een bijna afgerond fellowship, een voorwaarde.

U hebt goede communicatieve vaardigheden en bent een teamspeler die ook in een grote maatschap optimaal functioneert. U participeert in diensten op locaties, waar de maatschap Gynaecologie actief is (Zwolle, Meppel, Kampen, Heerde, Steenwijk). Verder levert u een bijdrage aan management-taken. De maatschap Gynaecologie is innovatief, ondernemend en vooruitstrevend. U herkent zich in deze eigenschappen en u voelt zich hierbij thuis. Toetreding tot de maatschap (volgens de regels van de OMS) of een dienstverband als specialist in dienst van de maatschap, zijn beide bespreekbaar.

Voor meer informatie neemt u contact op met Hugo van Eijndhoven, urogynaecoloog (038) 424 41 42, Henk ter Brugge, gynaecologisch oncoloog (038) 424 42 94 of Harm de Haan, voorzitter maatschap (038) 424 70 08.

Wij zien uw reactie met veel belangstelling graag voor 1 maart 2014 tegemoet: Isala, Maatschap Gynaecologie, t.a.v. Harm de Haan, voorzitter maatschap Gynaecologie, postbus 10400, 8000 GK Zwolle.

Voor meer informatie zie ook www.isalawerkt.nl



Isala klinieken zijn een groot topklinisch ziekenhuis in Zwolle (ca. 5.577 medewerkers, ca. 976 bedden), waar alles draait om het geven van hoogwaardige zorg. Patiënten zijn bij ons te gast en beleven vaak zware, emotionele tijden. Dat geldt ook voor hun familie en vrienden. Vanzelfsprekend geven we professionele medische zorg, maar we willen er ook voor mensen zijn. Met aandacht en medeleven. Daarom zoeken we mensen die veel te 'geven' hebben en hun expertise, ervaringen, hoofd en hart meebrengen.

Zorg dat je deelt met anderen.

In den beginne...

1889-2014: 125 jaar NTOG

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

drs. R.W. Bakker *gynaecoloog n.p.*

beiden leden van het bestuur van de Werkgroep Historie NVOG

In het jaar 1889 verscheen de eerste editie van het Nederlandsch Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie, de voorloper van ons huidige NTOG, zonder enige inleiding en met een bravoure alsof het blad al jaren bestond. Het was twee jaar na de oprichting van de Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging, nu in 2014 dus 125 jaar geleden.

In 1881 werd Gerrit Hendrik van der Mey, dertig jaar oud, benoemd tot hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam. Het duurde niet lang of *'eenige Amsterdamsche gynaecologen schaarden zich om hem voor besprekingen, op gezette tijden, over onderwerpen op het bijzondere gebied hunner wetenschap'*¹. Hieruit werd in 1887 de Amsterdamsche Gynaecologische Vereeniging geboren die in datzelfde jaar door uitbreiding met leden uit andere steden, veranderde in de Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging. Eén van de niet-Amsterdamse vakgenoten, Hector Treub, hoogleraar te Leiden, werd lid met de volgende overweging: *'als je altijd het woord alleen hebt, als professor, ga je je verbeelden, dat jij het alleen maar weet en niemand anders'*, opgetekend door Benjamin Jan Kouwer, de latere Utrechtse hoogleraar¹. In 1888 rijpte reeds het denkbeeld om de verslagen van de vergaderingen in een tijdschrift uit te geven, en weldra, verscheen in 1889 het eerste nummer. Van zowel de oprichting van de Vereeniging als van het Tijdschrift was Van der Mey de grote initiator; hij was de eerste voorzitter en de eerste hoofdredacteur.

Het doel van het Tijdschrift was niet alleen om verslag te doen van de vergaderingen van de Vereeniging, maar ook om praktische verloskundige en gynaecologische kennis over te dragen, vaak in de vorm van casuïstische mededelingen. Daarnaast was er veel ruimte voor het publiceren van wetenschappelijke artikelen en informatieve bijdragen. Die artikelen zouden wij nu niet meer wetenschappelijk noemen, maar 125 jaar geleden golden andere kwalificaties. Tenslotte staan er besprekingen in van jaarverslagen (Jaarverslag van de Vereeniging tot verlee-

nen van Buitengewone Verloskundige Hulp voor den Kleinen Burgerstand te 's-Gravenhage), boeken en dissertaties.

De eerste jaargang in 1889, verscheen onder verantwoordelijkheid van Van der Mey, Treub en Nijhoff en bevat 320 bladzijden en vier *'plaatjes'*, behorend bij geplaatste artikelen. Het allereerste artikel, dat vijftig bladzijden omvat, is van Treub en heeft als titel: *'Over fibromyomen van den uterus en derzelve operatieve behandeling'*². De inhoud van het artikel is zeer kenmerkend voor het zogenaamde *fin de siècle*. Allereerst schrijft Treub dat een artikel over slechts 19 zelf-geopereerde patiënten met een fibromyoom zinvol is, omdat de operatieve behandeling tot één van de *'questions brûlantes'* in de gynaecologie behoort. Duidelijk komt uit het artikel naar voren dat de klachten, zowel mechanische als hematologische, leidend zijn alvorens tot een behandeling ter leniging van die klachten over te gaan.

Vervolgens is er sprake van een zeer uitgebreid operatieverslag, waarbij wordt ingegaan op de hygiëne en het wasprotocol van de operateur, het schoonmaken en afdekken van het operatieterrein, het aantal aanwezige personen in de operatieruimte, het plaatsen van de incisie en het klieven van de verschillende anatomische lagen. Daarna gaat hij uitgebreid in op de vóór- en nadelen van de operatieve behandelingsmogelijkheden, zoals dubbelzijdige ovariectomie, supra-vaginale uterusamputatie of verwijderen van de myomen. Benadrukt wordt de stempen retroperitoneaal te begraven. Tenslotte komt de sluiting van de verschillende lagen van de buikwand ter sprake, onder andere welk hechtmateriaal gebruikt wordt en daarna het post-operatieve beleid. Van alle 19 patiënten wordt verantwoording afgelegd over de ingreep die is verricht, welke complicaties zijn opgetreden en wat het uiteindelijke resultaat is. Het artikel eindigt met een commentaar over eigen handelen en welke lering er uit getrokken kan worden. *Het artikel zou in 2014 niet meer dan vijf bladzijden omvatten, maar is verder helder en kritisch geschreven.*

Bladzijden uit de eerste editie van het Nederlandsch Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie uitgegeven van wege de Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging, in 1889.

