

# ntog 02

2024  
sinds 1889

GYNACOLOGIE, ONCOLOGIE, PERINATOLOGIE EN VOORTPLANTINGSGENEESKUNDE

**Met onder andere:**

*Episiotomie: knippen, of toch niet? // AROM eerstelijns na ballonkatheter binnen IGO JIJWIJ // Medisch expert en een vertrouwd gezicht zijn nog altijd belangrijker dan zelfzorg of e-health // Zwangerschap bij obesitas*



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR  
OBSTETRIE & GYNACOLOGIE

PostNL - Port betaald

Retouradres Generaal Foulkesweg 72, 6703 BW Wageningen



## Colofon

### REDACTIE

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

### LEDEN DEELREDACTIES

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

### UITGEVER & REDACTIESECRETARIAAT

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

### ABONNEMENTEN (prijzen per jaar en incl. 9% btw)

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

### ADVERTENTIES

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

### OPLAGE, VERSCHIJNING & VOLGENDE EDITIE

1.850 ex., 8 x per jaar.  
NTOG vol.137#3 verschijnt 20 april 2024.

### AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID

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

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

### RICHTLIJNEN VOOR AUTEURS

Zie www.ntog.nl

### BEELD OMSLAG

*Preventing the sharp from being sharp* (2015), Kinke Kooi

### ADVERTEERDERS IN DIT NUMMER

Gedeon Richter | *Uw partner in gynaecologie*  
Gedeon Richter | *Advertorial*  
COBRAdagen | *Schrijf je nu in*  
Besins Healthcare | *Insert*  
Gedeon Richter | *Ryego*  
Besins Healthcare | *Oestrogel*

ISSN 0921-4011

## Inhoud

- Editorial**  
56 **Less is more** dr. Annemijn Aarts
- Bestuur NVOG**  
57 **Een verschuiving in de wijze van visiteren** drs. Milou Bensink, drs. Carolien Kanne
- Kort Nieuws**  
58 **Gezocht: redactielid voor de deelredactie Voortplantingsgeneeskunde | Rectificatie NTOG-bestuurscolumn | Miljoenen extra voor vrouwspecifieke zorg | Ovariumweefsel kankervrij terugplaatsen | Is het B1? | O wee | NTOG Kunstsalon | Gynfeud 27**
- Ingezonden**  
60 **Reactie op Focus op Historie 'De obductie van de gravin Van Reitzenstein'**  
H.G. ter Brugge
- Concreto**  
61 **Podcast 'Verlossende Woorden'**  
dr. A.L.W.M. Coolen, drs. S.J. Dedden, dr. R.F.M. Vermeulen
- Actueel**  
62 **Verbeterpunten in de zorg bij een onopgemerkte zwangerschap**  
A.M. Werdmuller, drs. A.C. van Brouwershaven
- Koepel gynaecoloog en maatschappij**  
65 **Wet abortus is zorg: de stand van zaken**  
mr. drs. E. Bakker, dr. S.M. van der Kooij, dr. Y. Roggeveen
- Focus op historie**  
66 **Abortus provocatus, de geschiedenis en hoe het nu gaat** dr. J. Lind
- Actueel**  
70 **Transmurale Werkgroep Stuitligging voor optimale zorg** dr. F. Vlemmix
- Ingezonden**  
71 **Reactie onderzoekers PREMI-trial bevat onwaarheid: de PRISM-trial vond geen positief resultaat**  
dr. W. Vlaanderen  
**Reactie van de onderzoekers van de PREMI-trial**  
dr. E.E.L.O. Lashley, dr. M.L.P. van der Hoorn, prof. dr. M. Goddijn
- Koepel kwaliteit**  
72 **De gynaecoloog en social media: lerend en leidend**  
G.M.M. Dekeunink
- Actueel**  
73 **Heparine voor vrouwen met herhaalde miskramen en erfelijke trombofilie**  
dr. E.N. Hamulyák, dr. L.J.J. Scheres, prof. dr. M. Goddijn *et al.*
- Netwerkzorg**  
80 **Medisch expert en een vertrouwd gezicht zijn nog altijd belangrijker dan zelfzorg of e-health**  
dr. R.P. Berkhout, dr. J.M. Munster, dr. A.G. Huppelschoten
- Gynaepicture**  
83 **Incomplete inversio uteri: een zeldzame en lastig te herkennen complicatie**  
drs. M.F.E. Schurer, dr. K.W.M. van Delft, dr. E.A.W. Schepers
- Oorspronkelijke artikelen**  
88 **Episiotomie: knippen, of toch niet?**  
drs. S.A.M. Zomer, drs. R. van Doornik, drs. S.H. Breuking *et al.*
- 90 **Antwoorden Gynfeud 27**
- 91 **AROM eerstelijns na ballonkatheter binnen IGO JIJWIJ**  
A.M. Buurma, L. van Oorschot, dr. J. van de Ven *et al.*
- Miniserie deel 1**  
96 **Samen beslissen over een behandeling**  
em. prof. dr. M.P.M. Burger
- 99 **Reactie op 'Samen beslissen over een behandeling'**  
dr. M. Twisk, dr. R.F.M. Vermeulen
- Hora Est**  
100 **Surgical treatment for apical vaginal prolapse: sacrocolpopexy, sacrohysteropexy, and sacrospinous fixation**  
Anique van Oudheusden
- Richtlijn uitgelicht**  
102 **Zwangerschap bij obesitas**  
dr. A.A. de Ruigh, dr. A.W. Kastelein
- Zuiderland & Janssen**  
104 **Recht op een kind: plicht tot vergoeden?** drs. Marcel Zuiderland
- OB GYN**  
106 **Rol van infecties bij miskramen | Umbilicocerebrale ratio (UCR) spoort niet-goed functionerende placenta op | Hyperemesis gravidarum verklaard? | Laat afnavelen bij primaire sectio's lijkt geen nadelige gevolgen te hebben voor moeder en neonaat**  
dr. Floor Vernooij & dr. Rafli van de Laar *redacteurs*
- Column**  
109 **Menselijke maat: in memoriam?** Thomas van den Akker
- Mediagyniek**  
110 drs. Jos Vollebergh, dr. Nicole Alers



# Less is more

dr. Annemijn Aarts *hoofdredacteur*

**Afgelopen week was ik op een Europees congres. Langverwachte resultaten van grote trials en ander belangrijk onderzoek passeerden de revue. Helaas raakten deze resultaten meestal ondergesneeuwd door matige presentatievaardigheden. Soms slecht verstaanbaar, vaak monotoon, en bijna altijd dia's met meerdere Kaplan Meier-curves en tabellen die je van een afstandje niet goed kon lezen. Ik moet eerlijk bekennen dat mijn aandacht dan ook afglijdt. Ineens lijkten de mensen die later de zaal binnenkomen of dat mailtje op m'n telefoon toch belangrijker.**

Toch is dit jammer want door al die tabellen, getallen en monotoon Engels gaat de boodschap veelal verloren. Ik moest daarom ook terugdenken aan een leerzame cursus die ik heb gevolgd tijdens mijn promotieonderzoek: *The Art of Presenting Science*.<sup>1</sup> Deze cursus werd destijds gegeven door een natuurkundige die ook theatermaker was. Dan snap je al waar het heen gaat.

Want waarom lukt het deze sprekers niet om de aandacht van het publiek erbij te houden als hij of zij het onderzoek presenteert? Het onderwerp zou hen per definitie moeten aanspreken, want waarom zou je anders naar dat congres gaan? En ditzelfde publiek kan het wel opbrengen om de aandacht bij een urenlang durende film te houden. Blijkbaar lukt het filmmakers dus beter om hun publiek te interesseren dan ons wetenschappers. Enerzijds zit dat natuurlijk in de presentatietechniek, zoals (variatie in) spreektempo of stemvolume. Anderzijds is wat mij betreft toch echt het crux: vertel een verhaal met een duidelijke boodschap. En dan geldt het adagium: *less is more*. Minder willen vertellen in die paar minuten met minder (volle) slides. Alles wat je vertelt of presenteert op een dia moet in dienst staan van het verhaal of de boodschap.

Eigenlijk zou het voor ons artsen niet eens zo moeilijk moeten zijn, want wij hebben ten opzichte van een natuurkundige altijd één type verhaal waar we goed onze aandacht bij kunnen houden. En dat is het verhaal van de patiënt. In deze editie van het *NTOG* kunt u het eerste deel van een driedelige miniserie lezen van emeritus hoogleraar Burger: wat kunnen we leren van patiënt verhalen? (pagina 96). Hij reflecteert in deze serie op verhalen die patiënten zelf hebben opgeschreven en probeert daar een boodschap uit te destilleren. In deze editie gaat het over het samen beslissen van arts en patiënt over behandelingen. Wat is voor u de boodschap uit deze patiëntverhalen?

Eigenlijk gelden de 'regels' voor een goede presentatie ook voor wetenschappelijke artikelen. Hoe minder duidelijk de boodschap en hoe warriger het verhaal, hoe minder goed een lezer de aandacht erbij kan houden. Dit geldt, denken wij als redactie, in grote mate voor lezers van het *NTOG*. Ons publiek leest het blad vaak op een klein vrijgekomen moment op zaterdagochtend, in de trein of metro of anekdotisch op het toilet. Daar passen bondige verhalen met een duidelijke boodschap beter bij.

Vorig jaar hebben we onder andere daarom de richtlijnen voor een *case report* in het *NTOG* flink aangepast. We dagen auteurs uit om het verhaal van hun casus kort en bondig te beschrijven met een duidelijke boodschap. Ook voor oorspronkelijke artikelen vragen we regelmatig auteurs om het stuk in te korten precies met dit doel. We dagen toekomstige auteurs uit: vertel een verhaal rondom de boodschap waarvan u denkt dat die de lezer moet bij blijven. Een fijne bijkomstigheid is trouwens ook dat we daarmee de *NTOG*-nummers in de toekomst wat dunner kunnen maken, wat dan ook weer duurzamer is. *Less* wordt dan echt *more*.

## Referentie

1. [www.uu.nl/en/events/the-art-of-presenting-science-online-fully-booked-1](http://www.uu.nl/en/events/the-art-of-presenting-science-online-fully-booked-1)

# Een verschuiving in de wijze van visiteren

drs. Milou Bensink VAGO-voorzitter, NVOG-bestuurslid en derdejaars aios cluster NOO

drs. Carolien Kanne NVOG-beleidsadviseur met o.a. in portefeuille Koepel Opleiding en Commissie Kwaliteitsvisite

**In de afgelopen jaren heeft het NVOG-bestuur (bijna) elke gynaecologische vakgroep in Nederland digitaal bezocht, het welbekende flitsbezoek. Een vast bespreekpunt tijdens deze bezoeken is of de vakgroep punten heeft waar het bestuur over mee kan denken of aandacht aan zou moeten besteden. Begrijpelijkerwijs kunnen deze punten wisselen per kliniek. Een veelgehoord geluid is de belasting die de kwaliteitsvisite met zich meebrengt. Deze wordt als buitengewoon hoog ervaren, met name omdat de benodigde voorbereidingstijd niet in verhouding lijkt te staan tot het beoogde doel.**

Eerdergenoemde geluiden werden al langer vernomen en sluiten aan bij de 'Toekomstvisie Kwaliteitsvisites' van de Federatie Medisch Specialisten (Federatie) uit 2021. Hierin wordt onder andere belang gehecht aan ontregeling van de visite en de rol van netwerk-geneeskunde. Deze visie geeft ruimte voor creativiteit in de invulling van visites met minder administratieve lasten.

In april 2021 werd tevens het NVOG-visiedocument 'Kwaliteit is samen leren' gepubliceerd door de Koepel Kwaliteit. Hierin wordt de ambitie uitgesproken om het huidige kwaliteitsbeleid van plannen, implementeren en controleren om te buigen naar samen proberen, reflecteren, leren en doen. De kwaliteitsvisites zouden meer ingericht kunnen worden op het versterken van het lerend vermogen van de zorgverleners en het netwerk waarbinnen zij werkzaam zijn.

## Handschoen opgepakt

De commissie Visite heeft in opdracht van de Koepel Kwaliteit de handschoen opgepakt en het afgelopen jaar geschreven aan een aanvraag voor dit project bij de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

De SKMS heeft de aanvraag voor dit project reeds goedgekeurd. De eerste bijeenkomst met de werkgroep is een feit en er is gestart met het inventariseren van plus- en minpunten van de huidige visitatiemethodiek. De werkgroep wordt gevormd door huidige en voormalige visiteurs van de Commissie Visite. Het doel is om tot een nieuwe visitatiemethodiek te komen die beter aansluit bij de praktijk en bij de cyclus van leren en verbeteren waarbij een beperking van de administratielast in ogenschouw wordt genomen. De verwachting is dat halverwege 2025 gestart wordt met de pilot 'Visite nieuwe stijl' in een vijftal klinieken.

## De pilot

In het project wordt afgestapt van de huidige vorm van kwaliteitsvisites waarbij veel tijd en energie wordt gestopt in het invullen van vragenlijsten, het verzamelen en het controleren van kwaliteit-gerelateerde gegevens en het toetsen van bijbehorende normen. Hiermee wordt weliswaar inzichtelijk gemaakt waar de ruimte of noodzaak voor verbetering ligt, maar worden de zorgverleners niet geholpen met de aanpak ervan.

In dit project zal een nieuwe vorm van visiteren worden ontwikkeld waarbij zelfevaluatie, samen leren en verbeteren centraal staan. De rol van de visitatiecommissie zal minder controlerend en toetsend maar vooral stimulerend en ondersteunend zijn. Hiermee hopen we de daadwerkelijke stap naar de gewenste verbeteringen in de vakgroep kleiner te maken en beter te kunnen realiseren in samenwerking met de zorgverleners in het netwerk.

De vakgroep wordt voorafgaande aan de visite gevraagd om aan de hand van lean normenkaders én een aantal keuze en verplichte thema's (te denken valt aan shared decision making) hun huidige zorg te evalueren. Op basis hiervan worden verbeterdoelen en -plannen opgesteld. Het uiteindelijke

bezoek van de visitatiecommissie zal vooral bedoeld moeten zijn om deze doelen en plannen te bespreken en te evalueren op doelstellingen, uitvoering, haalbaarheid en aansluiting bij het patiëntenperspectief.

## Implementatie

Over een jaar hopen we de eerste klinieken middels deze nieuwe stijl te kunnen visiteren en zal de feedback van zowel de gevisiteerde vakgroepen als de betrokken visiteurs bijdragen aan het verfijnen van de visitatiemethode. De commissie Visite zal namens de werkgroep een vijftal algemene klinieken benaderen, die reeds gepland staan voor visite in 2025, om deel te nemen aan de pilot van dit project. Nadien is er tot eind 2026 ruimte om de nieuwe visitatiemethode waar nodig bij te schaven. We zullen u op de hoogte houden van de vorderingen. We gaan ervanuit dat we bij afronding van het project een positieve verschuiving in de wijze van visiteren hebben gerealiseerd: van normen toetsen (op basis van vinken) naar zelfevaluatie stimuleren.

*Wilt u nog iets meegeven aan de werkgroep Herziening Visitatiemethodiek? Stuur dan vóór 1 mei een bericht aan [carolienkanne@nvog.nl](mailto:carolienkanne@nvog.nl)*

## Gezocht: redactielid voor de deelredactie Voortplantingsgeneeskunde

Vanwege het vertrek van een van de redactieleden van de deelredactie Voortplantingsgeneeskunde zoeken we een nieuw lid. Heb je affiniteit met de voortplantingsgeneeskunde en vind je het leuk om af en toe een ingezonden artikel te reviewen, of de lezers van het NTOG up to date te houden over wat zich afspeelt binnen deze pijler, dan nodigen we je van harte uit om te reageren. Zowel gynaecologen als gynaecologen in opleiding kunnen reageren. Heb je vragen of interesse, stuur dan een mailtje naar [hanneriekerk@nvog.nl](mailto:hanneriekerk@nvog.nl)

## Rectificatie NTOG-bestuurscolumn

In de bestuurscolumn van het NTOG# 1 2024 kon je lezen over de plannen van het NVOG-bestuur voor 2024. Met die berichtgeving is mogelijk verwarring gecreëerd. Graag benadrukken wij dat goede patiëntenvoorlichting een van onze belangrijkste speerpunten van het jaar is. Met het aanpakken van de branding van de gynaecoloog is betrouwbare voorlichting en communicatie van essentieel belang. Om dit te bewerkstelligen wordt aankomend jaar het patiëntenplatform, [degynaecoloog.nl](http://degynaecoloog.nl), vernieuwd en verbeterd. Dit wordt gedaan door de commissie Patiënten Communicatie. De commissie Preventie, een andere commissie, gaat dit jaar onder leiding van Annemarie Mulder werken aan het thema preventie. Als bestuur willen wij graag onze oprechte dank uitspreken aan de leden van beide commissies voor hun waardevolle werk, toewijding en inspanning.

## Miljoenen extra voor vrouwspecifieke zorg

Op internationale vrouwendag vieren we de verworven rechten van de vrouw en wordt er aandacht besteed aan wat beter kan. Een belangrijk punt van verbetering is de gezondheidszorg voor vrouwen. Naar aanleiding van het NVOG-rapport 'Maatschappelijke acceptatie van vrouwspecifieke aandoeeningen' dat in december aan de demissionaire minister Ernst Kuipers van VWS is

## Is het B1?

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

### Injectie

**Is dit B1? Nee!** Het woord 'injectie' is niet B1. Toch zijn er op internet veel patiëntinformatiefolders te vinden met zinnen als 'pijnbestrijding door een lokale injectie'. Hier worden zelfs twee woorden gebruikt die voor veel patiënten niet te begrijpen zijn. Beter is het om te spreken van 'een prik op de plek waar u de pijn heeft'. Nog een ander woord voor injectie is spuit, dit is wel B1 en kunt u dus ook gebruiken naast het woord prik.

Bron: [www.ishetb1.nl](http://www.ishetb1.nl)

Correspondentieadres: [m.twisk@bovenij.nl](mailto:m.twisk@bovenij.nl)

aangeboden, kondigde de nieuwe demissionaire minister Pia Dijkstra op Internationale vrouwendag stappen aan voor vrouwspecifieke zorg. Ze wil miljoenen extra investeren voor een kennisprogramma over vrouwspecifieke aandoeningen bij ZonMw. Het programma moet een kennisagenda en een bijdrage leveren aan een nationale strategie rondom vrouwengezondheid. Aangezien bijna iedere vrouw te maken krijgt met een vrouwspecifieke aandoening, noemt minister Dijkstra het onbegrijpelijk dat er zo weinig kennis over is. 'Zonder deze kennis kunnen we deze

aandoeningen niet goed behandelen. Daar mogen we niet langer van weggijken. Want een probleem van vrouwen, is een probleem van iedereen.'

## Ovariumweefsel kanker-vrij terugplaatsen

Terugplaatsen van ingevroren ovariumweefsel bij vrouwen die kanker hebben gehad, geeft een klein risico op terugkeer van diezelfde kanker. Onderzoekers in het Radboudumc onderzochten of dit risico kon worden geëlimineerd door de aanwezige kankercellen in het ovariumweefsel te vernietigen, zonder daarbij de

## Owee

### Makkie

Ik verricht een spannende laser, waarbij heel dikke vaten moeten worden gecoaguleerd. Vanzelfsprekend heb ik de ouders van tevoren ingelicht over de risico's van een laser bij deze relatief late amenorrhoe. Om de gespannen sfeer een beetje te breken, informeer ik naar het beroep van de aanstaande vader. Hij antwoordt met een geknepen stem: 'Ik ben vrachtwagenchauffeur.' Waarop ik reageer met: 'Nou met zo'n aanhanger bochtje achteruit, dat is denk ik net zo lastig als deze laser'. Waarop de vader snedig toevoegt: 'Oh dokter, dit was dus eigenlijk een makkie!'

**Monique Haak** gynaecoloog LUMC

*Zelf iets opmerkelijks, grappigs, wetenswaardigs, ontroerends meegemaakt? Stuur uw tekst naar [m.kerkhof@jzbz.nl](mailto:m.kerkhof@jzbz.nl) onder vermelding van Owee. Beperk u tot 120 woorden. De redactie behoudt zich het recht voor om wijzigingen aan te brengen, die de leesbaarheid van het stukje optimaliseren.*

## NTOG Kunstsalon

Kinke Kooi maakt gyne-kunst! Haar werken zijn zowel qua beeldtaal als qua onderwerp uitgesproken vrouwelijk. Lange tijd werd haar werk als onvolwaardig gezien, omdat het niet voldeed aan de geldende norm voor autonome kunst die beheerst werd door het mannelijke witte modernisme. Haar vrouwelijke esthetiek die voorheen niet serieus werd genomen, is tegenwoordig hetgeen wat haar erkenning oplevert. Juist het uitblijven van succes gaf Kooi alle vrijheid om buiten de traditie te treden en zonder te conformeren haar individuele beeldtaal te ontwikkelen. Als dat niet de kern van autonomie is! Ze wilde aspecten van het vrouwelijke lichaam schilderen die in de kunst ontbraken. Niet uit activisme maar uit een intrinsieke fascinatie. Haar stijl is uniek met zachte roze plooien, holtes en welvingen. Verbeelding van inwendig, uitwendig, intimiteit, vruchtbaarheid, gastvrijheid en thema's die daaraan raken. Wie goed kijkt wordt beloond met fantasievolle doorkijkjes, geschreven boodschappen en allerlei vormen met een sterke symboliek zoals parels, oesters, erwten in de dop en zelfs pilstrips. Eindeloos intrigerend!

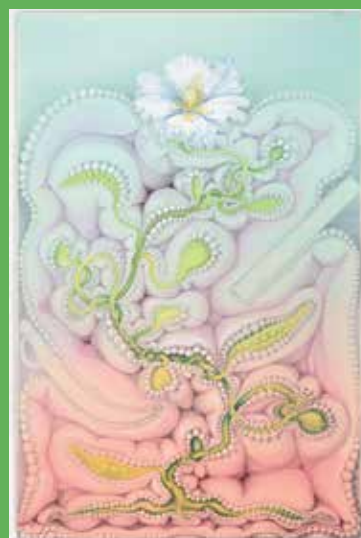
De werken nodigen uit tot filosoferen en titels als *Art and science* en *Meten is Weten* zetten daar nog extra toe aan. Het werk dat deze cover siert heet *Preventing the sharp from being sharp*. Aan de rechterzijde dringt een liniaal binnen. De stugge hoekige vorm van de liniaal staat in contrast met de zachte glooiende omgeving. Door het instrument ontstaat er een nieuwe binnenruimte en het weefsel er omheen lijkt gastvrij en soepel. Aan de linkerzijde steekt een puntige dolk naar binnen, maar ook hier is het weefsel plooibaar en wordt er geen fysieke grens doorbroken. Tussendoor vindt een prachtige bloem zijn weg naar boven en steekt levendig zijn kopje de buitenwereld in.

Mijn gedachten gaan naar ons medische uitgangspunt 'Do no Harm'. Het mes staat loodrecht tegenover de liniaal. Zodra we gaan meten en benoemen, zijn we ook geneigd te interveniëren. In dit werk lijkt je te zien dat, terwijl meten en behandelen elkaar aankijken in afwachting van elkaars reactie, het tussenliggende weefsel uiterst vruchtbaar blijkt en de kracht van groei, bloei en herstel vanuit het eigen binnenste hier gaat zegevieren. Een pleidooi voor de autonomie en de kracht van het vrouwelijk lichaam wellicht.

Werk na werk zet Kinke Kooi aan tot filosoferen. Ze dringt op prettige, niet invasieve wijze je gedachten binnen. Het zou een prachtige huis-stijl-esthetiek van de gynaecologie kunnen zijn, van menstruatie tot zwangerschap, van ruimte nemen tot ruimte geven, van lichamelijke affectie. Wie snel is kan nog naar haar overzichtstentoonstelling in het Fries Museum en anders volgen er ongetwijfeld binnenkort nog meer exposities met de baanbrekende autonome gyne-kunst van Kinke Kooi.

**dr. Daphne Voormolen, arts foetale geneeskunde WKZ**

[www.stichtingkunstsalon.nl](http://www.stichtingkunstsalon.nl)



eicellen te beschadigen. Het zuiveren van het ovariumweefsel buiten het lichaam wordt ook wel 'purging' genoemd. De afdeling biochemie van het Radboudumc heeft een middel gemaakt dat nu is getest. Dit middel bestaat uit specifieke

eiwitten (ankyrine-repeat-eiwitten, de zogenoemde DARPs) waaraan een ecotoxine van een bacterie is gekoppeld. Die combinatie blijkt goed te werken tegen kankercellen. Dit middel laat de gewone eicellen ongemeoid. De experimenten in

het lab hebben nu laten zien dat het voor zuiveren van eierstokweefsel van voormalige kankerpatiënten heel goed werkt. De volgende stap is om de vertaling te maken naar de patiënt.  
[www.radboudumc.nl](http://www.radboudumc.nl)

# Gynfeud 27



### Vraag 1. Wat is een homunculus?

- een door alchemie gevormde 'kunstmens'
- een dwerg, achondroplast
- Latijns voor mannetje
- een representatie van lichaamsdelen in de motorische en somato-sensorische cortex van de hersenen

### Vraag 2. Wat is goed?

- abortus provocatus lege artem
- abortus provocatus legis artis
- abortus provocatus legem artem
- abortus provocatus lege artis

De goede antwoorden zijn te vinden op pagina 90.  
*dr. J. Lind*

# Reactie op Focus op Historie 'De obductie van de gravin Van Reitzenstein'



H.G. ter Brugge *gynaecoloog n.p., Zwolle*

Graag reageer ik op het artikel over de obductie van gravin Van Reitzenstein in de vorige editie van het *NTOG* (*NTOG*#1 2024, pagina 12-16). In de eerste plaats, geweldig interessant en chapeau voor de onderzoekers. De 'hedendaagse epicrise' behoeft echter wel wat nuancering wat mij betreft. Ik begrijp dat deze dame is gestorven terwijl ze een ileus had bij een grote buiktumor. Ze zal ongetwijfeld ondervoed zijn geweest en de heren behandelaars zullen hun best gedaan hebben met laxeren. In de epicrise wordt gesteld dat de gravin is overleden aan een intra abdominale maligne

tumor. Maar is dat zo? De beschrijving van kleine klieren wil niet direct zeggen dat er een peritonitis carcinosomatosa is en dat wordt ook feitelijk niet beschreven. Er was geen ascites en blijkbaar ook geen duidelijke andere uitzaaiingen. Ook het rechter ovarium was normaal, wat opmerkelijk is bij zo'n uitgebreid maligne proces. De grote van de tumor spreekt ook tegen maligniteit. Het proces lijkt bijna extra ovariëel, dus ik denk meer aan een borderline proces met in de dd: fibroom, adenoom, gist of actinomyces. De tumor in het hart is wellicht een oude embolie, wat ook bij

deze grote tumor te verwachten is. Ik heb in mijn praktiserend leven als gynaecologisch oncoloog nogal wat tumoren voorbij zien komen en denk niet aan een maligne proces, maar overlijden aan de gevolgen van een ileus en ondervoeding in combinatie met trombo-embolische processen. Neemt niet weg dat de patiënte inderdaad mogelijk een endometrioom had, waarbij perforatie door laxeren bij een grote buiktumor (lastig!) en bloedingen en infectie ook nog een mogelijkheid is. Nogmaals alle lof voor deze buikdetective van de schrijvers.



# Podcast 'Verlossende Woorden'

dr. A.L.W.M. Coolen urogynaecoloog Bergman Clinics

drs. S.J. Dedden gynaecoloog, Amphia Ziekenhuis, Breda

dr. R.F.M. Vermeulen aios gynaecologie, Amsterdam UMC, Amsterdam

**In onze podcast *Verlossende Woorden* voeren we bloedserieuze gesprekken met bevlogen gynaecologische rolmodellen. Deze gynaecologische katrekkers geven een inkijk in hun leven en nemen ons mee in hun expertise.**

Het idee voor de podcast komt voort uit een jarenlange vriendschap. We constateerden dat we eigenlijk tegen dezelfde dingen aanliepen. Als medici hebben we drukke levens met weinig tijd voor zelfstudie, maar hebben we vaak wél lange reistijden en een gezonde dosis ambitie. Met deze podcast hopen we het aanbod van leermomenten met een persoonlijk verhaal voor gynaecologisch hulpverleners te vergroten, doordat je die dus kunt beluisteren waar en wanneer je maar wilt!

## Podcasttrio

Na het ontstaan van het idee een podcast te maken, raakten we bij toeval in gesprek met de makers van de podcast *Met het mes aan tafel*. Chirurgen Thony Ruys, Victor Alberts en Lars Brouwers waren recent gestart met hun bedrijf Orly Media, uitgeverij van medische podcasts. In navolging van hun podcast zochten ze enthousiastelingen uit andere specialisten die volgens hun format ook podcasts wilden opnemen. Hierna was ons podcasttrio snel gevormd. Dat wij alle drie verschillende aandachtsgebieden hebben en werkzaam zijn in verschillende clusters, is handig.

Orly Media heeft ons begeleid met het opstarten, het componeren van een jingle en het uitzoeken van een logo en heeft ons voorzien van professionele apparatuur. Wij hadden met 'Met het mes aan tafel' een goed voorbeeld voorhanden. De makers hadden al meer dan twintig afleveringen opgenomen en daarmee de nodige ervaring opgedaan. Zo wisten we bij de start al

dat het niet handig zou zijn om met z'n drieën een gesprek te leiden. Iedereen wil toch graag aan het woord komen en de kans dat je dan door elkaar heen gaat praten is groot. Ook moet je in een goede geluidsdichte kamer zitten, niet gestoord worden en de gast moet 'live' zijn. Gesprekken via Teams of telefoon (op de speaker) hebben een slechte geluidskwaliteit. Wij konden door goed naar eerder opgenomen medische podcasts te luisteren ook nagaan wat we goed en minder goed vonden en wat ons aansprak. Zo hebben we uiteindelijk onze eigen draai aan onze podcast kunnen geven. Wij zijn ons er bewust van dat we dokters en geen podcastmakers zijn. Dat hoeft ook niet. We maken deze podcast voor onze eigen specifieke doelgroep: gynaecologen, al dan niet in opleiding, verloskundigen, geïnteresseerde coassistenten en mogelijk huisartsen. Het doel is om er wat van op te steken en nieuwsgierig te zijn naar de persoon achter de dokter. Door bevlogen gynaecologen aan het woord te laten, krijg je zelf ook meer zin om actief aan boord te blijven van ons mooie vak.

## Wensenlijst

We hebben een lange wensenlijst van mensen die we nog willen spreken. We kijken hierbij naar de verdeling man/vrouw, regio waar spreker werkt en onderwerp per pijler. In de voorbereiding van het gesprek vragen we het cv van de spreker op en proberen we contact te leggen met collega's die de spreker goed kennen. Met mensen die we alle drie niet kennen hebben we kort telefonisch contact om verwachtingen uit te vragen en erachter te komen of iemand to the point of lang van stof is. Dan weten we namelijk of we tijdens het gesprek meer of minder actief moeten onderbreken. De sprekers krijgen onze voorbereiding ook toegestuurd, zodat ze kunnen aange-

ven waar ze het niet of juist wel over willen hebben. Het is niet de bedoeling om iemand het vuur na aan de schenen te leggen, het is namelijk geen journalistieke podcast. Wat we wel geheimhouden in de voorbereiding zijn de dilemma's oftewel de 'Ongepaste vragen', zodat de spreker hier spontaan op kan reageren.

## Verdere ontwikkeling

De voorbereiding, de reistijd, de bedankjes, het editen en publiceren van de podcast kosten tijd en geld. De financiering komt nu uit eigen middelen. Daarom zijn we op de achtergrond op zoek naar een sponsor die zich niet met de inhoud wil bemoeien, maar die we aan het einde van de podcast kunnen noemen als wederdienst. Op basis van de feedback en de ervaringen van het eerste seizoen zullen we de podcast in het nieuwe seizoen verder ontwikkelen. Sponsoring zoeken, live podcast maken op het Gynaecologisch congres en het plannen en opnemen van weer veel mooie gesprekken met gynaecologische rolmodellen, zijn onze doelen voor 2024.

Benieuwd naar de podcast? Luister alle afleveringen via: [www.verlossendewoorden.nl](http://www.verlossendewoorden.nl), Spotify, iTunes of Google podcasts.



# Verbeterpunten in de zorg bij een onopgemerkte zwangerschap

A.M. Werdmuller *specialist beleid en onderzoek*  
 drs. A.C. van Brouwershaven *onderzoeker*  
 beiden Fiom, 's-Hertogenbosch

**Een 'onopgemerkte zwangerschap' betreft het verschijnsel waarbij iemand onbedoeld zwanger raakt en zich niet bewust is van de zwangerschap. Fiom deed onderzoek naar vrouwen die hun zwangerschap ontdekten bij 30 weken of meer. Dit artikel gaat over hun ervaringen met zorgprofessionals. Op basis van ons onderzoek geven we aanwijzingen hoe de begeleiding bij een onopgemerkte zwangerschap zo goed mogelijk kan aansluiten bij de behoeftes. Eerst gaan we kort in op hoe vaak een onopgemerkte zwangerschap voorkomt en wat mogelijke verklaringen zijn.**

Een onopgemerkte zwangerschap kan ontdekt zijn bij 20 weken of meer, of bij de start van de bevalling.<sup>1</sup> Exacte cijfers over hoe vaak een onopgemerkte zwangerschap in Nederland voorkomt zijn niet bekend. Op basis van een Duits onderzoek is een grove schatting te maken.<sup>2</sup> De onderzoekers geven aan dat 1 op de 475 vrouwen de zwangerschap ontdekten vanaf twintig weken, dat zouden in Nederland ongeveer 355 vrouwen per jaar zijn. Het aantal zwangerschappen dat ontdekt werd tijdens de bevalling was 1 op de 2455, dat zouden er in Nederland ongeveer 70 per jaar zijn. Een onopgemerkte zwangerschap kan ook voorkomen bij transgender en non-binaire personen die zwanger kunnen worden. Mensen die hun zwangerschap laat ontdekken blijken een heterogene groep te zijn. Duidelijke risicofactoren of gemeenschappelijke kenmerken van mensen die een onopgemerkte zwangerschap meemaken ontbreken.<sup>3-5</sup> Er is geen definitieve verklaring voor dit verschijnsel.<sup>6</sup> Omdat dit fenomeen vaak niet goed wordt begrepen, kunnen betrokkenen te maken krijgen

met vooroordelen en stigmatisering. Voorbeelden hiervan zijn de aanname dat de late ontdekking zou komen door psychische of psychiatrische problemen, een verstandelijke beperking, overgewicht of het bewust ontkennen van de zwangerschap.

Fiom deed onderzoek naar personen die onbedoeld zwanger raakten en pas bij 30 weken of later ontdekten dat ze zwanger waren. We vinden het belangrijk dat er meer begrip komt voor mensen die dit meemaken. Daarnaast wil Fiom ervoor zorgen dat de begeleiding bij een onopgemerkte zwangerschap goed aansluit bij de individuele situatie en behoeftes. Het onderzoek is gebaseerd op diepte-interviews met acht vrouwen, en met negen verloskundigen en gynaecologen die ervaring hebben met onopgemerkte zwangerschap.

## Mogelijke verklaringen

Fiom publiceerde in 2023 een wetenschappelijk artikel over de verklaringen voor onopgemerkte zwangerschap die uit ons onderzoek kwamen.<sup>7</sup> Wat opvalt is dat de verklaringen van vrouwen voor het niet opmerken van hun zwangerschap afwijken van die van zorgprofessionals. De vrouwen zagen als belangrijkste oorzaak het ontbreken van typische zwangerschapssymptomen, zoals het groeien van de buik en het uitblijven van menstruatie. Zij verbaasden zich erover dat hun lichaam de zwangerschap niet had laten zien. Dit veranderde nadat ze de zwangerschap ontdekten. Op dat moment kregen ze plots zwangerschapssymptomen. Een aantal vrouwen vertelde dat hun buik plotse-ling snel groeide na de ontdekking. De vrouwen gaven aan dat zij wel subtielere zwangerschapssymptomen hebben gehad, zoals vermoeidheid of

stemmingswisselingen. Zij gaven verschillende redenen voor het niet opmerken van deze symptomen, zoals onoplettendheid, afleiding door fysieke factoren (zoals ziekte) en psychologische factoren (zoals trauma en stress). Ook speelde een fout-negatieve uitslag van een zwangerschapstest bij twee vrouwen een rol.

Voor de meeste verloskundigen en gynaecologen was het ontbreken van zwangerschapssymptomen geen belangrijke verklaring voor onopgemerkte zwangerschap. Zij benadrukten vooral de rol van psychologische stress en angst. Ook zagen sommigen van hen onbewuste of bewuste ontkenning als verklaring.

## Ervaringen met zorgprofessionals

Uit het onderzoek van Fiom kwam naar voren wat vrouwen tijdens het contact met zorgprofessionals als helpend hebben ervaren en wat juist niet. We lichten de belangrijkste punten toe: vooroordelen, ongerustheid en hulp op maat vanwege de grote impact.

### Vooroordelen

Als iemand een zwangerschap pas bij 30 weken of later ontdekt, is het logisch dat bij zorgprofessionals de vraag opkomt of er iets bijzonders aan de hand is. Soms leidt dat tot vooroordelen die kunnen doorwerken in de behandeling door de professionals. Het kan er bijvoorbeeld toe leiden dat zij zich zorgen maken over de weerbaarheid van de zwangere. Zij kunnen zich afvragen of diegene voldoende in staat is om voor een kind te zorgen. Een deelnemer uit ons onderzoek had de indruk dat ze bij het consultatiebureau bij voorbaat een kruisje achter haar naam had. Een andere deelnemer vond

dat zorgprofessionals in het ziekenhuis haar niet serieus namen. Zij had het gevoel dat dit kwam door de late ontdekking:

*'Dat gevoel had ik wel, laat ik het zo zeggen: ze heeft al die tijd niet goed voor zichzelf en voor het kindje gezorgd, dus misschien kan ze het nu ook niet.'*

Twee deelnemers vertelden dat zij de vraag voorgelegd kregen of zij het kind wel zelf wilden opvoeden. De mogelijkheid tot adoptie werd genoemd, waardoor zij zich miskend en beledigd voelden. Zij hadden liever gehad dat er eerst open gevraagd werd naar hun behoeftes.

De manier van communiceren is belangrijk in het geval van een onopgemerkte zwangerschap. Taal ligt gevoelig, omdat veel mensen zich al vaak schamen voor het feit dat ze de zwangerschap zo laat ontdekken. Zij vragen zich af hoe ze het over het hoofd konden zien. Als iemand dan een ongevoelige opmerking maakt kan dat hard aankomen. De deelnemers van ons onderzoek deelden meerdere van dit soort situaties. Voorbeelden hiervan zijn een arts die lacherig zegt dat ze er wel een beetje laat achter gekomen is, of een verloskundige die zegt dat het gek is dat ze niets heeft gemerkt. Een deelnemer uit ons onderzoek vertelde dat ze zich naar behandeld voelde:

*'Want het was echt van: hoe kan je dat nou niet gemerkt hebben? Een beetje verwijtend. (...) Als ik het eerder had geweten en had ontdekt, dan had ik wel eerder wat ondernomen.'*

Daar staan goede ervaringen tegenover. Belangrijk voor de deelnemers was het gevoel dat ze niet veroordeeld werden. Een deelnemer voelde zich begrepen door haar zorgverleners:

*'Ze zeiden: "Jij kon er niks aan doen. Je komt er nu pas achter, dus in ieder geval fijn dat je er nu achter komt in plaats van tijdens de bevalling." Ze hadden er zeker begrip voor.'*

Als de verloskundige, verpleegkundige of gynaecoloog vertelden dat ze het vaker meemaakten werd dit erg gewaardeerd. Een deelnemer vertelde wat het haar deed om zo'n verhaal te horen:

*'Ze zei dat een collega het een maand geleden nog had gezien bij een meisje. Dat was een tweeling. (...) Ze zei dat het gewoon gebeurt. Mensen kunnen het echt niet doorhebben, door wat voor omstandigheden ook. Dat vond ik wel fijn eigenlijk, dat ik toch niet de enige was, en dat het dus nog extremer kan.'*

#### Ongerustheid

Bij een onopgemerkte zwangerschap is de schrik bij zorgprofessionals vaak groot. Er zijn redenen genoeg om ongerust te zijn, met name over de gezondheid van het kind. De zwangerschap is niet gecontroleerd en in een laat stadium kan een echo lang niet alles laten zien. De deelnemers uit ons onderzoek hadden uiteenlopende ervaringen met de manier waarop zorgprofessionals hiermee omgingen.

Zo legde een gynaecoloog bij het maken van een echo uit dat het er goed uitzag, maar dat ze niet alles kon uitsluiten. Toen de vrouw vroeg wat mis kon zijn kwam de arts met een hele waslijst: klompvoeten, hazenlip, open rug. Daar schrok de vrouw enorm van, ze had dit graag iets voorzigtiger gehoord. Ook een andere deelnemer maakte mee dat werd benadrukt dat ze rekening moest houden met mogelijke afwijkingen bij de baby:

*'Dat vond ik wel heel heftig, al snap ik dat je daar op voorbereid moet zijn. (...) Ik dacht toen: ze gaan er echt vanuit dat het niet goed is.'*

In andere situaties was er volgens de deelnemers meer besef van de impact die deze informatie op iemand heeft. Een deelnemer vertelde dat de arts sommige dingen bewust niet hadden verteld:

*'Toen ze uiteindelijk gezond werd verklaard, hebben ze gezegd dat ze tijdens het hele proces expres dingen niet hebben verteld, om niet nog meer onrust of paniekstemming te veroorzaken. Want dat had alleen maar negatieve invloed gehad op mij en mijn kindje.'*

Veel vrouwen maken zich al ongerust over het kind. Zij voelen zich schuldig over hun leefwijze tijdens de zwangerschap en zijn bang voor de gevolgen

voor het kind. Een deelnemer geeft aan dat ze het fijn had gevonden als er naar haar zorgen was gevraagd. Een andere deelnemer beschrijft dat ze het prettig vond dat de zorgprofessionals haar gerust stelden:

*'Ik heb me gewoon heel schuldig gevoeld dat ik de zwangerschap nooit heb gemerkt en dat heb ik ook gezegd. Straks is er dit niet goed en dat niet goed. Toen zeiden ze: "Het is gewoon goed, het hartje klopt, het beweegt, het doet het allemaal goed. Maak je daar ten eerste even niet zo druk om."*

#### Hulp op maat

Het is van belang om zorgvuldige begeleiding aan te bieden vanwege de grote impact van een onopgemerkte zwangerschap. Een aantal deelnemers had de indruk dat er in het ziekenhuis geen richtlijnen of protocollen waren voor een dergelijke situatie. Dit terwijl zorgprofessionals aangaven dat zij dit een aantal keer per jaar meemaakten. Het kan helpen als er goede afspraken klaarliggen voor een dergelijke situatie. Een van de aandachtspunten daarbij is dat de informatie die gegeven wordt aansluit. Een deelnemer vertelde:

*'Ik kreeg eerst een boekje: Zwanger zijn. Dat kon je invullen van nul tot negen maanden. Dat slaat natuurlijk helemaal nergens op, want dat hele stuk had ik gemist. (...) Alles is gebaseerd op negen maanden zwangerschap.'*

Een ander kreeg wel relevante informatie, namelijk over de mogelijkheden rond de bevalling. Dit gaf haar de kans na te denken over wat ze wel of niet wilde. Zij waardeerde het dat ze samen met een maatschappelijk werker en de klinisch verloskundige een bevallingsplan kon maken.

Belangrijk aandachtspunt is de onderlinge communicatie, die soms te traag op gang komt. Een van de deelnemers moest telkens opnieuw haar verhaal doen, omdat het ziekenhuispersoneel niet op de hoogte was van haar voor geschiedenis:

*'Zij zagen mij aankomen zonder tas, met helemaal niks en vroegen: "Komt er straks nog iemand met kleertjes?" En dan moet je weer dat verhaal uitleggen. "En hoe gaat ze heten? En een*

*bedje?" Ik geloof dat ik dat het eerste half uur misschien wel honderd keer heb moeten uitlegen.'*

Het was belangrijk voor de deelnemers om niet iedere keer een nieuw gezicht te zien, maar zoveel mogelijk een vast team. Een deelnemer waardeerde het dat een kinderarts in het ziekenhuis bleef totdat het kind geboren was, ondanks dat zijn dienst al geëindigd was. Een ander vertelde dat de verloskundige en gynaecoloog per se bij de bevalling wilden zijn:

*'Ze zeiden: "Als ik gewoon thuis ben dan kom ik." Op de avond van mijn bevalling hadden ze geen dienst, maar zijn ze uiteindelijk wel allebei 's nachts naar het ziekenhuis gekomen om mij te begeleiden. Dat was echt superfijn.'*

Sommigen vertelden dat er vanwege de late ontdekking afgeweken werd van de regels en gewoontes. Een deelnemer vertelde hoe fijn ze het vond dat ze eerder naar het ziekenhuis mocht komen toen haar bevalling begon. Anderen noemden als voorbeeld dat ze langer in het ziekenhuis mochten blijven, toch iemand mee mochten nemen naar afspraken ondanks COVID, of dat het ziekenhuis hielp bij het regelen van kraamzorg en een verloskundige. Een aantal van de deelnemers kreeg psychosociale hulp aangeboden van het ziekenhuis of nazorgsgesprekken via de huisarts.

#### *Aanbevelingen*

Zorgprofessionals kunnen veel betekenen voor mensen die een zwangerschap laat ontdekken.

Hierbij een aantal adviezen:

- Wees je bewust van je eigen vooroordelen
- Vertel dat het vaker voorkomt
- Besef dat iemand vaak zelf geschrokken, onzeker en ongerust is
- Geef er blijk van dat je beseft dat het een grote impact heeft
- Maak contact en leg keuzes voor
- Stem als team goed met elkaar af, geef passende informatie en praktische hulp
- Wijs op de publiekscampagne van Fiom

Om het bewustzijn van en begrip voor onopgemerkte zwangerschap te vergro-

ten heeft Fiom in 2022 een campagne over dit onderwerp gelanceerd. De campagne benadrukt de noodzaak van steun en begrip voor degenen die dit meemaken. <https://fiom.nl/ongewenst-zwanger/onbedoelde-zwangerschap-zorgprofessionals>.

*Dit artikel verschijnt in aangepaste vorm ook in het vakblad van de KNOV van maart 2024.*

#### Referenties

1. Sar V, Aydin N, van der Hart O, Steven Frankel A, Sar M, Omay O. Acute dissociative reaction to spontaneous delivery in a case of total denial of pregnancy: Diagnostic and forensic aspects. *J Trauma Dis Sociation*. 2017;18(5):710-9.
2. Wessel J, Endrikat J, Buscher U. Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstet*

*Gynecol Scand*. 2002;81(11):1021-7.

3. Jenkins A, Millar S, Robins J. Denial of pregnancy: a literature review and discussion of ethical and legal issues. *J R Soc Med*. 2011;104(7):286-91.
4. Brezinka C, Huter O, Biebl W, Kinzl J. Denial of pregnancy: obstetrical aspects. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1994;15(1):1-8.
5. Wessel J, Gauruder-Burmester A, Gerlinger C. Denial of pregnancy--characteristics of women at risk. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(5):542-6.
6. Beier KM, Wille R, Wessel J. Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: a proposal for international classification systems. *J Psychosom Res*. 2006;61(5):723-30.
7. van Brouwershaven A, Dijkstra CI, Bolt S, Werdmuller A. Discovering a pregnancy after 30 weeks: a qualitative study on explanations for unperceived pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2023.

# Wet abortus is zorg: de stand van zaken

**mr. drs. E. Bakker** lid NVOG-commissie Gynaecoloog & Recht

**dr. S.M. van der Kooij** voorzitter NVOG-commissie Gynaecoloog & Maatschappij

**dr. Y. Roggeveen** voorzitter NVOG-koepel Gynaecoloog & Maatschappij

Op 1 februari jl. vond de invitational conference 'Wet abortus is zorg' plaats, georganiseerd door de NVOG-commissie Gynaecoloog en Maatschappij en het juridische Bureau Clara Wichmann (BCW). De aanleiding was het door de NVOG ondersteunde manifest 'Abortus is zorg' van de Vrije Keuze Coalitie en het wetsvoorstel van GroenLinks-PvdA om abortus tot 24 weken zwangerschap te decriminaliseren en daarmee te destigmatiseren. Het wetsvoorstel wil artikel 296 (abortus tot 24 weken zwangerschap is strafbaar tenzij) uit het Wetboek van Strafrecht verwijderen, maar laat artikel 82a (abortus na 24 weken is strafbaar) intact, evenals de Wet afbreking zwangerschap (Wafz), die verplaatst zou worden naar de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).

Hoewel er in Nederland volgens de laatste evaluatie van de Wafz goede en toegankelijke abortuszorg lijkt te zijn, beoogt de voorgestelde wetswijziging abortus te destigmatiseren en te normaliseren en zo nog toegankelijker te maken. Tijdens de bijeenkomst stonden de mogelijke gevolgen van deze wetswijziging voor de organisatie van de abortuszorg en voor hulpverleners ter discussie. Centrale vragen hierbij waren of de Wafz noodzakelijk is voor goede zorgverlening en of artikel 82a met de 24 weken grens in juridisch en medisch opzicht wenselijk en noodzakelijk is.

## Visies

Tijdens de invitational conference hebben sprekers van verschillende achtergronden hun visie op het wetsvoorstel uiteengezet. Trudy Dehue, wetenschapsonderzoeker, besprak hoe abortus ten onrechte een 'medisch-ethische kwestie' werd.<sup>1</sup> De abortusartsen Monique Opheij en Raina Brethouwer spraken hun zorgen uit over de teloorgang van de expertise

van abortusartsen. Juriste Linde Bryk (BCW) bepleitte om de Wafz af te schaffen om abortuszorg daadwerkelijk te normaliseren, stigmatisering te voorkomen en een 'chilling effect' op zorgverleners tegen te gaan.<sup>2</sup> Verloskundige Rodante van der Waal vertolkte de meerwaarde van zorg door een 24/7 beschikbare verloskundige bij medicamenteuze abortus. Peter Leusink, huisarts en kartrekker van medicamenteuze abortus bij huisartsen, liet zien hoe de Wafz implementatie van dit proces bemoeilijkt. Gunilla Kleiverda, gynaecoloog en tevens voorzitter van Women on Waves, toonde de veranderingen in de abortuszorg (steeds meer medicamenteus) en besprak waarom de Wafz niet noodzakelijk is voor een kwalitatief goede zorg. Na de pauze behandelde Marloes van Noorloos, strafrechtjuriste aan de Universiteit Leiden, het strafrecht als ultimum remedium en het wegen van foetale belangen versus de autonomie van de zwangere. Eva Pajkr, hoogleeraar Verloskunde AUMC, ging dieper in op de nadelen en soms ook de voordelen van artikel 82a bij al dan niet gecompliceerde tweede-trimesterabrekingen.

## Discussies

Uit de discussies bleek dat velen voorstander zijn van het destigmatiseren en normaliseren van de abortuszorg. Hoewel er vanuit de abortusartsen aarzeling was, leek er ondersteuning om de Wafz niet (ongewijzigd) in de Wkkgz op te nemen. Ook waren er terughoudende geluiden te horen vanuit de angst dat een wetswijziging in het huidige conservatieve politieke klimaat juist voor achteruitgang zal zorgen, zoals bij de 24-wekengrens en de huidige organisatie van de abortuszorg.

In reactie op het wetsvoorstel heeft het NVOG-bestuur haar steun gegeven aan de reactie van de KNMG.<sup>3</sup> Zij

staan ervoor open om abortus juridisch anders te regelen als uit onderzoek blijkt dat de huidige juridische regeling tot drempels en stigmatisering leidt en wanneer blijkt dat die drempels en stigma's kunnen worden weggenomen door een wijziging van die juridische regeling. Hierbij vinden zij het belangrijk dat een nieuwe regeling geen onbedoelde negatieve gevolgen heeft voor de positie van de zwangere en voor de arts die abortuszorg verleent. Zolang de gevolgen van een eventuele wetswijziging onduidelijk zijn, steunt de NVOG de KNMG om zich (vooralsnog) niet achter het wetsvoorstel van GroenLinks-PvdA te scharen.

## Referenties

1. Trudy Dehue. Ei foetus baby. Een nieuwe geschiedenis van zwangerschap. Amsterdam: Atlas Contact. (2023)
2. <https://www.internetconsultatie.nl/weta-bortusiszorg/reactie/169ef563-168a-4c43-85c6-8a3453f55bfc>
3. KNMG benadrukt belang van toegankelijke en goede abortuszorg, KNMG, [www.knmg.nl/actueel/](http://www.knmg.nl/actueel/)

# Abortus provocatus, de geschiedenis en hoe het nu gaat

dr. J. Lind

**In dit artikel wordt ingegaan op de geschiedenis van de abortus. Daarbij komen de volgende punten aan de orde: ethische en juridische overwegingen, methoden, wetgeving, anti-conceptie en er worden enkele getallen genoemd. Ten slotte volgt een korte beschouwing over de huidige situatie. Hoewel er al veel over abortus is geschreven, is de discussie nog zeker niet afgerond. Een abortus provocatus is altijd een moreel dilemma, zowel voor de zwangere vrouw als voor de aborteur. De impact wordt vaak onderschat.**

## Ethische en juridische aspecten

Reeds in de oudheid vond abortus plaats. Voor de Grieken was leven en ziel een belangrijk punt. Aristoteles had de volgende theorie: het sperma zorgt ervoor dat met behulp van het achtergebleven bloed in de uterus zich een embryo vormt. Zodra er zintuiglijke waarneming mogelijk is, die nodig is om rationele kennis te ontwikkelen, is er sprake van een levend embryo en kon het embryo een ziel hebben. Bij de mannelijke embryo's was dat na 40 dagen, bij de vrouwelijke embryo's na 80 dagen.<sup>1,2</sup>

In het oud-Romeinse recht gold het zogenaamde *pars mulieris, pars viscerum*.<sup>3</sup> De vrucht werd gezien als onderdeel van het lichaam van de vrouw en had dus geen rechten. De pater familias (*patria potestas*) was degene die over leven en dood besliste, en dus ook over wat er met de vrouw en het kind gebeurde. Het kind kreeg pas een ziel zodra het ging ademen.<sup>4</sup> Daarnaast speelde voor de Grieken en Romeinen de bevolkingsgroei een rol in hun houding ten aanzien van abortus. Het aantal Romeinse staatsburgers moest op peil blijven.

Bij de Goten, een paar eeuwen later, was dit het belangrijkste aspect om tegen abortus te zijn (5e-8e eeuw, *Lex Visigothorum*).

## Religie

Na deze perioden in de geschiedenis begon religie een grote rol te spelen. Twee belangrijke vragen werden toen bepalend: op welk moment is er sprake van leven? Op welk moment doet de ziel zijn intrede? In het christendom, ten tijde van Augustinus van Hippo (354-430), ging men ervanuit dat er een verschil was tussen bezielde en onbezielde. 'Bij de conceptie is er nog geen ziel, pas als de foetus gevormd is, kan de ziel binnentreden.' Exodus 21: 22-25 en Genesis 2:7: 'Toen Adam gemaakt was van stof van de aardbodem, blies God de levensadem in.'<sup>1,5</sup>

De invloedrijke Thomas van Aquino (1225-1274) had een metamorfoseleer: hij onderscheidde een plantaardig leven, een dierlijk leven en een leven met menselijke ziel. Als er een afbreking was geweest van een foetus met menselijke ziel, was er sprake van moord. In de andere gevallen werd de zwangerschapsafbreking als een lichter vergrijp gezien.<sup>1,6</sup>

Bij de Islam wordt bij de ontwikkeling van de zwangerschap onderscheid gemaakt in: een 'nufta', slijm (eerste 40 dagen), vervolgens ontstaat hieruit een 'alaqah', klontje bloed (volgende 40 dagen), daarna ontwikkelt dit zich tot een 'blub' (opnieuw 40 dagen) en daarna wordt de ziel erin geblazen. Veelal wordt aangehouden dat de afbreking mag, totdat de ziel erin geblazen

wordt. Echter, de interpretatie van de regels in de Koran die over abortus gaan, worden nogal eens variabel uitgelegd. Het kan voorkomen dat na consultatie van een imam (voorganger in het gebed, maar geen schriftgeleerde) een afwijkende zwangerschapsduur wordt genoemd tot wanneer abortus gedoogd wordt. In de praktijk kan dit variëren van een totaalverbod tot 'het is toegestaan tot 16 weken'.

Eind 18e eeuw, begin 19e eeuw kwam er meer duidelijkheid over het proces van bevruchting. Dat was voor de katholieke kerk aanleiding om het embryo vanaf de bevruchting een 'mens' te noemen. Derhalve werd abortus gezien als een inbreuk om uit te groeien tot een volwaardig mens.

## Geboortebeperving

Vanaf 1880, als er ten gevolge van de industriële revolutie in de grotere steden overbevolking, armoede en vervuiling ontstaat, wordt geboortebeperving een argument voor het verrichten van abortus provocatus.<sup>7</sup> In Nederland werd onder leiding van C.V. Gerritsen (echtgenoot van Aletta Jacobs) de Nieuw-Malthusiaanse Bond (NMB) opgericht. Dit naar aanleiding van de theorie van Thomas Malthus (1766-1834) die aangaf dat als de 'productie' de groei van de bevolking niet kon bijhouden, er bij uitblijven van pandemieën en oorlogen, overbevolking en hongersnood zou ont-

	2020	2021
<b>Behandelwijze</b>		
- Instrumenteel	2.479	2.388
- Medicamenteus	8.850	9.750
- Combinatie instr/med	20.877	19.198
Anesthesie		
- Lokaal	4.449	3.805
- Intraveneus	19.012	18.084
Afbreking wegens PND	5,25%	7,0%
Complicaties	0,21%	0,24%

Tabel 1. Basisgegevens abortus provocatus 2020 en 2021

staan. De NMB-leden waren de eersten die anticonceptie aanboden.<sup>7</sup>

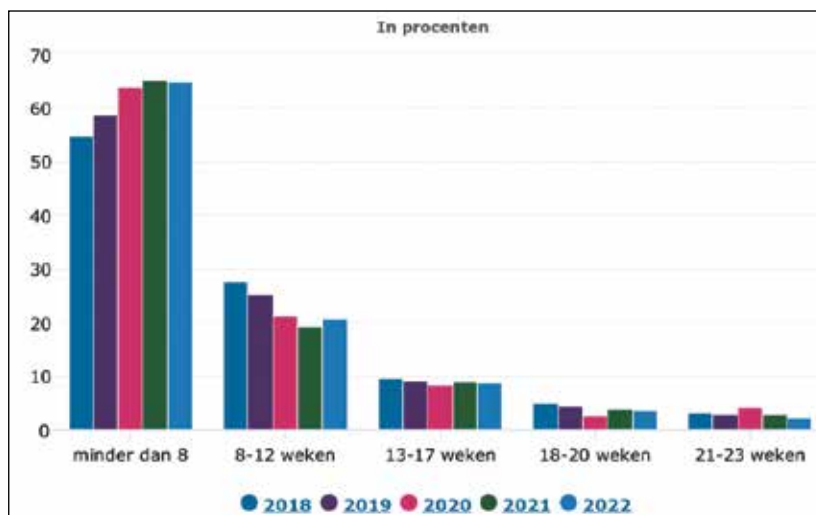
De verhoogde kennis op medisch gebied had evenzeer grote invloed op de wetgeving in Nederland. De laatste vijftig jaar zijn, naast eventuele religieuze argumenten, de foetale en maternale conditie steeds meer bepalend geworden. Daarnaast is voor de wetgever de zwangerschapsduur en het moment waarop de foetus levensvatbaar is van belang.

### Methoden

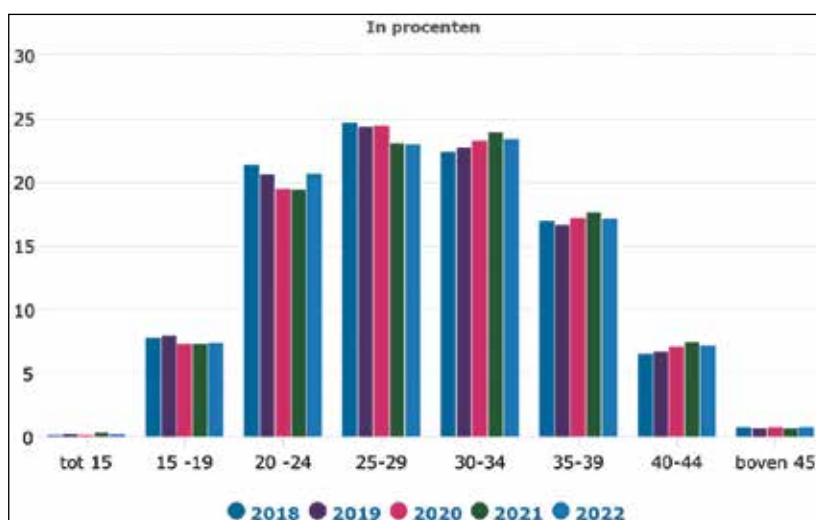
Methoden die toegepast werden in de Griekse en Romeinse tijd om abortus op te wekken, waren: geweld, 'massage', een strakke riem, klysma's en kruiden. In de middeleeuwen kwam daar bij: aderlatingen, soms met bloedzuigers. Om van de neonat af te komen, kwam het herhaaldelijk voor dat deze te vinding werd gelegd of zelfs vermoord. Mechanische methoden kwamen pas echt in zwang toen de narcose zijn intrede deed (1846).<sup>7</sup> In 1872 had Simpson een endometriumvacuümaspirator uitgevonden.<sup>8</sup> Die werd gebruikt voor diagnostiek en menstruatiestoornissen, en dus ook in geval dat de menstruatie 'uitbleef'. Joseph Recamier (1774-1852) ontwierp de nu nog steeds gebruikte curettes en Ernst Hegar (1830-1914), de dilatoren die naar hem genoemd zijn.

Omdat er meer anatomische kennis en gereedschap op de markt kwam, begonnen de illegale aborteurs ook hun methoden en arsenaal aan te passen. Hoedenpennen, breinaalden, wielspaken, parapluoedes werden gebruikt om een eivliessteek te bewerkstelligen. Een zeer populaire en effectieve methode was de spoeling met zeepsop met behulp van een soort rubberen bal met een tuitje erop.

In 1934 wordt de eerste elektrische vacuümaspirator geïntroduceerd door de Hongaar Bela Lorinez.<sup>9</sup> Maar men moet zich realiseren dat dit apparaat, dat voor deze indicatie bedacht was, de eerste twintig jaar niet fabrieksmatig geproduceerd werd. Men was afhankelijk van de technische dienst van het ziekenhuis. Op de aspirator werd een metalen zuigbuis geplaatst. Het aantal complicaties daalde dramatisch hiermee. In 1972 introduceerde Harvey Karman, de zogenaamde Karman-kathe-



Tabel 2. Zwangerschapsonderbrekingen naar duur zwangerschap, 2016-2020



Tabel 3. Zwangerschapsonderbrekingen naar leeftijd vrouw, 2016-2020

ters.<sup>9</sup> Flexibele, rubberen buisjes met verschillende diktes en aan de zijkanten van de tip openingen. We gebruiken ze nu nog dagelijks. Het aantal complicaties daalde nog verder. Karman was psycholoog en nadat hij zijn afstudeerscriptie over vrouwen die een abortus ondergingen had afgerond, ging hij naar Mexico om de ingreep te leren. Een paar jaar later werd hij op heterdaad betrapt en belandde hij in de gevangenis. Tijdens zijn detentie van drie jaar ontwikkelde hij de naar hem genoemde katheter. Bij een bevriende gynaecoloog onderzocht hij, met PA verkregen van abortussen, hoe groot de diameter van zijn buizen moest zijn en bij welke termijn nog een zuigcurettagage mogelijk was. De laatste ontwikkeling in de abortuszorg is het beschikbaar komen van medicijnen zoals misoprostol en mifepriston (mifegyne).