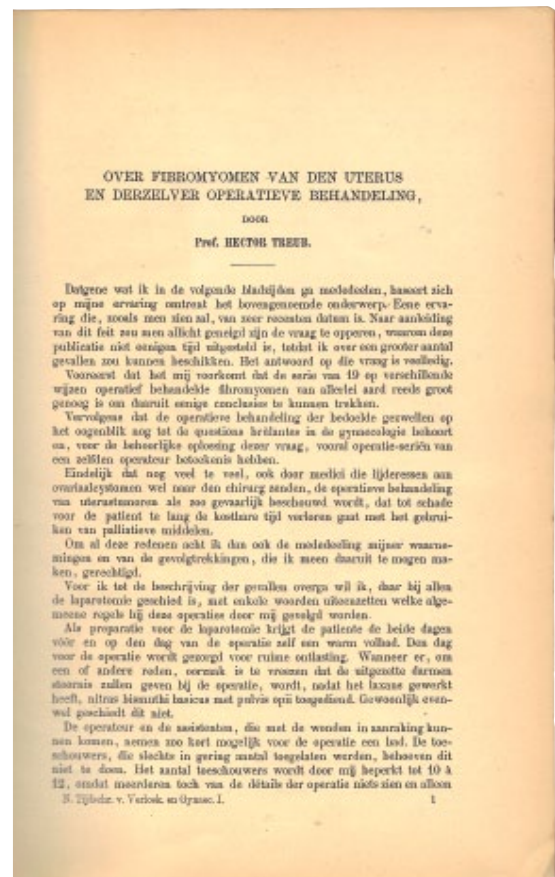
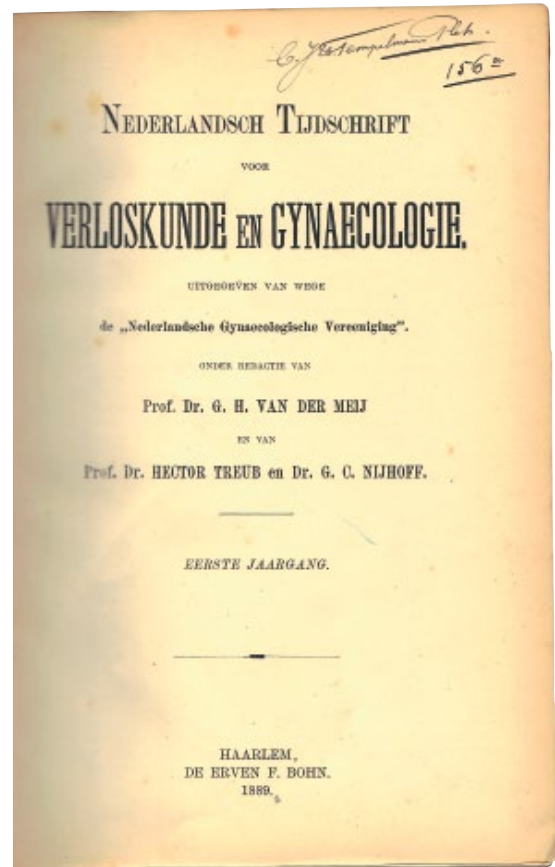
Een uitvoerige beschrijving van de verdere inhoud van de eerste jaargang schiet het doel voorbij om daarmee aan te geven dat ook 125 jaar geleden de inhoud van ons eigen tijdschrift de moeite waard was. Aan de orde komen wetenschappelijke artikelen over 'de reden en de operatieve uitvoering van een sectio caesarea'³, 'de duur van de zwangerschap'⁴, bekkenafwijkingen⁵ en verder vele casuïstische mededelingen zoals over incarceratie van een retroflexio uteri bij een zwangere, een uretero-arteria uterina fistel, placenta praevia, atresia hymenalis, uterusruptuur en andere zwaarigheden. In 2014 kan met gepaste trots worden teruggekeken op de prestaties van onze founding fathers die 125 jaar geleden zijn begonnen met verslaglegging in een eigen tijdschrift van datgene wat van belang was om onze patiënten te behandelen met de modernste inzichten en dat geldt nog steeds.

Referenties

1. Kouwer, B.J. *De Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging en Het Nederlandsch Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie 1887-1931*. NTvV&G, inhoudsopgave 1887-1931 met geschiedkundig overzicht, 1932, De Erven F. Bohn
2. Treub, H. *Over fibromyomen van den uterus en derzelver operatieve behandeling*. NTvV&G. 1889; 1, 1-50
3. Mey, G.H. van der, *Bijdrage tot de statistiek der keizersnede*. NTvV&G. 1889, 1, 51-66
4. Geijl, A. *Over zwangerschapsduur en de momenten, die deze beheerschen*. NTvV&G. 1889, 1, 67-72 en 97-119
5. Treub, H. *Bijdrage tot de anatomie en aetiologie van het spondylolisthetisch bekken*. NTvV&G 1889, 1, 133-156

Contact

dr. J. de Graaff
e ja.degraaff@planet.nl



Vitamine K prenataal bij leverenzym-inducerende anti-epileptica?

drs. R.H.P. Schreurs *anios interne geneeskunde Atrium MC, Heerlen*
 dr. N.A.C. Smeets *gynaecoloog Atrium MC, Heerlen*
 dr. K. Hamulyák *hematoloog MUMC+, Maastricht*

Van de zwangeren heeft 0,5-1,0% epilepsie¹. Hiervan gebruikt 80% anti-epileptica. De aanvalsfrequentie bij zwangere vrouwen is onvoorspelbaar en wisselend, maar bij de meeste zwangeren stijgt de frequentie van aanvallen niet t.o.v. de frequentie van vóór de zwangerschap.² Prognostisch ongunstig voorspellende factoren zijn: ernstige aanvallen voor de zwangerschap, focale epilepsie, slechte instelling van de medicatie, polytherapie en slechte therapietrouw.³ De kans op een epileptische aanval durante partu is ongeveer 3,5%.⁴ Epilepsie in de voorgeschiedenis is een indicatie voor begeleiding en partus in de tweede lijn.

Achtergrond

Teratogene effecten van anti-epileptica op de foetus

Anti-epileptica hebben op verschillende manieren een teratogeen effect op de foetus.