### Wetgeving en anticonceptie in Nederland

Voor de intrede van de officiële wetgeving werd de strafmaat bepaald door religieuze argumenten. In 1842 verschenen er drie artikelen in het wetboek van strafrecht: een vrouw die abortus pleegt krijgt drie jaar gevangenisstraf; de aborteur krijgt twaalf jaar als er geen consent is en 4,5 jaar met consent. Sterft de vrouw door de procedure: zes jaar detentie. Een medische professional kreeg vier à negen jaar en ontzetting van beroep. Vijftig tot honderd illegale aborteurs en één à twee medici per jaar kregen een veroordeling.<sup>7,10</sup> Met name Treub heeft veel gedaan om te zorgen dat de medici gevrijwaard werden van strafvervolgning als zij medisch noodzakelijke abortussen uitvoerden. In 1878 werd daartoe de zinsnede 'nec abortum procuratum' uit de eed van Hippocrates

geschrapd. Treub voerde via de krant en het *Tijdschrift voor Strafrecht* een discussie met de katholieke kerk (1901).<sup>7</sup> Hij wilde een abortus doen bij een jonge vrouw met ernstige hyperemesis en hij wist dat ze zou gaan sterven. De pastoor en de bisschop (na consultatie met Rome) verboden de abortus. De vrouw stierf. Treub betoogde onder meer dat het absurd was dat de kerk geen problemen had met een operatie wegens een cervixcarcinoom bij een zwangere, maar in dit geval de abortus verbood. Het was vanaf nu duidelijk, dat de katholieke kerk abortus te allen tijde verbood. Vanaf 1880, zoals eerder vermeld, werd geboortebeperving een argument. Veel anticonceptiemiddelen waren er niet. In de vroege dagen van de NVOG was er een levendige discussie over. Een van de 'founding fathers' van de NVOG, Mendes de Leon, was erg tegen condooms en pessaria. Het zou leiden tot complicaties en zedelijk verval. Aletta Jacobs, Rutgers en Treub daarentegen zagen de voordelen van anticonceptie. Bovendien wist men dat abortus in het illegale circuit nogal wat complicaties kon geven. In 1908 werd in een onderzoek bij 408 gevallen van abortus provocatus 4% maternale sterfte gevonden en 27% ernstige morbiditeit.<sup>11</sup> Geloof maakte geen verschil en de helft was ongehuwd. De irrigaties en eivliessteken gingen vaak 'op de tast'. De ballonspuit met zeepsop gaf nogal eens bloedingen, weefselversterf, infecties en luchtembolieën. Van Dongen publiceerde in 1923 in het *NTvG*, 99 gevallen van abortus criminalis met daarbij 7% maternale sterfte.<sup>12</sup> Van 1900-1945 was er een uitgebreid circuit van illegale aborteurs die hun diensten aanboden voor fl. 10,- tot fl. 150,- al naar gelang de draagkracht. Via de krant werd in cryptische bewoordingen diensten aangeboden ('hulp' bij periode-storingen, levensloop of huwelijk). Het bewijs was uitermate lastig te verkrijgen. Alleen een heterdaad volstond. Er werden zelfs speciale opsporingsambtenaren hiervoor ingesteld. Kranten verdienden goed aan de advertenties.<sup>7</sup>

### Legalisering

Aanvullende wetgeving om abortus legaal mogelijk te maken heeft in

Nederland lang op zich laten wachten. (Medische) Abortus werd voor het eerst mogelijk in Rusland in 1920 (Stalin draaide dit in 1938 terug), IJsland 1935, Zweden 1938 en Engeland 1967.<sup>7</sup> In Engeland waren er tot 1967 ongeveer 140 maternale sterfgevallen door abortus en na 1967 daalde dit tot onder de 10 in 1973.<sup>13</sup> Na de oorlog waren er in Nederland nog steeds veel illegale aborteurs. Het was een lucratieve bijverdienste. Bewijsvoering was lastig. Als het misging en er een ernstige infectie optrad, kwam het nogal eens voor dat de vrouwen expres op een kraamafdeling werden opgenomen door de gynaecologen (!). Condooms kreeg je pas als je ouder was dan 21 jaar. In 1947 was er een uitgebreide discussie in het *NTvG* over anticonceptie. Er volgde een afwijzing van artikelen die gingen over anticonceptie en het duurde tot 1967 tot er weer over dit onderwerp in dit tijdschrift mocht worden gepubliceerd.<sup>7</sup> Er waren in die tijd twintig à dertig maternale sterfgevallen per jaar door criminele abortussen en veel complicaties. Er werden ongeveer zeventig illegale aborteurs per jaar veroordeeld. In 1962 schatte prof. Kloosterman het aantal abortussen op 8.000-20.000 per jaar. Nadat hij tijdens een tv-uitzending aangaf dat hij in gevallen van existentiële nood wel eens abortus had verricht, was het gevolg dat in verschillende klinieken zogenaamde abortuscommissies werden opgericht om te bepalen wie in het ziekenhuis geholpen mochten worden. In het begin waren dat er ongeveer drie per week.<sup>14</sup> Pioniers in de abortuszorg in die tijd waren W.F. Storm (de laatste arts die een gevangenisstraf kreeg) en Frans Wong. In Nederland werd de abortusingreep pas in 1971 illegaal gedoogd (Rutgerhuis, Stormkliniek). Stimezo opende kort daarop negen abortusklinieken voor 1e-trimesterabrekingen. De Bloemhovekliniek deed ook afbrekingen bij een latere termijn. In 1981 werd de abortuswet per ongeluk aangenomen met 76-74 stemmen. DS'70-kamerlid Drees ('de jonge') had per ongeluk verkeerd gestemd. In 1984 werd de wet aangepast. Bevoegde artsen werden niet meer bestraft, maar de ingreep bleef wel strafbaar.<sup>15</sup> Als er een nood situatie is, mag de afbreking tot en met

23 weken worden uitgevoerd en hij wordt vergoed door het ziekenfonds. De straffen die genoemd worden in het strafboek zijn vier jaar en zes maanden en een geldboete van de vierde categorie.<sup>16</sup>

### Getallen

In Nederland vinden sedert 1985 ieder jaar ongeveer 30.000-35.000 abortussen per jaar plaats. Dat betekent dat ongeveer 1:7 zwangerschappen wordt afgebroken (aantal geboortes in Nederland per jaar is ongeveer 165.000-180.000). Het aantal mechanische abortussen vormt ongeveer twee derde van het totaal (tabel 1). Het is niet zo dat jongere of oudere vrouwen oververtegenwoordigd zijn (tabel 2). De meeste abortussen vinden plaats in het eerste trimester (tabel 3).<sup>17</sup> Het aantal complicaties is laag.

### Conclusie/beschouwing

De abortuszorg heeft een lange weg bewandeld. Uiteindelijk is Nederland één van de landen waar de abortuszorg het beste is geregeld. Het is een veilige ingreep geworden. Maar wel een medische ingreep. En dit laatste betekent dat er controle en kwaliteitseisen moeten zijn. In de Wet afbreking zwangerschap (WAZ), zoals de abortuswet officieel luidt, is vastgesteld dat de behandeling alleen door een geneeskundige mag worden verricht in een ziekenhuis of kliniek met een speciale vergunning. De bepaling, dat vrouwen 5 dagen bedenktijd in acht moeten nemen, is vervallen. Dit is in 2022 uit het wetboek geschrapd. De abortuswet heeft er echter voor gezorgd dat bevoegde artsen die een abortus uitvoeren, niet gestraft worden als op verzoek van de vrouw deze ingreep wordt verricht op grond van een nood situatie. Het begrip nood situatie wordt in dit kader niet nader omschreven.

We zullen uitermate zorgvuldig moeten zijn als we aan dit bouwwerk zaken gaan veranderen. Wetgeving is altijd lastig. Abortuszorg gaat vaak over individuen met specifieke problemen. Er blijven nog steeds veel vragen over. Is het afschaffen van de bedenktijd goed geweest? Vrouwen kunnen natuurlijk



heel goed voor zichzelf beslissen. Aan de andere kant zijn er ook vrouwen die na een acute relatiestoornis direct tot abortus besluiten en na een week als de zaak is bijgelegd toch weer tot continuering van de zwangerschap besluiten of spijt hebben dat ze tot afbreking hadden besloten.

De genetische abortussen vormen nu ongeveer 7 % van het totaal. Gaat dit toenemen? Is er plaats voor mechanische afbreking in het tweede trimester op genetische indicatie?

Wat zullen de ontwikkelingen van de medicamenteuze abortus worden? Is het echt zo'n goed idee om die abortusmedicatie zomaar uit te delen zonder echocontrole? Blijft enige wetten regelgeving toch niet belangrijk? De discussie is nog niet afgerond.

## Referenties

1. Embryo en christelijke mensvisie. Wanneer wordt een embryo een menselijk persoon. Eijck WJ. *Pro Vita Humana* 1994; 1: 3, 107-16
2. De hematogene voortplantingsleer van Aristoteles. Kremer J. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2003; 147: 2529-35.
3. Ulpianus, *Digesta*, 25,4,1,1: 'Partus, antequam edatur, mulieris portio est vel viscerum.'
4. Tertullianus, *De Anima*, 25, 2, p. 340-41.
5. K.H. Peschke, *Christian Ethics. Moral theology in the light of Vaticanum* (Alcester 1997 (8e ed.)), vol. 2, p. 325-30.
6. Thomas van Aquino, *Summa contra gentiles*, 2, 89.
7. Bruijn J de. *Geschiedenis van de abortus in Nederland. Een analyse van opvattingen en discussies 1600-1979* [proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen; 1979
8. Simpson, James Y *clinical lectures on the diseases of women*. New York. D. Appleton and Co.; 1872, p.635-37
9. Tunc TE. *Designs od devices: The Vacuum Aspirator and American Technology*. *Dynamis* 2008, 28:353-76
10. Van Tienhoven van den Bogaard. *Beschouwingen over artt. 295-298 van het Wetboek van Strafrecht*. Kasteel 1887, Den Haag
11. Treub H, Tussenbroek C van. *Over den crimineelen abortus in Nederland*. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1908;521:1149-61
12. Dongen JA van. *Mijn abortusgevallen*. III. *Abortus provocatus criminalis*. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1923;671:24-32
13. Drife JO. *Historical perspective on induced abortion through the ages and its link with maternal mortality*. *Best practice&Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* Volume 24, Issue 4, augustus 2010, 431-41.
14. Treffers PE. *Abortus provocatus in Nederland in de 20e eeuw: van stilzwijgen naar revolutionaire verandering*. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2006;150: 567-73
15. [www.historiek.net](http://www.historiek.net): de Nederlandse abortuswet
16. [www.wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl)
17. [www.igj.nl](http://www.igj.nl): rapportage Wet afbreking zwangerschap (Wafz)

# Transmurale Werkgroep Stuitligging voor optimale zorg

dr. F. Vlemmix

**In 2021 is de Transmurale Werkgroep Stuitligging opgericht door een groep gynaecologen en verloskundigen die de urgentie voelen om kwalitatief goede zorg voor vrouwen met een stuitligging blijvend te waarborgen. In 2022 is de werkgroep door de NVOG erkend en in het organogram geplaatst onder de Werkgroep Perinatologie en Maternale Ziekten (WPMZ) van de pijler Foeto-maternale Geneeskunde (FMG).**

In Nederland maken jaarlijks 1400 vrouwen de keuze om vaginaal te bevallen van een kind in stuitligging. Echter is er in afgelopen decennia een hiaat op de werkvloer ontstaan ten aanzien van de kennis en kunde van het begeleiden van de stuitbevalling. Enerzijds is er een uitstroom van de oudere groep gynaecologen die bekwaam is geworden in het begeleiden van de stuitbevalling door een grote exposure, met name in de jaren voor 2000.<sup>1</sup> Anderzijds is er sprake van een instroom van jonge gynaecologen die zich merendeels (nog) niet bekwaam voelt tot het begeleiden van een vaginale stuitbevalling. De werkgroep heeft daarom als doelstelling de zorg voor de zwangere vrouw met een kind in stuitligging te optimaliseren, zodat de zwangere op basis van gedegen objectieve informatie en gedeelde besluitvorming haar zwanerschap en bevalling vorm kan geven en hierin ondersteund wordt door goed getrainde bekwaame gynaecologen en verloskundigen.

## Kennis en belangstelling stimuleren

Deze doelstelling wil de werkgroep bereiken door kennis over en belangstelling voor de stuitligging te stimuleren. Daarvoor wil ze samenwerking en het delen van kennis onder gynaecologen (i.o.) en verloskundigen bevorderen die zich bezighouden met de voorlichting en zorg voor zwangeren met een stuitlig-

ging. Ook wil de werkgroep een platform en kennisbank zijn voor de verloskundig zorgverleners die zich verder willen bekwamen in het begeleiden van deze zorg, dan wel deze kennis en kunde willen onderhouden.

De werkgroep wil zich inzetten voor de ontwikkeling van richtlijnen en voorlichtingsmaterialen over de uitwendige versie en over de stuitbevalling. In lijn hiermee willen we ook hulpmiddelen ontwikkelen dan wel indien nodig herschrijven die gedeelde besluitvorming over de uitwendige versie en stuitbevalling faciliteren (keuzehulp en consultkaart). Daarnaast wenst de werkgroep nauw contact te onderhouden met patiëntenverenigingen binnen de geboortezorg om de patiënt een prominente stem in de ontwikkeling van zorg te geven.

## Gewenste standaard

Samenwerking bevorderen en contacten onderhouden met internationale wetenschappelijke verenigingen en expertgroepen aangaande stuitligging en stuitbevalling staat ook op de agenda. Daar waar kennishiaten worden gedefinieerd wil de werkgroep een rol vervullen in het opzetten van wetenschappelijk onderzoek, en de drempel verlagen naar deelname aan internationale onderzoekslijnen. Met de opgebouwde kennis en deskundigheid uit projecten wensen we een handreiking te ontwikkelen voor de gewenste standaard van zorg voor vrouwen met een stuitligging. In lijn hiermee willen wij de werkgroep gebruiken om deze standaard te kunnen behalen, onder andere door frequente trainingen te organiseren waar zorgverleners een continu leerproces kunnen blijven doorlopen, zowel ten aanzien van de counseling als het begeleiden van een stuitbevalling.

Wie zien jullie graag op een van onze cursussen. Wil je meer te weten komen over de werkgroep? Mail gerust. werkgroep.stuitligging@outlook.com

## Leden van de werkgroep

*Voorzitter:* Etelka Moll, gynaecoloog-perinatoloog, OLVG, Amsterdam

*Plaatsvervangend voorzitter:* Ferry Boekhorst, gynaecoloog, Groene Hart Ziekenhuis, Gouda

*Secretaris:* Hanneke Rota, klinisch verloskundige, Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk

*Leden:* Leonie van Rheenen, gynaecoloog, OLVG, Amsterdam; Siska Post, verloskundige, klinisch epidemioloog; Steven Giesbers, gynaecoloog, Meander Medische Centrum, Amersfoort; Martine Hollander, gynaecoloog-perinatoloog, Radboudumc, Nijmegen; Lian van Iersel, verloskundige, Centrum voor verloskunde ROOS, Roosendaal. Arno Verhoeven, gynaecoloog (niet praktiserend), medisch adviseur en historicus, Arnhem

*Adviseur:* Thomas van den Akker, professor Global Maternal Health, LUMC

## Referentie

- Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 2000; 356: 1375-83

## Referenties pag 71

- Sun, X., et al., Is a subgroup effect believable? Updating criteria to evaluate the credibility of subgroup analyses. *Bmj*, 2010. 340: p. c117.
- Coomarasamy, A., et al., Micronized vaginal progesterone to prevent miscarriage: a critical evaluation of randomized evidence. *Am J Obstet Gynecol*, 2020. 223(2): p. 167-176.
- Devall, A.J., et al., Progestogens for preventing miscarriage: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2021. 4(4): p. Cd013792.
- Bender Atik, R., et al., ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss: an update in 2022. *Hum Reprod Open*, 2023. 2023(1): p. hoad002.
- NVOG, Richtlijn Herhaalde Miskraam 2023.
- Regan, L., et al., Recurrent Miscarriage-Green-top Guideline No. 17. *Bjog*, 2023. 130(12): p. e9-e39.

# Reactie onderzoekers PREMI-trial bevat onwaarheid: de PRISM-trial vond geen positief resultaat



dr. W. Vlaanderen *gynaecoloog n.p.*

In mijn commentaar op de PREMI-trial<sup>1</sup> in *NTOG24#1*, p. 11 stelde ik dat de ALIFE-, PROMISE-, PRISM- en TRUST-trials voor behandeling van herhaalde miskraam geen van alle een positief resultaat hadden opgeleverd. De auteurs bestrijden dit en schrijven dat in de PRISM-trial wél een positief effect werd gevonden.<sup>2</sup> Dat is onjuist, de uitslag van de trial als geheel was negatief<sup>3</sup>, slechts in één van de tien subgroepen werd een positief effect vastgesteld.<sup>4</sup> Het betrof vrouwen met meer dan drie miskramen in de anamnese, vaginaal bloedverlies en op de echo een levende vrucht. Resultaten van subgroepen zijn om allerlei redenen vaak onbetrouwbaar en

worden daarom meestal niet zonder meer voor klinisch beleid gebruikt. In het protocol van de PRISM-trial werd dit ook gesteld: *The results of subgroup analyses will be treated with caution, and used for the purposes of hypothesis generation only.* En bij de bespreking van de resultaten van hun studie schrijven de auteurs: *this observation requires validation.* Ik ben daar benieuwd naar, maar ook als deze bevinding zou worden bevestigd, tast dit de conclusie van mijn commentaar niet aan: het includeren van de gehele populatie 'onverklaarde' miskramen betekent de doodsteek voor elke RCT door een te sterke verdunning met kansloze zwangerschapsproducten. Het

vinden van een positieve uitslag wordt onmogelijk, een negatieve uitslag verliest daarmee elke betekenis. Bezint voor ge begint!

## Referenties

1. Vlaanderen W. De PREMI-trial: mislukking verzekerd. *NTOG 2024*, 137:10-11
2. Lashley ELO e.a. Reactie op "De PREMI-trial". *NTOG 2024*, 137: 11
3. Coomarasamy A e.a. A randomized trial of progesterone in women with bleeding in early pregnancy. *N Engl J Med* 2019, 380(19):1815-1824
4. Coomarasamy A e.a. Micronized vaginal progesterone to prevent miscarriage: a critical evaluation of randomized evidence. *Am JOG*, 2020 Open Access Published: January 30

# Reactie van de onderzoekers van de PREMI-trial



dr. E.E.L.O. Lashley *afdeling Gynaecologie en Verloskunde, LUMC*

dr. M.L.P. van der Hoorn *afdeling Gynaecologie en Verloskunde, LUMC*

prof. dr. M. Goddijn<sup>2</sup> *afdeling Gynaecologie en Verloskunde, centrum voortplantingsgeneeskunde Amsterdam UMC initiatiefnemers en hoofdonderzoekers PREMI-studie*

Wij danken collega Wim Vlaanderen voor zijn nieuwe reactie. Door zijn wederom opvallende titel verwachten we een groot *NTOG*-lezerspubliek voor deze uitgebreidere toelichting omtrent progesteronegebruik bij herhaalde miskraam.

Het positieve resultaat van de PRISM-trial betreft inderdaad een resultaat van een subgroepenanalyse. Het simpelweg negeren van elke subgroepenanalyse is echter niet juist. Voor een juiste interpretatie van subgroepenanalyses wordt geadviseerd om deze te beoordelen aan de hand van een aantal eerder opgestelde criteria<sup>1</sup>, waarin onder andere de opzet en analyse van

de subgroepen dient te worden geëvalueerd. Voor de PRISM-trial heeft deze evaluatie inderdaad plaatsgevonden<sup>2</sup>, en is in een kritische analyse evidence vanuit de PRISM en de PROMISE gecombineerd met andere studies.<sup>2,3</sup> De bevindingen waren consistent en hieruit kon geconcludeerd worden dat het resultaat uit de subgroepenanalyse als zeer waarschijnlijk mag worden beschouwd. Hierop heeft recent de RCOG, de ESHRE en ook de NVOG<sup>4-6</sup>, besloten dit 'positieve' resultaat als volgt op te nemen als aanbeveling in de betreffende richtlijn: *Schrijf progesteron (2 dd 400 mg progesteron vaginaal) voor aan vrouwen met een*

*nieuwe zwangerschap met drie of meer miskramen in de voorgeschiedenis, waarbij sprake is van bloedverlies voor twaalf weken en een intra-uteriene zwangerschap. De toediening van progesteron wordt gecontinueerd tot zestien weken zwangerschapsduur.* Het zijn dit soort resultaten en de snelle implementatie ervan dat aantoon dat het heel nuttig is om trials op dit gebied te verrichten. We zijn dan ook zeer verheugd te melden dat de PREMI-studie recent is gestart. Meer informatie is te vinden op: [zorgevaluatienederland.nl/evaluations/premi](https://zorgevaluatienederland.nl/evaluations/premi)

Referenties zie pag 70.

# De gynaecoloog en social media: lerend en leidend

G.M.M. Dekeunink *aios gynaecologie, Zuyderland Medisch Centrum  
namens de Commissie Patiëntcommunicatie*

**Het gebruik van social media is niet meer weg te denken uit ons dagelijks leven. Meer dan 14 miljoen Nederlanders maken er dagelijks gebruik van (bron: Newcom) en dit aantal blijft groeien. Opvallend is de stijgende interesse onder mensen ouder dan 40 jaar, ook 65-plussers raken steeds meer vertrouwd met deze vorm van communicatie. Gemiddeld besteden we in Nederland 114 minuten per dag aan social media. Jongeren (15-19 jaar) zijn gemiddeld 161 minuten per dag actief, terwijl de groep van 40 tot 65 jaar er gemiddeld 95 minuten per dag aan besteedt.**

Met deze cijfers is het niet verrassend dat de Commissie Patiëntcommunicatie zich is gaan verdiepen in het gebruik van andere media dan de folder om vrouwen uit alle leeftijdscategorieën te bereiken. Ons uiteindelijke doel is namelijk om vrouwen up to date informatie te bieden, zodat zij tijdig hulp zoeken voor hun klachten en inzicht hebben in wat er als normaal wordt beschouwd, waardoor onnodige doktersbezoeken kunnen worden voorkomen.

Om de mening van de NVOG-leden te peilen, hebben we een social media thema-avond georganiseerd in de nasleep van de COVID-pandemie. Tijdens deze digitale bijeenkomst kregen deelnemers algemene informatie over professioneel gebruik van sociale media, handige tips en trucs, en hoe je volgers het beste kunt binden. Daarna deelden de oprichters van Damn Honey (een snelgroeiend online feministisch platform) hun ervaringen over hoe zij social media benutten om taboes te doorbreken en de discussie aan te gaan. De avond werd afgesloten met een levendige discussie in break-out rooms, waaruit unaniem

geconcludeerd werd dat het gebruik van social media een belangrijke rol moet spelen binnen patiëntcommunicatie. Maar ook rees de vraag wie verantwoordelijk moet zijn voor het social media gebruik en hoe dit gefinancierd moet worden.

## Aan de slag

Met deze vraagstukken zijn we aan de slag gegaan en zijn we tot een format gekomen dat ervoor zorgt dat er regelmatig gepost wordt, maar ook dat de (werk)lasten verdeeld worden. We maken gebruik van de KNMG-handreiking voor Artsen en Social Media. Er wordt gewerkt met een issuekalender waarbij we vooruit kunnen plannen om bepaalde themadagen of -weken kunnen invullen. Maandelijks komen we als subgroep Social Media digitaal bij elkaar om te brainstormen over de invulling van de content. Hierbij worden verschillende experts aangeschreven om aan ons via een vast format aan te leveren wat ze graag op Instagram en Facebook gedeeld willen hebben. Op deze manier kunnen we met een fraaie lay-out en in B1 taalniveau de gebruikers informeren en ook inspelen op actualiteiten.

Inmiddels zijn we gegroeid van enkele honderden naar bijna 2.500 volgers. Een aantal dat in de wereld van social media niet per se indrukwekkend is, maar wel als je bedenkt dat we voortsnog de enige Nederlandse wetenschappelijke vereniging zijn die landelijk sociale media gebruiken voor patiëntcommunicatie. Iets waar we natuurlijk trots op zijn.

## Vallen en opstaan

En aangezien het creëren van content voor social media niet ons vak is gaat dit met vallen en opstaan. Zo hebben we enorm veel volgers gekregen na een

post over het aantal vrouwen dat bevalt in de eerste en tweede lijn, echter ging deze post ook - voor ons onverwacht - gepaard met honderden boze, haatdragende en van fake-news betichtende reacties. En hoe hierop dan gepast te reageren? In welke mate moeten we zenden en informeren met evidence? Hoe ga je om met boze berichten die soms best persoonlijk aankomen? We leren het gaandeweg, iets wat gaat met vallen en opstaan. Ons ultieme doel blijft onveranderd: betrouwbare informatie verschaffen aan en over vrouwen. We werken hard aan het vullen van onze kanalen met content die voor iedereen interessant is en ervoor zorgt dat vrouwen op het juiste moment de juiste zorgverlener zien. In onze toekomstvisie streven we ernaar om optimaal te kunnen inspelen op de wensen van onze volgers, gestructureerde en visueel aantrekkelijke content aan te bieden en zo een groter aantal vrouwen te bereiken. We willen taboes doorbreken en de gynaecoloog een gezicht geven. Want uiteindelijk zijn we gewoon dokters die vrouwen willen helpen.

PS. Heb je een boek, podcast, richtlijn, keuzehulp, aflevering van een programma, radio-uitzending, animatie, informatieve video of gewoon ideeën om onze content te verbeteren? Stuur dan een mail naar [degynaecoloog@gmail.com](mailto:degynaecoloog@gmail.com) of stuur een DM op Instagram of een bericht op Facebook.

## ALIFE2-onderzoek

# Heparine voor vrouwen met herhaalde miskramen en erfelijke trombofilie

dr. E.N. Hamulyák *Afdeling Vasculaire Geneeskunde, Amsterdam UMC, UvA*

dr. L.J.J. Scheres *Afdeling Interne Geneeskunde, Radboudumc, Nijmegen; Afdeling Klinische Epidemiologie, LUMC*

prof. dr. M. Goddijn *Afdeling Obstetrie en Gynaecologie, Centrum voor de Voortplantingsgeneeskunde, Amsterdam UMC, UvA*

prof. dr. S. Middeldorp *Afdeling Vasculaire Geneeskunde, Amsterdam UMC, UvA; Afdeling Interne Geneeskunde, Radboudumc, Nijmegen*

*namens de ALIFE2-onderzoekers*

*Deze bijdrage is een ingekorte versie van de originele publicatie in The Lancet: Quenby S., Booth K., Hiller L., Coomarasamy A., de Jong P.G., Hamulyák E.N., Scheres L.J., et al. Heparin for women with recurrent miscarriage and inherited thrombophilia (ALIFE2): an international open-label, randomised controlled trial. The Lancet. 2023 Jul 1;402(10395):54-61*

**Antistollingsbehandeling verlaagt mogelijk het aantal miskramen en zwangerschapscomplicaties bij vrouwen met herhaalde miskramen en erfelijke trombofilie. Wij onderzochten het effect van laag-moleculairgewicht heparine (LMWH) in deze populatie. Het ALIFE2-onderzoek was een internationale gerandomiseerde gecontroleerde studie uitgevoerd in veertig ziekenhuizen. Tussen 2012-2021 werden 326 vrouwen (18-42 jaar oud) met twee of meer miskramen en bewezen erfelijke trombofilie willekeurig toegewezen aan LMWH of geen LMWH (1:1 ratio) tijdens de zwangerschap, naast de standaard zwangerschapsbegeleiding. Het gebruik van LMWH resulteerde niet in meer levendgeborenen in deze populatie. We raden het gebruik van LMWH af bij vrouwen met herhaalde miskramen en erfelijke trombofilie en adviseren niet te screenen op erfelijke trombofilie bij vrouwen met herhaalde miskramen.**

Herhaalde miskramen, gedefinieerd als het verlies van twee of meer zwangerschappen, raakt circa 3% van de stellen die zwanger probeert te worden en kan een grote impact hebben op zowel de fysieke als mentale gezondheid.<sup>1,2</sup> Trombofilie, een verhoogde neiging tot trombose, werd eerder verondersteld een rol te spelen in de etiologie van herhaalde miskramen, deels

ten gevolge van trombose van de microvasculatuur van de placenta, alsmede door remming van de extravillale trofoblastdifferentiatie.<sup>3</sup> Internationale richtlijnen adviseren behandeling met heparine tijdens de zwangerschap bij het antifosfolipiden-syndroom, een verworven trombofilie aanwezig in ongeveer 15% van de vrouwen met herhaalde miskramen.<sup>4-11</sup> Hoewel er mogelijk een associatie bestaat tussen erfelijke trombofilie, zoals de factor V Leiden mutatie, de protrombine G20210A genmutatie en deficiënties van antitrombine, proteïne C of proteïne C en miskramen.<sup>2,12-15</sup>, adviseren richtlijnen niet om standaard te behandelen met heparine.<sup>4-7</sup> Dit advies komt vooral voort uit gebrek aan wetenschappelijk bewijs uit gerandomiseerd onderzoek en bewijs voor geen effect bij onverklaarde herhaalde miskramen buiten de context van trombofilie.<sup>4-7,15</sup> Ondanks dit gebrek aan bewijs, noch een formeel behandeladvies in richtlijnen, wordt heparine frequent voorgeschreven aan vrouwen met herhaalde miskramen en erfelijke trombofilie.<sup>16</sup> De Recurrent Pregnancy Loss-richtlijnen van de European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) uit 2017 en 2022 adviseerden derhalve eerder 'onderzoek naar het effect van antistollingsbehandeling voor vrouwen met herhaalde miskramen en erfelijke trombofilie'.<sup>4,5</sup> In dit internationale, gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoek onderzoch-

ten wij het effect van laag-moleculairgewicht heparine (LMWH) op zwangerschapsuitkomsten, i.e. levend geboorte, vergeleken met standaardbehandeling (geen LMWH) bij vrouwen met herhaalde miskramen en erfelijke trombofilie.

## Methoden

Voor een gedetailleerde beschrijving van de methoden verwijzen we u naar de originele publicatie in *The Lancet* en het gepubliceerde protocol.<sup>17</sup>

## Onderzoeksdesign en onderzoekspopulatie

In het kort was het ALIFE2-onderzoek een internationaal, multicenter, open-label, gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek waarin LMWH werd vergeleken met standaard zwangerschapsbegeleiding bij vrouwen met erfelijke trombofilie en herhaalde miskramen. Het onderzoek werd geleid door twee hoofdcentra: het Amsterdam UMC, locatie AMC in Nederland en de Universiteit van Warwick in het Verenigd Koninkrijk. Het onderzoeksprotocol werd goedgekeurd door nationale en lokale medische-ethische toetsingscommissies. Schriftelijke toestemming werd verkregen van alle deelnemers voorafgaand aan randomisatie. Vrouwen tussen 18-42 jaar kwamen in aanmerking voor deelname indien zij herhaalde miskramen ( $\geq 2$  opeenvolgende miskramen, niet-opeenvolgende miskramen of intra-uteriene vrucht-

dood onafhankelijk van zwangerschapsduur) hadden, een poging deden tot zwanger worden of minder dan 7 weken zwanger waren op het moment van randomisatie én een aangetoonde erfelijke trombofilie (factor V Leiden mutatie, protrombine G20210A genmutatie of een deficiëntie van antitrombine, proteïne C of proteïne S). Exclussiecriteria waren een lichaamsgewicht <50 kg, een indicatie voor antistollingsbehandeling tijdens de zwangerschap, contra-indicaties voor LMWH of een allergie voor tenminste drie verschillende LMWH-preparaten.

#### Randomisatie

Geïnteresseerde vrouwen werden geïnformeerd over het onderzoek en kregen de instructie om een zwangerschapstest te doen zodra er een verdenking op zwangerschap was en het lokale onderzoeksteam te benaderen bij een positieve test. Bij een bewezen zwangerschap in het ziekenhuis werd gerandomiseerd.

Het willekeurig toewijzen aan 'LMWH' of 'geen LMWH' gebeurde in een 1:1 ratio, waarbij gestratificeerd werd voor maternale leeftijd (<36 jaar of  $\geq 36$  jaar), het aantal eerdere miskramen (2 of  $\geq 3$ ) en het type centrum (tertiair of non-tertiair). De volgorde van toewijzing was gebliindeerd voor artsen en deelnemers.

#### Procedures

LMWH betrof eenmaal daags enoxaparine 40 mg (Clexane of Inhixa), dalteparine 5000 IU (Fragmin), tinzaparine 4500 IU (Innohep) of nadroparine 3800 IU (Fraxiparine). Vrouwen dienden zelf de LMWH eenmaal daags subcutaan toe en er werd gestart met LMWH zodra er sprake was van een positieve zwangerschapstest. De LMWH werd gecontinueerd tijdens de gehele zwangerschap en vrouwen werden geïnstrueerd om de LMWH te staken bij de eerste tekenen van een bevalling. Lage dosis aspirine ( $\leq 150$  mg/dag) werd, indien indicatie gesteld door de behandelend arts, na 10 weken zwangerschap gegeven aan vrouwen met een verhoogd risico op pre-eclampsie en dit werd geregistreerd.

Alle vrouwen kregen standaardbegelei-

ding door hun eigen verloskundige of gynaecoloog gedurende de zwangerschap, inclusief echo-evaluatie bij 18-22 weken zwangerschap. Deelnemende vrouwen werden gecontacteerd bij 10-14 weken, 22-28 weken, 34-36 weken tot aan het einde van de zwangerschap en 6 weken postpartum. Tijdens deze contactmomenten werden adherentie aan medicatie en eventuele bijwerkingen als blauwe plekken, neus- of tandvleesbloedingen, hematurie, huidreacties ter plaatse van injectie en gastro-intestinale klachten geregistreerd.

#### Uitkomsten

De primaire uitkomstmaat was levend geboorte na 24+0 weken zwangerschap. Secundaire uitkomsten waren de incidentie van en het type miskraam (biochemisch, eerste of tweede trimester), ectopische zwangerschap, beëindiging van zwangerschap en obstetrische complicaties inclusief diep veneuze trombose, longembolieën, pre-eclampsie, HELLP-syndroom (hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets), een geboortegewicht <10e percentiel voor de zwangerschapsduur en geslacht (small for gestational age), abruptio placentae en vroeggeboorte (gedefinieerd als geboorte voor 37+0 weken zwangerschap). Maternale trombocytopenie, bloedingsepisodes, huidreacties en neonatale abnormaliteiten werden gemonitord voor veiligheid.

#### Statistische analyse

Voor de gedetailleerde berekening van de steekproefgrootte verwijzen we u naar het originele artikel in *The Lancet* en het protocol. Een absoluut risicoverschil van 15% als zijnde klinisch relevant werd gedefinieerd na consultatie bij zorgverleners en deelnemers.<sup>17</sup> Conservatief geschat, bij aanname dat het percentage levend geboren kinderen in de standaardbegeleidingsgroep tenminste 55% is, dan zou bij randomisatie van 324 vrouwen een absoluut verschil van 15% kunnen worden aangetoond (power 80%  $\alpha$  van 5%). Het doel werd 400 vrouwen te includeren rekening houdende met uitval en verdwijnen uit de follow-up.

De primaire uitkomst van levend

geboorte na 24+0 weken zwangerschap werd vergeleken tussen de behandelgroepen middels een  $\chi^2$  test met continuïteitscorrectie, waarna een sensitiviteitsanalyse werd verricht middels logistische regressie om te corrigeren voor stratificatiefactoren. Absolute risicoverschillen met 95% betrouwbaarheidsintervallen werden aanvullend berekend.<sup>19</sup> Vooraf gespecificeerde, exploratieve subgroepenanalyses werden uitgevoerd om het effect van behandeling te evalueren op de factor leeftijd (<36 jaar versus  $\geq 36$  jaar), aantal eerdere miskramen (2 versus  $\geq 3$ ), eerder levendgeborene (ja versus nee) en type erfelijke trombofilie. Om te beoordelen of het effect van behandeling varieerde op niveau van deze factoren werden aanvullend testen voor interactie gedaan. De trial was geregistreerd in het Nederlandse Trial Register (NTR3361) en EudraCT (UK:2015-002357-35).

#### Financiering

De trial werd gefinancierd door het National Institute for Health and Care Research en ZorgOnderzoek Nederland (ZON)/Medische Wetenschappen (MW) van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO).

#### Resultaten

De inclusieperiode liep van 1 augustus 2012 tot 30 januari 2021, met een onderbreking vanwege de COVID-19-pandemie tussen 24 maart en 18 mei 2020. Een totaal van 428 vrouwen werd geregistreerd voor deelname, waarvan 326 vrouwen werden gerandomiseerd (figuur 1, tabel 1). Het onderzoek werd afgerond na het berekenen van de beoogde studiegrootte. In het Verenigd Koninkrijk werden 10.625 vrouwen met herhaalde miskramen gescreend voor deelname, waarbij de meest voorkomende reden voor exclusie het ontbreken van een erfelijke trombofilie was (89,6%,; figuur 1). Gegevens over de screening werden niet verzameld in de deelnemende centra vanuit het Nederlandse team, en deelnemers die voldeden aan de inclusiecriteria werden gerandomiseerd zodra ze zwanger waren. In totaal werden 164 vrouwen gerandomiseerd naar LMWH plus standaardzorg, en 162

Tabel 1. Baseline karakteristieken

Karakteristiek		LMWH n=164	Standaardzorg n=162
Leeftijd (jaren) <sup>a</sup>	< 36	105 (64%)	103 (64%)
	≥36	59 (36%)	59 (36%)
	gemiddelde (SD)	33.5 (5.2)	33.3 (5.3)
	mediaan (IQR)	34 (30-38)	33 (29-38)
Aantal miskramen <sup>a</sup>	2	46 (28%)	52 (32%)
	≥3	118 (72%)	110 (68%)
Aantal miskramen (voor randomisatie)	gemiddelde (SD)	3.2 (1.2)	3.1 (1.2)
	mediaan (IQR)	3 (2 tot 4)	3 (2 tot 4)
Tertiair centrum <sup>a</sup>	ja	143 (87%)	139 (86%)
Randomisatie studie team <sup>a</sup>	Verenigd Koninkrijk	96 (59%)	96 (59%)
	Nederland	68 (41%)	66 (41%)
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Mediaan (IQR)	24,4 (22,5 tot 27,7)	24,3 (22,1 tot 27,5)
Etniciteit	Kaukasisch	133 (81%)	136 (84%)
	gemengd	3 (2%)	1 (1%)
	Zuidoost-Aziatisch	7 (4%)	9 (6%)
	Aziatisch overig	4 (2%)	2 (1%)
	Afro-Caraïbisch	1 (1%)	1 (1%)
	Afrikaans	9 (5%)	7 (4%)
	overig	5 (3%)	5 (3%)
	onbekend	2 (1%)	1 (1%)
Actief roken	ja	16 (10%)	15 (9%)
	nee	135 (82%)	140 (86%)
	onbekend	13 (8%)	7 (4%)
Comedicatie <sup>b</sup>	foliumzuur	135 (82%)	121 (75%)
	aspirine	16 (10%)	20 (12%)
	progesteron	24 (15%)	19 (12%)
Type trombofilie	factor V Leiden mutatie; heterozygoot	95 (58%)	89 (55%)
	factor V Leiden mutatie; homozygoot	5 (3%)	0 (0%)
	protrombine 20210A mutatie; Heterozygoot	39 (24%)	44 (27%)
	protrombine 20210A mutatie; homozygoot	0 (0%)	2 (1%)
	antitrombine deficiëntie	2 (1%)	5 (3%)
	proteïne C deficiëntie	5 (3%)	8 (5%)
	proteïne S deficiëntie	23 (14%)	21 (13%)
	gecombineerde trombofilie <sup>c</sup>	5 (3%)	7 (4%)
Familieanamnese	DVT/LE	19 (12%)	17 (10%)
	miskramen	55 (34%)	62 (38%)
Paternale chromosoom afwijking	ja	1 (<1%)	1 (<1%)
	nee	112 (68%)	117 (72%)
	niet getest	51 (31%)	44 (27%)
Bevestigde schildklier antistoffen	ja	5 (3%)	6 (4%)
	nee	137 (84%)	140 (86%)
	onbekend	22 (13%)	16 (10%)
Afwijkend Thyroid Stimulerend Hormoon (TSH) <sup>d</sup>	ja	7 (4%)	5 (3%)
	nee	142 (87%)	146 (90%)
	onbekend	15 (9%)	11 (7%)
Septate uterus <sup>e</sup>	ja	0 (0%)	2 (1%)
Conceptie	spontaan	143 (87%)	139 (86%)
	intra-uteriene inseminatie	2 (1%)	7 (4%)
	donorinseminatie	0 (0%)	3 (2%)
	ovulatie-inductie	5 (3%)	4 (2%)
	IVF/ICSI	14 (9%)	8 (5%)
	onbekend	0 (0%)	1 (1%)

vrouwen naar alleen standaardzorg. In de groep met alleen standaardzorg kregen 30 deelnemers LMWH, waarvan er 18 begonnen met LMWH vóór 12 weken zwangerschap. De andere 12 deelnemers kregen LMWH na 12 weken zwangerschap, waarvan 6 van die 12 deelnemers begonnen na 28 weken zwangerschap, omdat ze volgens de richtlijnen van het Royal College of Obstetricians and Gynaecologists in aanmerking kwamen voor tromboseprofylaxe.

De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 33 jaar (standaarddeviatie [SD] 5,3), waarbij ongeveer een derde ouder was dan 36 jaar (tabel 1). Het mediane aantal miskramen vóór randomisatie was 3 (interquartile range [IQR] 2-4), en twee derde van de vrouwen had in het verleden drie of meer miskramen gehad. De meest voorkomende types trombofilie waren een heterozygote factor V Leiden mutatie, protrombine G20210A-genmutatie en proteïne S-deficiëntie (tabel 1). Aspirine werd gebruikt als medicatie bij 36 (11%) van de 326 vrouwen. In de groep die gerandomiseerd was naar LMWH waren voor 157 (96%) van de 164 vrouwen details beschikbaar over het type. Het vaakst voorgeschreven type LMWH was enoxaparine (114 vrouwen [73%]), gevolgd door dalteparine (28 [18%]), tinzaparine (13 [8%]) en nadroparine (2 [1%]). In totaal werd bij 4 deelnemers het type LMWH aangepast tijdens het onderzoek: 2 deelnemers van enoxaparine naar dalteparine, en 2 deelnemers van dalteparine naar nadroparine.

*Gegevens zijn n (%), tenzij anders vermeld. BMI= body mass index, DVT = diep veneuze trombose, ICSI= intracytoplasmatische sperma-injectie, IVF= in vitro fertilisatie, IQR= interkwartielafstand, LMWH= laag-moleculairgewicht heparine, LE= longembolie, SD= standaarddeviatie.*

<sup>a</sup> Stratificatievariabelen

<sup>b</sup> Voor sommige patiënten zijn meerdere typen medicatie geregistreerd. Gemelde progesteron werd gestart in de luteale fase of vroeg in de zwangerschap. Nog eens 2 deelnemers kregen progesteron ≥24 weken, maar dit is niet gerapporteerd.

<sup>c</sup> Sommige patiënten hadden meer dan één trombofilie.

<sup>d</sup> Behandeld volgens lokale richtlijnen.

<sup>e</sup> Baarmoederlijke afwijkingen werden niet gescreend bij alle patiënten en op alle locaties.

**Tabel 2. Zwangerschapsuitkomst: levend geboorte**

	LMWH (n= 162)	Standaardzorg (n= 158)	Ongecorrigeerde analyse <sup>a</sup>	Gecorrigeerde analyse <sup>b</sup>	Absoluut risicoverschil
Levend geboorte	116 (71,6%)	112 (70,9%)	OR 1,04 (95% CI 0,64 - 1,68) $\chi^2$ p= 0,99	OR 1,08 (95% CI 0,65 -1,78); p= 0,770	0,7% (95% CI -9,2% - 10,6%)
Zwangerschapsverlies	46 (28,4%)	46 (29,1%)			

Gegevens zijn n (%), tenzij anders vermeld LMWH= laag-moleculair-gewicht heparine, OR= odds ratio, 95% CI = 95% betrouwbaarheidsinterval, p= p-waarde.

<sup>a</sup> Odds ratio (95% BI) en chi-kwadraattoets met continuïteitscorrectie.

<sup>b</sup> Logistische regressie gecorrigeerd voor leeftijd van de moeder (<36, ≥36), aantal miskramen (2, ≥3), tertiair/non-tertiair en randomiserend land (VK/NL), met de standaardzorggroep als referentiegroep. Odds ratio (95% CI) en p-waarde.

### Primaire uitkomstmaten

Van de 326 gerandomiseerde deelnemers waren er voor 320 (98%) primaire uitkomstgegevens beschikbaar (figuur 1, tabel 2). Het percentage levend geboortes was 116 (72%) van de 162 in de LMWH-groep en 112 (71%) van de 158 in de standaardzorggroep. Er werd geen significant verschil gevonden tussen beide groepen in zowel de ongecorrigeerde analyse (odds ratio [OR] 1,04 [95% CI 0,64 tot 1,68]) als de gecorrigeerde analyse (OR 1,08 [95% CI 0,65 tot 1,78]). Het absolute risicoverschil tussen de groepen was 0,7% (95% CI -9,2 tot 10,6). Aangaande de secundaire uitkomstmaten waren er minimale verschillen tussen de onderzoeksgroepen (tabel 3). Belangrijk om te noemen hierin is dat er vergelijkbare aantallen zwangerschapscomplicaties en types verlies van zwangerschap waren. Bovendien waren er geen verschillen in bloedingscomplicaties, noch geen gevallen van heparine-geïnduceerde trombocytopenie. Zoals verwacht meldden 73 (45%) vrouwen in de LMWH-groep en 16 (10%) in de standaardzorggroep het gemakkelijk ontstaan van blauwe plekken. Er waren verder geen ernstige complicaties die in verband konden worden gebracht met de onderzoeksmedicatie. De resultaten van de geplande subgroepanalyses voor de primaire uitkomstmaat gaven geen aanwijzingen voor werkzaamheid van LMWH in een van de vooraf gespecificeerde subgroepen, en geen significant interactie-effect tussen deze subgroepen. Er werd een post-hoc analyse uitgevoerd, waarbij vrouwen werden vergeleken die waren gerandomiseerd naar LMWH en dit ontvingen met vrouwen die waren gerandomiseerd naar standaardzorg en die geen LMWH ontvingen binnen de

eerste 12 weken. Hierbij werden vergelijkbare resultaten gevonden. De primaire uitkomstmaat van een levend geboren kind trad op bij 116 (72%) van de 162 vrouwen in de LMWH-groep en bij 112 (71%) van de 158 in de standaardzorggroep (ongecorrigeerd p= 0,74, gecorrigeerd p= 0,56).

### Discussie

Dit onderzoek toonde geen significant verschil in het aantal levend geboren kinderen bij vrouwen met herhaalde miskramen en bevestigde erfelijke trombofilie na behandeling met LMWH vergeleken met alleen standaardzorg. Tevens was er ook geen bewijs voor verschillen in de secundaire uitkomsten, waaronder miskramen en zwangerschapscomplicaties, zoals vroeggeboorte en intra-uteriene groeivertraging. Zoals verwacht was de relatief lage dosis LMWH tijdens de zwangerschap veilig; er was geen toename van kleine of ernstige bloedingen bij degenen die gerandomiseerd waren naar LMWH in vergelijking met de controle-arm en er waren geen gevallen van heparine-geïnduceerde trombocytopenie. Echter, 45% van de vrouwen die een behandeling met LMWH kregen, rapporteerden het gemakkelijk ontstaan van blauwe plekken, voornamelijk rond de injectieplaatsen. Gezien de afwezigheid van gepubliceerde gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken waarin de effectiviteit van LMWH-therapie is onderzocht bij vrouwen met herhaalde miskramen en erfelijke trombofilie, was een klinische gerandomiseerd onderzoek dringend nodig. Wereldwijd nam het gebruik van LMWH bij deze vrouwen toe, buiten klinisch onderzoek om. Dit maakte inclusie van deelnemers voor dit type onderzoek zeer uitdagend

vanwege de relatieve zeldzaamheid van vrouwen met herhaalde miskramen en erfelijke trombofilie, de twijfel van collega's waar de balans ligt in deze setting en daarom geen screening uitvoeren voor trombofilie (of als alternatief juist alle vrouwen met een positieve screening LMWH voorschrijven), en vrouwen die veel miskramen hebben doorgemaakt die vastberaden zijn medicatie te willen. We slaagden erin om het beoogde aantal vrouwen te includeren, waarbij slechts zes vrouwen afzagen van deelname aan de follow-up, dankzij een sterke internationale samenwerking en doorzettingsvermogen.

Een ander sterk punt van dit onderzoek is dat we een pragmatisch onderzoeksontwerp hebben toegepast dat de dagelijkse klinische praktijk weerspiegelt, waarbij we de gegevens analyseerden volgens het intention-to-treat principe. De bevindingen zijn redelijk te generaliseren omdat vrouwen uit meerdere centra en meerdere landen hebben deelgenomen. De meeste deelnemers waren afkomstig uit het Verenigd Koninkrijk en Nederland, met enkele vrouwen gerekruteerd in België, Slovenië en de VS. Het grote merendeel van de vrouwen hield zich aan het beleid volgens de toegewezen studie-arm. Er waren dertig vrouwen in de standaardzorggroep die op enig moment tijdens de zwangerschap LMWH gebruikten, echter waren er slechts achttien vrouwen hiervan die in het eerste trimester gebruik maakten van LMWH wat mogelijk van invloed zou kunnen zijn op het miskraamperscentage.

### Potentiële beperkingen

Ons onderzoek heeft ook potentiële beperkingen. Ten eerste hanteerden



we een brede definitie van herhaalde miskramen, waardoor het mogelijk is dat vrouwen met herhaalde, doch sporadische miskramen hebben deelgenomen. We kozen deze inclusiecriteria voor het ALIFE2-onderzoek om onze onderzoekspopulatie zo vergelijkbaar mogelijk te houden met de klinische praktijk. Bovendien stellen de ESHRE-richtlijnen voor Recurrent Pregnancy Loss uit 2017, die onlangs is bijgewerkt, dat op basis van het beste beschikbare bewijs, een diagnose van herhaalde miskramen moet worden overwogen na het verlies van twee of meer zwangerschappen.<sup>4,5</sup> Het is daarbij belangrijk om te benadrukken dat 70% van onze onderzoekspopulatie drie of meer miskramen had, en dat er geen significant interactie-effect was tussen de behandeling en aantal miskramen (2 versus  $\geq 3$ ) met betrekking tot de primaire uitkomstmaat.

Ten tweede werd LMWH gestart na de innestelingsfase en zonder echografische bevestiging van een levensvatbare zwangerschap. Deze keuze is gemaakt omdat er geen wetenschappelijk bewijs is dat LMWH de innesteling verbetert<sup>21</sup>, en we als doel hadden om LMWH zo vroeg mogelijk te starten en eventuele vertraging die kan ontstaan bij het wachten op een echografie te voorkomen. Deze manier van starten van de LMWH-behandeling was analoog aan de manier waarop LMWH wordt gebruikt bij het antifosfolipidensyndroom, waarbij wetenschappelijk bewijs een gunstig effect suggereert.<sup>22</sup> Ten derde werden verschillende soorten LMWH gebruikt. Dit kan echter worden beschouwd als een weerspiegeling van de dagelijkse praktijk en het is onwaarschijnlijk dat de verschillende types een ander effect hadden. We kunnen niet uitsluiten dat er een effect van 10% of minder is op het aantal levend geboortes, maar het kleine absolute verschil van 0,7% tussen de twee groepen en het ontbreken van enig signaal in de geplande subgroepen, suggereren dat enig effect op de kans op een levend geboorte onwaarschijnlijk is. Ten slotte kan het ontbreken van blinding van deelnemers, behandelende artsen en beoordelaars van de uitkomsten een beperking zijn. Echter, een primaire uitkomstmaat als

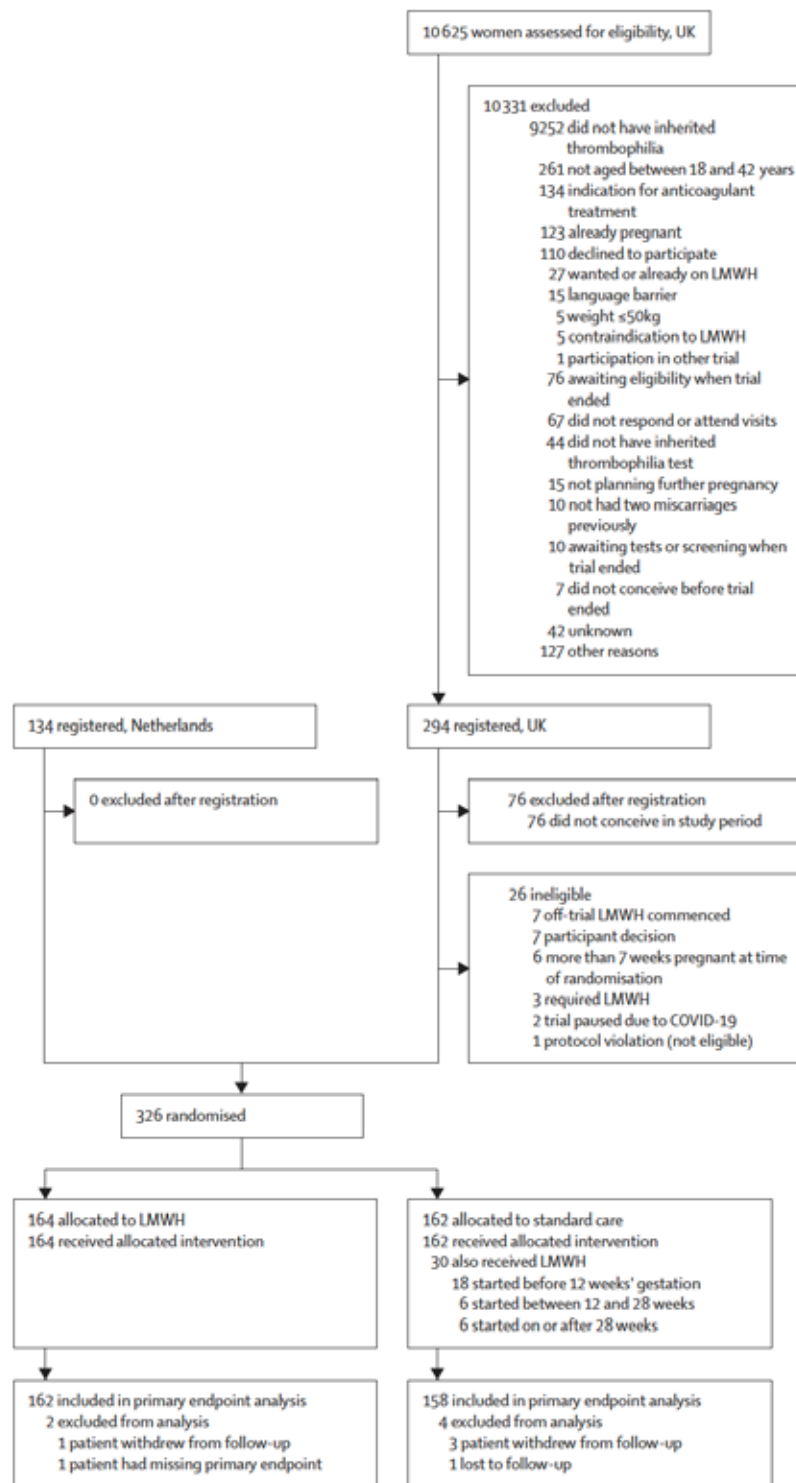
levend geboorte is waarschijnlijk niet onderhevig aan vertekening door het kennen van toegewezen behandeling.

*Antwoord op lang bestaande vraag*

Onze resultaten geven antwoord op een lang bestaande vraag, die voorheen alleen onderzocht werd in kleinere onderzoeken met methodologi-

sche beperkingen en niet-gerandomiseerde onderzoeken. Een prospectieve cohortonderzoek waaraan 126 vrouwen met erfelijke trombofilie en zwangerschapsverlies deelnamen, vond dat LMWH geassocieerd was met een verhoogde kans op levend geboorte (OR 10,6, 95% CI 5,0-22,3) en concludeerde dat LMWH effectief was bij het voorkó-

**Figuur 1. Overzicht van de trial**



**Tabel 3. Details over zwangerschapsverlies en secundaire uitkomstmaten**

Uitkomst	LMWH	Standaardzorg
<b>Details zwangerschapsverlies</b>		
Type vroege miskraam	n= 162	n= 158
Biochemisch verlies	7 (4%)	6 (4%)
Ectopische zwangerschap	3 (2%)	1 (1%)
Intra-uteriene zwangerschap geïdentificeerd bij echografie	n= 152	n= 151
Miskraam: <12 weken	34 <sup>a</sup> (22%)	34 <sup>a</sup> (23%)
Zwangerschapsafbreking	1 (1%)	2 (1%)
2e trimester bereikt	n= 117	n= 115
Miskraam: 12-24 weken	1 (1%)	3 (3%)
3e trimester bereikt (levend geboorte)	116	112
Dodgeboren	0	0
Totaal aantal zwangerschapsverliezen	46 (28%)	46 (29%)
<b>Secundaire uitkomsten</b>		
Obstetrische complicaties in het 3e trimester	n= 116	n= 112
Pre-eclampsie/ HELLP-syndroom	4 (3%)	3 (3%)
Onbekend	2 (2%)	3 (3%)
Klein voor zwangerschapsduur <sup>b</sup>	12 (10%) <sup>c</sup>	15 (13%)
Onbekend	5 (4%)	8 (7%)
Abruptio placentae	1 (1%)	1 (1%)
Onbekend	2 (2%)	3 (3%)
Vroeggeboorte <37 weken	15 (13%)	15 (13%)
Onbekend	0 (0%)	0 (0%)
Congenitale afwijkingen	3 (2%) <sup>d</sup>	2 (1%) <sup>e</sup>
Onbekend	12 (10%)	9 (8%)
Andere complicaties gedurende de gehele zwangerschap	n= 164	n= 162
Bevestigde diep veneuze trombose of longembolie	1 (1%)	0 (0%)
Onbekend	10	18
Gemakkelijk blauwe plekken	73 (45%)	16 (10%)
Veiligheid: adverse events gedurende de gehele zwangerschap.	n= 164	n= 162
Postpartum bloeding > 500 mls	7	12
Majeure bloeding > 100 mls	3	3
Klinisch relevante non-majeure bloeding	9	14
Milde bloeding	35	27
Heparine geïnduceerde trombocytopenie (HIT)	0	0
Huidreacties op de plek van injectie	3	1 <sup>f</sup>
Totaal aantal adverse events	57	57
Totaal aantal deelnemers met een adverse event	39 (24%)	37 (23%)

<sup>a</sup> Een paar tweelingen resulteerde in een miskraam (geteld als één zwangerschap). Dit gebeurde één keer in beide groepen.

<sup>b</sup> Klein voor de zwangerschapsduur (small for gestational age) werd berekend met behulp van de aangepaste GROW-grafiek, <10e percentiel.

<sup>c</sup> Een deelnemer had tweelingen waarbij beide IUGR hadden, dit is geteld als één gebeurtenis.

<sup>d</sup> Een baby had ademhalingsproblemen, stenose van de anus met een fistel en operatie vanwege een anorectale afwijking. Een baby had een extra teen aan de rechtervoet. Een baby had een niet-ingedaalde rechter teelbal.

<sup>e</sup> Een baby had oesofagiale atresie en één baby had het syndroom van Down.

<sup>f</sup> Gebruikte LMWH hoewel toegewezen aan standaardzorg.

**OPMERKING:** Een set van drielingen in de groep met standaard surveillance werd geteld als 'levend geboren' omdat 2/3 van de foetussen levend werden geboren. 1/3 werd geaborteerd op 8+3 weken zwangerschap. Deze abortus is niet meegerekend in deze tabel.

men van het verlies van zwangerschapen.<sup>23</sup> Andere wetenschappers suggererden dat LMWH het aantal levend geboortes niet zou verbeteren bij vrouwen met herhaaldelijk verlies van

zwangerschap en trombofilie. Een meta-analyse van met name subgroepen uit acht kleine onderzoeken, waarin LMWH werd vergeleken met geen LMWH tijdens de zwangerschap

bij vrouwen met erfelijke trombofilie, toonde geen klinisch voordeel van LMWH aan (relatief risico 0,81; 95% CI 0,55-1,19)<sup>24</sup>, maar benoemde ook expliciet dat de resultaten van het ALIFE2-onderzoek nodig waren voor een meer robuuste conclusie.

De percentages levend geboortes in onze onderzoeksgroep, 72% in de LMWH-groep en 71% in de standaardzorggroep, zijn vergelijkbaar met de getallen bij zwangere vrouwen met onverklaarde herhaalde miskramen in cohortonderzoeken<sup>25</sup>, het oorspronkelijke ALIFE-onderzoek (62% aspirine, 67% placebo en 69% voor aspirine plus LMWH)<sup>18</sup>, en bij vrouwen met herhaalde miskramen die positief zijn voor schildklierperoxidase-antilichamen in twee onderzoeken (70% thyroxine en 69% placebo<sup>26</sup>, en 68% thyroxine en 62% placebo<sup>27</sup>).

Op basis van onze bevindingen raden we het gebruik van LMWH af bij vrouwen met herhaalde miskramen en een bevestigde erfelijke trombofilie. Bij extrapolatie van onze bevindingen raden we ook af om te screenen op erfelijke trombofilie bij vrouwen met erfelijke trombofilie bij vrouwen met herhaalde miskramen. Hoewel sommige patiënten en artsen mogelijk waarde hechten aan het kenbaar maken van een factor die geassocieerd is met het optreden van herhaalde miskramen, is deze associatie recentelijk opnieuw betwijfeld. Een systematische review naar de prevalentie van trombofilie bij vrouwen met herhaaldelijk miskraam vond dat deze gelijk was aan die van de algemene bevolking, en suggereerde daarom dat LMWH herhaaldelijk zwangerschapsverlies niet zou voorkomen op basis van de reeds gepubliceerde gerandomiseerde trials in deze populaties.<sup>28</sup>

Dit onderzoek zal een aanzienlijke invloed hebben op internationale richtlijnen en klinische zorg voor vrouwen met herhaalde miskramen. Hoewel veilig, blijken de dagelijkse onderhuidse injecties belastend te zijn voor vrouwen, zijn deze kostbaar en moeten deze worden vermeden als ze geen nuttig effect blijken te hebben. Het ALIFE2-onderzoek heeft een antwoord gegeven op de langlopende vraag over het nut van screenen van vrouwen op erfelijke trombofilie en het behandelen

van positieve personen met LMWH om vroegtijdige miskramen te voorkomen. Dit zal voor gezondheidssystemen kostenbesparend zijn; in Nederland zijn bijvoorbeeld de kosten >200 euro voor een trombofiliepanel niet ongebruikelijk. De resultaten laten onverlet dat 28% van de vrouwen in ons onderzoek zeer gewenste zwangerschappen verloren; deze onverklaarde zwangerschapsverliezen verdienen aandacht in vervolgonderzoek, waarbij onderzoekers zich nu kunnen richten op andere beïnvloedbare factoren om vroegtijdig zwangerschapsverlies te voorkomen.

## Referenties

1. Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet* 2021; 397: 1658-67.
2. Coomarasamy A, Dhillon-Smith RK, Papadopoulou A, et al. Recurrent miscarriage: evidence to accelerate action. *Lancet* 2021;397: 1675-82.
3. Quenby S, Mountfield S, Cartwright JE, Whitley GS, Chamley L, Vince G. Antiphospholipid antibodies prevent extravillous trophoblast differentiation. *Fertil Steril* 2005; 83: 691-98.
4. Bender Atik R, Christiansen OB, Elson J, et al. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss. *Hum Reprod Open* 2018; 2018: hoy004.
5. Bender Atik R, Christiansen OB, Elson J, et al. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss: an update in 2022. *Hum Reprod Open* 2023; 2023: hoad002.
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Guideline no. 17: the investigation and treatment of couples with recurrent first-trimester and second-trimester miscarriage. 2011. [https://www.rcog.org.uk/media/3cbgonl0/gtg\\_17.pdf](https://www.rcog.org.uk/media/3cbgonl0/gtg_17.pdf) (accessed Nov 8, 2022).
7. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril* 2012; 98: 1103-11.
8. Robertson B, Greaves M. Antiphospholipid syndrome: an evolving story. *Blood Rev* 2006; 20: 201-12.
9. de Jong PG, Goddijn M, Middeldorp S. Antithrombotic therapy for pregnancy loss. *Hum Reprod Update* 2013; 19: 656-73.
10. Opatrny L, David M, Kahn SR, Shrier I, Rey E. Association between antiphospholipid antibodies and recurrent fetal loss in women without autoimmune disease: a meta-analysis. *J Rheumatol* 2006;33: 2214-21.
11. van Dijk MM, Kolte AM, Limpens J, et al. Recurrent pregnancy loss: diagnostic workup after two or three pregnancy losses? A systematic review of the literature and meta-analysis. *Hum Reprod Update* 2020; 26: 356-67.
12. Liu X, Chen Y, Ye C, et al. Hereditary thrombophilia and recurrent pregnancy loss: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod* 2021; 36: 1213-29.
13. Robertson L, Wu O, Langhorne P, et al. Thrombophilia in pregnancy: a systematic review. *Br J Haematol* 2006; 132: 171-96.
14. Rodger MA, Betancourt MT, Clark P, et al. The association of factor V Leiden and prothrombin gene mutation and placenta-mediated pregnancy complications: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *PLoS Med* 2010; 7: e1000292.
15. de Jong PG, Goddijn M, Middeldorp S. Testing for inherited thrombophilia in recurrent miscarriage. *Semin Reprod Med* 2011;29: 540-47.
16. Hamulyák EN, de Jong PG, Scheres LJJ, et al. Progress of the ALIFE2 study: a dynamic road towards more evidence. *Thromb Res* 2020; 190: 39-44.
17. de Jong PG, Quenby S, Bloemenkamp KW, et al. ALIFE2 study: low-molecular-weight heparin for women with recurrent miscarriage and inherited thrombophilia-study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2015; 16: 208.
18. Kaandorp SP, Goddijn M, van der Post JAM, et al. Aspirin plus heparin or aspirin alone in women with recurrent miscarriage. *N Engl J Med* 2010; 362: 1586-96.
19. Altman DG. *Statistics with confidence: confidence intervals and statistical guidelines*, 2nd edn. London: BMJ Books, 2000.
20. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Reducing the risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium green-top guideline no. 37a. RCOG Press 2015; 37: 1-40.
21. Akhtar MA, Sur S, Raine-Fenning N, Jayaprasadan K, Thornton JG, Quenby S. Heparin for assisted reproduction. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 8: CD009452.
22. Hamulyák EN, Scheres LJJ, Marijnen MC, Goddijn M, Middeldorp S. Aspirin or heparin or both for improving pregnancy outcomes in women with persistent antiphospholipid antibodies and recurrent pregnancy loss. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;5: CD012852.
23. Grandone E, Tiscia GL, Mastroianno M, et al. Findings from a multicentre, observational study on reproductive outcomes in women with unexplained recurrent pregnancy loss: the OTTILIA registry. *Hum Reprod* 2021; 36: 2083-90.
24. Skeith L, Carrier M, Kaaja R, et al. A meta-analysis of low molecular-weight heparin to prevent pregnancy loss in women with inherited thrombophilia. *Blood* 2016; 127: 1650-55.
25. Kolte AM, Westergaard D, Lidegaard Ø, Brunak S, Nielsen HS. Chance of live birth: a nationwide, registry-based cohort study. *Hum Reprod* 2021; 36: 1065-73.
26. Dhillon-Smith RK, Middleton LJ, Sunner KK, et al. Levothyroxine in women with thyroid peroxidase antibodies before conception. *N Engl J Med* 2019; 380: 1316-25.
27. van Dijk MM, Vissenberg R, Fliers E, et al. Levothyroxine in euthyroid thyroid peroxidase antibody positive women with recurrent pregnancy loss (T4LIFE trial): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2022; 10: 322-29.
28. Shehata H, Ali A, Silva-Edge M, et al. Thrombophilia screening in women with recurrent first trimester miscarriage: is it time to stop testing? - a cohort study and systematic review of the literature. *BMJ Open* 2022; 12: e059519.

## Verklaring belangenverstrengeling

Mariëtte Goddijn ontving onderzoeks- en educatieve subsidies van Guerbet, Merck en Ferring, niet gerelateerd aan het alhier gepresenteerde werk en uitbetaald aan haar instituut. Saskia Middeldorp ontving consultancy fees van Bayer, Pfizer, Boehringer Ingelheim, Portola-Alexion, AbbVie, BMS Pfizer, Norgine, Viatrix, Sanofi, GSK en Aspen, niet gerelateerd aan het alhier gepresenteerde werken uitbetaald aan haar instituut. De overige auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben.

# Perspectief van patiënten op netwerkzorg

## Medisch expert en een vertrouwd gezicht zijn nog altijd belangrijker dan zelfzorg of e-health

dr. R.P. Berkhout *aios gynaecologie en verloskunde, Amsterdam UMC*

dr. J.M. Munster *gynaecoloog, Martini Ziekenhuis, Groningen*

dr. A.G. Huppelschoten *gynaecoloog, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven*

**De komende jaren staan overheid en zorgverleners voor een grote uitdaging om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden, zoals onder andere geschetst in het Integraal Zorgakkoord. Als essentieel onderdeel van het zorglandschap van de toekomst zal moeten worden ingezet op het bevorderen van netwerkzorg. Deze enquête laat zien wat het perspectief hierop is van patiënten aangesloten bij de Endometriose Stichting, Freya of Stichting Bekkenbododem4All.**

### Achtergrond

Het Integraal Zorgakkoord schetst de grote uitdagingen waar politiek en zorgverleners samen voor staan om de toekomstige zorg betaalbaar en toegankelijk te houden.<sup>1</sup> Als één van de potentiële oplossingen wordt breed ingezet op de toepassing van netwerkzorg, onder andere door de NVOG die zowel 2023 als 2024 heeft bestempeld als themajaren netwerkzorg.<sup>2</sup> Sinds 2023 heeft een enthousiaste projectgroep van gynaecologen en aiossen aan dit thema gewerkt. Netwerkzorg betekent dat meerdere zorgverleners van verschillende disciplines zich, zowel intra- als extramuraal, inzetten voor de zorg voor een specifieke patiëntenpopulatie. Als voorbeeld kan worden gedacht aan samenwerking tussen de eerste, tweede en derde lijn, maar ook samenwerking met paramedici en toepassing van e-health om het netwerk te verstevigen.<sup>3</sup> We vinden het belangrijk te achterhalen hoe patiënten zelf naar deze netwerkzorg kijken en welke onderdelen daarbij meer van belang worden geacht.