1. Ten eerste kunnen anti-epileptica een foliumzuurdeficiëntie induceren middels enerzijds malabsorptie en anderzijds inductie van leverenzymen.⁵ Met name leverenzym-inducerende anti-epileptica zoals Carbamazepine, Fenobarbital, Fenytoïne en Primidon en in mindere mate Oxcarbamazepine, Topiramaat en Eslicarbamazepine zijn hiervoor verantwoordelijk.
2. Vitamine K passeert in geringe mate de placenta. Vitamine K wordt op die manier opgenomen in de foetale circulatie en getransporteerd naar de foetale lever. In de foetale lever fungeert het vitamine K als co-enzym waarbij posttranslationele modificaties aangebracht worden aan eiwitten. Bij dit proces worden GLA-domeinen ingebouwd die essentieel zijn voor de functie van vitamine-K-afhankelijke eiwitten. Ook voor de bloedstolling belangrijke eiwitten zoals de foetale stollingsfactoren II,VII,IX en X worden zodanig gemodificeerd. Bij gezonde à terme neonaten zijn de concentraties van vitamine K gemiddeld 50% ten opzichte van de waarden bij volwassenen. Aangenomen wordt dat bij gezonde à terme neonaten de vitamine-K-voorraad net voldoende is, maar dat er niet veel voor nodig is om deficiënt te worden zoals bijvoorbeeld

bij gebruik van uitsluitend borstvoeding. Anti-epileptica antagoneren de aanmaak van vitamine-K-afhankelijke stollingsfactoren door inductie van het microsomaal P450 in de foetale lever en inductie van maternale leverenzymen waardoor een oxidatieve degradatie van vitamine K ontstaat.⁶ Vitamine-K-waarden in navelstrengbloed zijn onder normale omstandigheden erg laag, zo laag zelfs dat ze vrijwel niet direct te bepalen zijn. Er is wel een indirecte meting van de vitamine-K-waarde mogelijk middels de bepaling van PIVKA(II)-waarden of middels bepaling van het percentage gecarboxyleerd protrombine. Bij afwezigheid van vitamine K, zijn de PIVKA-(II)waarden verhoogd.⁷ Deze testen in het algemeen niet erg sensitief.

3. Daarbij is er nog een derde teratogeen effect waarbij de anti-epileptica worden omgezet in intermediaire metaboliëten. Deze metaboliëten zijn de primair teratogene agentia. Deze agentia binden direct aan embryonale moleculen waardoor aangeboren afwijkingen kunnen ontstaan.

In de jaren 70 en 80 zijn verschillende studies gepubliceerd die een mogelijke relatie beschrijven tussen het gebruik van anti-epileptica, vitamine-K-deficiënties en bloedingscomplicaties bij neonaten.^{8,9} In 1998 concludeerde de American Academy of Neurology dat dagelijkse prenatale, orale toediening van 10 mg vitamine K in de laatste vier weken bij zwangeren met epilepsie aanbevolen dient te worden. Wanneer we echter Lareb (het Nederlandse Bijwerkingen Centrum www.lareb.nl/teratologie) raadplegen, wordt vitamine-K-prenataal niet aanbevolen maar ook niet afgeraden bij het gebruik van leverenzym-inducerende anti-epileptica in de zwangerschap.

Klinische vraagstelling

Voorkomt het voorschrijven van vitamine K (vanaf een zwangerschapsduur van 36 weken) aan zwangeren met epilepsie die leverenzym-inducerende anti-epileptica gebruiken bloedingscomplicaties bij de neonaat?

Patient: zwangeren die leverenzym-inducerende anti-epileptica gebruiken

Intervention: vitamine K prenataal vanaf 36 weken zwangerschapsduur

Comparison: geen vitamine K prenataal

Outcome: bloedingscomplicaties postpartum bij de neonat

Zoekstrategie

Gebruikte zoektermen op Pubmed (maart 2013): ("pregnancy"[Mesh] OR pregnancy) AND ("anti-convulsants"[MeSH] OR "anti-epileptic drugs" [All fields] OR "anticonvulsants" [All fields]) AND "prenatal vitamin K" [All fields]. Limits: engels of nederlands geschreven literatuur. Uitkomst: 38 artikelen, waarvan 7 artikelen over vitamine K/PIVKA-waarden bij anti-epileptica gebruik in de zwangerschap. Daarbij werd in de Cochranedatabase gezocht onder de zoekterm "prenatal vitamin K". Hierbij werd slechts één artikel gevonden met als onderwerp prenataal vitamine K bij preterme neonaten. Bij bestudering van de titels en/of abstracts van deze artikelen moest geconcludeerd worden geen enkel artikel daadwerkelijk geschikt was ter beantwoording van deze onderzoeksvraag. Als gevolg daarvan hebben wij besloten de PICO in te delen in drie deelvragen zodat een overzichtelijk, klinisch georiënteerd beeld gegeven kan worden als beantwoording op de vraagstelling. De herindeling is als volgt:

- Geeft het gebruik van leverenzym-inducerende anti-epileptica in de zwangerschap een hogere kans op een vitamine-K-deficiëntie bij de neonat?
- Geeft het gebruik van leverenzym-inducerende anti-epileptica in de zwangerschap een hogere kans op bloedingscomplicaties bij de neonat?
- Is het gebruik van vitamine-K-prenataal bij vrouwen met leverenzym-inducerende anti-epileptica gebruik geïndiceerd ter voorkoming van bloedingscomplicaties?

Bevindingen

Deelvraag I

Yamasmit et al. publiceerde een review met 3 observationele studies. Na een Medline search werden alle artikelen tussen 1966 en juli 2004 geïncludeerd, limits: humane studies en Engelstalig.¹⁰

De eerste studie is een studie van Howe et al. Deze studie vergelijkt PIVKA-II-waarden en totale protrombineconcentraties van navelstrengbloed bij zwangeren die anti-epileptica gebruikten en een controlegroep. Deze studie concludeert dat het gebruik van Carbamazepine geassocieerd is met hogere PIVKA-II waarden, en een lagere totale protrombine concentratie bij zwangeren die anti-epileptica gebruiken.¹¹ De tweede geïncludeerde studie is een studie van Cornelissen et al. Dit is een multi-centre observationele studie die een vergelijking maakt tussen PIVKA-II-waarden en vitamine-K-waarde in zowel het navelstrengbloed als

het maternale bloed van vrouwen blootgesteld aan anti-epileptica versus een controlegroep. Hieruit blijkt dat PIVKA-II voorkomt in het navelstrengbloed van 54% van de groep zwangeren blootgesteld aan anti-epileptica versus 20% in de controlegroep ($p=0.01$). Ook de vitamine-K-concentratie in het maternale bloed is lager in de anti-epilepticagroep dan in de controlegroep. PIVKA-II-waarden waren in het maternale bloed van beiden groepen zeer laag.