### Methoden

De studie betreft een kwantitatieve enquête met meerkeuzevragen. De

enquête is zijn voorgelegd aan de bezoekers van de website en sociale media van de Endometriose Stichting, Freya en Stichting Bekkenbododem4All. Initieel is ook contact gezocht met patiëntenverenigingen uit andere pijlers, maar helaas volgde hierop geen reactie binnen de gestelde deadline. De enquête is door de projectgroep ontwikkeld in samenspraak met de betreffende patiëntenverenigingen. De data werden geanalyseerd met behulp van SPSS en voor statistische analyse werd gebruik gemaakt van een ongepaarde t-test.

### Resultaten

Van juli 2023 tot met september 2023 is de enquête door 120 deelnemers ingevuld. De gemiddelde leeftijd van de patiënten is 37 jaar, waarbij de jongste patiënt 22 jaar en de oudste patiënt 64 jaar is. De reisafstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis is voor 26,9% minder dan 10 minuten, voor 64,7% 10 tot 30 minuten en voor 8,4% meer dan een half uur. Van de patiënten beoordeelt 43,3% (n= 52) de huidige samenwerking tussen zorgverleners als matig en 13,3% (n= 16) als slecht. De samenwerking wordt door 22,5% (n= 27) als voldoende, door 15,8% (n= 19) als goed en door 3,3% (n= 4) als uitstekend beoordeeld.

Als belangrijke aspecten van een doktersbezoek of behandeling geven patiënten aan dat zij waarde hechten aan het steeds zien van dezelfde dokter (53,3%; n= 64), maar vooral aan het direct zien van een expert in het betreffende ziektebeeld (77,5%; n= 93). Patiënten hechten daarentegen relatief weinig waarde aan de aanmoediging tot zelfzorg (16,7%; n= 20) of de mogelijkheid van zorg op afstand (14,2%; n= 17) (figuur 1 en tabel 2). Wat betreft de mogelijkheden om de toekomstige zorg te vernieuwen, zien

patiënten het meest in meer aandacht voor preventie van ziektes (46,7%; n= 56) en aanmoediging van lotgenotencontact (47,5%; n= 57). Daarentegen zien patiënten relatief weinig in het benadrukken van de eigen verantwoordelijkheid in gezondheid en ziekte (15,8%; n= 19), het verhogen van de eigen bijdrage voor ziektekosten (0%; n= 0), concentratie van zorg (18,3%; n= 22) of het alleen nog toepassen van bewezen zinnige zorg (21,7%; n= 26) (tabel 3).

Wanneer we bij het analyseren van de uitkomsten rekening houden met de leeftijd van de patiënten (ouder versus jonger dan 40 jaar), dan zien we alleen significante verschillen bij de vraag naar mogelijkheden tot het vernieuwen van de zorg. Zo vinden meer patiënten van 40 jaar of ouder dat moet worden ingezet op het benadrukken van de eigen verantwoordelijkheid in gezondheid en ziekte (23,0% versus 12,6%; p= 0,006), het alleen nog toepassen van zinnige zorg (41,0% versus 12,6%; p= <0,001) of concentratie van zorg (23,0% versus 15,1%; p= 0,044) ten opzichte van patiënten die jonger zijn dan 40 jaar.

Ten slotte waren wij geïnteresseerd in hoe patiënten het liefst betrokken willen worden bij het verbeteren van de samenwerking tussen zorgverleners. Hierbij geeft 78,3% (n= 94) aan dat de individuele patiënt betrokken moet worden, terwijl 41,7% vindt dat de patiëntenvereniging hier een rol in speelt (n= 50).

### Discussie

Het vernieuwen van de zorg is essentieel om de stijgende zorgkosten in de toekomst beheersbaar te houden, zoals onder andere beschreven wordt in het Integraal Zorgakkoord.<sup>1</sup>

**Tabel 1. Vragenlijst enquête**

1. Wat is je leeftijd (in jaren)?
2. Hoe lang doe je erover met de auto van jouw huis tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis? - Minder dan 10 minuten - 10 tot 30 minuten - 30 tot 60 minuten - Meer dan 60 minuten
3. Hoe vind je dat jouw zorgverleners met elkaar samenwerken? - Slecht - Matig - Voldoende - Goed - Uitstekend - N.v.t.
4. Welke dingen vind jij belangrijk bij de dokter of bij jouw behandeling (kies er 3)? - Korte reisafstand naar het doktersbezoek - Een korte wachtlijst - Direct geholpen worden door een expert in het ziektebeeld/probleem - Of mijn zorgverzekering de kosten vergoed - Dat mensen die in de zorg werken mijn medisch dossier/informatie uitwisselen - Aangemoedigd worden om zelf te helpen om je klachten te verminderen (denk aan hoe je leeft en eet) - Steeds dezelfde dokter krijgen - De mogelijkheid van zorg op afstand (via telefoon of video) - Overige (geef nadere toelichting)
5. Welke mogelijkheden zie jij om de zorg te vernieuwen? (je mag meerdere mogelijkheden kiezen) - Meer aandacht voor het voorkómen van bepaalde ziektes (bijvoorbeeld door aanmoediging van gezonde keuzes in je leven). - Dat mensen verantwoordelijk zijn voor hun eigen gezondheid (bijvoorbeeld met hulp van thuisarts.nl). - Meer gebruik maken van digitale zorg (bijvoorbeeld contact met de arts via computer, tablet of smartphone, of het invullen van digitale vragenlijsten voordat je naar de dokter gaat). - Dokters stoppen met onderzoeken/behandelingen als die niet zinvol zijn, zorgverzekeraars vergoeden deze niet meer. - De eigen bijdrage voor ziektekosten verhogen. - Zorg meer verzamelen per soort (dezelfde zorg op minder plekken), wat kan betekenen dat je verder moet reizen voor bepaalde zorg. - Lotgenoten/buddy contact tussen patiënten onderling aanmoedigen. - Overige (geef nadere toelichting)
6. Hoe vind je dat patiënten een rol kunnen spelen bij het verbeteren van de samenwerking tussen mensen die in de zorg werken? - Door patiënten zelf erbij te betrekken - Door de patiëntenvereniging erbij te betrekken - Overige (geef nadere toelichting)

**Tabel 2**

	Ja (%)	Nee (%)
Korte reisafstand naar het doktersbezoek	17,5 (n= 21)	81,7 (n= 98)
Een korte wachtlijst	45,0 (n= 54)	54,2 (n= 65)
Direct geholpen worden door een expert in het ziektebeeld/probleem	77,5 (n= 93)	21,7 (n= 26)
Of mijn zorgverzekering de kosten vergoed	50,8 (n= 61)	48,3 (n= 58)
Dat mensen die in de zorg werken mijn medisch dossier/informatie uitwisselen	51,7 (n= 62)	47,5 (n= 57)
Aangemoedigd worden om zelf te helpen om je klachten te verminderen (denk aan hoe je leeft en eet)	16,7 (n= 20)	82,5 (n= 99)
Steeds dezelfde dokter krijgen	53,3 (n= 64)	45,8 (n= 55)
De mogelijkheid van zorg op afstand (via telefoon of video)	14,2 (n= 17)	85,0 (n= 102)

\* Er konden maximaal drie keuzes aangevinkt worden

**Tabel 3**

	Ja (%)	Nee (%)
Meer aandacht voor het voorkómen van bepaalde ziektes (bijvoorbeeld door aanmoediging van gezonde keuzes in je leven).	17,5 (n= 21)	81,7 (n= 98)
Dat mensen verantwoordelijk zijn voor hun eigen gezondheid (bijvoorbeeld met hulp van thuisarts.nl).	45,0 (n= 54)	54,2 (n= 65)
Meer gebruik maken van digitale zorg (bijvoorbeeld contact met de arts via computer, tablet of smartphone, of het invullen van digitale vragenlijsten voordat je naar de dokter gaat).	77,5 (n= 93)	21,7 (n= 26)
Dokters stoppen met onderzoeken/behandelingen als die niet zinvol zijn, zorgverzekeraars vergoeden deze niet meer.	50,8 (n= 61)	48,3 (n= 58)
De eigen bijdrage voor ziektekosten verhogen.	51,7 (n= 62)	47,5 (n= 57)
Zorg meer verzamelen per soort (dezelfde zorg op minder plekken), wat kan betekenen dat je verder moet reizen voor bepaalde zorg.	16,7 (n= 20)	82,5 (n= 99)
Lotgenoten/buddy contact tussen patiënten onderling aanmoedigen.	53,3 (n= 64)	45,8 (n= 55)

\* Er konden maximaal drie keuzes aangevinkt worden

Met de resultaten van de huidige enquête willen we laten zien wat het perspectief van de patiënt hierop is, door dit te vragen aan de achterban van de Endometriose Stichting, Freya en Stichting Bekkenbodem4All. We beseffen dat deze groep niet representatief is voor alle gynaecologische patiënten in Nederland, maar hopen zo een eerste perspectief van de patiënt op het thema netwerkzorg te presenteren. We laten zien dat patiënten met name waarde hechten aan het direct zien van een expert en vaste hoofdbehandelaar, terwijl zelfzorg en zorg op afstand minder gewaardeerd worden. Tevens zien patiënten, met name jonger dan 40 jaar, relatief weinig in het aanmoedigen van de eigen verantwoordelijkheid in gezondheid en ziekte, het verhogen van de eigen bijdrage voor ziektekosten, concentratie van zorg of het alleen nog toepassen van bewezen zinnige zorg. Gezien het reeds wijdverbreide gebruik van netwerkzorg, met name de toepassing van e-health, telecommunicatie en online zelfzorg, is het opvallend dat pati-

enten in deze enquête weinig waarde lijken te hechten aan deze toepassingen. De patiënt vindt de meer traditionele factoren in het zorgproces, zoals persoonlijk contact met dezelfde zorgverlener, nog altijd belangrijker. Hier ligt een uitdaging voor zorgverleners om patiënten zowel betrokken als gemotiveerd te houden. Daarnaast lijkt er een uitdaging te liggen voor de medisch expert om zich in zorgnetwerken te begeven, zodat zijn of haar expertise laagdrempelig en snel beschikbaar is voor patiënten en collega's.

### Referenties

1. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Integraal Zorgakkoord: 'Samenwerken aan gezonde zorg'. Versie 1.0, 2021.
2. Koepel Kwaliteit. Meerjarenplan 2022-2023. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2022.
3. NFU Paper. Netwerkvorming en samenwerken in de zorg. Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, 2022.

### Samenvatting

De toepassing van netwerkzorg wordt gezien als één van de potentiële oplossingen om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Deze enquête laat het patiëntenperspectief hierop zien. Van de deelnemers (n= 120) beoordeelt 43,3% (n= 52) de huidige samenwerking tussen zorgverleners als matig. Patiënten hechten met name waarde aan het steeds zien van dezelfde dokter (53,3%; n= 64) en het direct zien van een expert (77,5%; n= 93). Daarentegen hechten zij minder waarde aan zelfzorg (16,7%; n= 20) of zorg op afstand (14,2%; n= 17). Verder zien patiënten meer in preventie van ziektes (46,7%; n= 56) en lotgenotencontact (47,5%; n= 57) dan in het benadrukken van de eigen verantwoordelijkheid in gezondheid en ziekte (15,8%; n= 19), het verhogen van de eigen bijdrage (0%; n= 0), concentratie van zorg (18,3%; n= 22) of het alleen nog toepassen van zinnige zorg (21,7%; n= 26). Deze enquête illustreert de uitdagingen waar zorgverleners voor staan bij de verdere toepassing van netwerkzorg in de gynaecologie.

### Trefwoorden

netwerkzorg, zelfzorg, e-health, zinnige zorg

### Summary

The use of network care is being seen as a potential solution to the growing unavailability and rising costs in

healthcare. The current questionnaire shows the perspective of patients on this topic. From the participating patients, 43,3% (n= 52) judges the collaboration between care providers as insufficient. Patients do care about seeing the same doctor (53,3%; n= 64) and directly being referred to an expert (77,5%; n= 93). While patients seem to care less about self-care (16,7%; n= 20) or e-health (14,2%; n= 17). In terms of future innovation, patients mostly care about programs to prevent diseases (46,7%; n= 56) and peer companionship (47,5%; n= 57), but care less about emphasizing their own responsibilities in health and disease (15,8%; n= 19), an increase in health-care insurance prices (0%; n= 0), concentration of care (18,3%; n= 22) or exclusively using evidence-based care (21,7%; n= 26). This questionnaire emphasizes the challenges that healthcare providers face when further applying network care in gynecological care.

### Keywords

network care, self-care, e-health, evidence-based care

### Contact

r.p.berkhout@amsterdamumc.nl

### Verklaring belangenverstrengeling

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

# Incomplete inversio uteri: een zeldzame en lastig te herkennen complicatie

drs. M.F.E. Schurer *anios gynaecologie, destijds te Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch*

dr. K.W.M van Delft *gynaecoloog, Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch*

dr. E.A.W. Schepers *aios gynaecologie, Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch*

**Inversio uteri is een potentieel levensbedreigende complicatie van het nageboortetijdperk. Wij beschrijven een hemodynamisch instabiele patiënte met fors vaginaal bloedverlies, veroorzaakt door een incomplete inversio uteri begeleid met illustratieve afbeeldingen.**

Een gezonde 35-jarige multigravida, met een sectio caesarea in de obstetrische voorgeschiedenis, doorliep een ongestoorde zwangerschap. Wegens serotiniteit werd de bevalling ingeleid. Na een normaal ontsluitingsbeloop werd tijdens uitdrijving, in verband met verdenking foetale nood, een episiotomie verricht. Een dochter werd geboren met een goede start. Na tweemaal 5IE oxytocine werd de placenta onder controlled cord traction geboren, waarna direct sprake was van fors vaginaal bloedverlies geduid bij uterus atonie. Hierop is gehandeld volgens lokaal fluxus protocol, met 1 gram tranexaminezuur en 500 µg sulproston. Vanwege persisterend vaginaal bloedverlies van 2000 ml bij een hemodynamisch instabiele patiënte werd besloten na te tasten op de OK.

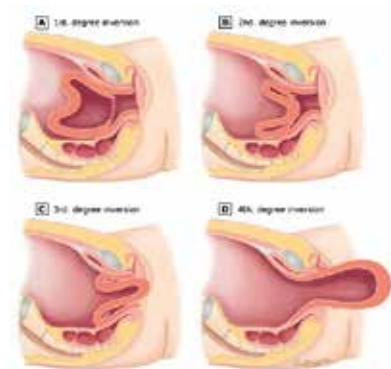
Aldaar was er sprake van ruim bloedverlies uit de uterus, met een goed gecontraheerde uterus, nihil bloedverlies uit de episiotomie en geen cervixruptuur. Bij natasten was er geen placentarest. Wel werd een 10 cm grote elastische zwelling, vastzittend aan de fundus gevoeld. Differentiaal diagnostisch werd gedacht aan inversio uteri, myoom ofwel een uterusruptuur met zwelling/hematoom. Reponeren lukte niet. Speculumonderzoek liet geen uitpuilende zwelling zien. Echografie toonde een intra-uteriene bolronde afwijking van 10 cm, lijkend op myometrium. Er was geen vrij vocht. Vanwege een persisterende tachycardie en ernstige hypotensie werd besloten tot laparotomie, waarbij



Afbeelding 1. Incomplete inversio uteri (ingedeukte fundus)

een incomplete inversie werd gezien (afbeelding 1). Middels vaginaal opduwen en abdominaal reponeren werd de inversie opgeheven, waarna patiënte stabiliseerde. Ter tamponade werd een Bakri ballon achtergelaten en sulproston werd herstert. Er werd 4x omniplasma, 6x erythrocytenconcentraat, calciumgluconaat en fibrinogeen toegediend. Het totaal bloedverlies betrof 4500 ml. Na drie dagen kon patiënte het ziekenhuis verlaten. Bij nacontrole was patiënte volledig hersteld.

Inversio uteri is een zeldzame complicatie, gekenmerkt door buikpijn, bloedverlies en shock.<sup>1,2</sup> Er wordt onderscheid gemaakt tussen een complete (fundus puilt door cervicale ring) en incomplete (fundus is ingedeukt, ligt boven cervicale ring) inversie (afbeelding 2).<sup>2</sup> In 90% is er sprake van een complete inversie.<sup>2</sup> Gezien de geringe frequentie van voorkomen (incidentie 1:2000-20.000) is onderzoek naar de oorzaak moeilijk.<sup>1,2</sup> Veelgenoemd is een te harde navelstrengtractie bij geboorte van de placenta. Echter, een inversie kan ook spontaan optreden.<sup>3</sup> Zodra de diagnose is gesteld dient zo snel mogelijk behandeling van shock en repositie van de uterus volgens Johnsons manoeuvre plaats te vinden.<sup>2</sup> Hierbij



Afbeelding 2. Classificaties van inversio uteri

wordt de fundus manueel teruggebracht naar de correcte anatomische positie, terwijl de andere abdominale hand ondersteunt. Indien de inversie niet is ontstaan zal deze meestal eenvoudig te reponeren zijn. Bij langer bestaan, kan dit zeer lastig zijn door stuwning van het geïnverteerde deel. Relaxantia zijn dan nodig. Indien vaginaal reponeren niet lukt kan worden overgegaan tot abdominale repositie, zoals in deze casus.

Inversio uteri is een zeldzame complicatie. Terwijl een complete inversie meestal snel wordt herkend, is dit minder vaak het geval bij een incomplete inversie. Inversio uteri hoort bij ruim bloedverlies en een instabiele patiënte in de differentiaaldiagnose te staan. Ook bij incomplete inversie is snelle diagnostiek van belang om de duur van de inversie zo kort mogelijk te houden, ter preventie van toenemende maternale morbiditeit.

## Referenties

1. Dirken JJ, Vlaanderen W. Uterine inversion. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1994;138:38-40.
2. Witteveen T, van Stralen G, Zwart J, van Roosmalen J. Puerperal uterine inversion in the Netherlands: a nationwide cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013; 92:334-337.
3. Das P. Inversion of the Uterus. *Br J Obs Gynaecol.* 1940;47(5):525-48.











# Episiotomie: knippen, of toch niet?

drs. S.A.M. Zomer *gynaecoloog in opleiding*

drs. R. van Doornik *klinisch verloskundige*

drs. S.H. Breuking *anios gynaecologie en arts-onderzoeker*

dr. D.D.C.A. Henriquez *gynaecoloog-perinatoloog*

prof. dr. E. Pajkrt *hoogleraar perinatologie  
allen Amsterdam UMC, Amsterdam*

**In Nederland werd in 2022 bij één op de zes vaginale partus een episiotomie gezet.<sup>1</sup> De WHO beveelt aan om te streven naar een episiotomieratio van maximaal 10% en raadt de routinematige toepassing af.<sup>2,3</sup> Kortom, er lijkt ruimte voor verbetering. In dit artikel illustreren wij de praktijkvariatie aan de hand van data uit het Amsterdam UMC en de verschillen tussen locatie VUmc en AMC.**

## Achtergrond

De episiotomie werd voor het eerst beschreven in 1742 als noodprocedure om het leven van een foetus te redden.<sup>4</sup> Door hospitalisatie van de geboortezorg, betere hygiëne, het gebruik van antiseptica en lokale anesthesie, groeide de toepassing van de episiotomie exponentieel. In navolging van enkele prominente vakgenoten zoals Pommeroy en De Lee, werd gedacht dat een episiotomie ernstige perineumrupturen, en de daarmee gepaard gaande maternale morbiditeit, zou voorkomen.<sup>4</sup> Andere veronderstellingen waren dat een episiotomiewond makkelijker te herstellen was dan een spontane ruptuur. De uitdrijvingsfase werd verkort door een episiotomie, dat de episiotomie beschermde tegen neonatale mortaliteit en morbiditeit én dat het zelfs preventief werkte tegen gynaecologische complicaties zoals prolaps en urine-incontinentie.<sup>4</sup>

Vanaf de jaren 80 van de vorige eeuw werd, door onder andere feministische bewegingen en kritische zorgverleners, het routinematig zetten van episiotomieën in twijfel getrokken, omdat er eigenlijk geen wetenschappelijk bewijs voor de veronderstelde voordelen was. Pas in 1984 werd een van de eerste gerandomiseerde studies naar de episiotomie uitgevoerd.<sup>5</sup> In deze studie werd het plaatsen van een episiotomie op restrictieve indicatie (alleen foetale indicatie) vergeleken met een routinematige indicatie waarbij het percentage episiotomieën respectievelijk 10% en 51% was, zonder verschillen in maternale en neonatale uitkomsten. De auteurs concludeerden dan ook dat er geen voordelen waren van het routinematig plaatsen van een episiotomie.

Een Cochrane systematische review uit 2017 geeft een overzicht van alle gerandomiseerde studies omtrent dit onderwerp tot op heden; twaalf studies (n= 6177 vrouwen) waarin restrictieve en routinematige toepassing van episiotomie met elkaar werden vergeleken.<sup>6</sup> In deze review wordt voorzichtig geconcludeerd dat er 30% minder ernstige perineum/vaginawandrupturen (gedefinieerd als 3<sup>e</sup>- en 4<sup>e</sup>-graads rupturen en in één studie tevens hoogoplopende vaginawandrupturen) optreden bij het restrictief toepassen van de episiotomie (RR 0,70, 95% CI 0,52 tot 0,94; 5375 vrouwen; 8 RCTs).<sup>6</sup> De

geïnccludeerde studies zijn echter geclassificeerd als 'van lage bewijskracht' door onnauwkeurigheid, heterogeniteit en een hoog risico op bias. Er is geen duidelijke bewijslast dat restrictieve toepassing moeder of kind meer schaadt: er is geen verschil in hoeveelheid bloedverlies, Apgar-score, perineale wondinfectie of -pijn, langetermijneffecten zoals dyspareunie, incontinentie of prolaps. Hieruit concluderen de auteurs dat op basis van de huidige literatuur het routinematige gebruik van de episiotomie niet gerechtvaardigd is.

## Praktijkvariatie

Er bestaat wereldwijd grote spreiding in de incidentie van episiotomieën; van 4,9% in Denemarken tot nagenoeg 100% in Taiwan.<sup>4,7</sup> In de voorgaande jaren werd in Nederland wel een gestage daling gezien van 22,7% in 2017 tot 16,6% in 2022.<sup>1</sup> Er bestaat echter veel praktijkvariatie in het zetten van de episiotomie. Ter illustratie: binnen de academische zusterklinieken van het Amsterdam UMC werd in 2021 op locatie VUmc bij 151 van alle 1143 partus met AD> 24 weken (13,2%) van alle vaginale bevallingen een episiotomie geplaatst, en op locatie AMC werd deze interventie bij 113 van alle 1458 bevallingen met AD> 24 weken (7,8%) gedaan (tabel 1).<sup>1</sup>

Op locatie VUmc werden significant er vaker episiotomieën routinematig geplaatst bij een vacuümextractie (VE), en vaker voor de indicatie foetale nood. Op locatie AMC werden er procentueel vaker episiotomie gezet in verband met een niet vorderende uitdrijving en vanwege 'overige' indicaties (maternale uitputting, anticiperen schouderdystocie, strak perineum/preventie ruptuur, circumcisie in de voorgeschiedenis, ontwikkelen caput premature stuit, op verzoek patiënte, congenitale afwijking neonaat). Dit was niet significant verschillend.

Het percentage 3<sup>e</sup>- en 4<sup>e</sup>-graads rupturen bij VE met een episiotomie was vergelijkbaar. Procentueel gezien is er een verschil (doch niet significant) tussen het aantal 3<sup>e</sup>- en 4<sup>e</sup>-graads rupturen die zijn ontstaan bij een VE waarbij er geen episiotomie is geplaatst (28,5% versus 9%). Mogelijke verklaringen hiervoor zouden bijvoorbeeld verschillen in techniek, verschillen in patiëntpopulatie, ervaringsjaren van verrichter of het niet onderkennen van 3<sup>e</sup>- en 4<sup>e</sup>-graads rupturen kunnen zijn.

Vanuit de wetenschappelijke literatuur zijn er geen absolute indicaties voor het plaatsen van een episiotomie. Een aanhoudend punt van discussie is het routinematig zetten van een episiotomie bij een vaginale kunstverlossing ter preven-

**Tabel 1. Indicatie episiotomieklinieken Amsterdam UMC, locatie VUmc en AMC**

Aantal partus (> AD 24 weken)	Locatie VUmc n= 1143 (%)	Locatie AMC n= 1458 (%)	p-waarde <sup>1</sup>
<b>Aantal episiotomieën</b>	151 (13,2%)	113 (7,8%)	< 0,00001
Indicaties <sup>2</sup>			
- routine bij vacuümextractie	73 (48,3%)	50 (44,2%)	0,00042
- foetale nood op basis van CTG/MBO	48 (31,8%)	34 (30,1%)	0,00682
- niet vorderen/stagnatie caput	16 (10,6%)	16 (14,2%)	0,48740
- overige indicaties <sup>3</sup>	14 (9,3%)	13 (11,5%)	0,40532
<b>Aantal 3<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup> graads rupturen</b>	28 (2,4%)	29 (2,0%)	0,42577

1. P-waarde < 0,05 is beschouwd als statistisch significant

2. Indicaties zoals vermeld door parteur in partusverslag

3. Overige indicaties zijn: maternale uitputting, anticiperen schouderdystocie, strak perineum/preventie ruptuur, circumcisie in de voorgeschiedenis, ontwikkelen caput premature stuit, op verzoek patiënte, congenitale afwijking neonaat

**Tabel 2. Aantal vacuümextracties met en zonder episiotomie en aantal totaalrupturen met en zonder episiotomie**

Aantal vacuümextracties	VUmc n= 88 (7,7%)	AMC n= 86 (5,9%)	p-waarde
Met episiotomie	74 (84%)*	53 (61,6%)**	0,00085
<b>3<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup> graads rupturen bij VE</b>	8	5	0,41110
Met episiotomie	4/74 (5,4%)	2/53 (3,8%)	0,66907
Zonder episiotomie	4/14 (28,5%)	3/33 (9%)	0,08625

\* Indicatie: bij 73/74 routinematig bij VE, 1/74 i.v.m. foetale nood

\*\* Indicatie: bij 50/53 routinematig bij VE, 3/53 i.v.m. foetale nood

tie 3<sup>e</sup>- en 4<sup>e</sup>-graads perineumrupturen, ook wel 'obstetric anal sphincter injuries' (OASIS) genoemd.

Een systematisch review en meta-analyse van 321.459 vrouwen (vijftien studies; bestaande uit retrospectieve-, prospectieve cohort-, case-control studies en één RCT (48 vrouwen)) liet zien dat een episiotomie bij nullipara die een vacuümextractie ondergaan voor een afname van OASIS zorgt (OR 0,53 95% CI 0,37-0,77), met een NNT van 18,3.<sup>8</sup> Zij concluderen dat een mediolaterale of laterale episiotomie een beschermend effect lijkt te hebben voor OASIS, maar dat er gerandomiseerde studies uitgevoerd moeten worden, die tevens naar de lange termijn consequenties kijken. De lopende Zweedse gerandomiseerde studie EVA (Lateral episiotomy versus no episiotomy to reduce obstetric anal sphincter injury in vacuum-assisted delivery in nulliparous women) en een Franse nationale observationele studie (Mediolateral Episiotomy and Obstetric Anal Sphincter Injuries in Instrumental Delivery (INSTRUMODA)) gaan ons mogelijk een antwoord geven op de vragen over routinematige episiotomie bij een vaginale kunstverlossing.<sup>9,10</sup> Daarnaast zullen deze studies de maternale klachten op korte en lange termijn evalueren.

Foetale nood blijft een indicatie voor episiotomie die minder makkelijk te onderzoeken is. Er is geen onderzoek gedaan naar de neonatale uitkomsten wanneer een episiotomie op foetale indicatie gezet wordt. Op ethische gronden is het niet waarschijnlijk dat een dergelijke studie ooit opgezet zal gaan worden. Te beredeneren valt wellicht dat het zetten van een episiotomie waarschijnlijk beperkte tijdswinst geeft en mogelijk alleen neonatale morbiditeit voorkomt bij het optreden van acute foetale nood zoals bijvoorbeeld bij verdenking abruptio placentae.

## Conclusie

Concluderend kunnen we stellen dat we in het verleden het routinematig gebruik van episiotomieën op basis van 'expert opinion' wereldwijd hebben aangenomen, en het nu moeilijk lijkt om weer af te stappen van de relatief liberale toepassing hiervan. Met de huidige wetenschappelijke inzichten bestaan er tot op heden nog geen absolute indicaties voor het plaatsen van een episiotomie, mogelijk met uitzondering van foetale nood of bij nullipara die een vacuümextractie ondergaan om het risico op 3<sup>e</sup>- en 4<sup>e</sup>-graads perineumrupturen te verkleinen.

Dit pleidooi is een verzoek aan alle collega's om te streven naar een veel lager percentage episiotomieën in Nederland. Wees kritisch op de indicatie, voordat u knipt.

## Referenties

1. The Netherlands Perinatal Registry ([www.mijnperined.nl](http://www.mijnperined.nl))
2. World Health Organisation (1996) Care in normal birth: A practical guide. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/631671/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/631671/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf).
3. World Health Organization (2018) Intrapartum care for a positive childbirth experience. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>.
4. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, De Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. Socio-historical evolution of the episiotomy practice: A literature review. *Women Health*. 2019 Aug;59(7):760-774
5. Sleep J, Grant A, Garcia J, Elbourne D, Spencer J, Chalmers I. West Berkshire perineal management trial. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1984 Sep 8;289(6445):587-90. doi: 10.1136/bmj.289.6445.587. PMID: 6432201; PMCID: PMC1442865.
6. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Feb 8;2(2):CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub3. PMID: 28176333; PMCID: PMC5449575
7. Ghulmiyyah L, Sinno S, Mirza F, Finianos E, Nassar AH. Episiotomy:

- history, present and future - a review. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2020 Apr 26:1-6.
8. Lund NS, Persson LK, Jangö H, Gommessen D, Westergaard HB. Episiotomy in vacuum-assisted delivery affects the risk of obstetric anal sphincter injury: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016 Dec;207:193-199. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.10.013. Epub 2016 Oct 26. PMID: 27865945.
  9. Bergendahl S, Ankarcrona V, Leijonhufvud Å, Hesselman S, Karlström S, Kopp Kallner H, Brismar Wendel S. Lateral episiotomy versus no episiotomy to reduce obstetric anal sphincter injury in vacuum-assisted delivery in nulliparous women: study protocol on a randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2019 Mar 13;9(3):e025050. doi: 10.1136/bmjopen-2018-025050. PMID: 30872546; PMCID: PMC6429882
  10. Gachon B, Mediolateral Episiotomy and Prevention of Obstetric Anal Sphincter Injuries in Instrumental Delivery: a Prospective Population-based Propensity Score Study. Recruiting.

### Samenvatting

In Nederland werd in 2022 bij één op de zes vaginale partus een episiotomie gezet. Er bestaat veel praktijkvariatie met betrekking tot de indicatie voor het plaatsen van een episiotomie. Terugblikkend op de geschiedenis is het routinematig plaatsen van een episiotomie wereldwijd aangenomen op basis van 'expert opinion', zonder duidelijk wetenschappelijk bewijs. De WHO beveelt aan om te streven naar een episiotomieratio van maximaal 10% en raadt de routinematige toepassing af. Met de huidige wetenschappelijke inzichten bestaan er tot op heden nog geen absolute indicaties voor het plaatsen van een episiotomie, mogelijk met uitzondering van foetale nood of bij nullipara die een vacuümextractie ondergaan om het risico op 3<sup>e</sup>- en 4<sup>e</sup>-graads perineumrupturen te verkleinen.

### Trefwoorden

episiotomie, Routinematig, episiotomieratio, vacuümextractie, perineumrupturen

### Summary

In the Netherlands an episiotomy was used in 1 in 6 vaginal births in 2022. There is a wide variation for the

indication to use an episiotomy. Throughout history the practice of episiotomy has changed and was more routinely used based on expert opinion. Additionally, ideological, political, and social factors have influenced the practice of episiotomy. The WHO recommends to strive for an episiotomy rate of 10% for all normal deliveries. In current literature, there is no evidence corroborating the need for any episiotomy in routine care. Possible exceptions might be in obstetric emergencies, such as fetal distress requiring instrumental vaginal birth.

### Keywords

episiotomy, routine use, episiotomy rate, instrumental vaginal birth

### Contact

Sitaya Zomer, s.a.zomer@amsterdamumc.nl

### Verklaring belangenverstrengeling

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

## Antwoorden Gynfeud 27

### Antwoord op vraag 1:

Alle antwoorden zijn goed. De alchemisten waren vroeger al bezig om menselijk leven in hun laboratoria te maken, eigenlijk een soort IVF. Homunculus komt van het Latijn en betekent mensje, mannetje. Het is later gebruikt als aanduiding voor dwerg, gedrocht. De Canadese neurochirurg Penfield was op zoek naar verklaringen en behandelingen van epilepsie (1940-1950). Omdat de hersenen geen pijn voelen, gaf hij elektrische schokken aan verschillende delen van de hersenen. Hij kon zo een motorische en sensorische kaart opstellen van de cortex van de hersenen.

### Antwoord op vraag 2: d

Lege artis. Bij de behandeling van de artikelen in de strafwet voor abortus in de 19e eeuw, is de vraag ter sprake gekomen, of niet uitdrukkelijk een uitzondering gemaakt moest worden voor de geneeskundige, die, op goede medische gronden, de zwangerschap afbreekt. De regering achtte het beter die reserve weg te laten, 'in 't vertrouwen dat de wet slechts zal worden geïnterpreteerd door rechtsgeleerden die, ook zonder wetsvoorschrift, het beginsel erkennen'. 'Niet strafbaar is de geneeskundige, handelende naar de erkende regelen zijner kunst.' Vandaar dat hierna als men een abortus provocatus uitvoerde erbij zette, lege artis, om gerechtelijk gezeur te voorkomen (apla).



De Homunculus map volgens Penfield.

G<sub>2</sub>

# AROM eerstelijns na ballonkatheter binnen IGO JIJWIJ

**A.M. Buurma** MPA klinisch verloskundige, Elkerliek Ziekenhuis, Helmond; thans MMC Veldhoven

**L. van Oorschot** eerstelijns verloskundige, Groepspraktijk Helmond, namens Verloskundigen Coöperatie regio Helmond

**dr. J. van de Ven** gynaecoloog, Elkerliek Ziekenhuis, Helmond

**dr. J.C. Kortekaas** gynaecoloog, Elkerliek Ziekenhuis, Helmond

**Uit de literatuur blijkt dat de 16% van de zwangeren een zwangerschapsduur van 41 weken bereikt.<sup>1</sup> In de NVOG-richtlijn 'Beleid zwangerschap 41 weken' wordt geadviseerd om zwangeren met een éénling in hoofdligging met een ongecompliceerde zwangerschap tot 41+0 weken een inleiding aan te bieden danwel af te wachten.<sup>2</sup> Bij de integrale geboortezorgorganisatie (IGO) JIJWIJ heeft een werkgroep gekeken naar de mogelijkheden om deze groep zwangeren in de eerste lijn hun baring te laten starten met als einddoel een eerstelijns partus. Het doel van de pilot was om te kijken naar een verschuiving van zorg (juiste zorg, juiste plek) waardoor de druk op de tweede lijn zou kunnen verminderen. Tevens is de ervaring van de cliënten/patiënten en zorgverleners uitgevraagd.<sup>3</sup>**

Het Elkerliek Ziekenhuis is een algemeen, perifeer ziekenhuis met (PA-)klinisch verloskundigen in 24/7-bezetting. In deze regio vinden jaarlijks circa 1650 bevallingen plaats waarvan 1300 klinische, 200 poliklinische en 150 thuispartussen. Er is een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) JIJWIJ waarin vijf verloskundigenpraktijken, kraamzorg en gynaecologen en het ziekenhuis intensief integraal samenwerken.

Van 01-06-2020 t/m 08-02-2021 werden alle in de vijf eerstelijnspraktijken betrokken JIJWIJ eerstelijns patiënten benaderd die bij het consult naderende serotiniteit geen contra-indicaties hadden voor een expectatief beleid. In alle gevallen was er sprake van een ongecompliceerde zwangerschap. Vrouwen die kozen voor een inleiding vanaf 41+0 weken werden gecounseld en na informed consent gevraagd voor deelname aan de pilot 'AROM eerstelijns na ballonkatheter'. Bij deelname werd een afspraak gemaakt om klinisch een inwendig onderzoek te verrichten om te beoordelen of er cervicale rijping nodig was. Deze afspraak vond plaats tussen 8.00-16.00 uur. Indien een patiënte amniotomie-rijp was (gedefinieerd als een Bishop score  $\geq 5$ ) werd zij terugverwezen naar de eerste lijn. Indien zij amniotomie-onrijp was (Bishop score  $< 5$ ) werd er een transcervicale ballonkatheter geplaatst. De ballon werd gevuld met 40 ml water conform lokaal protocol. De positionering werd gecontroleerd met zowel vaginaal toucher als transvaginaal echoscopie. Een controle-CTG werd gemaakt en patiënten werden, bij een goede foetale conditie, terugverwezen naar de eerste lijn.

De ochtend na het plaatsen van de ballon werden patiënten beoordeeld, waar mogelijk werden vliezen thuis gebroken rond 8.00 uur bij een Bishopscore  $\geq 5$ . Indien er sprake was

van een niet amniotomie-rijp toucher werd er verwezen naar de tweede lijn. Patiënten mochten in de eerste lijn blijven indien er helder vruchtwater was met een goede foetale conditie en spontane start van weeënactiviteit  $< 8$  uur.

Tevens werden er tevredenheidsenquêtes gehouden in zowel de eerste als de tweede lijn. De tweede lijn diende als controlegroep, zodat er bekeken kon worden of er verschil tussen de groepen bestond. Dit betrof een niet-gevalideerde enquête waarbij we, middels enkele vragen, kort exploratief patiënten hebben gevraagd naar hun ervaring op een schaal van 0 (geheel niet mee eens) tot 10 (geheel mee eens). Vanwege de grootte van deze pilot is het alleen mogelijk om descriptieve data te bespreken.

## Resultaten

Aan de pilot hebben 32 vrouwen deelgenomen: 20 (63%) nullipara en 12 (37%) multipara (tabel 1). Eén patiënt werd direct na het plaatsen van de ballon overgenomen in verband met een bradycardie op het CTG met spontaan herstel. 31 vrouwen bleven in de eerste lijn.

Overall konden er bij 71% (22/31) van de vrouwen thuis de vliezen gebroken worden: 70% (14/20) van de nullipara en bij 73% (8/11) van de multipara. Tien vrouwen waarbij dit niet kon, werden terugverwezen en overgenomen in de tweede lijn. Een zwangere bleek alsnog amniotomie-rijp en werd terugverwezen en beviel in de eerste lijn. Zij wordt hierna niet meer meegenomen.

Van de 22 vrouwen waar thuis de vliezen gebroken konden worden, was er bij 32% (4/22) sprake van meconium houdend vruchtwater: 3/14 nullipara en 1/8 multipara. Deze vrouwen werden verwezen/overgenomen. Van de 18 vrouwen waar thuis kon worden afgewacht tot spontane weeënactiviteit, was er bij 33% (6/18) sprake van overname voor het in partu komen. Eenmaal wegens een supraventriculaire extrasystole bij de foetus, eenmaal wegens hypertensie en vijf keer wegens het niet spontaan in partu komen  $< 8$  uur. Dit betrof 5/11 nullipara en 1/7 multipara. Deze vrouwen werden verwezen/overgenomen. Van de zes overgebleven nullipara werd er één verwezen in verband met een niet vorderende ontsluiting, één wegens een niet vorderende uitdrijving en twee wegens een pijnstillingswens. Twee vrouwen bevielen in de eerste lijn. Van de zes overgebleven multipara werd er één verwezen in verband met foetale nood en een wegens een pijnstillingsverzoek. Vier vrouwen bevielen in de eerste lijn. Dit betekent dat er in totaal zes vrouwen (twee nullipara en vier multipara) in de eerste lijn bevielen.

Uiteindelijk (los van de verwijsindicatie) kreeg overall 59%

van de vrouwen oxytocine, 56% epidurale analgesie en 16% remifentanil ter pijnbestrijding. Als modus partus bevielen overall 63% (20/32) spontaan, 16% (5/32) middels vacuümextractie en 22% (7/32) middels secundaire sectio. Van de nullipara kreeg 25% (5/20) een vacuümextractie en 35% (7/20) een secundaire sectio. Dat betekent dat alle multipara spontaan vaginaal bevielen. Als we kijken naar de tijdstippen van bevallen, is dit gelijkmatig verdeeld over de diensttijden (tabel 1).

De vliezen werden voor 8 uur 's ochtends gebroken (bij een Bishopscore  $\geq 5$ ) door de eerstelijnsverloskundige. Van de 26 verwezen patiënten werd 65% (17/26) verwezen in de dagdienst (08.00-16.00 uur) en 35% (9/26) in de avond-/nachtdienst (16.00-08.00 uur). Bij de verwezen nullipara (n= 18) werd 61% (11/18) verwezen in de dagdienst en 39% (7/18) in de avond-/nachtdienst. Bij de verwezen multipara (n= 8) werd 75% (6/8) verwezen in de dagdienst en 25% (2/8) in de avond-/nachtdienst (tabel 2).

Van de 32 deelnemende vrouwen hebben er zeven de enquête ingevuld (22%). De beoogde vergelijkende enquête in de tweede lijn is door niemand ingevuld. De zeven respondenten scoorden gemiddeld een 9 (zeer tevreden) op alle vragen. Er is niet bekend wie deze zeven respondenten exact zijn en waar en hoe ze zijn bevallen. In de vrije tekstvelden van Hix (EPD) is gekeken naar enige 'serious adverse events' (SAE), ondanks dat de pilot hiervoor niet bedoeld was. Perinataal stonden er geen SAE's beschreven. Maternaal werden er drie events gemeld. Eenmaal een graad 3A ruptuur, eenmaal een manuele placentaverwijdering gecompliceerd door een fluxus postpartum van 1500 ml en eenmaal een manuele placentaverwijdering zonder fluxus.

## Discussie

### Start baring in de eerste lijn

De start van de baring werd gedefinieerd als: de mogelijkheid tot het <8 uur spontaan in partu komen na het breken

van de vliezen. In totaal kwamen er 12/32 vrouwen (37,5%) na het breken van de vliezen in de eerste lijn spontaan in partu <8 uur. Dit betrof zes nullipara (30%) en zes multipara (50%).

### Partus in de eerste lijn

Van deze 32 vrouwen bevielen er zes (19%) in de eerste lijn, 2/20 nullipara (10%) en 4/12 multipara (33%). De meest voorkomende reden van verwijzing in de pilotgroep was een onrijp toucher (31%), niet in partu komen (16%) of meconi- umhoudend vruchtwater (13%). Van de vrouwen die deelnamen aan de pilot, beviel 26% voor 16.00 uur. Dat betekent dat 74% van de vrouwen in diensttijd beviel, wat mogelijk consequenties heeft voor de bezetting/ dienstbelasting in de avond- en nachtdienst.

Middels het gebruik van Perined-cijfers werd gekeken naar wat regionaal het verwijspercentage durante partu is in de NTSV (nullipara, term, singleton, vertex) groep. In cohort 2021 was 84,2% van de vrouwen in de eerste lijn onder controle bij de start van de zwangerschap. Bij de start van de baring was dit nog 8,4% (75,8% is dan verwezen). Bij 'eindverantwoordelijke uitdrijving' beviel regionaal 6,2% in de eerste lijn (figuur 1). Van de vrouwen met een start baring in de eerste lijn, werd dus 26% verwezen tot en met de uitdrijving. Een descriptieve Nederlandse studie liet een verwijspercentage in de eerste fase zien van 40,7% in nullipara en 16,5% in multipara. Het 90% verwijspercentage in de pilot lijkt dus hoger dan wat er verwacht zou worden.<sup>4</sup>

Om een vergelijking te maken in de baringsuitkomsten is een cohort gevormd uit 1393 vrouwen die in 2021 klinisch in het Elkerliek Ziekenhuis in Helmond bevielen. In totaal bevielen er 151 vrouwen  $\geq 41$  weken zwangerschapsduur (11% van de totale groep) waarvan 93 nullipara (62%) en 58 multipara (38%). Van de 151 vrouwen bevielen er 108 (72%) spontaan vaginaal, 23 (15%) middels vacuümextractie, 1 (1%) middels primaire sectio (op maternaal verzoek na enkele dagen

Tabel 1

			Nulli		Multi		Overall	
			20	63%	12	38%	32	
<b>Beloop</b>	spontane contracties		10	50%	8	67%	18	56%
	AROM		14	70%	8	67%	22	69%
		meconium	4	20%	3	25%	7	22%
	PGE2		1	5%	1	8%	2	6%
	misoprostol		3	15%	1	8%	4	13%
<b>Durante partu</b>	oxytocine		16	80%	3	25%	19	59%
	pijnstilling		17	85%	4	33%	21	66%
		epidurale analgesie	16	80%	2	17%	18	56%
		remifentanil	3	15%	2	17%	5	16%
<b>Partus</b>	eerstelijns		2	10%	4	33%	6	19%
	tweedelijns		18	90%	8	67%	26	81%
<b>Modus partus</b>		spontaan	8	40%	12	100%	20	63%
		vacuümextractie	5	25%	0	0%	5	16%
		sectio caesarea	7	35%	0	0%	7	22%



Tabel 2

		Nulli		Multi		Totaal	
		20	63%	12	38%	32	
tijdstip verwijzing	8:00-12:00	9	45%	5	42%	14	44%
	12:00-16.00	2	10%	1	8%	3	9%
	16.00-20.00	3	15%	0	0%	3	9%
	20.00-24.00	1	5%	0	0%	1	3%
	24.00-08.00	3	15%	2	17%	5	16%
	nvt	2	10%	4	33%	6	19%
reden verwijzing	onrijp	6	30%	4	33%	10	31%
	MHVW	3	15%	1	8%	4	13%
	klinisch ballon	0	0%	1	8%	1	3%
	niet in partu	5	25%	0	0%	5	16%
	NVO	1	5%	0	0%	1	3%
	NVU	1	5%	0	0%	1	3%
	Foetale nood	0	0%	1	8%	1	3%
	pijnstilling	2	10%	1	8%	3	9%
	nvt	2	10%	4	33%	6	19%
Tijdstip partus	8:00-12:00	3	15%	1	8%	4	13%
	12:00-16.00	1	5%	3	25%	4	13%
	16.00-20.00	4	20%	2	17%	6	19%
	20.00-24.00	4	20%	0	0%	4	13%
	24.00-08.00	6	30%	2	17%	8	25%
	Onbekend	2	10%	4	33%	6	19%

onsuccesvol rijpen) en 20 (13%) middels secundaire sectio. Als we stratificeren naar pariteit zien we dat van de 93 nullipara er 54 (58%) spontaan vaginaal bevielen, 22 (24%) middels vacuümextractie, 1 (1%) middels primaire sectio (zoals hiervoor benoemd) en 17 (18%) middels secundaire sectio. Bij de multipara beviel 93% spontaan vaginaal. Er lijkt dus een opvallend verschil tussen het aantal sectio's in de nulliparagroep in de pilot (35%, 7/32) versus het cohort 2021 (18%, 17/ 151). Bij alle vrouwen waar amniotomie werd verricht, gebeurde dit bij een Bishop-score van  $\geq 5$  conform de afspraken 'AROM eerstelijns'. Hoe dit opvallende verschil te verklaren is, is met dit kleine aantal inclusies in een pilot niet te analyseren.

Het grote verschil tussen nullipara en multipara in oxytocinegebruik en pijnstillingsbehoefte lijkt ons toe te wijzen aan de pariteit.

#### Tevredenheid cliënten

De meeste cliënten waren zeer tevreden. Echter is er geen controlegroep en is het de vraag of de cliënttevredenheid af te lezen is uit zeven ingevulde enquêtes van de 32 participanten. Daarnaast konden vrouwen niet adequaat geïnformeerd worden over bijvoorbeeld verwijskansen.

#### Andere Nederlandse studies

In het NTOG werd enkele jaren geleden een soortgelijke pilot beschreven waar bij 190 vrouwen een Foleykatheter poliklinisch werd geplaatst.<sup>5</sup> In deze groep beviel 33% in de eerste lijn (23% nullipara en 48% multipara), en was de hoofdreden voor overname 'verzoek pijnstilling' (34%). Zij concludeerden dat deze poliklinische plaatsing leidt tot meer eerstelijnsparitus. Later werd in het *Tijdschrift voor De Verloskundige* besproken dat bij laag-risicovrouwen met inleidingsindicatie of -wens thuis de inductie met een Foleykatheter verder te onderzoeken: naar verwachting is dit veilig en zal de inleiding thuis fysiologische verlopen, minder interventies optreden met meer continuïteit van zorg en met hoge mate van veiligheid.<sup>6</sup> Een soortgelijk onderzoek werd in een webinar gepresenteerd door collega's uit het OLVG in samenwerking met EVAA (Eerstelijns Verloskundigen Amsterdam-Amstelland). Opzet van de pilot was hetzelfde, behalve dat zwangeren 12-20 uur mochten afwachten tot start weenactiviteit. Deze onderzoekers vonden overall 17% baringen in de eerste lijn (13% nullipara en 35% multipara). In totaal werd dus 83% van de zwangeren alsnog overgenomen om verscheidene redenen (37% durante partu).<sup>7</sup> Wij vonden een hoger verwijspercentage (90% nullipara en 67% multipara) dan hiervoor genoemde artikelen. Mogelijk is dit te verklaren door een afkapwaarde van een Bishop-score van  $\geq 6$  voor amniotomie (versus  $\geq 5$ ) en 12-20 uur expectatief beleid (versus 8 uur).

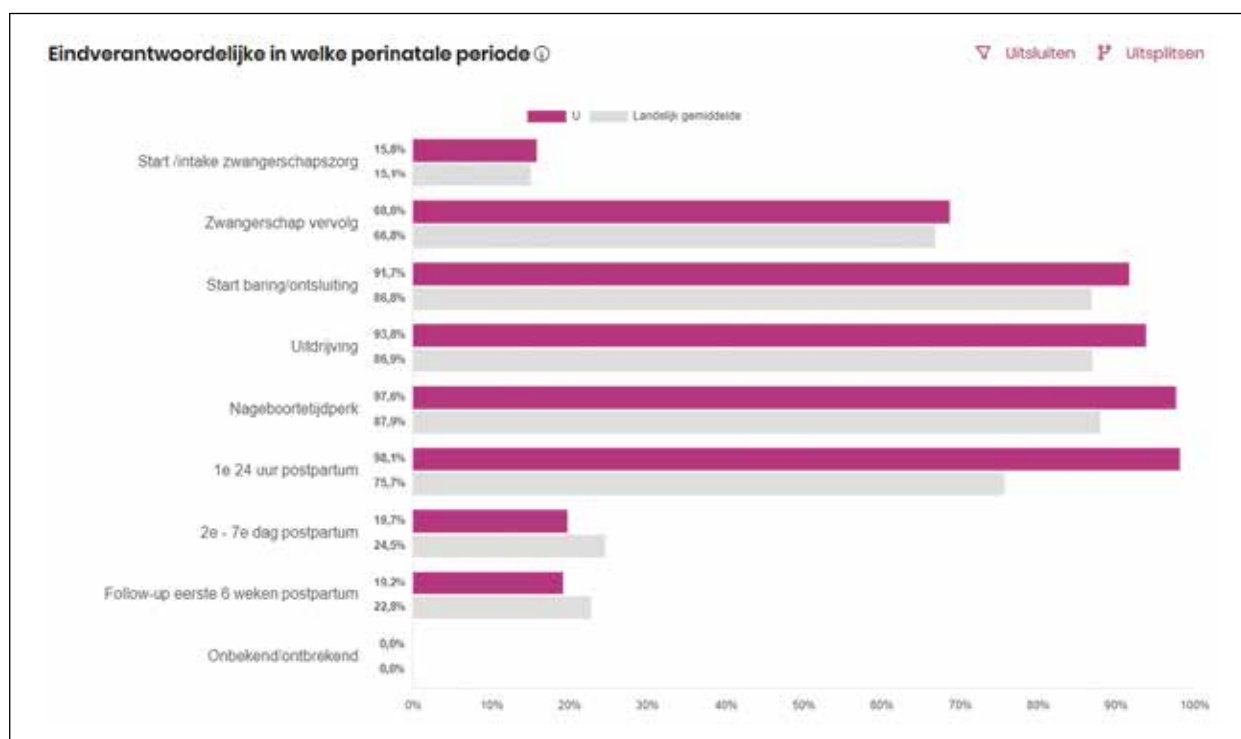
#### Samenwerking

Beide groepen (eerste en tweede lijn) hebben de pilot als leerzaam ervaren hetgeen resulteerde in nog betere samenwerking. Alle betrokken zorgverleners werden enthousiast van de mogelijkheid om gezamenlijk aan een onderwerp te werken met als doel het verder optimaliseren van onze patiëntenzorg. Daarnaast werd benoemd dat we dit soort pilots in de toekomst vaker kunnen doen in het kader van onze integrale geboortezorg en regionaal scherp te kijken naar waar 'verplaatsing' van zorg mogelijk is naar de eerste lijn.

#### Toekomst

Het is belangrijk dat zorgverleners de uitkomsten van lokale pilots, best practices, zorginnovaties en verschuiving van zorg rapporteren naar het landelijke werkveld, zodat andere obstetrische zorgverleners niet steeds het wiel opnieuw hoeven uit te vinden. De resultaten van verschillende nationale lokale pilots zouden gecombineerd kunnen worden om te onderzoeken of er mogelijk verschil gemaakt dient te worden in pariteit. Er is niet gekozen om lokaal een studie-aanvraag in te dienen of deze interventie bij multipara mogelijk effectiever is, omdat dit mogelijk beter landelijk uitgezocht kan worden middels een multicenter onderzoek. Verder zou bij een toekomstige pilot in onze regio van meer cliënten en zorgverleners de tevredenheid gemeten moeten worden om een representatieve inschatting te maken van de ervaringen van de cliënt, maar zeker ook van de zorgverlener op deze 'juiste zorg op de juiste plek'. Daarnaast zouden, in het kader van de huidige capaciteitsproblematiek, soortgelijke plannen ook gezien kunnen worden vanuit het

Figuur 1. Verwijspercentages NTSV-groep 2021 regio JIJWIJ



oogpunt dat elke baring in de eerste lijn al (iets) minder druk geeft op de verloskamers in het ziekenhuis.

#### Sterke- en zwaktepunten

Een van de sterke punten van onze pilot is dat we binnen de IGO JIJWIJ openstaan voor zorgvernieuwing en met elkaar bespreken op welke punten binnen het obstetrische vakgebied we verschuiving van zorg kunnen organiseren, zonder afname van de kwaliteit van zorg. Meerdere lokale pilots zijn uitgevoerd, vaak met positief resultaat, maar nooit eerder zijn deze landelijk gedeeld. Deze pilot is te klein om goede, wetenschappelijk valide antwoorden te geven op de vraag wat de plaats is voor amniotomie in de eerste lijn na plaatsen van een Foleykatheter bij zwangeren  $\geq 41$  weken. Wel hopen we met deze pilot anderen te stimuleren om soortgelijke pilots te starten en landelijk te delen ofwel om deze pilot te gebruiken als basis voor een grootser opgezet randomised controlled trial of prospectief onderzoek.

#### Conclusie

Gezien de hoge verwijspercentages (90% nullipara en 67% multipara) tijdens deze pilot is er binnen IGO JIJWIJ besloten om 'AROM eerstelijns na ballonkatheter' niet als regulier beleid uit te rollen en te implementeren. Door de positieve ervaring van de zorgverleners is er wel het gezamenlijke doel gesteld kritischer te kijken naar alternatieve mogelijkheden tot taakverschuiving naar de eerste lijn.

#### Referenties

1. Perined. Yearbook. 2017.
2. Richtlijndatabase FMS. Beleid zwangerschap 41 weken. 2021.
3. IGO JIJWIJ: Samen in geboortezorg (Beschikbaar op: <https://www.jijwij.nl/>).
4. Offerhaus PM, Hukkelhoven CW, de Jonge A, van der Pal-de Bruin KM, Scheepers PL, Lagro-Janssen AL. Persisting rise in referrals during labor in primary midwife-led care in the Netherlands. *Birth*. 2013;40(3):192-201.
5. MJ Zonneveld, JEW Leijnse. Amniotomie in eerste lijn na poliklinisch plaatsen van foleycatheter. *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en gynaecologie*. 2019;132
6. A Seijmonsbergen, A de Jonge, B. Goodarzi. De tijd is rijp voor thuis-foley. *Tijdschrift voor De Verloskundige*. 2020;43(1).
7. OLVG en EVAA. Webinar 7 februari 2023: Inleiding van de Bevallings in Nederland anno 2023. 2023.

**Samenvatting**

Dit artikel laat de resultaten zien van een pilot binnen JIJWIJ welke werd gehouden van 01-06-2020 t/m 08-02-2021. Alle eerstelijnspatiënten die bij het consult 'naderende serotiniteit' geen contra-indicaties hadden voor een expectatief beleid werden gevraagd voor deelname aan de pilot 'AROM eerstelijns'. Indien zij amniotomie-onrijp was (Bishop-score <5) werd er een transcervicale ballonkatheter geplaatst. De ballonnen werden gevuld met 40 ml water conform lokaal protocol. De ochtend na het plaatsen van de ballon werden de patiënten beoordeeld, en waar mogelijk werden de vliezen thuis gebroken. Patiënten mochten in de eerste lijn blijven indien er sprake was van helder vruchtwater, een goede foetale conditie en spontane start van weeënactiviteit <8 uur. In deze periode namen 32 vrouwen aan de pilot deel, waarvan er 6 (19%) bevleiden in de eerste lijn en 25 (78%) in de tweede lijn (en dus werden verwezen). Zeven respondenten gaven in een enquête een gemiddelde score van een 9 (zeer tevreden).

Gezien de hoge verwijspercentages (90% nullipara en 67% multipara) tijdens de pilot is er binnen IGO JIJWIJ besloten dit niet als regulier beleid verder uit te rollen en te implementeren. Gezien de relatief kleine aantallen in de pilot zou vervolgonderzoek van meerwaarde zijn, met daarbij ook beter onderzoek naar patiënttevredenheid in een grotere groep. In het kader van de huidige capaciteitsproblematiek kan vanuit het oogpunt 'elke baring in de eerste lijn' geeft minder druk op de verloskamers in het ziekenhuis wel nagedacht worden over taakverschuivingen.

**Trefwoorden**

inleiding van de baring, ballonkatheter, laat terme zwangerschap, eerste lijn

**Summary**

This article shows the results of a pilot within JIJWIJ which was held from 01-06-2020 to 08-02-2021. All

patients who received care from their own midwife (home practice) and had no contraindications for an expectant policy at the consultation for late term pregnancy were asked to participate in the 'AROM eerstelijns' pilot. If it was not possible to rupture the membranes (Bishop score <5), a transcervical balloon catheter was placed. The balloons were filled with 40 ml of water according to local protocol. The morning after balloon placement, patients were assessed and, where possible, membranes were ruptured at home. Patients were allowed to remain in primary care if there was clear amniotic fluid, good fetal condition and spontaneous onset of labor activity <8 hours. During this period, 32 women participated in the pilot 'AROM eerstelijns'. Of these 32 women, six women (19%) gave birth in primary care and 25 (78%) in secondary care (and were therefore referred). Seven women scored a 9 out of 10 at a questionnaire on satisfaction.

Given the high referral percentages (90% nullipara and 67% multipara) during this pilot, it was decided within the Integral Birth Care Organisation (IJWIJ) to not implement this as regular policy. Given the relatively small numbers in the current pilot, further research would be of added value, including better research into patient satisfaction in a larger group. In the context of the current capacity problem, from the point of view of 'every birth in primary care' puts less pressure on the delivery rooms in the hospital, possible task shifts can be considered.

**Keywords**

Induction of labour, balloon catheter, late term pregnancy, primary care

**Contact**

Anouk Buurma, Anouk.Buurma@mmc.nl

**Verklaring belangenverstrengeling**

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

Wat kunnen we leren van patiëntverhalen?

# Samen beslissen over een behandeling

em. prof. dr. M.P.M. Burger

**Het samen beslissen (shared decisionmaking) door arts en patiënt over een behandeling is gericht op de eerbiediging van de waarden en voorkeuren van de patiënt. De praktijk is weerbarstig, zo kan worden gelezen in boeken die patiënten met baarmoederhalskanker schreven over hun eigen ziektegeschiedenis. Een beslissing voor een behandeling kan inderdaad samen worden genomen, maar ook in alle vrijheid worden overgelaten aan de arts, worden genomen na overreding van de patiënt, of volledig worden overgelaten aan de patiënt.**

## Inleiding

In 2019 werd op initiatief van de NVOG, in samenwerking met de Patiëntenfederatie Nederland en een aantal andere wetenschappelijke verenigingen, het rapport *De kunst van het Samen Beslissen* uitgebracht, om de praktijk dat een patiënt en arts samen beslissen over een medische behandeling wind in de zeilen te geven.<sup>1</sup> In de kern gaat het bij samen beslissen om het respecteren en bevorderen van de autonomie van de patiënt. De ingrediënten hiervoor zijn hoogwaardige informatie ('best evidence') over de mogelijke behandelingen, en het expliciteren van de waarden en voorkeuren van de patiënt. Het belang van samen beslissen wordt nergens zo duidelijk als bij vrouwen met baarmoederhalskanker, voor wie de mogelijkheid om nog moeder te worden of de mogelijkheid om de ovaria te behouden de doorslag kan geven bij de keuze van een bepaalde behandeling.

De implementatie van het samen beslissen gaat moeizaam. Clinici noemen als belangrijkste oorzaken de tijd die dit vraagt en de inschatting dat de klinische situatie en/of de patiënt daar niet geschikt voor is.<sup>2,3,4</sup> De vraag is dan hoe de beslissing tot een behandeling wél tot stand komt. Ik zocht hierop een antwoord in egodocumenten van patiënten met baarmoederhalskanker. Een egodocument is het verhaal van een ziektegeschiedenis dat is geschreven door de patiënt zelf. In het archief van de Erasmus School of Health Policy and Management, het instituut dat deze verhalen verzamelt, vond ik zestien egodocumenten in boekvorm.<sup>5</sup> Het blijkt dat patiënten óf in alle vertrouwen het advies van hun arts volgen, óf onder druk gezet worden om met een behandeling in te stemmen, óf met een advies aan zichzelf worden overgelaten, óf inderdaad samen beslissen. Het ultieme voorbeeld van samen beslissen staat in de ziektegeschiedenis van een zwangere patiënte met baarmoederhalskanker die haar zwangerschap koste wat het kost wilde behouden. Zij kwam zelf met een behandelingsvoorstel en kreeg haar gynaecoloog daarin mee.<sup>6</sup>

## Beslissen in de praktijk

Voor sommige kankerpatiënten is het samen beslissen ongemakkelijk. Liesbeth Woertman, 63 jaar: 'Samen beslissen. (...) Ik vermoed dat een of andere gek dit bedacht heeft achter zijn bureau en dat dit concept nu uitgerold wordt in de medische wereld. (...) Om samen te kunnen beslissen zijn veel tijd en kennis nodig. Voordat al die informatie echt is ingedaald, ben je al geopereerd, bestraald en met chemo ingespoten. (...) Wat kennis betreft gaat het om statistische kennis, om kansberekeningen. Als u niets doet, is de kans zoveel procent dat u overlijdt. Hoeveel schade aangericht wordt, is per mens verschillend, maar u heeft zoveel kans op blijvende blaas- en darmschade. Maar wat dat voor mij betekent is volslagen onbekend. Samen beslissen? Neus dicht en springen lijkt me dichter bij de waarheid'.<sup>7</sup>

Jenny Bouman, 31 jaar, loopt in hetzelfde spoor. Zij heeft een indicatie voor chemoradiatie. Tevoren zal haar ovarium met een operatie buiten het te bestralen gebied worden geplaatst. Jenny Bouman: 'De keuze is voor me gemaakt; (...) Oncoloog kwam met dit voorstel en ikke natuurlijk geen enkel weerwoord gegeven! Fijn als keuzes voor je gemaakt worden in deze situaties, dat kan ik je wel vertellen'.<sup>8</sup>

De 28-jarige Monique van Loon bij wie in 2017 een adenocarcinoom van de cervix is vastgesteld, heeft een heel ander gevoel bij het voorstel van haar gynaecoloog. De gynaecoloog: 'Ik lees in je dossier dat je geen kinderwens hebt. In dat geval raden we de meest radicale operatie aan: je volledige baarmoeder zal moeten worden verwijderd'. Patiënte riposteert: 'Ik ben 28, ik heb momenteel geen partner en ik weet niet wat de toekomst brengt'. De gynaecoloog legt vervolgens uit wat een trachelectomie, een baarmoedersparende operatie door alleen het verwijderen van een relatief groot deel van de baarmoederhals, inhoudt. Het is een ingreep die in een ander UMC (Nijmegen) wordt uitgevoerd. Hij vervolgt: 'Maar de kans op een geslaagde zwangerschap en zelfs een gezond kindje, blijven ook dan heel klein. Bovendien vergroot het de kans dat de tumor niet helemaal wordt verwijderd en dat de kanker dus blijft zitten. Het is geen standaard operatie voor baarmoederhalskanker en we raden 'm dan ook niet aan als je geen enorm sterke kinderwens hebt'. Op verzoek van haar vader komt in een later gesprek de keuze van de behandeling opnieuw aan de orde. De gynaecoloog betoogt: 'Zo'n fertiliteit sparende behandeling is niet aan te raden (...). Ze heeft een adenocarcinoom. Dit type kanker zit in de klieren, dieper in het weefsel. Daardoor is het ook veel moeilijker om te herkennen. Het kan best zijn dat het er al jaren zit. Daarom raden wij een radicale baarmoederverwijdering aan'. Patiënte concludeert dat ze de voorgenomen second opinion in Nijmegen maar moet vergeten.<sup>9</sup>

## Worstelingen

Anders dan bij Monique van Loon wordt bij Floor Nusink, 36 jaar, de beslissing voor een behandeling volledig aan haarzelf gelaten. Zij heeft een exconisatie ondergaan nadat bij eerder weefselonderzoek een beginnend adenocarcinoom is vastgesteld. Zij komt twee weken na de ingreep naar het UMC en ziet een arts waarmee ze niet eerder kennis heeft gemaakt. In de conus wordt geen afwijking gezien, maar ze krijgt wel het advies om de baarmoeder te laten verwijderen. De gynaecoloog: 'U moet zelf beslissen, het is maar een advies'. Patiënte raakt volkomen in de war van de zakelijke benadering: '(...) ik voel geen enkele ruimte voor mijn angst, mijn verwarring, mijn weerstand. Ik haat het behandeld te worden als een dossiernummer waar een behandelprotocol op wordt losgelaten. Ik wil medeleven. (...) Ik schreeuw om meer begrip voor mijn verwarring en emoties. (...) De arts ziet me worstelen, zijn zakelijke masker glijdt langzaam af. Hij knikt me vriendelijk toe. Je hoeft het niet hier te laten doen, er is geen oncologische urgentie meer. Je eigen gynaecoloog in Hoofddorp kan het beter dan ik, zegt hij geruststellend. (...) Het is zo goed bedoeld, maar ik voel me afgeserveerd. Niet interessant meer voor een academisch ziekenhuis met een gespecialiseerde afdeling'.<sup>10</sup>

Het belang van samen beslissen komt heel pregnant in beeld in de ziektegeschiedenis van Tania Bongers, 33 jaar en 16 weken zwanger als de diagnose baarmoederhalskanker valt. Zij krijgt het advies om de zwangerschap operatief te beëindigen waarna direct aansluitend een radicale uterusextirpatie met pelviene lymfadenectomie, de standaardbehandeling bij laagstadium cervixcarcinoom, zal worden uitgevoerd. Tania wil koste wat het kost haar zwangerschap behouden en gaat op onderzoek uit. Dankzij het internet leert ze dat in Leuven chemotherapie een optie is en zij regelt zelf een consult bij de gynaecoloog in die stad. Chemotherapie is inderdaad een mogelijkheid en zij kaart dit aan bij haar Nederlandse gynaecoloog. Die gaat mee in haar voorstel. Over het aantal kuren chemotherapie wordt nog wel een stevige discussie gevoerd. Bij 32 weken zwangerschap zijn er zorgen over de groei van de tumor en komt het tot een keizersnede met de geboorte van een gezond kind. De oncologische behandeling wordt vervolgd en zal succesvol blijken.<sup>6</sup>

## Klassieke arts-patiëntrelatie

Liesbeth Woertman en Jenny Bouman koersten op hun dokter. Het is een bekende copingstrategie die prominent werd geïllustreerd door Franz Ingelfinger, gastro-enteroloog en redacteur van *The New England Journal of Medicine*. Hij vertolkte de tijdgeest van het begin van de tachtiger jaren van de vorige eeuw blijkbaar zo goed dat zijn artikel in het Nederlands werd vertaald en gepubliceerd in het *NTvG*. Ingelfinger kreeg op 65-jarige leeftijd slokdarmkanker. De problemen kwamen na de operatie toen moest worden gekozen voor chemotherapie of radiotherapie als adjuvante behandeling. Ingelfinger kreeg uit zijn grote netwerk van medici een overvloed van goedbedoelde, maar tegenstrijdige adviezen. Het bracht hem en zijn gezin in grote verwarring.