Conclusie t.a.v. deelvraag 1

Uit deze studie van matige methodologische kwaliteit kunnen we concluderen dat het gebruik van anti-epileptica in de zwangerschap gepaard gaat met een hoger PIVKA-II-waarde in het navelstrengbloed en een lagere vitamine-K-waarde in het maternale bloed.¹² Hierbij moet vermeld worden dat ook de studie van Kajaa et al.¹³ in deze review geïncludeerd was. Dit artikel wordt later in deze PICO meegenomen als primair artikel in deelvraag 3.

Deelvraag II

Kajaa et al. beschrijft een prospectieve studie (januari 1980 tot september 1998). Er werden 662 zwangeren met gebruik van anti-epileptica geïncludeerd met in totaal 667 neonaten. Deze vrouwen gebruikten in de meerderheid van de gevallen carbamazepine ($n=463$), fenytoïne ($n=212$) of fenobarbital ($n=44$). 528 zwangeren (78,7%) waren ingesteld op monotherapie en 142 zwangeren (21,3%) op polytherapie. De controlegroep bestond uit 1324 vrouwen met 1334 neonaten. De vrouwen kregen geen prenataal vitamine K, maar alle neonaten van zowel de anti-epilepticagroep als de controlegroep kregen 1 mg vitamine K i.m. postpartum. De primaire uitkomst was bloedingscomplicaties postpartum bij de neonat. In beide groepen werd alleen nadere diagnostiek gedaan bij een klinische verdenking op een bloedingscomplicatie. Bij intra-uteriene sterfte werd obductie verricht.

Wat opviel was dat er in de anti-epilepticagroep significant meer lager opgeleide vrouwen deelnamen ($p<0,001$) en significant meer alcoholgebruik ($p=0,002$). De uitkomst van deze studie is dat er geen significant verschil ($p=0,32$) is tussen bloedingscomplicaties in de anti-epilepticagroep (0,7%) en de controlegroep (0,4%). Alle bloedingen uit de anti-epilepticagroep waren intracranieel, één bloeding ontstond in utero, één bij de geboorte, één vier uur postpartum en de andere twee vier dagen postpartum. Van deze neonaten waren drie kinderen geboren bij een amenorroeduur van < 34 weken, en de overige twee kinderen hadden een predispositie (sepsis resp. het foetale alcoholyndroom). Geen van de moeders van kinderen met een bloeding had een grand mal seizure tijdens de zwangerschap. De bloedingscomplicaties bij de neonaten uit de controlegroep waren eveneens allemaal intracranieel en ontstonden allemaal binnen

twee uur postpartum. Er werd ook geen significant verschil ($p=0,60$) gevonden tussen bloedingscomplicaties voor 32 weken amenorroeduur. Geconcludeerd kan dus worden dat er geen klinisch relevante extracranieële bloedingen werden vastgesteld.

118 van de geïncludeerde zwangeren (17.8%) van de anti-epilepticagroep maakten een grand mal aanval door tijdens de onderzoeksperiode.

Logistische regressieanalyse laat zien dat bloedingscomplicaties geassocieerd zijn met geboorte <32 weken (adjusted Odds ratio: 13 (2,7-64) $p=0,001$) en matернаal alcoholgebruik (adjusted Odds ratio: 17 (1,8-162) $p=0,01$) maar niet met het gebruik van anti-epileptica (adjusted Odds ratio: 1,1 (0,3-4,6) $p=0,8$).¹³ Het artikel is van redelijke methodologische kwaliteit.

De conclusie t.a.v. deelvraag II

Uit deze prospectieve studie van redelijke methodologische kwaliteit blijkt dat er geen support is om vitamine K prenataal te geven in de laatste vier weken van de zwangerschap bij vrouwen die anti-epileptica gebruiken.

Deelvraag III

Harden et al. publiceerde een systematische review met hierin zes onderzoeksvragen. Artikelen tussen 1985 en oktober 2007 werden geïncludeerd door een 20 leden tellend comité opgesteld door de American Academy of Neurology. Hierbij werden 876 abstracts geïncludeerd. Twee panelleden screenen alle abstracts en hieruit werden 285 artikelen geïncludeerd voor beantwoording van de zes onderzoeksvragen.^{14,15} Opzet en kwaliteit van de afzonderlijke artikelen is niet duidelijk. De conclusie van deze review is dat er niet voldoende evidence is om vitamine-K-supplementen te adviseren prenataal.

Daarbij deed Cornelissen et al. een kleine studie naar het gebruik van 10 mg oraal vitamine K prenataal gedurende de laatste vier weken van de zwangerschap. Hierbij kregen 17 zwangeren met anti-epileptica gebruik wel prenataal vitamine K en 20 controle zwangeren met anti-epileptica gebruik geen prenataal vitamine K.

Conclusie deelvraag III

Er worden significant minder PIVKA's in het navelstrengbloed gevonden bij vrouwen die anti-epileptica gebruiken met additioneel prenataal gebruik van vitamine K in vergelijking met de groep vrouwen die alleen anti-epileptica gebruiken.¹²

Resultaten en conclusies

De aanbeveling van de American Academy of Neurology in 1998 berust op evidence uit een aantal case reports en een aantal kleine observationele studies die concluderen dat er een verhoogd aantal bloe-

dingscomplicaties zou voorkomen bij neonaten van moeders die tijdens de zwangerschap anti-epileptica gebruiken. Ook de grotere studies zoals Kajaa et al. concluderen dat er geen significant verschil is in bloedingscomplicaties, tussen de neonaten in de anti-epilepticagroep en de controlegroep. Daarbij waren er in deze studies bij alle neonaten met bloedingscomplicaties in de anti-epilepticagroep andere predisponerende factoren aanwezig. De auteurs geven aan dat het tegengestelde resultaat van deze studie en eerder gepubliceerde case reports en case series kan liggen in het feit dat: de meeste case reports zich gericht hebben op polytherapie zonder adequate opvolging van de medicatiewaardes in het bloed (hogere medicatiewaardes geven namelijk een verhoogde kans op bloedingscomplicaties), daarbij werd vroeger meer fenobarbital en fenytoïne voorgeschreven dan tegenwoordig. Tegenwoordig krijgen patiënten vaak monotherapie met carbamazepine.

In 2009 concludeerde de American Academy of Neurology dan ook dat er onvoldoende evidence is om het gebruik van prenataal vitamine K aan te bevelen, maar ook niet genoeg evidence om vitamine K prenataal niet aan te bevelen.¹⁴ Als we naar de Nederlandse richtlijnen kijken samengesteld door de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVVN) en de Nederlandse Liga tegen Epilepsie in 2006 wordt vitamine K 10 mg prenataal in de laatste 4 weken van de zwangerschap nog wel aanbevolen bij alle zwangeren die anti-epileptica gebruiken. Uit deze PICO blijkt dat er onvoldoende bewijslast is om het advies van de NVVN gegrond te verklaren.

Er is geen nieuwe evidence om het gebruik van vitamine K prenataal aan te bevelen bij zwangeren die anti-epileptica gebruiken. Derhalve geven wij een expert opinion om de drempel niet te hoog te leggen voor het individualiseren van het prenataal voorschrijven van vitamine K (1 dd 10 mg per dag in de laatste 4 weken van de zwangerschap) indien er additionele problemen spelen zoals sepsis of matернаal alcoholgebruik. In de zwangerschap moet tijdig een risico-analyse worden verricht, het voorgestelde beleid wordt met de patient besproken en genoteerd in het dossier.

Aanbevelingen

Wij adviseren vitamine K prenataal 10 mg per dag vanaf 36 weken amenorroeduur bij zwangeren die leverenzym inducerende anti-epileptica gebruiken én additionele risico's hebben zoals: polytherapie, sepsis en matернаal alcoholgebruik.

Referenties

- Russell, A.J., H. Macpherson, V. Cairnie & M.J. Brodie, *The care of pregnant women with epilepsy--a survey of obstetricians in Scotland*. Seizure: the journal of the British Epilepsy Association. 1996 Dec;5(4):271-7. PubMed PMID: 8952012.
- Vajda, F.J., A. Hitchcock, J. Graham, et al. *Seizure control in antiepileptic drug-treated pregnancy*. Epilepsia. 2008 Jan;49(1):172-6. PubMed PMID: 18031551.
- Thomas, S.V., U. Syam, J.S. Devi, Predictors of seizures during pregnancy in women with epilepsy. Epilepsia. 2012 May;53(5):e85-8. PubMed PMID: 22429269.
- Group, E.S., *Seizure control and treatment in pregnancy: observations from the EURAP epilepsy pregnancy registry*. Neurology. 2006 Feb 14;66(3):354-60. PubMed PMID: 16382034.
- Chanarin, I., D. Rothman, A. Ward & J. Perry, *Folate status and requirement in pregnancy*. British medical journal. 1968 May 18;2(5602):390-4. PubMed PMID: 5648998. Pubmed Central PMCID: 1986006.
- Davies, V.A., A.D. Rothberg, A.C. Argent, et al., *Precursor prothrombin status in patients receiving anticonvulsant drugs*. Lancet. 1985 Jan 19;1(8421):126-8. PubMed PMID: 2857211.
- Dituri, F., G. Buonocore, A. Pietravalle, et al. *PIVKA-II plasma levels as markers of subclinical vitamin K deficiency in term infants*. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet. 2012 Sep;25(9):1660-3. PubMed PMID: 22280352.
- Holmes, L.B., E.A. Harvey, K.S. Brown, A.M. Hayes & S. Khoshbin, *Anticonvulsant teratogenesis: I. A study design for newborn infants*. Teratology. 1994 Mar;49(3):202-7. PubMed PMID: 8059427.
- Mountain, K.R., J. Hirsh & A.S. Gallus, *Neonatal coagulation defect due to anticonvulsant drug treatment in pregnancy*. Lancet. 1970 Feb 7;1(7641):265-8. PubMed PMID: 4189292.
- Yamasmit, W., S. Chaitongwongwatthana & J.E. Tolosa, *Prenatal vitamin K1 administration in epileptic women to prevent neonatal hemorrhage: is it effective?* The Journal of reproductive medicine. 2006 Jun;51(6):463-6. PubMed PMID: 16846083.
- Howe, A.M., D.J. Oakes, P.D. Woodman & W.S. Webster, *Prothrombin and PIVKA-II levels in cord blood from newborn exposed to anticonvulsants during pregnancy*. Epilepsia. 1999 Jul;40(7):980-4. PubMed PMID: 10403223.
- Cornelissen, M., R. Steegers-Theunissen, L. Kollee, et al., *Supplementation of vitamin K in pregnant women receiving anticonvulsant therapy prevents neonatal vitamin K deficiency*. American journal of obstetrics and gynecology. 1993 Mar;168(3 Pt 1):884-8. PubMed PMID: 8456897.
- Kaaja, E., R. Kaaja, R. Matila & V. Hiilesmaa, *Enzyme-inducing antiepileptic drugs in pregnancy and the risk of bleeding in the neonate*. Neurology. 2002 Feb 26;58(4):549-53. PubMed PMID: 11865131.
- Harden, C.L., P.B. Pennell, B.S. Koppel, C.A. Hovinga, B. Gidal, K.J. Meador et al. *Practice parameter update: management issues for women with epilepsy--focus on pregnancy (an evidence-based review): vitamin K, folic acid, blood levels, and breastfeeding: report of the Quality Standards Subcommittee and Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology and American Epilepsy Society*. Neurology. 2009 Jul 14;73(2):142-9. PubMed PMID: 19398680. Pubmed Central PMCID: 3475193.
- Harden, C.L., J. Hopp, T.Y. Ting, P.B. Pennell, J.A. French, W.A. Hauser, et al. *Practice parameter update: management issues for women with epilepsy--focus on pregnancy*

(an evidence-based review): obstetrical complications and change in seizure frequency: report of the Quality Standards Subcommittee and Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology and American Epilepsy Society. Neurology. 2009 Jul 14;73(2):126-32. PubMed PMID: 19398682. Pubmed Central PMCID: 3475195.

Samenvatting

Leverenzyminducerende anti-epileptica antagoneren de werking van vitamine K afhankelijke stollingsfactoren. De vraag is of het noodzakelijk is om het vitamine K prenataal te supplementeren om bloedingscomplicaties bij de neonaat te voorkomen. Na opdeling van de hoofdvraag in deelvragen leverde een search op Pubmed over dit onderwerp twee reviews en een prospectieve studie op. Uit deze PICO blijkt dat er onvoldoende bewijslast is om vitamine K prenataal vanaf 36 weken amenorroe -duur te starten bij vrouwen die leverenzyminducerende anti-epileptica gebruiken. Bij additionele problemen zoals sepsis, polytherapie en maternaal alcoholgebruik, zouden wij wel het advies geven prenataal vitamine K voor te schrijven in een dosering van 10 mg per dag vanaf 36 weken amenorroeduur.

Trefwoorden

Vitamine K, prenataal, anti-epileptica, leverenzyminductie, bloedingscomplicaties neonaat

Summary

Hepatic enzyme inducing antiepileptic drugs antagonize the action of vitamin K dependent coagulation factors. The question is whether it is necessary to prescribe vitamin K prenatally from 36 weeks of gestation in order to prevent bleeding complications in the neonate. After division of the main question into sub-questions we performed a Pubmed search and found two reviews and a prospective study. This PICO shows that there is insufficient evidence to start with vitamin K prenatally from 36 weeks gestational age in women taking hepatic enzyme inducing antiepileptic drugs. We would only advise prenatal vitamin K (10 mg) from 36 weeks gestational age in women with additional problems such as sepsis, polytherapy and maternal alcohol consumption in pregnancy.

Keywords

Vitamin K, prenatal, antiepileptic drugs, hepatic enzyme induction, neonatal bleeding complications

Correspondentie

Dr. N.A.C. Smeets (e n.smeets@atriummc.nl)

Belangenverstrengeling

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

What is the optimal means of preparing the endometrium in frozen-thawed embryo transfer cycles?

dr. Sandra Tanahatoe
s.j.tanahatoe@umcutrecht.nl

What is the optimal means of preparing the endometrium in frozen-thawed embryo transfer cycles? A systematic review and meta-analysis
Eva R. Groenewoud, Astrid E.P. Cantineau, Boudewijn J. Kollen, Nick S. Macklon, and Ben J. Cohlen

In de afgelopen jaren is het aantal cryo-embryo-transferycycli (frozen embryo transfer cycli, FET cycli) toegenomen als gevolg van de terugplaatsing van minder embryo's per transfer en verbeterde laboratoriumtechnieken. Momenteel is er geen consensus over de meest effectieve methode van endometrium voorbereiding voorafgaand aan FET.

Middels een systematische review en metaanalyse wordt een literatuuroverzicht gegeven, waarbij case-series, case-controlstudies en artikelen in andere talen dan Engels, Nederlands of Spaans werden uitgesloten. Die studies waarin klinische en doorgaande zwangerschappen en levend geboorte als uitkomstmaat werden gehanteerd werden geïnccludeerd. Verder werden de studies onderverdeeld in de volgende vergelijkingen (i) natuurlijke cyclus FET (natuurlijke cyclus zonder hCG, NC-FET) versus gemodificeerde NC-FET (NC-FET met hCG), (ii) NC-FET versus artificiële cyclus FET (AC-FET), (iii) AC-FET versus AC-FET met GnRH-agonist. De vergelijkingen werden weergegeven in forest plots en relatieve risico's danwel odds ratio's werden berekend.

In totaal werden 43 publicaties geselecteerd voor critical appraisal en 20 artikelen werden opgenomen in de uiteindelijke beoordeling, 6 gerandomiseerde trials, 1 quasi-gerandomiseerde trial en 13 retrospectieve cohortstudies. Voor alle vergelijkingen werden geen verschillen in klinische zwangerschapspercentages, percentage doorgaande zwangerschappen of levende geborenen gevonden. Groeneveld et al. concluderen terecht dat ook vanwege heterogeniteit van de studies, selectiebias door het aandeel retrospectieve studies, maar ook het gebrek aan informatie ten aanzien van *cancellation rate*, kosteneffectiviteit en *patient preference* er geen conclusies getrokken kunnen worden.

How to attain expertise in clinical communication?

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

Verschillende factoren bemoeilijken het verwerven van expertise in klinische communicatie. Medische curricula en postdoctorale opleidingen leveren in onvoldoende mate de mogelijkheden tot leren volgens *deliberate practice* om deze obstakels te overwinnen. *Deliberate practice* houdt in dat men doelbewust ingesleten automatisen in de communicatie met de patiënt probeert te omzeilen door zichzelf actief nieuwe doelen en hogere prestatienormen op te leggen. Men zal zich dus dienen te bezinnen op de bestaande situatie, daarvoor doelen en strategieën moeten bedenken en besluiten welke vaardigheden er nodig zijn om die doelen te bereiken. Als de nieuwe communicatiestrategie blijkt te voldoen aan de eisen van die situatie, kan dit gedrag eigen worden gemaakt door hier verder mee te oefenen. Zo niet, dan is reflectie gewenst en zijn aanpassingen noodzakelijk.

De auteurs stellen voor om voor het onderwijs in communicatie uit te gaan van functionele leerdoelen die zijn afgeleid van de doelstellingen en strategieën van de klinische communicatie. Zij leveren daartoe in dit artikel de benodigde bouwstenen aan. Tevens raden zij de mogelijkheden tot leren volgens *deliberate practice* aan, dat wil zeggen (1) stimulerende leertaken met de gelegenheid voor directe feedback, reflectie en correcties, en (2) volop gelegenheid voor herhaling, geleidelijke verfijning en toepassing in een breed scala van uitdagende situaties uit de dagelijkse praktijk. *Video-on-the-job* is een methode om deze mogelijkheden tot leren te realiseren en kan dan ook goed worden gebruikt om de kwaliteit van de communicatie van medici in de klinische praktijk te verbeteren. *Video-on-the-job* betekent dat op video opgenomen consulten op een gestructureerde wijze worden beoordeeld door de lerende zelf en door collega's en/of supervisors en vervolgens worden besproken. *Video-on-the-job* kan echter alleen succesvol zijn als de werkomgeving het onderwijzen en leren van commu-

Wouda JC, Van de Wiel HBM.
Paediatric Respiratory Reviews
2013; June 4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.prrv.2013.04.005>.
[Epub ahead of print]

nicatie ondersteunt, en als de leden van de medische staf ook gemotiveerd zijn om hun eigen communicatieve en didactische vaardigheden te verbeteren.

In dit artikel geven de auteurs zeer nuttige adviezen hoe de expertise in klinische communicatie op een hoger plan te brengen. En dat geldt zowel voor de ervaren hulpverlener als voor hen die nog in opleiding zijn.

Van harte aanbevelen!

A RCT comparing gonadotropin-releasing hormone antagonist initiation on cycle day 2 or 6

dr. Robin van der Weiden
r.vanderweiden@sfg.nl

Early initiation of gonadotropin-releasing hormone antagonist treatment results in a more stable endocrine milieu during the mid- and late-follicular phases: a randomized controlled trial comparing gonadotropin-releasing hormone antagonist initiation on cycle day 2 or 6. Fertility and Sterility 2013; 100:867-874.

Hamdine O, Broekmans FJ, Eijkemans MJC, Lambalk CB, Fauser BCJM, Laven JSE, Macklon NS, for the CETRO trial study group.

De onderzoekers proberen door aanpassing van het stimulatieschema bij IVF/ICSI-patiënten een meer fysiologische situatie na te bootsen voor wat betreft de endocriene veranderingen in de folliculaire fase. Daartoe werd in een gerandomiseerde studie bij 160 patiënten het tijdstip van de toediening van een vroege toediening van een GnRH-antagonist op dag 2 vergeleken met een standaard-schema waarin GnRH op dag 6 wordt toegediend. Het aantal follikels en oöcyten was, zoals te verwachten, significant lager bij de vroege starters. In verband hiermee werd bij 5 van de 83 patiënten in de cyclusdag-2-groep de rFSH-dosis verhoogd van 150 IE (de standaarddosis in het protocol) naar 225 IE. De auteurs geven argumenten welke moeten ondersteunen dat deze schending van het studie protocol de resultaten niet beïnvloedt. Bij de vroege GnRH-toediening werden lagere en minder variabele concentraties van estradiol en LH tijdens de folliculaire fase gemeten, een in fysiologisch opzicht natuurlijker situatie. Onderzocht moet worden in hoeverre dit *intermediate endpoint* zich vertaalt in hogere zwangerschapscijfers.

Drie lopende studies

Vanaf heden zal de UNO alternerend aan bod komen in de nieuwe edities van het NTOG. Ditmaal bespreken we drie lopende studies.



Als eerste, de IMPROVEMENT studie die implementatie van afwachtend beleid middels een meervoudige implementatiestrategie onderzoekt bij paren met onverklaarde of milde subfertiliteit.



Als tweede studie, de STIM-trial, die het potentiële risico van het stijgende oestrogeengehalte tijdens de ovariële stimulatie onderzoekt op de lange termijn uitkomsten op zwangerschapskansen en borstkankerprognose.



Ten slotte, de EUFIS-studie, die de voorspellende waarde van de kwantitatieve fibronectinetest onderzoekt.

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

Improvement

Volledige titel

Improving the implementation of tailored expectant management in subfertile couples; a cluster randomized trial.

Achtergrond

Prognostische modellen in de voortplantingsgeneeskunde helpen bij het identificeren van paren die baat hebben bij een fertiliteitsbehandeling. Een afwachtend beleid (6-12 maanden) bij paren met een goede kans op een spontane zwangerschap, voorkomt onnodige behandeling en wordt daarom geadviseerd in het landelijk netwerk Subfertiliteit. De implementatie van een dergelijk afwachtend beleid is echter nog niet volledig gerealiseerd. Om de implementatie van afwachtend beleid te bevorderen is een meervoudige implementatiestrategie ontwikkeld.

Vraagstelling

Wat is het effect van de meervoudige strategie op de implementatie van afwachtend beleid bij paren met onverklaarde of milde subfertiliteit?

Studie opzet

Multicenter, cluster gerandomiseerd onderzoek.

Studie populatie

950 paren met onverklaarde of milde subfertiliteit met een goede prognose op spontane zwangerschap binnen één jaar.

Interventie

Gedurende één jaar zal er een meervoudige implementatiestrategie worden toegepast in de interventie-klinieken. De controleklinieken zullen zorg zoals gebruikelijk leveren.

Uitkomstmaten

De primaire uitkomstmaat is het percentage richtlijn-adherentie wat betreft afwachtend beleid. Secundaire uitkomstmaten zijn behandeling-, proces-, en patiëntgerelateerd.

Stand van zaken

De studie is 1 januari 2012 gestart, er zijn 25 deelnemende klinieken. De interventieperiode is gestart in 2013.

Artikel of website

N.M. van den Boogaard, F.A. Kersten, M. Goddijn et al. *Improving the implementation of tailored expectant management in subfertile couples: protocol for a cluster randomized trial*. Implementation science, 2013 May 20;8:53.

Stim

Volledige titel

De veiligheid van ovariële stimulatie bij vrouwen met borstkanker: standaard versus alternatieve stimulatie-protocollen.

Achtergrond

Chemotherapie als behandeling voor borstkanker kan leiden tot infertiliteit door het gonadotoxische effect op de ovaria. Om de kans op een toekomstige zwangerschap te verhogen, kunnen vrouwen met borstkanker hun eicellen of embryo's laten invriezen alvorens de borstkankertherapie te starten. De behandeling bestaat onder andere uit het toedienen van IVF-medicatie, waarbij het serum oestrogenegehalte (peak Estradiol) stijgt. Om het potentiële risico van het stijgende oestrogenegehalte tijdens de ovariële stimulatie te voorkomen, zijn er alternatieve stimulatieprotocollen ontwikkeld waarbij additioneel tamoxifen of letrozol wordt toegediend. Echter, er zijn geen gerandomiseerde studies die het effect van het gebruik van deze middelen in IVF-verband hebben onderzocht en het is onduidelijk wat het effect is op de langetermijnnuitkomsten, op zwangerschapskansen en borstkankerprognose.

Vraagstelling

Wat is de invloed van de verschillende stimulatie-protocollen bij borstkankerpatiënten op het peak Estradiol (E2)?

Studie opzet

Multicenter randomized controlled trial.

Studie populatie

Vrouwen tussen de 18 en 43 jaar met borstkanker die hun eicellen of embryo's willen invriezen.

Interventie

Ovariële stimulatie met extra tamoxifen versus ovariële stimulatie met letrozol versus 'standaard' ovariële stimulatie (zonder tamoxifen of letrozol).

Uitkomstmaten

De primaire uitkomstmaat: peak Estradiol (E2). Secundaire uitkomstmaten: o.a. de borstkankerprognose, gedefinieerd als het 5- en 10-jaarsborstkankervrije interval en de survival na 5 en 10 jaar.

Stand van zaken

De studie is per oktober van start gegaan in 12 participerende centra.

Website

www.studies-obsgyn.nl/stim

Eufis

Volledige titel

European Fibronectin Study.

Achtergrond

Als er sprake is van een dreigende vroeggeboorte worden vrouwen behandeld met weeënremmers en corticosteroiden. Echter, veel van deze vrouwen blijken niet op korte termijn te bevallen. Om onnodige opname en overbehandeling te voorkomen is het van belang goed te kunnen voorspellen welke vrouwen wel en welke niet op korte termijn gaan bevallen. De kwantitatieve fibronectine test kan mogelijk bijdragen in de voorspelling van vroeggeboorte.

Vraagstelling

Wat is de voorspellende waarde van de kwantitatieve fibronectine test, in combinatie met cervixlengtemeting en/of het vaginaal toucher bij vrouwen met een dreigende vroeggeboorte?

Studie opzet

Europees multicenter cohortstudie.

Studie populatie

500 zwangere vrouwen met een amenorroeduur tussen de 24 en 34 weken en tekenen van dreigende vroeggeboorte.

Interventie

Naast de standaarddiagnostiek wordt ook een kwantitatieve fibronectinetest afgenomen.

Uitkomstmaten

De primaire uitkomstmaat is bevalling binnen zeven dagen na inclusie. Secundaire uitkomstmaten zijn zwangerschapsduur bij bevalling, geboortegewicht, neonatale morbiditeit, neonatale mortaliteit en kosten.

Stand van zaken

De studie is februari 2013 gestart, momenteel zijn er 279 patiënten geïncludeerd.

Website

www.studies-obsgyn.nl/eufis

Over relaties en seksualiteit

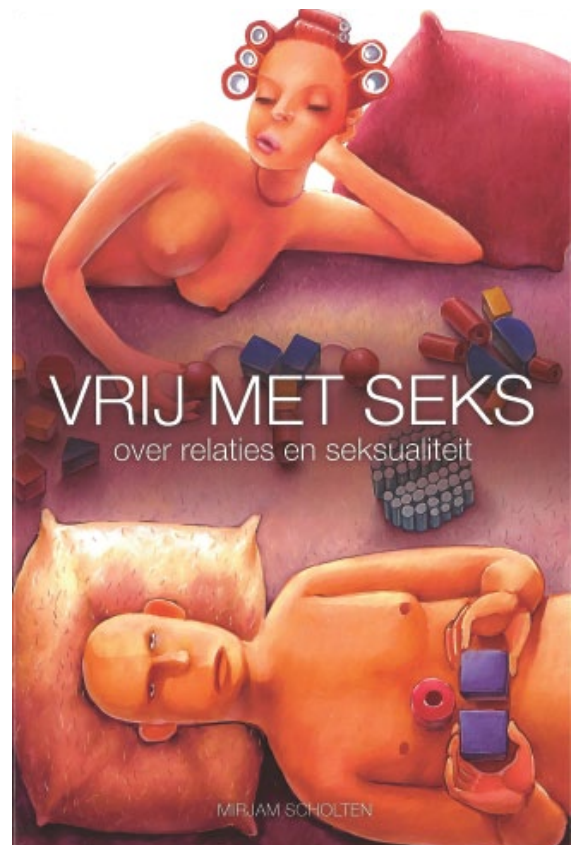
Vrij met seks

prof. dr. Willibrord Weijmar Schultz

Velen onder u zullen ongetwijfeld hebben ervaren dat patiënten het onderwerp seksualiteit maar liever vermijden. En mogelijk hebt u daar zelf ook last van. Als u tijdens een consult merkt dat dit aspect in het gesprek met uw patiënt onderhuids toch een belangrijke rol speelt, kunt u de patiënt laten weten dat u begrijpt dat het lastig kan zijn, maar dat u denkt dat het wel de moeite waard is om over dit onderwerp te praten. Dat kunt u dan zelf doen, maar niet iedereen is daartoe in staat. Dat hoeft ook niet. Neem in zo'n geval dan de moeite om de patiënt te verwijzen naar iemand die dat wel kan.

Het boekje 'Vrij met seks - Over relatie en seksualiteit' kan daarbij helpen. Dit boek, geschreven door de journaliste Mirjam Scholten (1953), is vooral bedoeld voor mensen die geholpen willen worden met hun seksuele problemen, maar is daarnaast ook buitengewoon leerzaam voor hulpverleners. Het boek is tot stand gekomen in samenwerking met veel verschillende disciplines waaronder gynaecologen. In heldere taal en aan de hand van casuïstiek biedt het boek een compleet overzicht van wat er anno nu speelt in de wereld van de seksuologie, hoe de hulpverlening in zijn werk gaat en wat de therapeutische mogelijkheden zijn.

In het eerste hoofdstuk ('Ook medici vinden praten over seks en seksualiteit niet gemakkelijk') wordt duidelijk gemaakt dat ook dokters het praten over seksualiteit niet eenvoudig vinden, waarbij schroom, onzekerheid, gebrek aan kennis en tijdgebrek hen parten speelt. Hierna volgt in hoofdstuk 2 ('Seksualiteit is persoonlijk, maar ook cultuurgebonden') een buitengewoon mooi overzicht van de geschiedenis van het denken over seksualiteit als een persoonlijk, maar ook cultuurgebonden fenomeen. De rol van de hormonen ('Ook vrouwen hebben testosteron nodig'), de hersenen en de invloed van de leeftijd op het seksuele gedrag worden besproken en komt het onderscheid tussen gezond en niet gezond seksueel gedrag ter sprake. Hoofdstuk 3 ('Waarom doen we eigenlijk aan seks?') gaat vooral over de seksuele motivatie: wij willen én lust én liefde én intimiteit. Maar wat als de lust verdwijnt, als vrijen letterlijk en figuurlijk pijn doet, wat als je lichaam je in de steek laat of als seks een wapen in de echtelijke



strijd is geworden? In Hoofdstuk 4 ('Een veel voorkomend probleem: geen zin') wordt hier dieper op ingegaan, en komen vooral man-vrouwverschillen en de invloed van de leeftijd aan bod. Tevens wordt uitvoerig besproken wat er aan te doen is en of de zinpil voor vrouwen wenselijk is. In hoofdstuk 5 ('Andere veelvoorkomende moeilijkheden bij mannen en vrouwen') komt een scala van seksuele disfuncties aan bod, variërend van voortijdig klaarkomen en erectiestoornissen bij mannen tot pijn en afkeer bij vrouwen. Veel kommer en kwel, maar gelukkig volgt er dan nog een hoofdstuk 6 ('Bij welke zorgverleners kun je terecht?') waarin duidelijk wordt gemaakt naar wie u uw patiënten kunt verwijzen, mocht de ernst van de problematiek uw capaciteiten te boven gaan. Kortom, van harte aanbevolen. Het advies luidt: eerst zelf lezen om het daarna in uw spreekkamer te leggen om te laten zien dat er met u wel degelijk over seksuele problemen te praten valt.



Vrij met seks

Over relaties en seksualiteit

Mirjam Scholten

Gopher B.V., Amsterdam, 2012

ISBN 9789051797985