Op een gegeven moment zei 'een wijze vriend die ook arts was': 'Wat jij nodig hebt is een dokter'. De wijze vriend raadde hem aan alle verzamelde adviezen naast zich neer te leggen, en iemand te zoeken die de leiding zou nemen en hem zou vertellen wat hij moest doen, 'iemand die paternalistisch de verantwoordelijkheid [voor hem] op zich zou nemen'. Ingelfinger volgde dit advies op waarmee een zware last van zijn schouders werd genomen. Het afmattende getob verdween zodat hij zich weer kon gaan wijden aan zijn gewone dagelijkse bezigheden zoals beslissen wat er met een manuscript moest gebeuren of het houden van lezingen.<sup>11</sup>

De relatie die Ingelfinger met zijn arts zocht, laat zich typeren als de klassieke arts-patiëntrelatie. Ingelfinger noemde als kenmerken hiervan autoriteit, paternalisme en overwicht. Hij vond dat een zekere hoeveelheid van deze eigenschappen onontbeerlijk was voor goede medische zorg 'als we het erover eens zijn dat de voornaamste taak van de dokter is ervoor te zorgen dat de patiënt zich beter voelt'. Zijn eigen ervaringen als patiënt, zoals hierboven beschreven, bevestigden hem sterk in deze overtuiging. Hij verklaarde het effect door de reductie van stress en negatieve gevoelens, een bekend placebo-effect van het gedrag van de dokter.<sup>12</sup> Het woord 'paternalisme' zal in deze context niet gemakkelijk meer worden gebruikt. Volgens de ethische toolkit van de KNMG betekent paternalisme dat je iemands vrijheid beperkt, omdat je vindt dat dat in het belang is van die persoon. Daarvan was geen sprake bij de behandeling van Liesbeth Woertman en Jenny Bouman.

## Zelfbeschikking

Dat lag anders in de casus van de 28-jarige Monique van Loon. Zij had dan wel geen actuele kinderwens, maar wilde wel heel graag het vermogen behouden om moeder te worden. Blijkens de woorden van de gynaecoloog was een fertiliteit sparende behandeling wel een optie. Patiënte had een adenocarcinoom en de fertiliteit sparende behandeling hiervan is minder succesvol dan die van het plaveiselcelcarcinoom van hetzelfde stadium.<sup>13</sup> Een second opinion in Nijmegen met een expliciete weging van de karakteristieken van haar tumor voor het succes van een fertiliteit sparende behandeling had wellicht bijgedragen tot een gezamenlijke beslissing. Het behandeladvies komt nu over als een paternalistisch besluit. Dat had Tania Bongers niet laten gebeuren.<sup>6</sup> Haar casus is bijzonder omdat zij zelf een second opinion in Leuven regelde en vervolgens het team in Nederland bereid vond deze nieuwe weg met haar op te gaan.

Het respect voor de autonomie (zelfbeschikking) van de patiënt kan niet opgerekt worden tot een niveau waarop de beslissing volledig aan de patiënt wordt gelaten, zoals Floor Nusink overkwam. Zij had terecht het gevoel dat ze aan haar lot werd overgelaten. Het gaat bij het samen beslissen niet alleen om het geven van informatie en het voorleggen van keuzes. Als alle verantwoordelijkheid voor een besluit wordt neergelegd bij de patiënt, kan deze zich verlaten voelen. Het principe van niet-verlaten (non-abandonment) werd door

Quill en Cassel toegevoegd aan de vier bekende medisch-ethische principes van weldoen, niet-schaden, autonomie en rechtvaardigheid. Zij stelden dat dit principe de open, blijvende en betrokken inzet van de arts om gezamenlijk problemen op te lossen in het centrum van de medische ethiek en geneeskunde plaatst.<sup>14</sup>

## Referenties

1. NVOG. Handreiking en competentieset scholing medisch specialisten - de kunst van 'samen beslissen'. 2019.
2. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd C, Rollnick S, Edwards A, Barry M. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 2012; 27: 1361-1367.
3. Ankolekar A, Dekker A, Fijten R, Berlanga A. The benefits and challenges of using patient decision aids to support shared decision making in health care. *JCO Clin Cancer Inform* 2018; dec 2: 1-10.
4. Ankolekar A, Dahl Steffensen K, Olling K, Dekker A, Wee L, Roumen C, Hasannejadasl H, Fijten R. Practitioners' views on shared decision-making implementation: a qualitative study. *PLoS One* 2021; 16(11): e0259844.
5. www.patientervaringsverhalen.nl
6. Bongers T. De dag dat ik doodging - De strijd van een moeder voor haar ongeboren kind. Amsterdam: Mistral, 2013.
7. Woertman L. Je bent al mooi - De schoonheid van imperfectie. Hoofdstuk 9. Lichaamsbeeld na kanker. Utrecht: ten Have, 2019.
8. Bouman J. Kankerzooi - Pluk de dag. Leeuwarden: Elikser, 2012.
9. Loon M van. Je bent jong en je krijgt wat - Leven en liefhebben in tijden van baarmoederhalskanker. Amsterdam: Nieuw Amsterdam, 2020.
10. Nusink F. Ik ben Roza. Leeuwarden: Elikser, 2020.
11. Ingelfinger FJ. Arrogantie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1982; 126: 41-45.
12. Verheul W, Bensing JM. Het placebo-effect in de huisartsenpraktijk: communicatie als medicijn. *Bijblijven* 2008; 24: 38-44.
13. Zusterzeel PLM, Pol FJM, Ham M van, Zweemer RP, Bekkers RLM, Massuger LFAG, Verheijen RHM. Vaginal radical trachelectomy for early-stage cervical cancer: increased recurrence risk for adenocarcinoma. *Int J Gynecol Cancer* 2016; 26: 1293-1299.
14. Quill TE, Cassel CK. Nonabandonment: a central obligation for physicians. *Ann Intern Med* 1995; 122: 368-374.

## Samenvatting

Beroepsorganisaties van artsen dragen de boodschap uit dat een arts en patiënt samen beslissen over een behandeling. Voor de patiënt ligt het belang in goede informatie en respect voor zijn of haar waarden en voorkeuren. Sommige artsen plaatsen kanttekeningen omdat samen beslissen tijd kost en de context daar niet altijd geschikt voor zou zijn. Verhalen van patiënten met baarmoederhalskanker maken duidelijk dat een beslissing soms wordt overgelaten aan de arts, wordt genomen na overreding door de arts of wordt overgelaten aan de patiënt. Het gevaar van overreden is dat het kan overgaan in paternalisme (i.e. de beperking van de autonomie van de patiënt) zoals dat in de klassieke arts-patiëntrelatie bestond. Het overlaten van de beslissing aan de patiënt is strijdig met het principe van niet-verlaten (non-abandonment) dat een eigenstandig medisch-ethisch principe is.

## Trefwoorden

baarmoederhalskanker, samen beslissen, arts-patiënt relatie, paternalisme, medisch-ethische principes

## Summary

Professional organisations of physicians convey the message that a doctor and patient decide on treatment

together. For the patient, the importance lies in good information and respect for his or her values and preferences. Some doctors make comments because shared decision-making takes time and the context is not always suitable for this. Stories from patients with cervical cancer make it clear that a decision is sometimes left to the doctor, made after persuasion by the doctor or left to the patient. The danger of persuasion is that it can turn into paternalism (i.e. the restriction of the patient's autonomy) as existed in the classic doctor-patient relationship. Leaving the decision up to the patient is contrary to the principle of non-abandonment, which is an independent medical-ethical principle.

## Keywords

cervical cancer, shared decision-making, doctor-patient relationship, paternalism, medical ethical principles

## Contact

em. prof. dr. M.P.M. Burger, info@mpmburger.nl

## Verklaring belangenverstremeling

De auteur verklaart dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstremeling.

# Reactie op 'Samen beslissen over een behandeling'



dr. M. Twisk *gynaecoloog, Boven-IJ ziekenhuis, Amsterdam*

dr. R.F.M. Vermeulen *aios gynaecologie, Amsterdam UMC, Amsterdam*  
namens de NVOG-commissie Patiëntencommunicatie

**Met veel interesse lazen wij het artikel over samen beslissen. Het beschrijft hoe een beslissing ten aanzien van behandeling bij cervixcarcinoom wordt genomen door het bestuderen van egodocumenten. Als commissie Patiëntencommunicatie maken wij ons hard voor dit onderwerp en zijn wij blij met de extra aandacht die collega Burger eraan geeft.**

Samen beslissen wordt aanbevolen zodat patiënte en behandelaar samen informatie delen (dus over en weer) en hierdoor beter geïnformeerde keuzes kunnen maken.<sup>1</sup> Dit is vooral het geval als:

1. er meer dan één redelijke optie is,
2. de ene optie niet een duidelijke meerwaarde heeft in termen van gezondheidsuitkomsten,
3. of de verschillende opties voor- en nadelen hebben die elke patiënte verschillend kan afwegen.<sup>2</sup>

Wat ons opvalt is dat weinig van de keuzes die de patiënten bespreken in de egodocumenten voldoen aan een van bovenstaande punten. Samen beslissen is zeer belangrijk bij cervixcarcinoom bij de volgende beslissingen: wel of niet fertiliteitsparend te opereren (indien mogelijk qua stadium van de ziekte) en welke behandeling te geven bij kanker in de zwangerschap. Gelukkig is het advies dat Tania Bongers kreeg al jaren verleden tijd.<sup>3</sup> Daarnaast wordt in dit voorbeeld niet samen beslist: haar gynaecoloog gaat akkoord met het advies van een gynaecoloog uit Leuven.

In de introductie van het artikel wordt genoemd dat de implementatie niet goed op gang komt, omdat artsen patiënten niet geschikt vinden om samen te beslissen. Met behulp van de juiste tools en juiste begeleiding kan de patiënt dat wél<sup>4</sup> en uit een groot onderzoek van de Nederlandse patiëntenfederatie komt dat 55% van de patiënten altijd wil meebeslissen, 35% in de meeste gevallen en 5% meestal niet en 2% nooit.<sup>5</sup>

## Essentiële stappen

Wat opvalt in de beschrijvingen van deze egodocumenten is dat er geen tot weinig aandacht lijkt te zijn voor alle essentiële stappen in het samen beslissen. Daarom willen wij graag nogmaals de verschillende stappen in het samen beslissen benoemen en aandacht vragen voor met name stap 3, die vaak nog wordt vergeten: 1. De zorgverlener informeert de patiënt dat er een beslissing genomen moet worden en dat de mening van de patiënt belangrijk is in het bepalen van de beste passende optie voor deze patiënt.

2. De zorgverlener legt de opties en de voor- en nadelen van elke optie uit; een optie kan ook zijn dat er geen actieve behandeling wordt gestart. 3. De zorgverlener en de patiënt bespreken de voorkeuren van de patiënt en de zorgverlener ondersteunt de patiënt in het wikken en wegen. 4. De zorgverlener en de patiënt nemen een besluit waarin de voorkeuren en de voor- en nadelen van de opties geïntegreerd worden, of stellen het expliciet uit en regelen een eventuele follow-up. De patiënt mag hier ook aangeven dat zij het fijn vindt dat de zorgverlener het besluit neemt. Als de eerdere stappen zorgvuldig zijn doorlopen, is ook dát samen beslissen.<sup>6</sup>

In de egodocumenten wordt niet beschreven of er door arts en patiënt samen is gekeken naar wat het beste bij deze patiënt en haar leven op dat moment past. Immers, de arts heeft de medische kennis, maar de patiënte kent haar lichaam en situatie het best. Ofwel dat er wordt gekeken welke voor- en nadelen voor deze patiënt belangrijk zijn en daarom mogelijk zwaarder wegen. Door dit samen met de patiënt expliciet te verkennen kan je als arts de patiënt helpen om een beslissing te nemen. Samen beslissen is meer dan informed consent: alleen het geven van informatie, ook als je alle mogelijke opties (en complicaties) benoemt. Niet voor iedere patiënt is dezelfde keuze de 'juiste' keuze. Uit meerdere studies is gebleken dat wij als artsen helemaal niet zo goed kunnen inschatten wat een patiënt belangrijk vindt in het ziekteproces. Daarom is het goed om nederig te blijven en de waarden van de patiënt uit te diepen.<sup>7</sup>

## Referenties

1. Stacey et al., *Cochrane Database Syst Rev.* 2024 Jan 29;1(1):CD001431. doi: 10.1002/14651858.CD001431.pub6
2. Elwyn et al. *PLoS One.* 2009;4(3):e4705. doi: 10.1371/journal.pone.0004705. Epub 2009 Mar 4.
3. de Haan et al., *Lancet Oncol.* 2018 Mar;19(3):337-346. doi: 10.1016/S1470-2045(18)30059-7. Epub 2018 Jan 26
4. Légaré et al, *Pat Educ Couns*, 96 (2014) 281-286
5. Meldactie 'Samen Beslissen met de zorgverlener' Patiëntenfederatie Nederland 2017
6. Glyn Elwyn et al. *Pat Educ Couns* 104 (2021) 1591-1595
7. Sepucha K et al. *Pat Educ Couns* 2008; 73: 504-10

# Surgical treatment for apical vaginal prolapse: sacrocolpopexy, sacrohysteropexy, and sacrospinous fixation

Promovendus **Anique van Oudheusden** | promotor **prof. dr. M.Y. Bongers** | copromotoren **dr. A.L.W.M. Coolen, dr. S.M.J. van Kuijk** | 10 oktober 2023, Maastricht University

## Waar gaat het proefschrift over?

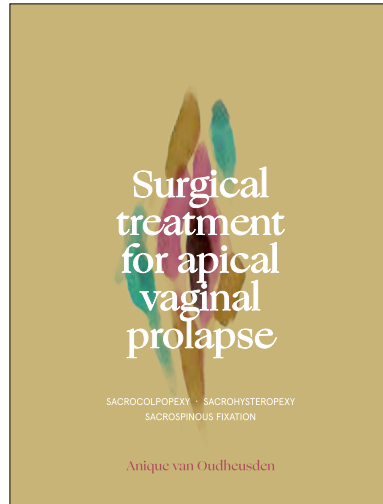
Het proefschrift beschrijft onderzoeken naar de behandeling van prolaps van het middelste compartiment (uterus of vaginatop). Er is gerandomiseerd onderzoek gedaan naar laparotomische versus laparoscopische sacrocolpopexie als behandeling van vaginatoprolaps. Daarnaast is gerandomiseerd onderzoek verricht naar abdominale versus vaginale behandeling van descensus uteri en vaginatoprolaps. Tot slot is een kwalitatieve interviewstudie gedaan onder Nederlandse gynaecologen om te onderzoeken welke factoren een rol spelen bij het maken van de keuze tussen een abdominale en een vaginale behandeling bij verzakking.

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

Er is geen argument voor het standaard uitvoeren van een laparotomische sacrocolpopexie. De laparoscopische sacrocolpopexie geeft vergelijkbare resultaten na lange termijn follow-up. De resultaten wat betreft de effectiviteit tussen sacrospinale fixatie en laparoscopische sacrocolpopexie/sacrohysteropexie, als behandeling van verzakking van het middelste compartiment, zijn vergelijkbaar na één jaar follow-up. Op basis hiervan is er geen reden om primaire descensus uteri met mesh te behandelen, conform de leidraad 'Gebruik van implantaten bij genitale prolaps- en urine-incontinentiechirurgie'.

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

Dit proefschrift geeft inzicht in verschillende behandelmogelijkheden van verzakking. Dit kan worden gebruikt in de counseling van patiënten. Daarnaast is het interessant dat gynaecologen op basis van dezelfde factoren soms verschillende keuzes maken. Bijvoorbeeld bij morbide obesitas kiest de ene



gynaecoloog voor een sacrocolpopexie, omdat hij/zij vindt dat het een betere behandeling is met minder kans op recidief; de andere gynaecoloog kiest voor een sacrospinale fixatie omdat die ingreep minder complex is. Gynaecologen die zelf de laparoscopische sacrocolpopexie uitvoeren, zijn eerder geneigd hier ook voor te kiezen ten opzichte van gynaecologen die ervoor naar een ander ziekenhuis moeten verwijzen. Het is voor patiënten belangrijk om goede counseling te krijgen en ook te weten waar ze betrouwbare informatie kunnen vinden, zodat ze uiteindelijk de behandeling krijgen welke het beste bij hen past.

## Wat is je voorstel voor vervolgonderzoek?

Het is belangrijk om te onderzoeken wat de langetermijneffecten zijn van de laparoscopische sacrocolpopexie en vaginale sacrospinale fixatie. Daarom zijn we momenteel bezig met de vijf-jaars follow-up van het gerandomiseerde onderzoek.

## Welke vraag van de opponent gaf een interessante discussie en wat was je antwoord daarop?

Professor Kruitwagen merkte op dat in de verschillende studies is gekozen

voor een verschillend aantal ingrepen die een operateur moest hebben verricht om deel te mogen nemen, om zodoende het effect van een leercurve te elimineren. Hij vroeg vervolgens hoeveel ingrepen we in het vervolg hiervoor zouden moeten aanhouden. De literatuur over dit onderwerp geeft geen eenduidig antwoord. Het wisselt ook per operateur hoeveel ingrepen nodig zijn om de leercurve te voltooien. Daarnaast is het belangrijk om de stappen van de ingreep vast te leggen, in een onderzoek naar chirurgische behandeling, zodat variatie tussen verschillende operateurs of ziekenhuizen wordt vermeden. Dit is in het onderzoek geborgd door een masterclass, voorafgaand aan de start van de studies.

## Wat is de beste stelling uit je proefschrift?

'It is important to empower women to search for their preferred personalised solution of pelvic organ prolapse' - de optimale behandeling kan verschillen per patiënte en kan afhankelijk zijn van allerlei verschillende factoren. Het is belangrijk om patiënten goed te informeren over de aandoening die ze hebben, wat we weten over het effect van verschillende behandelingen op hun aandoening en specifieke klachten, en dan samen tot een oplossing te komen.

Maatschappelijk gezien vind ik de volgende stelling het belangrijkste: 'The right to safe and legal abortion is a fundamental human right and therefore, it should be easily accessible for all pregnant individuals'. Zo lang dit nog niet wereldwijd de norm is, moeten we ons hier ook als beroepsgroep voor blijven inzetten.

U kunt het proefschrift inzien via [www.publicatie-online.nl/uploaded/flipbook/164155-Anique-van-Oudheusden/](http://www.publicatie-online.nl/uploaded/flipbook/164155-Anique-van-Oudheusden/)





# Zwangerschap bij obesitas

dr. A.A. de Ruigh *redacteur*

dr. A.W. Kastelein *redacteur*

**In maart 2023 verscheen een update van de richtlijn 'Zwangerschap bij obesitas'. In deze update wordt een viertal nieuwe uitgangsvragen besproken: wel of geen primaire epiduraal, profylactische antistolling, verlengde antibioticaprofylaxe en/of verhoogde dosis antibiotica bij patienten met obesitas. We bespreken hier de achtergrond van de belangrijkste aanbevelingen uit de richtlijn. Voor de volledige richtlijn gaat u naar [www.richtlijndatabase.nl](http://www.richtlijndatabase.nl).**

Het percentage volwassenen met obesitas is de afgelopen vijftig jaar wereldwijd sterk toegenomen. In 1981 was er bij 6% van de vrouwen in Nederland sprake van obesitas, in 2024 wordt dit geschat op 12 tot 30%. De definitie van obesitas is een BMI  $\geq 30$ . Vrouwen met obesitas hebben een verhoogd risico op complicaties tijdens de zwangerschap en rondom de bevalling, waardoor een aangepast beleid noodzakelijk kan zijn.

## Is er bij zwangere vrouwen met obesitas (BMI $\geq 40$ ) indicatie voor een vroege of primaire epiduraal durante partu?

Helaas zijn er geen studies die antwoord geven op deze uitgangsvraag. Desondanks adviseren internationale richtlijnen een vroege epiduraal te overwegen gezien de verhoogde a priori kans op complicaties tijdens de baring zoals hemorragie postpartum (odds ratio (OR) 2,3 (95% betrouwbaarheidsinterval (BI); 2,1 tot 2,6) of een secundaire sectio (OR 2,42 (95% BI; 2,02 tot 2,91)).<sup>1</sup> Ook de mogelijke bemoeilijkte plaatsing van regionale anesthesie (epiduraal katheter) durante partu en de toegenomen risico's bij algehele anesthesie in het geval van een secundaire sectio wegen mee in dit advies. De meeste richtlijnen adviseren bovendien dat zwangere vrouwen met klasse III obesitas (BMI  $>40$ ) een prenaal consult bij de anesthesioloog

krijgen om bovenstaande complicaties en risico's te bespreken. Ten slotte wordt geadviseerd om bij aanvang van de baring de dienstdoende anesthesioloog te informeren.

## Regionale anesthesie bij obesitas

In een tweetal studies werd onderzocht hoe vaak regionale anesthesie bij vrouwen met obesitas problematisch was. Een Finse studie uit 2017 door Väänänen et al. laat zien dat er (in een derdelijns centrum) in 8,5% van de gevallen sprake was van 'het falen van regionale anesthesie' bij een BMI  $>35$ . Dit was 6,8% bij een BMI 30-35 en 3,7% bij een BMI  $< 30$ .<sup>2</sup> Een Nederlandse review uit 2019 vermeldt een OR voor epiduraal *failure* van 1,82 (95% CI 1,23 tot 2,68) en een OR voor het moeten uitvoeren van herhaalde pogingen van 2,21 (95% CI 1,39 tot 3,52) in de groep zwangere vrouwen met BMI  $\geq 30$  versus BMI  $< 30$ .<sup>3</sup> Het uitvoeren van regionale anesthesie primair of al vroeg in het baringsproces kan helpen om katheterplaatsing in een spoedsituatie te voorkomen, en verkleint daarmee de kans op *failure* van regionale anesthesie. Daarnaast wordt gesteld dat als er sprake is van succesvolle regionale anesthesie, de kans op conversie naar algehele anesthesie verkleind wordt, evenals de kans op de daarmee geassocieerde complicaties (falen van intubatie, aspiratie).<sup>4</sup>

## Wat is de plaats van profylactische antistolling bij kraamvrouwen met obesitas na vaginale baring?

In de huidige literatuur zijn er geen studies gevonden die deze uitgangsvraag kunnen beantwoorden. De richtlijn stelt dat er op dit moment onvoldoende bewijs is om tromboseprofylaxe tijdens het kraambed aan te bevelen. Derhalve adviseert de richtlijn: 'Schrijf niet routinematig tromboseprofylaxe voor aan vrouwen met een BMI van 30 kg/m<sup>2</sup> of hoger zonder

andere risicofactoren in het kraambed na een vaginale partus.' Het voorschrijven van tromboseprofylaxe moet dus geïndividualiseerd worden op basis van risicofactoren van de kraamvrouw.

## Wat is de waarde van verlengde antibiotica profylaxe bij obstetrische chirurgische (sectio caesarea, ruptuur $\geq$ graad III, manuele placentaverwijdering) interventie bij zwangere vrouwen met obesitas (BMI $\geq 30$ )?

Zwangere vrouwen met obesitas hebben een verhoogd risico op postoperatieve infecties, in het bijzonder wondinfecties en endometritis<sup>5</sup>. In veel ziekenhuizen wordt bij een sectio caesarea eenmalig 2 gram cefazoline toegediend en additioneel 500 milligram metronidazol als het een secundaire sectio betreft. Aangezien de weefselconcentratie van een antibioticum wordt beïnvloed door het lichaamsgewicht, lijkt het verdedigbaar om bij zwangere vrouwen met obesitas de toediening van antibiotica te verlengen. Een gerandomiseerde studie uit 2017 door Valent et al. laat zien dat er in de groep behandeld met verlengde antibiotica profylaxe na de standaard perioperatieve antibiotica profylaxe minder vaak sprake was van een *surgical site infection* (SSI) in vergelijking met de placebogroep (SSI in groep met verlengde antibiotica profylaxe: 6,4% versus 15,4% in de placebogroep, relatieve risico (RR) 0,41 (95% BI 0,22 tot 0,77)).<sup>6</sup> Kanttekening hierbij is dat de nadelen van (verlengde) antibioticaexpositie ook in acht genomen moeten worden. Zo is bijvoorbeeld het effect van verlengde antibioticaprofylaxe op het microbiom van het kind (nog) onbekend.<sup>7</sup> De richtlijn stelt dat er op basis van de huidige literatuur overwogen kan worden om bij zwangere vrouwen met obesitas (BMI  $\geq 30$ ) de antibioticaprofylaxe met 48 uur te verlengen. Er wordt geen advies gegeven

over de dosering; de richtlijn adviseert het lokale protocol of de SWAB-richtlijn te volgen.

### Is er een rol voor verhoogde dosering van antibioticaprofylaxe bij obstetrische ingrepen (sectio caesarea, perineumruptuur $\geq$ III, manuele placentaverwijdering) bij vrouwen met obesitas (BMI $\geq$ 30)?

Zoals beschreven kiezen de meeste ziekenhuizen in Nederland voor perioperatieve antibioticaprofylaxe met 2 gram cefazoline en daarbij 500 milligram metronidazol in het geval van een secundaire sectio of complexe perineumruptuur. Dit is echter een hogere dosering dan de SWAB-richtlijn adviseert voor korte ingrepen. De SWAB-richtlijn adviseert 2 gram cefazoline, waarbij 1 gram volstaat als moment van antibioticatoediening tot sluiten van de wond korter duurt dan 1 uur. De werkgroep adviseert dit advies te volgen, maar in het geval van een BMI  $\geq$ 40 standaard 2 gram te gebruiken.

### Referenties

1. Taylor CR, Dominguez JE, Habib AS. Obesity And Obstetric Anesthesia: Current Insights. *Local Reg Anesth* 2019; 12: 111-24.
2. Vaananen AJ, Kainu JP, Eriksson H, Lang M, Tekay A, Sarvela J. Does obesity complicate regional anesthesia and result in longer decision to delivery time for emergency cesarean section? *Acta Anaesthesiol Scand* 2017; 61(6): 609-18.
3. Uyl N, de Jonge E, Uyl-de Groot C, van der Marel C, Duvekot J. Difficult epidural placement in obese and non-obese pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *Int J Obstet Anesth* 2019; 40: 52-61.
4. Kinsella SM, Winton AL, Mushambi MC, Ramaswamy K, Swales H, Quinn AC, Popat M. Failed tracheal intubation during obstetric general anaesthesia: a literature review. *Int J Obstet Anesth* 2015; 24(4): 356-74.
5. Schneid-Kofman N, Sheiner E, Levy A, Holberg G. Risk factors for wound infection following cesarean deliveries. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; 90(1): 10-5.
6. Valent AM, DeArmond C, Houston JM, et al.

### Wat moet u weten voor de voortgangstoets?

Selecteer de juiste antwoorden (meerdere antwoorden kunnen goed of fout zijn).

- A. Obesitas wordt gedefinieerd als een BMI  $\geq$ 35 kg/m<sup>2</sup>.
- B. 1 gram cefazoline en 500 milligram metronidazol als antibioticaprofylaxe bij vrouwen met een BMI  $\geq$ 40 tijdens een secundaire sectio caesarea is voldoende.
- C. Geef niet standaard tromboseprofylaxe in het kraambed aan vrouwen met obesitas na een vaginale partus.
- D. Bied vrouwen met een BMI  $\geq$ 40 een prenataal consult bij een anesthesioloog alwaar onder andere de mogelijkheid voor een primaire epiduraal besproken kan worden.

Antwoord: A en B zijn onjuist, C en D zijn juist.

### Samenvatting richtlijn Zwangerschap bij obesitas

- Overweeg een prenataal consult bij de anesthesioloog bij een zwangere met obesitas, BMI  $>$ 40kg/m<sup>2</sup>, zoals geadviseerd wordt in internationale richtlijnen. Tijdens dit gesprek kunnen obstetrische en anesthesiologische voor- en nadelen van pijnstilling tijdens bevalling, zoals vroege epidurale analgesie bij een eventuele operatieve ingreep besproken worden.
- Schrijf niet routinematig tromboseprofylaxe voor aan vrouwen met een BMI  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup> of hoger zonder andere risicofactoren in het kraambed na een vaginale partus.
- Overweeg als perioperatieve profylaxe voor een sectio caesarea een verlengde of herhaal dosering bij vrouwen met een verhoogde BMI (BMI  $\geq$ 30 kg/m<sup>2</sup>) en bespreek de overwegingen met de patiënt alvorens gezamenlijk tot een beslissing te komen.
- Gebruik als perioperatieve profylaxe voor operaties binnen de obstetrie standaard 1 of 2 g cefazoline, met zo nodig metronidazol, en geef bij vrouwen met een BMI  $\geq$ 40 kg/m<sup>2</sup> standaard 2 g cefazoline.

- Effect of Post-Cesarean Delivery Oral Cephalosporins and Metronidazole on Surgical Site Infection Among Obese Women: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2017; 318(11): 1026-34.
7. Dierikx T, Berkhout D, Eck A, et al. Influence of timing of maternal antibiotic administration during caesarean section on infant microbial colonisation: a randomised controlled trial. *Gut* 2022; 71(9): 1803-11.



# Recht op een kind: plicht tot vergoeden?

drs. Marcel Zuijderland

**Sinds de geboorte van de eerste 'reageerbuisbaby', Louise Brown, in 1978 horen we steeds vaker dat iedereen 'recht op een kind' heeft. In Nederland vergoedt de zorgverzekeraar drie IVF-behandelingen. Maar als iedereen 'recht op een kind' zou hebben, dan zou dat recht worden geschonden als iemand de behandelingen zelf moet betalen wanneer de eerste drie behandelingen niet succesvol waren. Kunnen we echter van een onbetwistbaar 'recht op een kind' spreken?**

Nee, dat kunnen we niet. Want niemand heeft recht op iemand. Kinderen zijn 'natuurlijke personen'; ze zijn dragers van rechten. Ze mogen door niemand worden geclaimd. Alleen wanneer kinderen niet als natuurlijke personen zouden worden gezien, zouden personen met een kinderwens eventueel een kind kunnen claimen. Net zoals vroeger plantage-eigenaren ook meenden recht te hebben op de personen die ze tot slaaf hadden gemaakt. Dat zou binnen het reproductieve domein echter een onaanvaardbare terugkeer betekenen naar een gedateerd en onrechtvaardig denkbeeld.

## Filosofisch probleem

Stel, puur hypothetisch, dat we kinderen geen rechten toekennen. Dan stuiten we alsnog op een complex filosofisch probleem. We kunnen namelijk alleen maar het recht op een ander claimen indien diegene reeds bestaat. Maar, zoals gezegd, we kunnen een ander nooit claimen omdat ieder menselijk individu een rechtendrager is. Kinderen die nog niet verwekt zijn, bestaan echter niet, dus die kunnen we in principe ook nooit claimen. Als we 'mogelijke kinderen' ook als rechtendragers zouden erkennen, dan draaien de rollen onmiddellijk om. Iedereen met reproductief vermogen zou dan juist de plicht hebben om ze te verweken. 'Mogelijke kinderen' zouden dan net zozeer een recht op leven hebben als ieder ander. Maar dat hebben ze niet, ze bestaan niet. Zo bezien lijkt het

idee van een 'recht op een kind' inhoudsloos. Er kan geen aanspraak worden gemaakt op iemand die niet bestaat, en evenmin kan iemand die niet bestaat aanspraak maken op ons. De vraag of vrouwen een 'recht op een zwangerschap' hebben is echter niet inhoudsloos. Indien zo'n recht verdeelbaar is, dan zouden alle IVF-behandelingen vergoed moeten worden totdat ze 'medisch zinloos' zijn bevonden. Vandaar de vraag: hebben vrouwen 'recht op een zwangerschap'?

## Reproductieve autonomie

Vrouwen hebben 'reproductieve autonomie'. Respect voor die autonomie moet echter als een negatief recht worden begrepen. Dat houdt in dat niemand een vrouw mag hinderen in haar keuzes omtrent het al dan niet krijgen van kinderen, de keuze van de partner, het moment en het aantal kinderen. Aan reproductieve autonomie is geen positief recht te ontnemen. We zijn het daarom aan geen vrouw verplicht om haar te ondersteunen in het vervullen van haar wensen, of dit nu gaat om het zwanger worden of het vermijden ervan. Daarom biedt 'respect voor reproductieve autonomie' geen doorslaggevende rechtvaardiging om IVF-behandelingen te vergoeden, maar evenmin voor het vergoeden van anti-conceptie of abortus.

Een 'recht op zwangerschap' kunnen we in dat geval alleen nog maar succesvol verdedigen als we de reproductieve dimensie buiten beschouwing laten. Dan zouden we hulp bij zwangerworden bijvoorbeeld als een 'cosmetische interventie' kunnen opvatten. Vergelijkbaar met iemand die een fysieke transformatie wenst via een borstvergroting of -verkleining, zou de wens om zwanger te worden in de lijn van dezelfde behoefte moeten worden gezien. Nu degradeert de absurditeit van deze vergelijking het argument bij voorbaat al tot kansloos, maar als we het toch even serieus nemen dan biedt het nog steeds geen solide basis om vruchtbaarheidsbehandelingen te ver-

goeden. Zwangerschap is immers een tijdelijke transformatie, en er is geen medische noodzaak in het uitblijven ervan aan te wijzen (dat wil zeggen lichamelijke klachten ontbreken). We erkennen geen recht op cosmetische procedures zonder medische noodzaak.

## Genderdysforie

Een andere invalshoek zou kunnen zijn om het uitblijven van zwangerschap te zien als een soort 'dysforie'. Personen die zijn gediagnosticeerd met genderdysforie krijgen de transitieprocessen vergoed. We zouden het uitblijven van de zwangerschap dan als een soort 'reproductieve dysforie' moeten opvatten. Die diagnose zou dan gebaseerd moeten zijn op de erkenning van het feit dat de betreffende vrouw zich van haar 'onvruchtbare lichaam' vervreemd voelt, en diep lijdt onder haar status als 'kinderloze vrouw', omdat ze zich in haar diepste innerlijk volledig als 'moeder' identificeert. Het zal menig een ongepast en absurd voorkomen om 'kinderloosheid' op één lijn te stellen met 'genderdysforie' teneinde een recht op zwangerschap te claimen en aanspraak op vergoeding voor vruchtbaarheidsbehandelingen te maken. Ook deze verdediging faalt. Kunnen we nog andere gronden vinden om een 'recht op zwangerschap' te beargumenteren? Een benadering zou kunnen zijn om het onvermogen tot zwangerschap als een 'ziekte' te classificeren. Volgens het principe dat iedereen die ziek is recht op medische zorg heeft, zou dit ook recht op medische bijstand impliceren bij het zwanger worden. Dat roept de vraag op of een vrouw 'ziek' is als ze niet zwanger wordt?

## Concepten ziekte en gezondheid

Binnen de filosofie van de geneeskunde worden twee dominante denkrichtingen onderscheiden aangaande de concepten ziekte en gezondheid. De naturalistische visie definieert 'gezondheid' als de toestand waarin iemand 'soortspecifiek functioneren' vertoont. Volgens

deze visie is iedereen die van dit soort-specifieke functioneren afwijkt 'ziek'. Als we die redenering strikt volgen, zou dat impliceren dat elke vrouw die geen kinderen wenst, en (waarschijnlijk) dus nooit zwanger raakt, in feite als 'ziek' bestempeld moet worden. Het zou tevens betekenen dat anticonceptiemiddelen dan als 'ziekterevewekkers' moeten worden gezien. Dergelijke conceptuele consequenties laten zich maar moeilijk verenigen met ons gezonde verstand. Dat hoeft niet onoverkomelijk te zijn, maar het is wel problematisch. De normativistische benadering stelt dat onze definitie van ziekte en gezondheid niet uitsluitend moeten steunen op standaarden als 'soortspecifiek functioneren' of een 'biostatistisch gemiddelde'. In de normativistische visie speelt 'welbevinden' een cruciale rol om te bepalen of iemand ziek is. Zo is iemand met een goede kwaliteit van leven volgens deze visie niet 'ziek' omdat ze rolstoelafhankelijk is. Normativistisch gezien zou het uitblijven van een zwangerschap dus als een ziekte kunnen worden gezien, wanneer het de kwaliteit van leven van de vrouw aantast. Het probleem voor deze visie is echter dat het moeilijk is om duidelijke criteria voor de kwaliteit van leven vast te stellen waaronder een conditie evident als 'ziek' kan worden gekwalificeerd. Bovendien, zelfs al zouden dergelijke criteria bestaan, dan zou een optimistisch en veerkrachtig persoon niet aanmerking voor een vergoeding komen, terwijl iemand met een neiging tot melancholie wel aanspraak op vergoeding zou kunnen maken. Deze potentiële onrechtvaardigheid is lastig te verdedigen.

Het beroep op een 'recht op een kind' of een 'recht op zwangerschap' biedt geen solide basis voor de vergoeding van vruchtbaarheidsbehandelingen. Het concept van een 'recht op een kind' is inhoudsloos, terwijl het idee van een 'recht op zwangerschap' beladen is met contra-intuïtieve implicaties. Een mogelijke verdediging van vruchtbaarheidsbehandelingen kan wellicht nog gezocht worden in het bevorderen van het 'algemeen welzijn'. De aanname daarbij is dat de geboorte van nieuwe menselijke individuen de bloei van de samenleving ten goede komt.



### Medemenselijkheid

Hoewel dit argument hout snijdt, zet die aanname de deur open naar eugenetische praktijken. Immers, als dat uitgangspunt vergoeding rechtvaardigt, dan zou de overheid er ook voorwaarden aan mogen stellen. Bijvoorbeeld dat haar ondersteuning ook daadwerkelijk leidt tot de geboorte van burgers met eigenschappen die aan die bloei zullen bijdragen, zoals burgers met intelligentie, gezondheid, veerkracht en empathisch vermogen. Voor zover geboorte van burgers met dergelijke eigenschappen via preconceptionele en prenatale screeningstechnologiën is te garanderen, dan kan de overheid met een beroep op het 'algemeen welzijn' het gebruik van die technieken verplichten. Eugenetische staatsterreur ligt op dus de loer wanneer 'algemeen welzijn' de morele dienst in het reproductieve domein gaat uitmaken.

Is er dan geen enkel ethisch uitgangspunt om vergoeding van vruchtbaarheidsbehandelingen te rechtvaardigen? Het lijkt er op dat alleen 'medemenselijkheid' en 'solidariteit' de meest overtuigende fundamenten bieden voor de verdediging van een structurele vergoeding van vruchtbaarheidsbehandelingen. Deze insteek erkent de diepe existentiële waarde die veel mensen hechten aan het vervullen van hun kinderwens. We hoeven ons niet af te vragen of er een 'recht op kinderen'

bestaat, of onvruchtbaarheid als een 'ziekte' gezien moet worden. Het volstaat om te onderkennen dat ongewenste kinderloosheid een diepgaand existentieel drama is. Echter, de mate van solidariteit die we bereid zijn te tonen, en hoever we willen gaan in het ondersteunen van de kinderwens - tot drie pogingen of doorgaan tot het medisch zinloos is - blijft een open vraag. Maar een solidaire samenleving zal de vlam van hoop op nieuw leven niet te snel mogen laten doven.

#### De auteur

Marcel Zuiderland is wetenschappelijk docent bij Amsterdam UMC, locatie VUMC, afdeling Ethiek, Recht & Humaniora. Hij schrijft geregeld voor NRC en Trouw. Voor het NTOG levert hij bijdragen op het vlak van bio- en medische ethiek.

#### De cartoonist

Marc-Jan Janssen (marcjanjanssen.com) is gynaecoloog-oncoloog en verbonden aan Medisch Spectrum Twente. Marc-Jan heeft altijd een potlood en een schetsboek bij zich. Heeft zichzelf tekenen geleerd. Zijn cartoons zijn te zien op de site van BNN/VARA [www.joop.nl](http://www.joop.nl) en in verschillende tijdschriften, waaronder het NTOG.



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

## Rol van infecties bij miskramen

In het blad *Fertility & Sterility* schreven wij over de rol van infecties bij miskramen.<sup>1</sup> Er wordt geschat dat infecties tot 15% van de vroege miskramen en tot 66% van de late miskramen kunnen veroorzaken.<sup>2</sup> Zonder behandeling leidt syfilis bij meer dan 40% van de geïnfecteerde zwangerschappen tot een miskraam, doodgeboorte of neonatale sterfte. Een verhoogde kans op een miskraam werd tevens gevonden bij een infectie met gonorrhoe, bacteriële vaginose, brucellose en listeriose. Bacteriële infecties die minder sterke associaties lijken te hebben met een miskraam zijn chlamydia en salmonella. Voor Q-koorts (*Coxiella burnetii*) vonden wij onvoldoende bewijs voor een verband met een miskraam. Al deze infecties kunnen met antibiotica worden behandeld.

SOA's kunnen worden voorkomen door onthouding van seks of goed condoomgebruik, en voedselinfecties zoals brucellose, listeriose, salmonella en toxoplasmose door hygiënische maatregelen, het niet eten van rauwe vlees-, vis- en/of melkproducten en goede verhitte producten. Bij niet-gevaccineerde zwangere vrouwen met rubella-infectie wordt een miskraampercentage van 20% geschat. Van HIV en het cytomegalovirus is tevens aangetoond dat ze de kans op een miskraam vergroten. Andere virusinfecties die minder sterke associaties hebben met een miskraam, zijn herpes simplex, HPV, hepatitis B, Zika, Dengue en influenza. Voor de meeste van deze infectieziekten is preventie mogelijk via vaccinatie.

Dit is niet het geval voor cytomegalovirusinfecties, die wereldwijd veel voorkomen en doorgaans milde symptomen vertonen, maar tijdens de zwangerschap gevaarlijk kunnen zijn en kunnen leiden tot ernstige congenitale afwijkingen. Het is de enige onbehandelbare veel voorkomende virusinfectie waarvoor nog geen effectief vaccin bestaat. Alhoewel er voor varicella zoster, humaan polyomavirus, SARS= en MERS= en SARS-CoV-2-infectie onvoldoende bewijs is voor een associatie met miskramen, zijn deze virussen wel

geassocieerd met andere complicaties in de zwangerschap.<sup>3-5</sup>

Van malaria is bekend dat het de kans op een miskraam consequent verhoogt. Daarnaast wordt toxoplasmose ook in verband gebracht met een hoger risico op een miskraam. Voor malaria is vaccinatie beschikbaar in endemische gebieden, en profylaxe wordt geboden aan mensen die naar gebieden reizen waar malaria endemisch is. Voor toxoplasmose bestaat geen effectief vaccin, maar het kan worden behandeld met antibiotica. Omdat *Toxoplasmosis gondii* veel voorkomt bij katten, wordt zwangere vrouwen geadviseerd de kattenbak niet schoon te maken en handschoenen te dragen wanneer ze in de tuin werken, naast enkele andere preventieve hygiënische maatregelen ([www.cdc.gov/parasites/toxoplasmosis/prevent.html](http://www.cdc.gov/parasites/toxoplasmosis/prevent.html)).

Ongeacht de relatie met een miskraam, is van alle hierboven beschreven ziekteverwekkers bekend dat ze de perinatale complicaties verhogen, zoals het aantal vroeggeboorten, doodgeborenen en/of neonatale sterfgevallen en congenitale misvormingen. Omdat zwangere vrouwen bijzonder kwetsbaar zijn voor infecties en ze veelvuldig een ernstiger ziektebeloop hebben zijn preventie en vroegtijdige behandeling belangrijk. In theorie is het merendeel van deze infecties te voorkomen door goede hygiëne dan wel door vaccinatie. Aandacht is nodig voor de veel voorkomende virale cytomegalovirus- en varicella-zosterinfecties en de seksueel overdraagbare infecties.

M. van Wely, J.R. Prins

### Referenties

1. Kostova EB, Prins JR, van Wely M. Role of infections in miscarriage. *Fertil Steril*. 2023 Nov;120(5):948-950. doi: 10.1016/j.fertnstert.2023.08.719.
2. Kourtis AP, Read JS, Jamieson DJ. Pregnancy and infection. *N Engl J Med*. 2014; 370: 2211-2218
3. Giakoumelou S, Wheelhouse N, Cuschieri K, Entrican G, Howie SE, Horne AW. The role of infection in miscarriage. *Hum Reprod Update* 2016; 22:116-133
4. Maudhoo A, Khalil A. Viral pulmonary infection in pregnancy - Including COVID-19, SARS, influenza A, and varicella. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2022; 85:17-25
5. van Baar JAC, Kostova EB, Allotey J, Thangaratnam S, Zamora JR, Bonet M, Kim CR,

Mofenson LM, Kunst H, Khalil A, van Leeuwen E, Keijzer J, Strikwerda M, Clark B, Verschuuren M, Coomarasamy A, Goddijn M, van Wely M; PregCOV-19 Living Systematic Review Consortium. COVID-19 in pregnant women: a systematic review and meta-analysis on the risk and prevalence of pregnancy loss. *Hum Reprod Update*. 2023 Nov 28:dmad030. doi: 10.1093/humupd/dmad030.

## Umbilicocerebrale ratio (UCR) spoort niet-goed functionerende placenta op

De eerste resultaten van de DRIGITAT-studie, een multicenter cohort en nested RCT in 19 ziekenhuizen, werden recent gepubliceerd in *BJOG*.<sup>6</sup> De studie onderzocht de relatie tussen de UCR en perinatale uitkomsten in een cohort van 690 small for gestational age (SGA) baby's (EFW en/of AC <10e percentiel). In een kleine subgroep van 40 deelneemsters is gerandomiseerd uitgezocht wat het effect is op de perinatale uitkomsten bij het vroegtijdig inleiden van de bevalling vanaf 34 weken bij herhaaldelijk afwijkende Dopplers.

Met biometrie kunnen SGA-baby's tijdens de zwangerschap worden opgespoord, maar het onderscheid tussen foetale groeirestrictie (FGR) door een niet-goed functionerende placenta en een gezonde, constitutioneel kleine baby zonder placenta-insufficiëntie is niet altijd duidelijk. Dit onderscheid is belangrijk omdat een té kleine baby baat heeft bij extra controles en een tijdige bevalling, terwijl een kleine maar gezonde baby hier mogelijk schade van zal ondervinden.

Uit de studie blijkt dat de UCR een redelijk effectieve manier is om dit onderscheid te maken. Indien de UCR herhaaldelijk afwijkend is, is er een hoger risico op slechte perinatale uitkomsten, waaronder asfyxie. In de groep met herhaaldelijk afwijkende Dopplers, lag het gemiddelde geboortegewicht lager en kwam de samengestelde uitkomstmaat van perinatale morbiditeit en mortaliteit significant vaker voor ten opzichte van de groep met normale Dopplers (respectievelijk 44% versus 16%). In de groep met normale Dopplers werden baby's gemiddeld 12 dagen later geboren, werden er minder sectio's

wegens verdenking foetale nood verricht (28% versus 62% in de groep met afwijkende Dopplers) en lag het gemiddelde geboortegewicht zo'n 700 gram hoger.

In de gerandomiseerde subgroep bleek dat het bij een herhaaldelijk afwijkende UCR niet beter is om baby's vóór 37 weken geboren te laten worden. Bij de groep die vanaf 34 weken werd ingeleid, werden geen betere uitkomsten gezien dan bij de groep waarbij werd afgewacht, het is zelfs waarschijnlijk slechter.

De UCR-meting (ook bekend als cerebroplacentaire ratio (CPR)) is natuurlijk al langer bekend, maar wordt nog niet standaard in alle ziekenhuizen verricht en toegepast voor deze indicatie, mede gebaseerd op de Nederlandse richtlijn hierover. Uit dit onderzoek lijkt het redelijk om te concluderen dat baby's met een herhaaldelijk afwijkende UCR een sterk verhoogd risico hebben op hypoxische complicaties en dat het dus nodig is extra controles te verrichten en mogelijk de bevalling in te leiden vanaf 37 weken om complicaties te voorkomen. Ook lijkt het redelijk om op basis van de bevindingen uit dit observationele cohort bij normale Dopplers en dus een lage verdenking op placenta-insufficiëntie (circa 3/4 van deze groep) af te wachten tot 40 weken (watchful waiting). Dit zou kunnen leiden tot minder interventies.

Binnen dit unieke cohort wordt verder onderzocht hoe we risico's voor SGA-baby's nog beter kunnen voorspellen op basis van herhaalde biometrie- en Dopplermetingen, maternale biomarkers en placenta-onderzoek. We willen alle collega's die hebben geholpen met de studie bedanken voor hun bijdrage aan het verbeteren van de zorg voor kleine baby's!

M. Marijnen, W. Ganzevoort en S. Gordijn

## Referentie

- Marijnen MC, Kamphof HD, Damhuis SE, Smies M, Leemhuis AG, et al. Doppler ultrasound of umbilical and middle cerebral artery in third trimester small-for-gestational age fetuses to decide on timing of delivery for suspected fetal growth restriction: A cohort with nested RCT (DRIGITAT). *BJOG*. 2024;00:1-12

## Hyperemesis gravidarum verklaard?

Al jaren blijft de etiologie van hyperemesis gravidarum (HG) ongrijpbaar. HG wordt gezien als een multifactorieel ziektebeeld, waaraan onder andere placentaire/endocriene (HCG, TSH), infectieuze (*H. pylori*) en psychosociale (depressie, angst) factoren bijdragen. Een recente publicatie in *Nature* van Fejzo et al. laat zien dat GDF15 een belangrijke etiologische rol zou kunnen spelen in HG.<sup>7</sup>

GDF15 is een peptide hormoon dat onder invloed van metabole stress, weefselschade, zoals bijvoorbeeld bij infectie, en chemotherapie, wordt aangemaakt. De GFRAL-receptoren bevinden zich de area postrema in de hersenen, waar aansturing van hongergevoel, voedselaversie en braken zit. GDF15 staat dan ook de laatste jaren in de schijnwerpers: een hoger GDF15 werd in verband gebracht met anorexie en gewichtsverlies, en zou daarmee een drugtarget voor obesitas kunnen vormen.

Fejzo et al. laten nu zien dat het circulerend GDF15 tijdens de zwangerschap vooral van placentaire (foetale) origine is. Gevoeligheid voor GDF15 speelt ook een rol: varianten van de GFRAL gaan gepaard met een grotere kans op HG. Het lijkt er voorlopig dus op dat een GDF15-bepaling van beperkte waarde is voor de klinische praktijk voor bijvoorbeeld het bepalen van de prognose of de ernst van de ziekte bij patiënten met HG. De komende jaren kunnen GDF15-(receptor)blokkers worden ontwikkeld, al is het een lange en tijdrovende weg naar een klinische toepasbaarheid en veiligheid voor gebruik in de jonge zwangerschap.

Preconceptueel circulerend GDF15 lijkt ook een rol te hebben in de kans op HG. Varianten van het gen voor GDF15 kunnen gepaard gaan met een grotere kans op HG. De betrokken GDF15-varianten gaan gepaard met lagere GDF15-spiegels buiten de zwangerschap. De auteurs suggereren dat juist de mate van stijging in de zwangerschap HG-klachten kan verklaren. Hoe minder GDF15 het lichaam 'gewend is', hoe groter de kans op HG. Ze onderbouwen dit naast een diemodel met een tweede voorbeeld:

Het is bekend dat  $\beta$ -thalassemie gepaard gaat met chronisch hogere GDF15-niveaus. Een (kleine) groep Srilankese zwangeren met  $\beta$ -thalassemie kreeg minder HG dan diegenen zonder hemoglobinopathie. Hiermee ontsluiten deze auteurs een interessante mogelijkheid voor vrouwen die HG hebben doorgeemaakt en een nieuwe zwangerschap overwegen: preconceptueel GDF15-verhogende medicatie (bijvoorbeeld metformine) zou theoretisch een conditionerende 'beschermende' rol kunnen spelen waarbij het HG-recidiefrisico, dat momenteel >85% is, mogelijk zou kunnen worden verlaagd; iets waar wetenschappers zich de komende jaren op zullen richten.

De bevindingen zijn voor nu vooral een bron van erkenning en hoop voor vrouwen die HG hebben (gehad).

R.C. Painter

## Referentie

- Fejzo M et al. GDF15 linked to maternal risk of nausea and vomiting during pregnancy. *Nature*, Vol 625, 760 Jan 2024

## Laat afnavelen bij primaire sectio's lijkt geen nadelige gevolgen te hebben voor moeder en neonat

Laat afnavelen heeft significante voordelen voor de neonat en diens transitie naar het extra-uteriene leven, zoals een toename van circulerend volume van 25-30 ml/kg, wat tot een hogere preload en stabiele linker ventrikel-output van de neonat leidt en daarnaast op lange termijn zorgt voor een hoger hemoglobine (Hb) gehalte. Laat afnavelen is daarom onderdeel van de standaardzorg bij vaginale bevallingen in Nederland, voor sectio's geldt dit echter nog niet. In Nederland werd in 2015 16% van de kinderen geboren per sectio en in 81% van deze gevallen werd de navelstreng direct afgeklemd. Er is nog weinig bekend over mogelijke neonatale (hypothermie) en maternale risico's (fluxus, postoperatieve infecties) indien men tijdens sectio's wacht met afnavelen. Cord-milking, het viermaal uitstrijken en daarna afklemmen van de navelstreng, kan een alternatief voor laat afnavelen zijn. Echter zorgt dit, in tegenstelling tot laat afnavelen, voor grotere vasculaire

drukverschillen bij de neonat. Daarom wordt bij vaginale bevallingen de voorkeur gegeven aan nabootsing van de fysiologie middels laat afnavelen. De ALAAF-studie (Amphia LAat AFnavelen) werd opgezet om het na 2 minuten afklemmen van de navelstreng (laat afnavelen) te vergelijken met het viermaal uitstriken en daarna afklemmen van de navelstreng (cord-milking) bij geplande sectio's, en om te beoordelen of cord-milking een alternatief kan zijn voor laat afnavelen.<sup>8</sup> In aanmerking voor deze studie kwamen vrouwen die een electieve sectio ondergingen bij een zwangerschapsduur van 37+0 t/m 41+6, waarbij sprake was van een ongecompliceerde eenlingzwangerschap. Primaire uitkomstmaten waren neonataal Hb en Ht 48 uur postpartum. Secundaire uitkomstmaten waren onder andere matернаal bloedverlies, postoperatieve infecties, neonatale temperatuur en Apgar-scores. Van oktober 2020 tot april 2022 werden 115 patiënten geïncludeerd, 58

werden gerandomiseerd in de cord-milkinggroep en 57 in de laatafnavelengroep. Er was geen significant verschil tussen de primaire uitkomstmaten van beide groepen; met een gemiddeld Hb 48 uur na de geboorte van 12,1 mmol/l in de laatafnavelengroep en 12,2 mmol/l in de cord-milkinggroep ( $p=0,80$ ). Er was geen verschil in secundaire uitkomstmaten tussen beide groepen. Er was geen verschil in neonataal Hb en Ht 48 uur na de geboorte wanneer laat afnavelen vergeleken werd met cord-milking. Laat afnavelen leidde niet tot meer matернаal bloedverlies of postoperatieve infecties in vergelijking met cord-milking. Daarnaast leidt laat afnavelen niet tot een lagere Apgar-score of lichaamstemperatuur bij de neonat. Ons onderzoek impliceert dat laat afnavelen gedurende 2 minuten veilig kan worden toegepast bij electieve sectio's a terme. Dit is ook al succesvol geïmplementeerd in het Amphia Ziekenhuis, waar deze studie heeft plaatsgevonden.

Gezien de algemeen bekende en geaccepteerde voordelen van laat afnavelen voor de neonat, gecombineerd met onze bevindingen, adviseren wij dan ook om laat afnavelen onderdeel te maken van de standaardzorg en protocollen rondom electieve sectio's a terme. S.M.I. de Preud'homme d'Hailly de Newport, E.J.C. Krijgh, B. Pruijssers, J. Visser, R.H.T. van Beek

### Referentie

8. de Preud'homme SMI, Krijgh EJC, Pruijssers B, et al. Delayed cord clamping vs cord milking in elective cesarean delivery at term: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol MFM* 2024;6:101279 <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2024.101279>



# Column

*Thomas van den Akker is gynaecoloog-perinatoloog in het Leids Universitair Medisch Centrum en hoogleraar Global Maternal Health aan het Athena Instituut van de Vrije Universiteit. Op deze plek reflecteert hij van tijd tot tijd op de staat van ons vak, waarbij het zijn intentie is de ingewikkelde kanten niet te schuwen.*



Thomas van den Akker

## Menselijke maat: in memoriam?

Het waren wéér niet de weken van het goede wereldnieuws. Pistes verpaptten in de hitte, terwijl we kozen voor klimaatontkenners. De bekende blonde koppen torpedeerden Noord-Atlantische verdragen. 'Stop met steun aan burens in oorlog!', klonk het onheilspellend van twee kanten van de oceaan. Oftewel: wéér was het 'ieder voor zich'. Ondertussen doodde de autocraat de gevangen dissident.

En ons land? Een kabinet dat ons uit de onzekerheid koerst lijkt verder weg dan ooit. Ook hier zet 'ieder voor zich' de toon. Liever twitteren om de achterban aan te vuren, dan zoeken naar gezamenlijkheid. Waar moet het heen? En dan annuleerde Gordon ook nog zijn theatertour, gaan de Leeuwinnen niet naar de Spelen, en staat FC Den Bosch helemaal onderaan in de Keukenkampioendivisie. Klotetijd.



Toch blijft het slechtste nieuws dat wat thuis gebeurt. Thuis verloren wij jou. Zomaar ineens. Misschien leek je niet de grootste alleskunner, maar stiekem kon je veel. Visionaire strategieën kwamen nooit van jou, maar ja, die zijn er op de wereld misschien al wel voldoende. Op revolutionaire innovatie konden we je zelden betrapten, hoewel je desondanks een stille pionier werd. Een pionier met impact. Je plaatste ovariumweefsel terug, en gaf vrouwen na kankerbehandeling kans een kinderwens te vervullen.

Maar je tweette niet, vermeed podia, en vloog zelden naar congressen. Je was eigenlijk altijd gewoon hier thuis. Dus je kende iedereen: de ICT-ondersteuner, de thoraxchirurg, de schoonmaakster, de beveiliging, voedings-, poli-, operatieassistent... En iedereen kende jou, degenen die peukjes rookten nog iets beter. En daarom stroomt het condoleanceregister vol, terwijl ik dit schrijf.

Iedere dokter krijgt de patiënten die ze verdient, en andersom. Want je had dan wel niet de grootste mond, je voerde wel échte gesprekken. Dus kreeg je de patiënten die al lang op zoek waren, veel gezworven hadden. Vrouwen die zich nergens gehoord hadden gevoeld. Tot jij luisterde. Omdat je gewoon echt en heel erg oprecht betrokken was. Want het draaide nooit om jou.

En wij, jouw nu verweesde collega's, vonden je ook. Als we even contact nodig hadden. Want in deze tijd van stoppen met steun bleef je de simpele dingen doen: een kop koffie, een keuveltje over de kinderen, trots zijn op je zoon als hij gescoord had. Shit, denk ik nu: zo vaak sprak ik je niet meer de afgelopen jaren sinds je me opleidde. Te weinig eigenlijk. Ik had het blijkbaar te druk en was wél met mezelf bezig.

Je werd een wandelend anachronisme: het 'ieder voor zich' van deze tijd was jou volslagen onbekend. Zo bleef je onze hoedster van de menselijke maat, de levende #doeslief. En daarmee misschien wel precies wat de wereld nodig heeft. Nu je er niet meer bent, voelen we het pas: we missen je.

Nee, een 'in memoriam' in een vaktijdschrift past niet zo bij jou. Maar toch. Rust zacht, Leoni Louwé.

---

*Op 14 februari 2024 is Leoni Louwé plotseling overleden. Zij is 60 jaar geworden. Leoni was ruim 24 jaar gynaecoloog in het LUMC.*

drs. Jos Vollebergh

dr. Nicole Alers

beiden gynaecoloog, Bernhoven Uden en redactielid NTOG

## Boeken

### Elviskinderen begeleiden



Het verliezen van een kind tijdens de zwangerschap of bevalling, of later in het leven is een ingrijpende gebeurtenis waarvan de gevolgen nog lang merkbaar zijn. Het kind wat hierna komt (of bij een tweeling: het andere kind) wordt in de Engelse literatuur wel 'replacement child' genoemd, en in dit boek wordt daar de term 'Elviskind' voor geïntroduceerd. Inderdaad, naar Elvis Presley. Ook voor dat kind kunnen de gevolgen soms groot zijn, zowel in de relatie met de omgeving als voor het kind zelf. In dit boek worden een aantal mogelijke gevolgen beschreven met een 'aanzet tot begeleiding', die bij elk persoon weer anders moet zijn. Een interessant boek voor hulpverleners die met deze problematiek te maken krijgen, maar ook voor mensen die zelf een 'Elviskind' zijn of hebben. Aangevuld met enkele ervaringsverhalen. Ard Nieuwenbroek en Judith Kimenai, *Elviskinderen begeleiden - Uit de schaduw van je overleden broer of zus*, ACCOlearn, ISBN 9789492398604, €31,50

### Je mag je weer aankleden

Bijna een half miljoen mensen in Nederland missen feestjes, etentjes, belangrijke werkopdrachten en carrièrestappen, omdat ze met hevige buikpijn thuiszitten. Wacht, zitten? Eerder: liggen. In foetushouding. Schrijver en journalist Maartje van Hoek weet er alles van. Met ernstige klachten bezoekt ze als tiener de huisarts. Er



volgen zesentwintig jaar met tientallen echo's, scans, en vaginale onderzoeken door drie huisartsen en zeven gynaecologen, steeds zonder resultaat. Tot ze op de afdeling Spoedeisende Hulp belandt, onmiddellijk wordt geopereerd en een diagnose krijgt: ze heeft endometriose. Endo-hoe? Endometriose is een stille sloper van toekomstdromen, zelfbeelden, kinderwensen en liefdesrelaties. Deze chronische ziekte kan extreme klachten en onvruchtbaarheid veroorzaken. Toch weet bijna niemand ervan. Hoe dit komt, wat de ziekte behelst en hoe je haar temt, staat in dit boek. Een tip met name voor patiënten die met deze diagnose worden geconfronteerd.

Maartje van Hoek, *Je mag je weer aankleden - Alles over endometriose*, Bertram + De Leeuw Uitgevers, ISBN 9789461563163, € 22,50

## Podcast

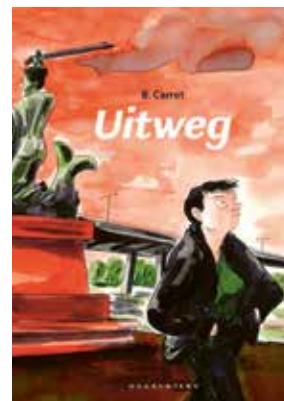


### Verloskundig Baken

Deze podcast bestaat al langer en bevat veel informatie die voor patiënten interessant is, maar ook voor veel gynaecologen. Diverse gynaecologen, verloskundigen en kinderartsen hebben aan de verschillende afleverin-

gen meegewerkt. In het kader van de recente cijfers over hoge perinatale sterfte bij asielzoekers is met name de aflevering van 01-11-2022 interessant.

## Strip



Op 8 maart is de strip *Uitweg* van de activistische stripmaker B. Carrot uitgekomen. Het verhaal gaat over Magda, een Poolse kleuterjuf die ongewenst zwanger raakt. In het religieuze Polen is abortus strafbaar en zo komt Magda via Collectief Abortus Netwerk Amsterdam in Nederland uit om een abortus te laten verrichten. Het boek belooft letterlijk en figuurlijk een kleurrijk verhaal te vertellen met een duidelijke mening over abortuswetgeving. B. Carrot, *Uitweg, Oogachtend*, ISBN 9789492672759, 288 pagina's. € 28,50

## Instagram

### DeGynaecoloog.nl

De commissie Patiëntenvoorlichting heeft sinds eind vorig jaar de instagram-pagina van de NVOG een mooie update gegeven. Alles in dezelfde look-and-feel, en veel zinvolle informatie voor patiënten.

Te vinden via deze QR-code:





