

Inhoud

Colofon

HOOFDREDACTIE

S.A. Scherjon, hoofdredacteur
W.M. Ankum, voorzitter deelredactie gynaecologie
J. van Eyck, voorzitter deelredactie perinatologie
V. Mijatovic, voorzitter deelredactie voortplantings-
geneeskunde
P.C. Scholten, namens de NVOG
I.M.W. Ebisch, namens de VAGO

DEELREDACTIES

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

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

REDACTIESECRETARIAAT NTOG

L.W.M. Fritschy
DCHG medische communicatie,
Hendrik Figeweg 3G-20, 2031 BJ Haarlem
Tel.: 023-5514888, Fax: 023-5515522,
E-mail: ntog@nvog.nl
Alle kopij dient ter beoordeling naar het redactie-secretariaat te worden gezonden. Hier kunnen ook de richtlijnen voor auteurs worden aangevraagd.

UITGEVER, EINDREDACTIE EN ADVERTENTIES

DCHG medische communicatie,
Hendrik Figeweg 3G-20, 2031 BJ Haarlem
Tel.: 023-5514888, Fax: 023-5515522,
E-mail: info@dchg.nl

OPLAGE

1600 exemplaren, 10 x per jaar.

ABONNEMENTEN

Standaard € 195,- per jaar. Studenten € 86,50 per jaar.
Buitenland € 295,- per jaar. Losse nummers € 28,50.

Aanmelding, opzegging en wijziging van abonnementen:
DCHG medische communicatie,
Hendrik Figeweg 3G-20, 2031 BJ Haarlem
Tel.: 023-5514888, Fax: 023-5515522,
E-mail: info@dchg.nl

Abonnementen lopen per kalenderjaar (van 1 januari t/m 31 december) en lopen automatisch door, tenzij uiterlijk 30 dagen voor de vervaldatum schriftelijk wordt opgezegd. Adreswijziging: drie weken van tevoren schriftelijk doorgeven.

AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID

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

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

RICHTLIJNEN VOOR AUTEURS

Zie www.nvog.nl

AFBEELDING OMSLAG

Beeld van Elisabeth Derijcke, Burgh-Haamstede.
Eigendom van E. Slager.

ISSN 0921-4011

323 Editorial

S.A. Scherjon

325 Lichen sclerosus en seks

M.P.M. Burger

332 Onterecht gebruik van een intra-uteriene druklijn met ernstige complicaties

I.M. van Hooft, B.W.J. Mol en V. Haitsma

336 Menstruele migraine: een praktisch overzicht

J.S.P. van den Berg

339 Benigne multicysteus mesothelioom

Y.E.M. ter Horst, P.J.H. van Kempen, A.H. Mulder en R.A.K. Samlal

344 Garissa III - Bestemming

W. Spaans

345 DSRM-themamiddag 'menopauze': (z)innige verstrengeling met Care for Women(?)

V. Mijatovic

347 Gynaecologie in den vreemde - Op het raakvlak van 'reizende dokter' en werkelijke hulp aan de Derde Wereld (deel 2)

A.A.W. Peters

350 Focus - Wormvormige tumoren als toevallsbevinding tijdens uterusextirpatie

E.M. Kentson, E.E.C. de Jonge en C.A. van Meir

354 PICO Bello - Is het levonorgestrel-IUD (Mirena) een redelijk alternatief voor hysterectomie bij patiënten met endometriumhyperplasie?

M.P. Wuite-Eversdijk en K.B. Kluivers

357 Wat ons opvalt in de LVR2 - Vroeggeboorte na een eerdere zwangerschapsafbreking

T. de Neef en A. Franx met medewerking van G.C.M.L. Page-Christiaens

358 Samen sterker met synergie

Theo Helmerhorst, voorzitter

Veronique van Dooren, directeur

359 bestuur@nvog.n

361 Uit de Koepel Kwaliteit - Oranjedag

B.W.J. Mol

NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE

Het NTOG is het officiële tijdschrift van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Dutch Society of Perinatal Medicine. Zij stelt zich als doel de leden van de NVOG en andere specialisten, die werkzaam zijn op het gebied van de gynaecologie, perinatologie en voortplantingskunde, op de hoogte te houden van nieuwe ontwikkelingen op deze deelterreinen.

Het NTOG probeert haar doel te bereiken door middel van vaste rubrieken, columns, commentaren, wetenschappelijke artikelen, congresverslagen en themanummers.

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

Congresbezoek

S.A. Scherjon



Vanaf het moment dat ik wist dat het jaarlijkse Placentacongres in Noorwegen zou plaatsvinden, nam ik mij voor om zeker te gaan en dit keer niet alleen voor het congres. Zoals zo prachtig weergegeven aan het begin van de zes uur durende film *La meglio gioventù* - de beste jeugd -, een film van Marco Giordana uit 2003, komen er door het weerzien met Noorwegen direct belangrijke herinneringen uit mijn jeugd bij me op. Het indrukwekkende, eenzame landschap, waar je je heel gemakkelijk op jezelf kan laten terugwerpen, nodigt uit tot bedachtzaamheid.

Na het congres realiseerde ik me opnieuw dat de waarde van congresbezoek voor de uitoefening van het praktische werk, maar ook voor wat betreft de benodigde verdieping, beperkt is. En dat komt volgens mij niet - om alvast maar wat overwegingen voor te zijn - omdat ik de verkeerde congressen uitzoek. Kortere bijeenkomsten, van een dag in een kleinere groep - niet meer dan zestig deelnemers - maar juist wel met goede voordrachten en niet perse met een werkgroepachtig karakter, veelal niet geaccrediteerd, zijn wat mij betreft veel waardevoller. Ik denk daarom dat ons herregistratiesysteem, waarbij

accreditatiepunten vooral verkregen worden op grotere congressen, niet goed werkt. Daarbij, als we dit 'kwaliteits'-instrument nog beter, nog gedetailleerder willen gaan regelen (en controleren), zal het uiteindelijke doel, een betere uitoefening van het vak, bedenkkelijk niet worden bereikt.

Net zoals bij het gebruik van het woord 'creatief' of 'voortschrijdend inzicht' wordt 'kwaliteit' te pas, maar vooral te onpas gebruikt: deze begrippen - in analogie van Henk Broekhuis - worden niet gebruikt in "gezelschappen (...) die iets redelijks en interessants te vertellen hebben" en komen "die een fatsoenlijke man (...) niet uit de pen".¹ Het terzijde leggen van teksten waarin het woord 'kwaliteit' te veel in de eerste alinea wordt genoemd of afzien van deelname aan een commissie met 'kwaliteit' in de opdracht hebben mij echt een dienst bewezen. Ik heb deze strategie altijd voor me gehouden, ook omdat het binnen de huidige gezondheidszorg een zo overheersend thema is geworden, maar de tijdsbesparing die het principe mij heeft opgeleverd is enorm!

Na afloop van het ruim drie dagen durende congres heb ik van het indrukwekkende landschap en de eenzaamheid genoten. Noorwegen is voor minder dan 3% in cultuur gebracht; een derde wordt gebruikt voor bosbouw, wat laat dat ongeveer 70% volstrekt ongerepte natuur is. Dat brengt wel met zich mee dat, hoewel de wegen nu goed zijn en buiten de grote steden absoluut niet druk, reizen met een specifiek doel voor ogen veel tijd neemt: over 150 km doe je soms gemakkelijk - ook door onverwachte oversteken met de pont - een ruime ochtend. Het geeft dan ook het bijna prettige gevoel dat haasten niet kan; het hoeft dan opeens ook niet.

Door toeval verbleef ik in een hotel, gelegen aan het Norangsfjord, met naast het hotel slechts een paar boerderijen, waar koningin Wilhelmina een aantal malen logeerde, voor de laatste maal - samen met Juliana in 1955, toen ze 75 jaar oud was - 7 jaar voor haar overlijden. Ze is vanaf 1921 meerdere malen in Noorwegen geweest, veelal samen met Juliana, soms met haar man Prins Hendrik en ik denk ook een keer met Beatrix. Hoe vaak is moeilijk te achterhalen; soms deed ze het hotel slechts voor enkele dagen aan; ook verbleef ze er in hetzelfde jaar zowel in de zomer als in de winter. In 1922 reisde ze samen met de schilder en haar docent Arnold Gorter, een zeer verdienstelijke schilder, met wie ze een nauwe band had. Soms is er nog wel eens een werk van Gorter op de veiling te koop: werk met een vroeg impressionistische inslag en net zoals Jongkind, deze laatste wel genoemd als de voorloper van de Franse Barbizonschilders en het impressionisme², afkomstig van het Twentse platteland. Zij raadpleegde hem voor haar schilderswerk en heeft haar daarin in Noorwegen ook bijgestaan. Op de piano in het hotel staat een zeldzame foto met de koningin schilderend achter haar ezel gezeten aan de rand van het fjord. In 1928 liet zij zelfs aan prins Hendrik de opening van de Amsterdamse Olympische spelen over, omdat ze een bezoek aan Noorwegen voor liet gaan, maar waarschijnlijker omdat ze gepikeerd was dat men

haar bij het vaststelling van de openingsceremonie anderhalf jaar daarvoor niet had geraadpleegd en nog waarschijnlijker omdat het ook niet echt (meer) boterde tussen de twee. Voor de oorlog ging ze met de boot vanuit Nederland en die boot - de *Merope* - voer het gehele Norangsfjord op tot vlakbij het hotel. Later reisde men met de boot - de *Batavia V* naar Hammerfest (1922) of naar Bergen (1930) en daarna met paard en wagen, trein, motorboot, auto en het laatste deel te paard naar Oye; een reis waarvoor toentertijd, en zeker in de winter meerdere dagen voor nodig waren. Voor iemand die niet reisluchtig was en daarom niet naar Nederlands Indië wenste te gaan, een hele opgave. Waarschijnlijk rond 1932 moet zij ook op vakantie in Noorwegen zijn geweest gezien een relatief recent geveild doek van Wilhelmina *Avond aan het Bygdin Meer*. Het is zeldzaam dat werk van Wilhelmina 'op de markt komt', hoewel in Paleis het Loo een kamer vol met werk van haar moet zijn. Het enige eigen werk dat zij zelf heeft laten verkopen is geweest voor het fonds in oprichting voor de kankerbestrijding, het latere KWF. In 1934 gaat zij na het overlijden van Prins Hendrik opnieuw, maar nu voor zes weken naar Oye. Samen met prinses Juliana, die "afzag van de erfenis van haar vader" probeerde zij in de bergen van Noorwegen haar gedachten te ordenen en realiseerde zij zich dat zij mogelijk haar man nooit goed begrepen heeft...

Voor het bijvoorbeeld ordenen van gedachten lijkt mij ook nu nog het reizen, zonder tijdsdruk in een relatieve eenzaamheid, in een tegenwoordig niet noodzakelijk haastiger, ongeduldiger of oppervlakkiger tijdsgewricht, een uitkomst!

1. *Reve Karel van het. Verzameld werk deel 4. Amsterdam: Van Oorschot; 2010. p. 120 e.v..*
2. *Erftemeyer A. Zó Hollands. Het Hollandse landschap in de Nederlandse kunst sinds 1850. Frans Hals museum / De Hallen Haarlem; 2011. p. 19.*

Lichen sclerosus en seks

M.P.M. Burger

Inleiding

Lichen sclerosus is een chronisch ontstekingsproces van de huid en het onderhuidse bindweefsel dat zich vooral manifesteert aan de vulva. Het is onbekend waartegen de ontsteking zich richt. De huid wordt dunner en verliest zijn elasticiteit, waardoor gemakkelijk beschadigingen ontstaan (fissuren, echymosen) (figuur 1). De linker- en rechterzijde van de vulva kunnen in het midden met elkaar verkleven. Geleidelijk ontstaan anatomische en functionele veranderingen. De anatomische verandering wordt architectuurverlies genoemd. In het eindstadium zijn de labia minora volledig uitgevlakt en is de interlabiale plooï verdwenen (figuur 2). De ingang van de vagina is vernauwd en omsloten door een stugge, vormloze wal van weefsel. De glans clitoridis ligt onder het oppervlak: het preputium heeft zich door verkorting en verkleving om de glans getrokken. De plooï tussen het corpus clitoridis en het labium majus is verstreken. Het is goed voorstelbaar dat deze anatomische veranderingen de beleving van seksualiteit in de weg staan. Pijn speelt daarbij een voorname rol. Door de pijn kan een overactieve bekkenbodemp (bekkenbodempertone) ontstaan die de pijn weer verergert.

De wetenschappelijke literatuur over het effect van lichen sclerosus op het beleven van seksualiteit is zeer beperkt en van een kwantitatief karakter.^{1,2} Bij kwantitatief onderzoek, bekend van de vragenlijsten, gaat het vooral om frequenties van kenmerken en de verbanden tussen de kenmerken. Patiënten met lichen sclerosus scoren, in vergelijking met gezonde vrouwen significant lager op een vragenlijst voor seksueel verlangen, opwinding, lubricatie, orgasme en tevredenheid.² Kwalitatief onderzoek heeft een andere en eigen betekenis. Het gaat hierbij om de verscheidenheid van de individuele ervaringen van mensen en over de betekenis daarvan in hun leven. Kwalitatief onderzoek betreft 'verhalen', en citaten nemen in de verslaglegging een belangrijke plaats in. Voor de analyse bestaat een eigen methodologie. Men vindt geen tabellen, grafieken, p-waarden en betrouwbaarheidsintervallen. De onderzoeker tracht om gemeenschappelijke patronen of regulerende principes in de beschreven ervaringen te identificeren. Er zijn verschillende vormen van kwalitatief onderzoek, afhankelijk van de specifieke vraagstelling en de bron van de gegevens.^{3,4}

De website (www.lichensclerosus.nl) van de Zelfhulpgroep en Stichting Lichen Sclerosus heeft een forum voor lotgenoten met lichen sclerosus. Dit forum kent een besloten gedeelte waarin patiënten ervaringen en emoties uitwisselen en elkaar daarbij tot steun zijn. Ik heb van het bestuur van de Stichting voor mijn professionele activiteiten toegang gekregen tot het besloten gedeelte. Eén van de belangrijke onderwerpen is 'lichen sclerosus en seks'. Dit artikel heeft als doel de verscheidenheid van de seksuele problematiek die daarin naar voren komt voor het voetlicht te brengen.

Materiaal en methoden

Het beschreven onderzoek is een exploratieve kwalitatieve analyse van discussies van patiënten die op het besloten gedeelte staan van de website van de patiëntenvereniging. De patiënten bespreken heel verschillende onderwerpen met elkaar. De webmaster brengt een rubricering aan zodat gelijktijdig een veelheid aan onderwerpen naast elkaar kan worden besproken. In februari 2006 initieerde een van de patiënten een discussie over 'lichen sclerosus en seks'. Rond de jaarwisseling 2010-2011 omvatte deze rubriek 25 onderwerpen die gemiddeld 300 (spreiding 33-1861) keer waren bekeken met gemiddeld 15 (spreiding 0-108) reacties. Ik heb voor dit onderzoek citaten gebruikt uit veertien onderwerpen. De belangrijkste onderwerpen dragen namen als 'niet meer durven vrijen' (108 reacties), 'problemen met de clitoris' (24 reacties), 'moet ik straks seks missen?' (22 reacties), 'hoe gaat dat bij jullie?' (16 reacties) en 'zijn er mensen die naast (of door?) lichen sclerosus ook vaginisme hebben?' In totaal hebben 82 patiënten een reactie geplaatst binnen één van de veertien onderwerpen waaruit citaten zijn genomen. In totaal 26 patiënten (Aafke-Zwaantje) zijn in dit verslag een of meer keren geciteerd. Op de website gebruiken nagenoeg alle patiënten een gefingeerde naam. Voor dit verslag zijn deze namen vervangen door een andere gefingeerde naam.

De resultaten heb ik gestructureerd in een aantal thema's. Die thema's werden gekozen op grond van resultaten van onderzoek bij patiënten met vulvodynie^{5,6} en kennis over seksuele motivatie.⁷ Deze studie heeft daarmee grotendeels een deductief karakter. De tekstanalyse is door één persoon, de auteur, uitgevoerd. Bij elk thema worden de citaten en het theoretische kader gezamenlijk behandeld; resultaten



Figuur 1. Vulva met lichen sclerosus en fissuur van voorste vestibulum.



Figuur 2. Vulva met eindstadium van lichen sclerosus.

en discussie gaan hand in hand. Dat maakt de behandeling in één artikel van een verscheidenheid van onderwerpen gemakkelijker. Deze werkwijze is niet ongebruikelijk in kwalitatief onderzoek omdat de verzameling van de data (de keuze van de citaten) zo afhankelijk is van de gekozen thema's.

Verslag

Pijn bij seks

Op het forum schrijven patiënten dat coïtus erg pijnlijk kan zijn. Aafke: "... waar ik zo mee zit is dat ik geen seks meer durf te hebben omdat ik iedere keer openscheur". Betty: "Dat uitscheuren, daardoor angst voor seks, daardoor verkrampde seks (want je wilt toch wat) daardoor weer scheuren en uiteindelijk geen mogelijkheid tot seks meer." Betty schrijft over verkramping. Veel patiënten op het forum gebruiken de term vaginisme. Het aanspannen van de bekkenbodemspieren is niet alleen een logisch gevolg van pijn, het kan op zijn beurt weer oorzaak zijn van oppervlakkige wondjes en pijn. De pijn kan enige uren, bij sommigen enige dagen, aanhouden. Christine: "Ik merk dat ik wel tegen seks opzie, vooral voor de pijn die ik dan waarschijnlijk weer ga krijgen. Ik heb vaak, als mijn huid in aanraking is gekomen met de

zijne, last van branderigheid. Dit de dag daarna vaak ook nog, daarna gaat het vaak wel weer over."

Er zijn vrouwen die doorzetten bij pijn. Doortje schrijft bijvoorbeeld: "En als je dan voelt dat je toch inscheurt ben je (ik meestal wel) al in hogere sferen en heb je ook geen zin om er dan mee te stoppen. Daarna sta ik wel te jodelen onder de douche. En loop ik een paar dagen te balen, maar het trekt wel bij. (...) Uiteindelijk is het hebben van een goed seksleven wel de slagroom op de taart en het cement in je relatie." Eva tekent op: "langzamerhand besefte ik dat het niet alleen aan de onderkant maar ook aan de bovenkant pijn deed. (...) Voor mij was de keuze toen gemakkelijker. Liever wat extra pijn aan de onderkant en mijn hoofd weer vrij. Niet alleen liefhebben, maar ook liefde bedrijven. 't Klinkt natuurlijk gemakkelijk maar het is wel gestuntel geworden hoor. De controle nooit meer echt los laten, niet teveel gefriemel (kijk, vroeger was dat geen gefriemel maar nu is het doodeng want wat gaat er allemaal stuk), tijdens de penetratie een vinger als tegendruk op dat ene randje en nooit meer lekker nagenieten maar direct een sprintje naar de douche. En toch is het heerlijk."

Bij andere vrouwen leidt de weerkerende pijn tot het vermijden van seks. Froukje: "Op een gegeven moment vond ik vrijen ook een beetje eng worden. Wordt onzeker en elke keer als mijn man me een knuffel gaf, of een kus op mijn buik, dan dacht ik: 'o jee, misschien wil hij wel vrijen, dat kan nu echt niet hoor'. Vervolgens lag ik erbij als een pop, en probeerde mijn man me wel te knuffelen, maar lukte het niet om terug te knuffelen. Nou ja, dan is de lol er ook van af." Voor sommige vrouwen wordt de situatie zodanig dat zij subjectief niet meer opgewonden worden. Gonnie schrijft: "Het ergste vind ik dat mijn gevoel weg is, de opwinding, de zin. Voor mij hoeft het allemaal niet meer. Terwijl het vroeger andersom was."

Het is verleidelijk om lichen sclerosus verantwoordelijk te houden voor alle seksuele problematiek. Aan die verleiding toegeven miskent dat de seksuele respons door veel verschillende factoren wordt beïnvloed. Het meest recente model van de seksuele respons stelt dat het begin van de seksuele opwinding een volledig automatische fysiologische reactie is. Opwinding kan worden geïnitieerd door gedachten of zintuiglijke prikkels (zien, horen, voelen, ruiken). Als die beginnende respons er is, kan verlangen worden ervaren.^{8,9} Voor een doorgaande seksuele respons (toenemende opwinding, orgasme) moet aan een aantal materiële en immateriële factoren worden voldaan. Een belangrijke materiële factor is een lichaam dat functioneel voldoende is toegerust voor

seksuele stimulatie. Bij patiënten met lichen sclerosus kan seksuele stimulatie gehinderd worden door pijn of angst voor pijn,¹⁰ verminderde gevoeligheid van de clitoris omdat deze onder het oppervlak ligt, en vernauwing van de introitus vaginae door sclerosering en/of door het aanspannen van de m. pubococcygeus (bekkenbodempertone, vaginisme). Van de immateriële factoren voor een doorgaande seksuele respons is vooral de context (intimiteit, veiligheid, opvattingen over de partner) belangrijk.

Redenen voor seks

Meston en Buss hebben onderzoek verricht naar de redenen van vrouwen om seks te hebben.⁷ De meest genoemde redenen zijn, afgezien van het voortplantingsverhaal, het ervaren van intimiteit en genot en het ontladen van seksuele spanning. Er zijn evenwel vele andere motieven. Er zijn ook redenen om seks te hebben als je eigenlijk geen zin hebt. Daarvan zijn de belangrijkste: het in stand houden van de relatie, plichtsgevoel, en omdat het nu eenmaal aardig is in de relatie met je partner. In het lotgenotenforum over lichen sclerosus en seks komen we illustraties van deze redenen tegen. Hedwig: "... ik heb een veel jongere partner en ook al zegt hij dat het hem niet uitmaakt en dat hij voor mij kiest, hangt het niet goed functioneren van mijn doos toch een beetje als het zwaard van Damocles boven mijn hoofd." Voor Hedwig is intravaginale coïtus belangrijk om de relatie in stand te houden, om ervoor te zorgen dat haar partner haar trouw blijft. Voor Ineke is intravaginale coïtus onmogelijk. Ineke: "Ik heb hem ook al een paar keer gezegd dat hij het misschien met iemand anders moest proberen omdat ik hem het plezier in seks niet wil ontnemen (...)". Om deze uitspraak van Ineke goed te kunnen begrijpen, moeten we verwijzen naar het stereotype van de ideale vrouw dat in onze cultuur bestaat. De ideale vrouw bindt zich romantisch aan een man en voelt zich verantwoordelijk voor zijn fysieke en emotionele behoeften. Zij komt hem tegemoet in zijn niet te bedwingen seksuele drift. Als je niet kunt voldoen aan het ideaalbeeld van vrouwelijkheid, kun je daarin berusten of jezelf opofferen. Sommige vrouwen, zoals Ineke, gaan in hun zorgzaamheid zo ver dat ze dat ze hun partner 'echte seks' bij een ander voorstellen. Deze oplossingen zijn ook gegeven door vrouwen die vanwege vulvodynie (vulvaire pijn zonder huidafwijking) geen intravaginale coïtus kunnen hebben.^{5,6}

De partner

De pijn van hun partner laat mannen niet onberoerd. Janneke: "Mijn man is meer bang dat hij mij pijn kan doen terwijl ik juist niet wil toegeven dat ik een probleem zou kunnen hebben en er niet mee leven wil." Betty: "Het gaat helaas wennen dat je het weinig doet. Manlief voelde zich vaak ook afgewezen, dus

die probeert ook weinig (...)". Kim: "(...) mijn partner voelde zich telkens enorm schuldig voor de 'pijn en de schade' die hij aanrichtte. Nu proberen we toch om op een creatieve manier ons seksueel leven spannend te houden". Lena (in reactie op een lotgenote): "Ik herken absoluut je gevoel van schuld. Maar ja, weet je wat het is? Die mannen maken er een veel minder groot probleem van dan wij in ons hoofd hebben. Die van mij vindt het prima, orale bevrediging of met de hand. En er zijn een heleboel mannen die hiervan dromen, maar het van hun vrouw echt op hun buik kunnen schrijven." Maaïke is naar de gynaecoloog geweest die met haar een verwijdingsplastiek besprak. Haar reactie was: "Maar tot op heden hebben mijn vriend en ik er vrede mee zoals het nu gaat. Er zijn ook andere manieren om het leuk te hebben en penetratie is voor ons niet meer noodzakelijk."

Ideaalbeelden zijn soms zo sterk dat de alternatieven niet gekend worden of willen worden, zoals voor Janneke geldt. Sommige vrouwen voelen zich nog steeds tekortschieten, ook als hun partner heel steunend is en geen druk uitoefent om te penetreren. Kim, Lena en Maaïke hebben de ideaalbeelden van vrouwelijkheid en heteroseksualiteit kunnen relativiseren. Zij laten zien dat pijnloze niet-coïtale seks een alternatief is dat als plezierig, intiem en emotioneel bevredigend kan worden ervaren. Maar wellicht geldt dit niet voor iedereen. Het beeld blijft onvolledig zolang we geen informatie hebben die rechtstreeks van de partners van vrouwen met lichen sclerosus komt.

Het gaat niet in alle relaties goed. Lena: "Er is bij mij en mijn partner een tijd geweest dat we geen seks hadden op wat voor manier dan ook. Ik baalde ervan dat het op de normale manier niet lukte, en hij had zoiets van: 'ik kijk wel wat de tijd doet.' Wat we merkten was dat we kribbig werden tegen elkaar, omdat de seksuele gevoelens er wel waren, maar niet bevredigd werden. Op een gegeven moment ga je dan maar zelf oplossingen zoeken om die bevrediging wel te krijgen, maar niet bij elkaar." Nienke: "ik denk wel dat iedere patiënt/patiënte blij mag zijn met in ieder geval een begripvolle man/vrouw. Ik heb die ervaring helaas niet. Hij probeert het wel, maar hij snapt het gewoon niet". De spanningen kunnen zo hoog oplopen dat het einde van een relatie het gevolg is. Odette: "Hij ging er eerst vrij goed mee om, was lief en geduldig maar op den duur ging het toch niet meer goed, teveel frustraties en spanningen. Ik kon er niet meer tegen om alleen hem te bevredigen zeg maar, en bij mij kon hij niets doen omdat mijn huid zo geïrriteerd was. We kregen er vaak ruzie over en we zijn uit elkaar gegaan."

Patiënten met lichen sclerosus zijn wellicht kwetsbaarder voor relatieproblematiek dan gezonde vrouwen. Bij getrouwde koppels is vastgesteld dat de tevredenheid over hun seksuele leven samenhangt met de tevredenheid over hun relatie in het algemeen. Susan Sprecher heeft prospectief onderzoek verricht onder jonge mensen die (nog) niet getrouwd zijn. In deze groep gaat ontevredenheid over de seks samen met een grotere kans op een latere relatiebreuk. Voor mannen weegt de tevredenheid over de seks zwaarder voor hun totale oordeel over de relatie dan voor vrouwen.¹¹

Een nieuwe relatie

Vrouwen die geen partner hebben, hebben een ander probleem. Voor hen is er geen genitale verkenning met instemmend zwijgen. Petra: "Ik ben nu zelf met een echtscheiding bezig en maak mij ook zorgen over de toekomst waar het een nieuwe relatie betreft. Want wat ik lichamelijk niet kan is nog niet uit mijn systeem, zeg maar. Ik heb ook behoefte aan intimiteit en seks al heb ik geen flauw idee hoe dat dan moet omdat het heel pijnlijk is." Odette: "Ik weet ook niet hoe het moet als ik weer een leuke jongen leer kennen. Ik ben nu vrijgezel en vind het wel eng om een relatie aan te gaan. Met mijn ex hadden we wel een andere manier om te seksen maar daar krijg je ook genoeg van. (...) Hoe moet ik een andere jongen zeggen dat ik geen seks kan hebben?"

Vrouwen die een nieuwe relatie willen, hebben de vrijheid om met verschillende partners ervaring op te doen. Zij kunnen een inschatting maken van hun eigen aantrekkelijkheid, een beter inzicht krijgen in de bedoelingen en karaktereigenschappen van de partner en helderheid krijgen over hun eigen voorkeuren. Vrouwen blijven bij incidentele contacten meer kieskeurig dan mannen. Zij sonderen een incidentele partner op zijn geschiktheid voor een langdurige relatie.¹² Vrouwen met lichen sclerosus zullen meer dan gemiddeld aarzelen als seks in een nieuwe relatie aan de orde komt. Zij zullen in het vertellen van hun ziekte aan een potentiële partner en de consequenties die dat heeft, al belangrijke inzichten krijgen over zijn geschiktheid voor een langdurige relatie.

Negatief zelfbeeld

Als je niet in staat bent tot intravaginale seks, misschien geen verlangen of opwinding meer ervaart, kan dat een behoorlijke aanslag op je zelfbeeld zijn. De veranderingen van de architectuur en de weerkerende pijn bij coïtus zullen dat negatieve zelfbeeld versterken. Renate: "Mijn man heeft mijn doos al jaren niet meer gezien, ik schaam me dood als hij er naar kijkt." Susan: "... en ja ook ik voel me verre van 100% vrouw, waardoor ik me dan (onterecht?) afvraag: kan ik het een man aandoen om een rela-

tie met mij aan te gaan. (...) Ik kan me niet herinneren ooit kleine schaamlippen te hebben gehad en de rand bij mijn anus is door de operaties erg afwijkend geworden, niet bepaald iets waar je trots op bent om aan een man te tonen." Tinie (lesbisch): "Ik heb sinds twee jaar een vriendin die niet moeilijk doet over de ziekte en die er juist begrip voor heeft. Toch kamp ik vaak met dezelfde vragen als alle anderen hier. (...) Wat als? Mits de dermatoloog mij wil opereren en nog iets van m'n doos kan bakken, zal dit mijn laatste partner zijn. Zelf zou ik het nooit meer aan iemand durven te vertellen. Ik heb dan ook veel respect voor de vrouwen die het wel aandurven. Het is een hele grote stap juist omdat je je al bijna geen vrouw meer voelt door die aandoening."

Over het negatieve lichaamsbeeld van vrouwen met lichen sclerosus heb ik geen wetenschappelijke literatuur kunnen vinden. Buiten de context van deze ziekte is er ruim over geschreven. Een negatief lichaamsbeeld, en dan in het bijzonder met betrekking tot de primaire en secundaire geslachtsorganen, is de grondslag voor veel plastisch chirurgische ingrepen.¹³ Voor vrouwen is het uiterlijk belangrijk omdat zij weten dat het helpt bij het krijgen van waardering en het binden van een man. Minder goed bekend is dat een negatief lichaamsbeeld een ingrijpend effect heeft op alle aspecten van haar seksualiteit. In een onderzoek onder 307 vrouwen van 35-55 jaar bleek dat hoe minder aantrekkelijk een vrouw zichzelf vindt, hoe minder seksueel actief ze is en hoe minder ze ervan geniet.¹⁴ Dit wil niet zeggen dat vrouwen die zichzelf minder aantrekkelijk vinden ook minder tevreden zijn over hun seksualiteit. De tevredenheid met seksualiteit hangt meer af van de kwaliteit van de relatie in het algemeen.

Adviezen van gynaecologen

Gonnie: "Als we seks hebben gehad is het wel altijd een paar dagen gevoeliger dan anders. Maar mijn gynaecoloog zei wel gelijk nadat lichen sclerosus geconstateerd werd, ga a.u.b. wel door met seks want het moet wel soepel blijven." Vera: "Over sex en vrijen, ik durf het al tien jaar niet meer, en als ik ermee kwam bij de gynaecoloog, zei hij: 'Heus het moet kunnen als u het maar echt fijn vindt.' Niet dus, ik denk dat hij er geen idee van heeft wat voor pijn het doet, (...)." Er worden verschillende therapieën voorgesteld. Wiesje: "Ook mijn gynaecoloog raadde mij aan om, als het mogelijk is, seks te hebben, mét penetratie. Hij schreef zelfs een glijmiddel voor (...)." Odette: "Ik slik nu 30 mg amitriptyline per dag, een soort pijnstillers, en eind januari ga ik weer terug naar het ziekenhuis voor controle, daar wisten ze ook niet goed wat ze met me aan moeten." Xandra: "Ik heb bij mijn vagina een aantal botoxinjecties gehad waardoor het weer voor een paar weken mogelijk was om

seks te hebben en met heel veel geluk ben ik toen zwanger geraakt. Na de bevalling gaan we samen met de gynaecoloog en de plastisch chirurg verder kijken wat voor een operatie er mogelijk is om weer seks te hebben." Lena: "Ik heb van de gynaecoloog de grootste pelotte gehad, maar ehmm (...)."

Niet alle gynaecologen zien overigens het probleem of weten de goede toon te vinden. Susan: "Toen kregen we het dus ook over seks. Volgens de gynaecoloog moest dat wel kunnen. Toen ze echter de dunne plekjes met een wattenstaafje(!) aanwees gingen deze al bloeden. Daarnaast zijn er de verklevingen bij de clitoris, maar die scheurden wel open bij de gemeenschap, zei ze (...)." Yvette: "Mijn huisarts en de dermatoloog vonden beiden dat ik wellicht voor zo'n plastiek in aanmerking zou moeten kunnen komen vanwege een behoorlijke opstaande littekenrand rond de vagina ingang. ... Ik werd door de gynaecoloog toch wel als een behoorlijke aanstelster afgedaan. Heb voor het oog van vijf artsen met m'n benen wijd gelegen en er werd binnen vijf minuten gezegd dat alles ruim genoeg was en dat ik maar een afspraak moest maken met een seksuoloog. Door deze mevrouw doorverwezen naar een bekkenbodempysiotherapeut. Daar een half jaar gelopen, kon toen prima mijn bekkenbodem ontspannen. Maar dat helpt natuurlijk niets tegen scheurend littekenweefsel."

Het kan ook gebeuren dat het werkelijke probleem niet op tafel komt. Zwaantje: "Mijn ex raadde me vaker aan om naar een arts te gaan. Wat ik ook deed. Alleen was ik te verlegen om precies het hele verhaal uit te leggen, waardoor de arts maar het halve verhaal te horen kreeg en me niet kon helpen. (...) Ik voel me dom en stom dat ik niet gewoon eerder aan de bel heb getrokken, of waarom ik niet eerlijk was tegen de artsen, maar dat kwam door schaamte, en nog steeds. De angst is en blijft een grote boosdoener waar ik geen raad mee weet en ik contact uit de weg ga. En zo ook een relatie."

Beschouwing

Ik ben mij ervan bewust dat dit verslag niet de seksuele problematiek in al zijn dimensies bij patiënten met lichen sclerosus laat zien. Het gaat in dit verslag om een verkenning op grond van de informatie die op een patiëntenforum wordt aangedragen. Aan de orde kwamen het omgaan met pijn bij seks, redenen om seks te hebben, reacties van mannen op pijn bij hun partner, angst voor seks in een nieuwe relatie, de invloed van een negatief zelfbeeld en adviezen van gynaecologen. Bij de presentatie van kwalitatief onderzoek is de subjectiviteit van de auteur(s) een geaccepteerd gegeven, maar noopt wel tot reflectie. Er is een persoonlijke kleuring door de keuze van de

citaten. Idealiter worden teksten geanalyseerd door verschillende onderzoekers, hetgeen in het onderhavige niet het geval was. Aan de andere kant heb ik me bij de keuze van de thema's laten leiden door bestaande wetenschappelijke concepten. Deze deductieve benadering geeft minder kans op persoonlijke kleuring dan de inductieve benadering. Bovendien zijn voor de analyse documenten gebruikt en geen interviews. Bij documenten is de tekst gegeven; de onderzoeker is een niet-intrusieve waarnemer. Bij interviews kan de onderzoeker invloed hebben op hetgeen tot uitdrukking wordt gebracht.^{3,4}

Het belang van kwalitatief onderzoek is dat de hulpverlener inzicht krijgt in de problematiek vanuit het perspectief van de patiënt. Het confronteert de hulpverlener met de context van een ziekte. Veel patiënten met lichen sclerosus hebben behoefte aan een perspectief met meer bevredigende seks. Het ligt voor de hand om bij sommige patiënten aan een operatie te denken.¹⁵ De inhoud van dit verslag maakt duidelijk dat een eng biomedisch focus dan niet volstaat. De psychoseksuele en relationele context vraagt uitgebreid aandacht. De anatomische veranderingen door lichen sclerosus kunnen aanleiding zijn geweest voor secundair vaginisme, een chronisch overactieve bekkenbodem, opwindingsstoornissen, verminderd seksueel verlangen of zelfs seksuele weerzin. De seksuele problematiek kan zijn weerslag hebben gehad op de relatie in het algemeen, depressieve gevoelens hebben losgemaakt, enzovoort. Met een operatie worden niet automatisch alle psychische belemmeringen verleden tijd. Voor seksuele revalidatie van deze patiënten moet begeleiding van een seksuoloog en bekkenfysiotherapeut beschikbaar zijn.

Bron foto's: archief AMC.

Literatuur

1. Dalziel KL. *Effect of lichen sclerosus on sexual function and parturition. J Reprod Med* 1995;40:351-4.
2. Nieuwenhof HP van de, Meeuwis KAP, Nieboer TE, Vergeer MCM, Massuger LFAG, De Hullu JA. *The effect of vulvar lichen sclerosus on quality of life and sexual functioning. J Psychosom Obstet Gynecol* 2010;31:279-84.
3. Jansen H. *Systematiek en toepassing van de kwalitatieve survey. In: Lucassen PLBJ, Olde Hartman TC, redactie. Kwalitatief onderzoek. Praktische methoden voor de medische praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007, p. 27-41.*
4. Zwieter M van, Willems D. *Waardering van kwalitatief onderzoek. Huisarts Wet* 2004;47:631-5.
5. Ayling K, Ussher JM. *'If sex hurts, am I still a woman?' The subjective experience of vulvodynia*

- in hetero-sexual women. *Arch Sex Behav* 2008;37:294-304.
6. Elmerstig E, Wijma B, Berterö C. Why do young women continue to have sexual intercourse despite pain? *J Adolesc Health* 2008;43:357-63.
 7. Meston CM, Buss DM. *Waarom vrouwen seks hebben*. Amsterdam: Nieuw Amsterdam, 2009. Dit boek is uit het Engels vertaald. Oorspronkelijke titel: *Why women have sex. Understanding sexual motivations - from adventure to revenge (and everything in between)*. New York: Times Books, Henry Holt and Company, 2009. Een samenvatting is het wetenschappelijke artikel: Meston CM, Buss DM. *Why humans have sex*. *Arch Sex Behav* 2007;36:477-507.
 8. Laan E, Both S. What makes women experience desire? *Feminism & Psychology* 2008;18:505-14.
 9. Lunsen RHW van. *Libido bestaat niet en seks werkt anders dan u denkt!* In: Slager E, (red). *Reproductieve geneeskunde, gynaecologie en obstetrie anno 2009*. Rotterdam: Erasmus MC, 2009, p. 465-72.
 10. Brauer M, Kuile MM ter, Jansen SA, Laan E. The effect of pain-related fear on sexual arousal in women with superficial dyspareunia. *Eur J Pain* 2007;11:788-98.
 11. Sprecher S. Sexual satisfaction in premarital relationships: associations with satisfaction, love, commitment, and stability. *J Sex Res* 2002;39:190-6.
 12. Buss DM. *The evolution of desire. Strategies of human mating*. New York: Basic Books, 1994. Het gaat met name om hoofdstuk 4 over 'casual sex'. Een synopsis van dit boek wordt gegeven in het artikel Buss DM, Schmitt DP. *Sexual strategies theory: an evolutionary perspective on human mating*. *Psychological Review* 1993;100:204-32.
 13. Burger MPM. Over schoonheid en plastische chirurgie. *Ned Tijdschr Obstet Gynecol* 2008;121:121-6.
 14. Koch PB, Mansfield PK, Thureau D, Carey M. 'Feeling frumpy': the relationships between body image and sexual response changes in midlife women. *J Sex Res* 2005;42:215-23.
 15. Burger MPM. Operaties vanwege lichen sclerosus. In: Slager E (red). *Reproductieve geneeskunde, gynaecologie en obstetrie anno 2011* Haarlem: DCHG, 2011, p. 523-8.

Samenvatting

Nederlandse patiënten met lichen sclerosus hebben een website waarop ze ervaringen kunnen uitwisselen. De auteur verrichtte een exploratieve kwalitatieve analyse van de discussie over lichen sclerosus en seks.

Seks kan bij lichen sclerosus pijnlijk zijn door beschadiging (scheuren) van de huid, het ontstaan van fissuren en door hypertonie van de bekkenbodemspieren. Sommige vrouwen zetten coïtus door bij pijn omdat er toch ook lust en intimiteit wordt ervaren of omdat zij vinden dat hun relatie dat vraagt. Anderen vermijden seks met als mogelijk gevolg dat het beleven van lust helemaal vergaat of dat problemen in de relatie ontstaan. Pijn bij coïtus laat partners van vrouwen met lichen sclerosus niet onberoerd. Sommige paren komen tot een bevredigende seksuele relatie zonder vaginale penetratie. Bij lichen sclerosus kan een negatief zelfbeeld ontstaan door de veranderingen van de vulva. Dit negatieve zelfbeeld kan, onafhankelijk van het pijnprobleem, een nadelige invloed hebben op de beleving van seks.

Voor gynaecologen is het van belang te weten dat seksuele problematiek bij patiënten met lichen sclerosus gangbaar is, vele dimensies kent, en aandacht behoeft in de spreekkamer. De operatieve behandeling van patiënten met lichen sclerosus is teamwork met seksuoloog en bekkenfysiotherapeut.

Trefwoorden

lichen sclerosus, seks, pijn

Summary

Dutch patients having lichen sclerosus have a website with a closed part to compare notes. The author performed an explorative qualitative analysis of the discussion on lichen sclerosus and sex. Sex may be painful in lichen sclerosus patients because of

epithelial lesions, chronic fissures and pelvic floor hypertonicity. Some women continue having painful intercourse because they also experience passion and intimacy, or because they feel that their relationship needs it. Other women avoid having intercourse with fading of passion or relational problems as a possible consequence. Coital pain will disturb the partners of women with lichen sclerosus. Some couples will come to a satisfying sexual relationship without vaginal penetration. Women with lichen sclerosus may develop a negative self-image because of the changes of the vulva. This negative self-image may be detrimental to the perception of sexuality, independent of the pain problem. For gynaecologists, it is important to know that sexual problems in women with lichen sclerosus occur quite frequently, show many dimensions, and need attention in the consulting room. Surgical treatment of lichen sclerosus' patients is teamwork with a sexologist and a physiotherapist for pelvic floor disorders.

Keywords

lichen sclerosus, sex, pain

Gemelde (financiële) belangenverstrengeling
geen**Auteurs**

Prof. dr. M.P.M. Burger, gynaecoloog, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Correspondentieadres

Prof. dr. M.P.M. Burger
Academisch Medisch Centrum H4-215
Meibergdreef 9
1105AZ Amsterdam ZO
E-mail: m.p.m.burger@amc.uva.nl

Onterecht gebruik van een intra-uteriene druklijn met ernstige complicaties

I.M. van Hooft, B.W.J. Mol en V. Haitsma

Inleiding

Het gebruik van een intra-uteriene druklijn is na de publicatie van een randomised controlled trial begin 2010 door Bakker et al. ter discussie komen te staan.¹ Uit deze studie en uit eerdere publicaties blijkt dat het gebruik van een intra-uteriene druklijn geen voordeel oplevert ten opzichte van het gebruik van een externe tocografiemeter als het gaat om de duur van de baring, het aantal instrumentele baringen en de neonatale uitkomst. Uit andere rapportages blijkt dat het gebruik van een intra-uteriene druklijn wel tot ernstige complicaties kan leiden, zoals een abruptio placentae, perforatie van de uterus of foetale vasculaire beschadiging.¹⁻⁴ Dergelijke complicaties zijn echter zo weinig frequent dat ze in gerandomiseerde trials niet of nauwelijks voorkomen. Wij beschrijven twee casus uit onze eigen praktijk.

Casus 1

Een gezonde, slanke 40-jarige gravida 4, para 3 werd ingeleid wegens serotiniteit bij een amenorroe duur van 41⁺⁰ weken. Tot op heden was er sprake van een ongestoorde graviditeit en werd de zwangerschap gecontroleerd door een verloskundige uit de eerste lijn. De inleiding werd gestart door middel van amniotomie bij 4 cm ontsluiting. Een caputelektrode (CE) werd geplaatst om het foetale hartritme te monitoren. Patiënte werd gestimuleerd met syntocinon en kreeg ter pijnstilling pethidine en later epidurale anesthesie. Er was, bij een goede foetale conditie, trage vordering van de baring. Bij observatie van patiënte was er sprake van 2-3 contracties per tien minuten. Bij vermoeden op suboptimale weeënactiviteit gecombineerd met een slechte uitwendige registratie van de contracties werd besloten een intra-uteriene druklijn in te brengen. Direct na het plaatsen van de druklijn ontstonden er flauwe type-2-deceleraties op het cardiotocogram (CTG). Patiënte gaf een constante pijn in haar onderbuik met drukgevoel aan en er was sprake van fors helderrood vaginaal bloedverlies. Bij vaginaal toucher, vijftien minuten na het plaatsen van de druklijn, bleek er sprake van 8 cm ontsluiting; het caput was ingedaald tot Hodge 3. Het CTG toonde inmiddels een bradycardie met een foetale hartslag variërend tussen de 70-90 bpm. On-

der verdenking partiële solutio werd besloten een snelle vaginale baring na te streven. Na twee keer persen stond het caput op Hodge 4 en werd overgegaan tot een vacuümextractie met kiwi-cup en fundusexpressie. Na één tractie werd een zoon geboren van 3220 gram met een goede start, apgarscore van 8 over 10 na respectievelijk één en vijf minuten. De neonaat werd direct post partum opgevangen door de kinderarts. Gezien de goede neonatale conditie was opname op de neonatologie afdeling niet nodig. De placenta werd na dertien minuten spontaan geboren en oogde compleet. De druklijn was ingesneden in de maternale zijde van de placenta en er was een diepe afdruk van de druklijn zichtbaar. Bij pathologisch onderzoek waren er echter onvoldoende aanwijzingen voor een abruptio placentae. Patiënte kon de volgende dag samen met haar zoon het ziekenhuis in goede conditie verlaten.

Casus 2

Een 36-jarige gravida 4, para 2, APLA 1 werd vanwege misselijkheid, braken in combinatie met gestoorde leverfuncties en verhoogde infectieparameters (Hb 6,6 mmol/l, Ht 0,30 l/l, trombocyten $167 \times 10^9/l$, CRP 176 mg/l, ASAT 538 U/l, ALAT 365 U/l, LD 261 U/l, urinezuur 0,29 mmol/l, 24-uursurine negatief) bij een amenorroe duur van 38⁺² weken ingeleid. Patiënte was normotensief en had geen koorts. Echografisch onderzoek van de bovenbuik toonde enkele dagen eerder een inhomogene steatotische lever. Differentiaaldiagnostisch werd gedacht aan een virale hepatitis, reactieve CMV- of EBV-infectie, of HELLP-syndroom. Voor een acute *fatty liver* waren geen aanwijzingen in het laboratorium (glucose 5,4 mmol/l, ammoniak 31 $\mu\text{mol/l}$, PT 10 seconden, APTT 32 seconden). De obstetrische voorgeschiedenis vermeldde twee spontane ongecompliceerde partussen. Patiënte participeerde in het PROBAAT-onderzoek, een gerandomiseerde trial waarin inleiding met Ballon vergeleken werd met inleiding door middel van prostaglandine (<http://www.studies-obsgyn.nl>: *adverse effects* worden genoteerd en meegenomen in de analyse). Zij werd, na loting, ingeleid door middel van prostaglandines E2 (Prostin®). Na twee giften prostaglandines kreeg patiënte 2-3 pijnlijke contrac-

ties per tien minuten en braken de vliezen spontaan. Bij 1 cm ontsluiting traden variabele deceleraties op met een late component. Het CTG herstelde zich na *rescue* tocolyse met fenoterol (Partusisten®). De uterus was soepel en er was geen bloedverlies. Dertig minuten later werd in verband met een polysystolie een onderhoudsdosering fenoterol gestart. Na twee uur werd de fenoterol weer gestaakt en bleef patiënte 4-5 pijnlijke contracties houden. Er werd besloten epidurale anesthesie toe te dienen, waarmee zij geheel pijnvrij werd.

Durante partu ontwikkelde patiënte koorts tot 38,1°C waarop besloten werd intraveneus amoxicilline-clavulaanzuur (1,2 gram à zes uur) te starten.

In de daarop volgende uren vorderde patiënte traag tot 2-3 cm ontsluiting. Fraai reactieve stukken op het CTG werden afgewisseld met registratie van variabele type-1-deceleraties.

Vanwege de verdenking op primaire weeënzwakte werd, om de contractiekracht te objectiveren, tweemaal getracht een druklijn in te brengen. De druklijnen waren zonder weerstand op te voeren, maar vulden zich direct met bloed en op het CTG ontstonden er variabele deceleraties, waarna deze verwijderd werden. Acht uur na het spontaan breken van de vliezen liet het CTG forse late deceleraties zien bij een basishartfrequentie van 150 bpm zonder herstel onder fenoterol. In verband met verdenking foetale nood en stagnatie van de baring werd bij 3-4 cm ontsluiting een secundaire sectio caesarea verricht. Bij het openen van het peritoneum bleek er sprake van een ruptuur van het onderste uterussegment over 3-4 cm. De navelstreng pulde uit door deze opening. Het pathologisch onderzoek van de placenta toonde geen bijzonderheden.

Er wordt een zoon geboren met een geboortegewicht van 3005 gram. Hij kwam blauw, slap en bradycard ter wereld met apgarscores van 5, 8 en 9 na respectievelijk één, vijf en tien minuten. Navelstrengbloed werd afgenomen (pH 7,21, BE-7,5, pCO₂ 54). De neonaat werd direct post partum opgenomen op de kinderafdeling in verband met de matige start en de verdenking op een infectie (protocollair worden alle pasgeborenen van wie de moeder durante partu antibiotica heeft gekregen in verband met verdenking op een infectie, opgenomen op de afdeling neonatologie en behandeld voor een mogelijke infectie). De neonaat werd gedurende vijf dagen behandeld met intraveneuze antibiotica. Een infectie kon echter niet worden aangetoond door middel van laboratoriumonderzoek en afgenomen kweken. Patiënte kon samen met haar zoon het ziekenhuis zes dagen post partum in goede conditie verlaten. Een poliklinische controle bij de maag-darm-leverarts werd afgesproken in verband met de gestoorde leverfuncties en steatose in de lever. Post partum normaliseerden de leverfuncties en was de steatose niet meer zichtbaar

op de echo. Een oorzaak van de afwijkingen werd niet gevonden.

Discussie

Via een intra-uteriene druklijn kunnen de frequentie, kracht en duur van de contracties waargenomen worden. Een externe tocografiemeter meet slechts de hoeveelheid contracties en werkt suboptimaal bij zeer beweeglijke patiënten en bij obese patiënten.

Internationale organisaties zoals de American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) en The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) geven aan dat er plaats is voor een intra-uteriene druklijn tijdens de baring bij obese patiënten bij wie de uterus niet te palperen is of bij onvoldoende reactie op oxytocine.^{5,6} De Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) vermeldt dat een intra-uteriene druklijn geen toegevoegde waarde heeft bij patiënten met een littekenuterus om een uterusruptuur te herkennen. Daarnaast wordt aangegeven dat ook intra-uteriene druklijnen onbetrouwbaar kunnen zijn en wordt er melding gemaakt van de mogelijke risico's.⁷

Onze casus beschrijven een gestoord verloop van de baring nadat een intra-uteriene druklijn is ingebracht. In ons ziekenhuis werd op het moment van deze twee casus een druklijn zeer laagdrempelig, door enkelen zelfs standaard, ingebracht. Het plaatsen van een intra-uteriene druklijn bij casus 1 werd verricht omdat er sprake was van slechte weeënregistratie. Echter, er was een sterke verdenking op suboptimale weeënactiviteit vanwege stagnatie van de baring. Tevens was er sprake geweest van observatie van patiënte om het aantal contracties vast te stellen; de frequentie leek onvoldoende. De foetale conditie was goed. De syntocinon had opgehoogd kunnen worden op geleide van de foetale conditie en de observatie van de hoeveelheid contracties. Bij evaluatie van de casus blijkt dat te snel overgegaan is tot het inbrengen van een intra-uteriene druklijn en dat niet alle factoren in de beslissing zijn meegenomen. De intra-uteriene druklijn heeft in deze casus geen toegevoegde waarde gehad.

Casus 2 is complex en het is niet te bewijzen dat de intra-uteriene druklijn de uterusruptuur heeft veroorzaakt. Het gebruik van prostaglandines en syntocinon alsmede een abortus provocatus in de anamnese zijn risicofactoren voor een uterusruptuur, ook in een uterus zonder litteken.⁸⁻¹¹ Een mogelijke verklaring zou zijn dat de intra-uteriene druklijn de uterus kon perforeren omdat de wand verzwakt was door het gebruik van de prostaglandines. Men dient zich af te vragen of het inbrengen van een intra-uteriene druklijn bij deze casus wel gerechtvaardigd was. Er waren al uren frequente contracties zonder vordering in combinatie met een suboptimaal CTG. Het CTG liet weinig ruimte om door middel van syntocinon effec-

tieve contracties te genereren. Het inbrengen van een druklijn is achteraf gezien naar onze mening niet terecht geweest.

Uit het onderzoek van Bakker et al. is gebleken dat het gebruik van een intra-uteriene druklijn geen voordeel oplevert wat betreft de duur van de baring, het aantal instrumentele baringen en de neonatale uitkomst ten opzichte van een externe tocografimeter.¹ Wel zijn in eerdere publicaties andere casus met ernstige complicaties beschreven.³ In de huidige richtlijn van de NVOG wordt geen advies uitgebracht over het gebruik van een intra-uteriene druklijn.¹² In diezelfde richtlijn wordt wel vermeld dat de toegevoegde waarde van de intra-uteriene druklijn niet is aangetoond, maar dat het gebruik wel ernstige complicaties kan veroorzaken.¹²

Deze twee casus laten zien dat het gebruik van een intra-uteriene druklijn niet zonder risico's is. In elke casus dienen het nut en het verwachte effect van een intra-uteriene druklijn afgewogen te worden tegen de aanwezige risico's ervan. Daarbij moeten de voorgeschiedenis, de huidige foetale conditie en daarmee de ruimte tot ophogen van de syntocinon in geval van suboptimale weeënactiviteit en de oorzaak voor de stagnatie van de baring niet vergeten worden. Onterecht inbrengen van een intra-uteriene druklijn met de kans op complicaties kan daarmee voorkomen worden.

Naar onze mening dient de NVOG in een volgende richtlijn nog duidelijker stelling te nemen tegen de druklijn. Routinematig gebruik van een intra-uteriene druklijn in plaats van een externe tocograaf moet ons inziens ernstig ontraden worden.

Literatuur

1. Bakker JJH, Verhoeven CJM, Janssen PF, et al. Outcomes after internal versus external tocodynamometry for monitoring labor. *N Engl J Med* 2010;362:306-13.
2. Lucidi RS, Chez RA, Creasy RK. The clinical use of intrauterine pressure catheters. *J Matern Fetal Med* 2001;10:420-2.
3. Wilmink FA, Wilms FF, Heydanus R, Mol BW, Papatsonis DNM. Fetal complications after placement of an interuterine pressure catheter: a report of two cases and review of the literature. *J Matern Fetal and Neonatal Med* 2008;21:880-3.
4. Chua S, Kurup A, Arulkumaran S, Ratnam SS. Augmentation of labor: Does internal tocography result in better obstetric outcome than external tocography? *Obstet Gynecol* 1990;76:164-7.
5. Dystocia and augmentation of labor. ACOG practice bulletin no.49. Washington DC: American College of Obstetricians and Gynecologists, 2003, p. 1445-54.
6. Liston R, Sawchuck D, Young D. Fetal health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. *J Obstet Gynaecol Can* 2007;29:Suppl 4:S3-S56. (Erratum, *J Obstet Gynaecol Can* 2007;29:909).
7. Birth after previous caesarean birth (Green-top 45). RCOG. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2007, p. 1-17.
8. Ofir K, Sheiner E, Levy A, Katz M, Mazor M. Uterine rupture: Differences between a scarred and an unscarred uterus. *Am J Obstet Gynaecol* 2004;191:425-9.
9. Cheng PJ, Chueh HY, Soong YK. Sonographic diagnosis of a uterine defect in a pregnancy at 6 weeks gestation with a history of curettage. *Ultrasound Obstet Gynaecol* 2003;21:501-3.
10. Sweeten KM, Graves WK, Athanassiou A. Spontaneous rupture of the unscarred uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:1851-6.
11. Kaczmarczyk M, Sparen P, Terry P, Cnattingius S. Risk factors for uterine rupture and neonatal consequences of uterine rupture: a population-based study of successive pregnancies in Sweden. *BJOG* 2007;114:1208-14.
12. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Richtlijn Inductie van de baring. Utrecht: NVOG, 2006.

Samenvatting

Het gebruik van een intra-uteriene druklijn staat ter discussie sinds een grote gerandomiseerde trial geen voordeel aantoonde van het gebruik van zo'n druklijn ten opzichte van de externe tocografimeter. Wij laten aan de hand van twee casus zien waarbij complicaties zijn opgetreden na het plaatsen van een druklijn, dat het gebruik van een intra-uteriene druklijn niet zonder risico's is. Op grond van deze risico's en op grond van het ontbreken van bewijs dat een druklijn voordeel oplevert, stellen wij dat het standaardgebruik van een intra-uteriene druklijn sterk moet worden ontraden.

Trefwoorden

intra-uteriene druklijn, complicaties, externe tocografimeter

Summary

Since a randomized controlled trial in the Netherlands showed no advantage of an internal tocodynamometry compared to external monitoring of the contractions, the use of these devices is subject of discussion.

We present two cases in which severe complications occurred after placement of an internal tocodynamometry, indicating that internal monitoring is not without risks.

Based on these risks and the lack of evidence that internal monitoring is more effective than external

monitoring, we strongly discourage the standard use of an internal tocodynamometry.

Keywords

internal dynamometry, complications, external dynamometry

Gemelde (financiële) belangenverstrengeling
geen

Auteurs

I.M. van Hooft, anios gynaecologie en obstetrie, afdeling Gynaecologie en Obstetrie, Ikazia ziekenhuis, Rotterdam (thans werkzaam in het Reinier de Graaf Gasthuis als aios gynaecologie en obstetrie)

B.W.J. Mol, hoogleraar klinisch evaluatieonderzoek in de verloskunde, gynaecologie en fertiliteit, faculteit der Geneeskunde, Medisch Centrum, Amsterdam

V. Haitsma, gynaecoloog, afdeling Gynaecologie en Obstetrie, Ikazia ziekenhuis, Rotterdam

Correspondentieadres

I.M. van Hooft

Afdeling Gynaecologie en Obstetrie

Reinier de Graaf Gasthuis

Reinier de Graafweg 3

2600 GA, Delft

E-mail: ingevanhooft@hotmail.com

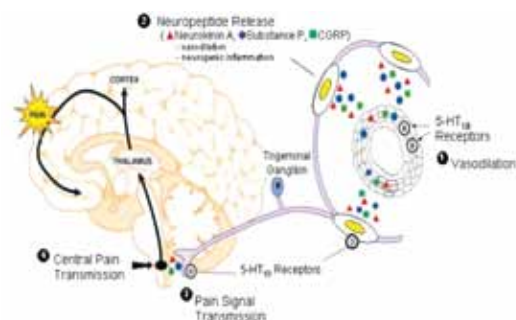
Menstruele migraine: een praktisch overzicht

J.S.P. van den Berg

Inleiding

Migraine is een veelvoorkomende neurologische aandoening die gekenmerkt wordt door aanvallen van heftige hoofdpijn gepaard gaande met klachten van misselijkheid, overgeven, fotofobie en fonofobie. Een deel van de migraine wordt voorafgegaan door aura. Dit zijn voorbijgaande neurologische klachten die gewoonlijk korter duren dan zestig minuten waarvan de visuele (flikkeringen voor de ogen of een verplaatsend scotom) de meest bekende zijn. De hoofdpijnaanvallen ontstaan meestal voor het 20e levensjaar met een piek tussen de 25 en 55 jaar. Migraine komt bij vrouwen twee- tot driemaal vaker voor dan bij mannen.

De pathofysiologie van migraine is gedeeltelijk opgehelderd. Door stimulatie van de n. trigeminus (vijfde hersenzenuw) komt er in de hersenvliezen een neuropeptide (calcitoninegengerelateerd peptide) vrij die de migraineaanval veroorzaakt (zie figuur 1). Echter de reden waarom de n. trigeminus gestimuleerd wordt, is nog onduidelijk. Migraineaanvallen kunnen door een aantal factoren uitgelokt worden, de zogeheten triggers. Veel vrouwen ervaren dat er een relatie bestaat tussen menstruatie en migraine; vandaar de term menstruele migraine.



Figuur 1. Door stimulatie van de n. trigeminus (vijfde hersenzenuw) komt er in de hersenvliezen een neuropeptide (calcitoninegengerelateerd peptide) vrij die de migraineaanval veroorzaakt (zie figuur 1).

Bron: Goadsby et al.; NEJM 2002;346,4:257-70.

Menstruele migraine wordt onderverdeeld in echte menstruele en aan de menstruatie gerelateerde migraine. Er wordt van echte menstruele migraine gesproken als de migraineaanvallen optreden tussen twee dagen vóór de menstruatie tot twee dagen erna. Verder moeten er migraineaanvallen optreden gedurende ten minste twee van de drie menstruele cycli

en mogen op andere dagen geen migraineaanvallen optreden. Voor menstruatiegerelateerde migraine geldt dat er naast de aanvallen rondom de menstruatie ook op andere dagen aanvallen mogen optreden.¹

Menstruele migraine

De prevalentie van menstruele migraine in Nederland ligt rond de 3%. Dit betekent dat er in Nederland ongeveer 500.000 vrouwen zijn van wie de migraine geassocieerd is met de menstruatie. Van hen heeft de meerderheid menstruatiegerelateerde migraine en een klein deel (rond de 33.000) de echte menstruele migraine.²

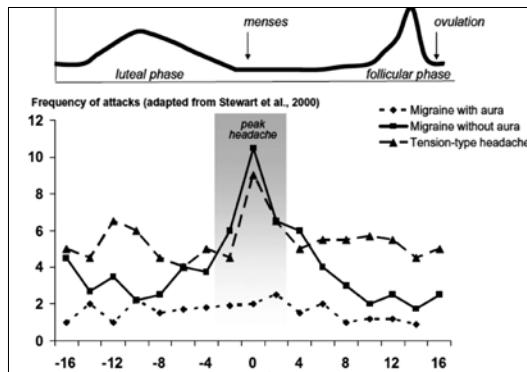
De menstruele migraine verschilt van de gewone migraine. De aanvallen zijn bijna altijd zonder aura, ook als de vrouw oorspronkelijk migraineaanvallen met aura heeft. De menstruele migraineaanvallen zijn langer van duur en heftiger van intensiteit. Vrouwen met menstruele migraine zijn door de hoofdpijn meer beperkt in hun sociaal functioneren wat onder meer leidt tot meer verzuim op school en werk.²

Oorzaak menstruele migraine

Door het verband met de menstruele cyclus is er gezocht naar een relatie met de vrouwelijke geslachtshormonen progesteron en oestrogeen. De afgelopen tijd is duidelijk geworden dat de oestrogenen verantwoordelijk zijn. Onderzoek onder vrouwen toonde aan dat vooral de daling van de oestrogenspiegel migraineaanvallen gaf en dit was niet het geval bij daling van de progesteronspiegel (figuur 2). Verder bleek dat er significant minder migraineaanvallen ontstonden tijdens het stijgen van de oestrogenspiegel.³

Uit onderzoek viel verder op dat vrouwen met menstruele migraine tijdens de luteale fase hogere oestrogenspiegels hebben dan verwacht werd waardoor de mate van daling ook groter was. Deze vrouwen zijn vaak in de dertig of tegen de veertig en worden soms ook beschreven als premenopauzaal.³ In diverse studies blijkt dat vrouwen met menstruele migraine een gemiddelde leeftijd hebben die ruim boven de dertig jaar is.^{2,4}

Hoe de oestrogenen migraine veroorzaken, is niet geheel duidelijk, maar bekend is dat serotonine producerende neuronen gevoelig zijn voor de aanwezigheid van oestrogenen en dat oestrogenspiegels invloed hebben op de serotoninespiegels in de hersenen.^{5,6}



Figuur 2. Een daling van de oestrogenspiegel geeft een toename van migraine zonder aura en spierspanningshoofdpijn.

Bron: MacGregor EA. *Cephalalgia* 1996;16:11-21/ Stewart WF. *Neurology* 2000;55:1517-23.

Behandeling

Het advies is om menstruele migraine in eerste instantie te behandelen als 'gewone' migraine. Het gaat dus om leefregels om hoofdpijn te voorkomen (zie tabel 1), starten van medicatie om de aanvallen te voorkomen en indien nodig het starten van profylactische medicatie.

Triptanen, serotine(5-hydroxytryptamine)-5-HT_{1B/1D}-agonisten worden gebruikt als aanvalsmedicatie bij migraine. In vergelijking met de gewone migraine blijken triptanen minder effect te hebben op de hoofdpijn die optreedt tijdens menstruele migraine-aanvallen.² In de praktijk merken vrouwen met 'gewone' en menstruele migraine, die medicamenteus (aanval en profylaxe) behandeld worden, dat de gewone migraine duidelijk verbetert terwijl de menstruele migraine onveranderd aanwezig blijft. Naast de reguliere behandeling van migraine bestaat er ook behandeling die specifiek op menstruele migraine gericht is. Deze wordt rond de menstruatie gegeven; de medicatie wordt drie tot vijf dagen voor het begin van de menstruatie gestart, vandaar dat er gesproken wordt van intermitterende profylaxe.

Intermitterende profylaxe

In de literatuur worden alle bekende migraineprofylactica (zoals bètablokkers, methysergide, pizotifeen, clonidine) hiervoor voorgesteld en uitgetoet. Maar dit is nog nooit gedaan in gecontroleerde studies; het is verder de vraag of deze medicatie snel genoeg werkt om in de paar dagen voor de menstruatie een beschermende spiegel op te bouwen.

In een studie werd naproxen gebruikt: een tablet van

550 mg per dag dat werd ingenomen zeven dagen voor de menstruatie tot zeven dagen erna. Dit gaf minder migraineaanvallen die daarbij korter duurden en minder heftig waren.⁷

Onderzoek waarbij magnesium werd toegediend, 360 mg per dag te starten op de vijftiende dag van de cyclus tot de volgende menstruele bloeding of 1 of 2 g magnesiumsulfaat intraveneus één week voor het begin van de menstruatie, laat een lichte verbetering zien van de menstruele migraine.^{8,9}

Een placebogecontroleerde studie met naratriptan (tweemaal daags 1 of 2,5 mg gedurende vijf dagen en te starten twee dagen voor de menstruatie) als intermitterende profylaxe bij vrouwen met menstruele migraine liet zien dat de groep die 1 mg naratriptan kreeg, minder migraine dagen had dan de placebo-groep, maar dit gold niet voor de groep die 2,5 mg kreeg.¹⁰

Frovatriptan is een triptaan met de langste halfwaardetijd (rond de 26 uur); het is als intermitterende profylaxe voor menstruele migraine onderzocht in twee grote, gerandomiseerde, placebogecontroleerde studies. De resultaten van de eerste studie toonden aan dat frovatriptan ervoor zorgde dat minder vrouwen menstruele migraine kregen. Verder gaf frovatriptan een duidelijke vermindering van duur en intensiteit van de hoofdpijn. Er waren twee verschillende medicatieschema's van frovatriptan; het eerste was eenmaal daags 2,5 mg en het tweede was tweemaal daags 2,5 mg. Er werd gestart met de medicatie twee dagen voor de verwachte hoofdpijn en gedurende zes dagen werd de medicatie gebruikt. In de groep die tweemaal daags frovatriptan nam, waren de resultaten wat betreft de verbetering van de menstruele migraine in vergelijking met de groep die eenmaal daags gebruikte zelfs nog beter.¹¹

Ook in een tweede placebogecontroleerde, gerandomiseerde studie met vrouwen die moeilijk te behandelen menstruele migraine hadden, gaf frovatriptan een duidelijke verbetering van de menstruele migraine. In de groep die behandeld werd met frovatriptan kregen minder vrouwen menstruele migraine en als de migraine wel ontstond, was deze minder heftig. Net als in de eerste studie werd frovatriptan gegeven gedurende zes dagen waarbij een- of tweemaal daags 2,5 mg gebruikt werd. Echter op de eerste dag werd nog een oplaaddosis gegeven van 5 of 10 mg.¹²

Hormoonbehandeling

Zoals eerder vermeld bestaat er een verband tussen de daling van de oestrogenspiegel en het ontstaan

Regelmatig slaap- en eetpatroon
Voldoende ontspanning en lichaamsbeweging
Vermijden alcohol, vetsin, aspartaam en cafeïneproducten

Tabel 1. Leefregels migrainebehandeling.

van de menstruele migraine.

In de praktijk wordt aan vrouwen met menstruele migraine geadviseerd om de orale anticonceptiva (OAC) door te slikken. De meeste OAC zijn combinatiepreparaten van oestrogeen en een progesteron die gedurende 21 dagen worden ingenomen en tijdens de stopweek (zeven dagen) niet. Om een daling van de oestrogeenspiegel te voorkomen, slikt de vrouw de OAC gedurende een aantal cycli, ook tijdens de stopweek, door. Het advies is om door te slikken totdat er een doorbraakbloeding ontstaat. De volgende periode van doorslikken begint na de stopweek.

Er is onderzoek naar gedaan in hoeverre het toedienen van extra oestrogeen een verbetering van de menstruele migraine zou geven. Dit is gedaan met estradiolpleisters die twee tot drie dagen voor de menstruatie aangebracht worden. Vervolgens wordt de pleister verwisseld één dag voor en één dag na de menstruatie. Pleisters met een hoge oestrogeenconcentratie (de zogeheten '100'-pleisters) kunnen effectief zijn in het voorkomen van menstruele migraine maar dit geldt niet voor pleisters met lagere oestrogeenconcentraties.¹³

Het is ook mogelijk om door middel van oestrogeen in gelvorm de oestrogeenspiegel niet te laten dalen. Onderzoek toont dat dit een verbetering geeft van de menstruele migraine, maar het nadeel is echter dat migraine optreedt nadat de gel gestopt wordt.⁴

Vrouwen die een pil gebruiken met een hoge dosis oestrogenen hebben meer kans op het krijgen van trombose; dit geldt vooral voor vrouwen bij wie de familieanamnese positief is voor trombose bijvoorbeeld door de aanwezigheid van Factor V Leiden.¹⁴

Verwijderen eierstokken?

De hoofdpinaanvallen veroorzaakt door de menstruele migraine kunnen voor vrouwen sociaal ernstig invaliderend werken; daarom wordt wel eens de vraag gesteld: "Dokter kunnen de eierstokken niet verwijderd worden?" Door het verwijderen van de eierstokken komt de patiënte in een (premature) menopauze met alle (nadelige) gevolgen van dien. Uit onderzoek blijkt dat na de menopauze de migraine kan verbeteren. Echter bij vrouwen, bij wie de eierstokken verwijderd waren, was de migraine erger geworden in vergelijking met vrouwen die op een natuurlijke manier in de menopauze gekomen waren.¹⁵

Het advies is dus om niet de eierstokken te verwijderen bij vrouwen met menstruele migraine om een verbetering van de migraine te krijgen.

Beschouwing

Menstruele migraine komt vaak voor, met een geschatte prevalentie van 3%. Bovendien blijkt uit Nederlands onderzoek dat vrouwen met menstruele migraine vaker naar de huisarts gaan dan vrouwen met andere typen hoofdpijn.² Dit heeft er waarschijn-

lijk mee te maken dat menstruele migraineaanvallen heftiger zijn, langer duren en minder reageren op aanvalmedicatie. Het is daarom belangrijk om menstruele migraine te herkennen als apart ziektebeeld en niet te beschouwen als een onderdeel van de menstruatie. Naast de reguliere migrainebehandeling kan er ook hormoonbehandeling of intermitterende profylaxe gegeven worden.

Dr J.S.P. van den Berg heeft dit werk gepresenteerd tijdens zijn voordracht op de 2010 najaarsvergadering van de Dutch Menopause Society in Zwolle.

Literatuur

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society. *The International Classification of Headache Disorders. Cephalalgia* 2004;24:Suppl 1:S139-40.
2. Couturier EG, Bomhof MA, Neven AK, et al. *Menstrual migraine in a representative Dutch population sample: prevalence, disability and treatment. Cephalalgia* 2003;23:302-8.
3. MacGregor EA, Frith A, Ellis J, et al. *Incidence of migraine relative to menstrual cycle phases of rising and falling estrogen. Neurology* 2006; 67:2154-8.
4. MacGregor EA, Frith A, Ellis J, Aspinall L, Hackshaw A. *Prevention of menstrual attacks of migraine: a double-blind placebo-controlled crossover study. Neurology* 2006;67:2159-63.
5. McEwan B. *Estrogen actions throughout the brain. Rec Prog Hormone Res* 2002;5:357-84.
6. Silberstein S, Merriam G. *Sex hormones and headache. J Pain Symptom Manage* 1993;8:98-114.
7. Allais G, Bussone G, De Lorenzo C, et al. *Naproxen sodium in short-term prophylaxis of pure menstrual migraine: pathophysiological and clinical considerations. Neurol Sci* 2007;28: Suppl 2:S225-8.
8. Facchinetti F, Sances G, Borella P, et al. *Magnesium prophylaxis of menstrual migraine: effects on intracellular magnesium. Headache.* 1991; 31:298-301.
9. Mauskop A, Altura BT, Cracco RQ, et al. *Intravenous magnesium for prophylaxis of menstrual migraines. Cephalalgia* 1997;17:425.
10. Newman L, Mannix LK, Landy S, et al. *Naratriptan as short-term prophylaxis of menstrually associated migraine: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Headache.* 2001;41:248-56.
11. Silberstein SD, Elkind AH, Schreiber C, et al. *A randomized trial of frovatriptan for the intermittent prevention of menstrual migraine. Neurology* 2004;63:261-9.
12. Brandes JL, Poole A, Kallela M, et al. *Short-term frovatriptan for the prevention of difficult-to-treat*

menstrual migraine attacks. *Cephalalgia* 2009;29:1133-48.

13. Pradalier A, Vincent D, Beaulieu P, et al. Correlation between estradiol plasma level and therapeutic effect on menstrual migraine. In: Rose F, ed. *New Advances in Headache Research*. London: Smith-Gordon, 1994, p. 29-132.

14. Vandembroucke JP, Rosing J, Bloemenkamp KW, et al. Oral contraceptives and the risk of venous thrombosis. *N Engl J Med* 2001;344:1527-35.

15. Neri I, Granella F, Nappi R, et al. Characteristics of headache at menopause: a clinico-epidemiologic study. *Maturitas* 1993;17:31-7.

Samenvatting

Menstruele migraine heeft een prevalentie in Nederland van 3% en leidt bij de meeste patiënten tot een ernstige sociale beperking. Er is een onderverdeling in echte migraine - de migraineaanvallen treden dan alleen twee dagen vóór tot twee dagen na de menstruatie op - en de menstruatiegerelateerde migraine - dan treden er op andere dagen ook migraineaanvallen op. De menstruele migraineaanvallen zijn zonder aura, duren langer, geven meer hoofdpijn en zijn minder gevoelig voor de aanvalmedicatie. Menstruele migraine wordt waarschijnlijk uitgelokt door een daling van de oestrogeenspiegel. Naast de reguliere behandeling van migraine bestaat er ook een op menstruele migraine gerichte behandeling, de zogeheten intermitterende profylaxe. Wat betreft de intermitterende profylaxe worden de meestbelovende resultaten behaald met frovatriptan.

Trefwoorden

menstruele migraine, oestrogenen, frovatriptan

Summary

Menstrual migraine has an estimated prevalence of 3% in the Dutch population. Patients who suffer from this condition are socially impaired during the

migraine attacks. Menstrual migraine is defined as a migraine starting 2 days before the menses and ending 2 days after the menses. Clinically it is characterized as migraine attacks without aura which are associated with a longer duration, more headache and less sensitivity for medication in comparison to non-menstrual migraine. A drop in serum estrogen level is considered to be responsible for the migraine attack. In addition to the regular treatments of migraine, an intermittent prophylaxis may be administered. The use of frovatriptan appears to be very promising in this respect.

Keywords

menstrual migraine, estrogens, frovatriptan

Gemelde (financiële) belangenverstrengeling
geen

Auteurs

Dr. J.S.P. van den Berg, neuroloog, Isala klinieken, Zwolle

Correspondentieadres

Dr. J.S.P. van den Berg
E-mail: j.s.p.van.den.berg@isala.nl

Benigne multicysteus mesothelioom

Y.E.M. ter Horst, P.J.H. van Kempen, A.H. Mulder en R.A.K. Samlal

Introductie

Het benigne multicysteus mesothelioom (ook wel peritoneale inclusiecyste genoemd) is een zeldzame tumor die voornamelijk ontstaat bij vrouwen in de fertile levensfase.^{1,2} Het betreft een benigne proliferatie van de mesothelcellen van het peritoneum, waarvan de pathogenese tot op heden onduidelijk is.¹ Preoperatieve

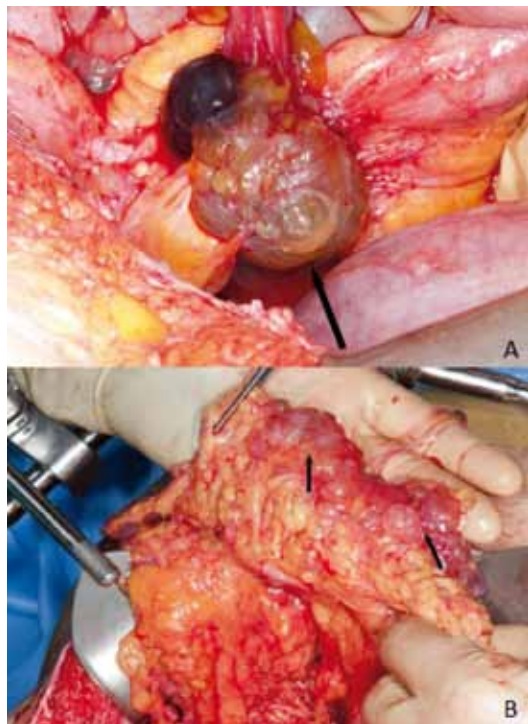
diagnostiek is vaak niet eenduidig en de diagnose kan dan ook pas definitief gesteld worden op basis van histopathologisch onderzoek. Tot op heden is chirurgische resectie de meest uitgevoerde behandeling, hoewel er ook enkele (aanvullende) medicamenteuze therapieën beschreven zijn.³⁻⁶ Hieronder worden de pathogenese, diagnostiek, diffe-

rentiaaldiagnose en behandeling van een benigne multicysteus mesotheliom beschreven aan de hand van een casus.

Ziektegeschiedenis

Een 38-jarige vrouw werd verwezen naar de polikliniek gynaecologie in verband met onderbuikspijn en een metrorragie. De relevante voorgeschiedenis vermeldt één spontane partus à terme en een laparoscopische sterilisatie door middel van het plaatsen van fallopiusringen. Tijdens de laparoscopie werden tevens enkele endometriosespots gezien.

Bij vaginaal toucher en speculumonderzoek werden geen afwijkingen gevonden. Transvaginale echoscopie liet naast een normale uterus een ovariumcyste rechts zien met een doorsnede van 5 centimeter, verdacht voor een endometriosecyste. Er werd besloten een cystectomie dan wel ovariëctomie te verrichten. Peroperatief werd na het openen van het peritoneum een blazige, met mucus gevulde structuur gezien ter plaatse van de genitalia interna, het omentum majus en de appendix (figuur 1). Daarnaast werd inderdaad een cyste van het rechter ovarium gezien. In verband met de klinische verdenking op een pseudomyxoma peritonei werden een supravaginale uterusextirpatie, bilaterale ovariëctomie, infracoliche omentectomie en een appendectomie verricht. Ook werden er peritoneumbiopsen genomen. Macroscopisch leek er



Figuur 1. Macroscopisch beeld van een benigne multicysteus mesotheliom.

A: intraperitoneale depositie van het benigne multicysteus mesotheliom. B: multi-pele laesies in het omentum.

sprake te zijn van een complete resectie. De ingreep verliep ongecompliceerd.

Het histopathologisch onderzoek van het verkregen weefsel toonde naast een endometriosecyste het beeld van een benigne multicysteus mesotheliom ter plaatse van de tubae, het omentum majus en in de peritoneumbiopsen (figuur 2).

Postoperatief werd gestart met hormonale substitutietherapie en werd patiënte jaarlijks poliklinisch gevolgd. Twee jaar na ingreep meldde patiënte bij een reguliere controle opnieuw vage buikpijn en werd bij echoscopie een vochtcollectie van 2,3 x 3,7 centimeter gezien. Er werd een CT-scan verricht, waarbij verspreid door het mesenteriale weefsel meerdere laesies gezien werden. Tevens was er sprake van het beeld van een omental cake. In verband met de verdenking op een recidief van het benigne multicysteus mesotheliom, werd patiënte voor diagnostiek en beoordeling of zij in aanmerking zou komen voor behandeling met hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC), verwezen naar een universitair medisch centrum met expertise op het gebied van mesotheliomen.

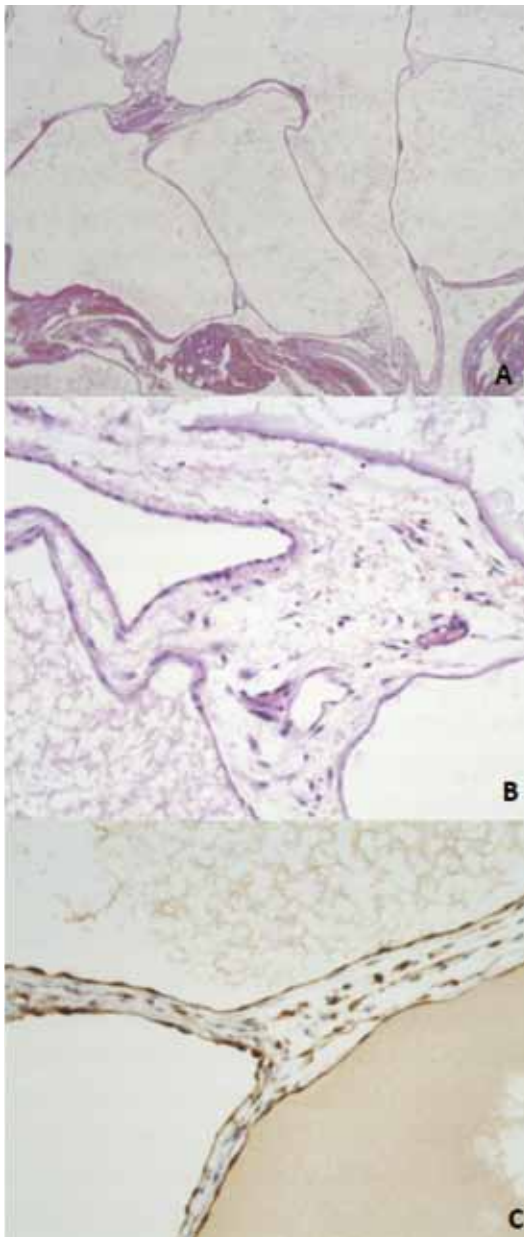
Het pathologisch onderzoek van de eerste operatie werd gereviseerd en de diagnose benigne multicysteus mesotheliom werd nogmaals bevestigd. Op basis van een CT-scan alleen kon een recidief niet bevestigd worden. Er werd geadviseerd om een diagnostische laparoscopie te verrichten om een recidief aan te tonen en andere pathologie uit te sluiten. Omdat het benigne multicysteus mesotheliom niet als maligniteit beschouwd wordt, werd besloten patiënte bij een recidief niet in aanmerking te laten komen voor HIPEC-behandeling.

Tijdens een diagnostische laparoscopie (die in de eigen kliniek verricht werd) werden peritoneumbiopsen afgenomen, waarmee een recidief bevestigd werd. Vervolgens werd per laparotomie een totale omentectomie verricht en werden alle macroscopisch peritoneale laesies verwijderd.

Sinds de laatste ingreep, inmiddels zes maanden geleden, zijn er geen aanwijzingen voor een recidief.

Beschouwing

Het benigne multicysteus mesotheliom is een zeldzame tumor die voor het eerst beschreven werd in 1979.⁷ Sindsdien zijn ongeveer 150 casus in de literatuur beschreven, waarmee de incidentie wordt geschat op 0,15/100.000 per jaar.^{6,8} De tumor, die uitgaat van de mesothelcellen van het peritoneum, treft met name vrouwen in de fertile levensfase.^{1,2} Vooral het peritoneum van de uterus, ovaria, blaas, rectum, cavum Douglasi en de laterale bekkenwand zijn aangedaan. Er zijn echter ook tumordeposities beschreven in de serosa van de intraperitoneale organen en, zoals bij bovengenoemde patiënte, het



Figuur 2. Microscopisch beeld van het benigne multicysteus mesotheliom. Multipole microcysteuze holten worden gescheiden door een enkele laag epitheel van een afgeplat eltype.

A: 2,5 × vergroting. B: 20 × vergroting. C: immunohistochemische kleuring met calretinine; de mesotheliale bekleding van de cysteuze holtes kleurt donkerbruin aan.

omentum.^{2,9,10} Macroscopisch wordt de tumor gekenmerkt door meervoudige, dunwandige, translucente, met sereus vocht gevulde cysten, welke gescheiden zijn door een fibreus stroma. De cysten variëren van grootte (van enkele millimeters tot meer dan 15 centimeter) en kunnen samen een grote intraperitoneale massa vormen (figuur 1A).^{1,2,9,10}

Over de pathogenese van het benigne multicysteus

mesotheliom is discussie in de literatuur. In een cohortstudie van Ross et al. lijkt het ontstaan van de tumor gerelateerd te zijn aan eerdere abdominale chirurgie, endometriose of een *pelvic inflammatory disease*. Hiermee is het volgens de auteurs aannemelijk dat het mesotheliom ontstaat als een reactief dan wel inflammatoir proces.^{1,10} Ook bij onze casus was er sprake van eerdere chirurgie in het kleine bekken en van endometriose. Er gaan echter ook geluiden op dat het mesotheliom een neoplasma is. Het feit dat er maligne onttaarding van een benigne multicysteus mesotheliom beschreven is, tezamen met het hoge aantal recidieven (tot wel 50% na macroscopisch complete resectie van de tumor), zijn de belangrijkste argumenten.^{9,11} Omdat het multicysteus mesotheliom met name vrouwen in de fertile levensfase treft (slechts 17% van de beschreven casus is man), is ook een hormonale oorzaak niet uit te sluiten.^{4,5,10} In tegenstelling tot het maligne mesotheliom is er geen relatie met asbestexpositie beschreven.⁹

De symptomen waarmee patiënten zich kunnen presenteren, zijn aspecifiek: buikpijn, abdominale zwelling, disfunctioneel bloedverlies, bekkenpijn, dysmenorroe en dyspareunie.^{1,9} Daarnaast wordt bij ongeveer 10% van de patiënten het mesotheliom per toeval ontdekt tijdens een chirurgische ingreep.¹⁰ Ook bij bovengenoemde patiënte werd het mesotheliom als toevalsbevinding ontdekt, hoewel zij zich met aspecifieke klachten op de polikliniek presenteerde.

Preoperatief kan de diagnose benigne multicysteus mesotheliom moeilijk gesteld worden. Indien er bij beeldvorming een multicysteuze afwijking gezien wordt, kan een multicysteus mesotheliom vermoed worden. Echter, zowel echografie, CT-scan als MRI kunnen onvoldoende differentiëren tussen verschillende typen multicysteuze laesies, waardoor de definitieve diagnose niet gesteld kan worden.^{1,3,10,12} Ook in bovengenoemde casus kon op basis van multipole laesies op de CT-scan een recidief van het mesotheliom vermoed, maar niet bevestigd worden. Het afnemen van cytologie kan behulpzaam zijn bij het stellen van de diagnose, maar de uiteindelijke diagnose kan alleen gesteld worden op basis van histopathologisch onderzoek.¹⁰ Bij microscopisch onderzoek worden multipole microcysteuze holten gezien, welke worden begrensd door een afgeplat celtype, zonder atypie, wat sterk wijst op een benigne multicysteus mesotheliom (figuur 2).⁹ Met behulp van immunohistochemische kleuringen keratinine 5/6 en 8 en calretinine kan de mesotheliale bekleding van de cysteuze holten worden aangetoond. Kleuringen met endotheliale markers, zoals CD31 en CD34, zijn negatief.^{6,10} Kleuringen met de tumormarkers CEA en CA125 zijn over het algemeen negatief.³ Ook progesteron- en oestrogeenreceptorkleuringen zijn in het

merendeel van de mesotheliomen negatief, hoewel er wel enkele positieve kleuringen zijn beschreven.^{2,10} In bovengenoemde casus was immunohistochemie met calretinine (figuur 2C), keratine 5/6 en 8 positief, terwijl CD31, CEA en Ber-EP4 als negatief werden beschouwd. Deze bevindingen komen overeen met de literatuur.

Op basis van het macroscopische beeld kan differentiaaldiagnostisch gedacht worden aan een pseudomyxoma peritonei. Dit is een maligne tumor die uitgaat van de appendix, waarbij net als bij het multicysteus mesotheliom, multipole mucineuze tumoren voor kunnen komen in het omentum en op het peritoneum.^{10,13} Andere differentiaaldiagnostische overwegingen zijn het maligne mesotheliom en een benigne adenomateuze tumor van het peritoneum. Deze tumoren gaan net als het benigne multicysteus mesotheliom uit van de mesotheliale cellijn.³ Tussen het maligne mesotheliom, met een infauste prognose, en de adenomateuze tumor waarvan zelden een recidief ontstaat, wordt door sommige auteurs het benigne cysteus mesotheliom beschouwd als een borderlinetumor.^{3,9} Ook het cysteuze lymfangioom kan als differentiaaldiagnose overwogen worden. Menemeyer en Smith beschreven dat het benigne multicysteuze mesotheliom in het verleden vaak onterecht is gediagnosticeerd als een cysteus lymfangioom.⁷ Echter, het lymfangioom heeft een endotheliale cellijn als oorsprong, waardoor het op basis van histopathologisch onderzoek en immunohistochemische kleuringen (bijvoorbeeld een positieve kleuring met CD31) goed te onderscheiden is van de mesotheliale cellijn van het mesotheliom.^{7,9,10}

Chirurgische resectie is tot op heden de aanbevolen behandeling van het benigne multicysteus mesotheliom.^{3,9,10} Vanwege het hoge aantal recidieven en het risico op complicaties bij uitgebreide chirurgische resectie, worden ook medicamenteuze behandelingen van het mesotheliom onderzocht. Letterie et al. beschreven dat behandeling met het anti-oestrogeen tamoxifen kan leiden tot een reductie van de tumorgrootte en daarmee samenhangend een afname van de symptomen.⁵ Ook beschreven zij een afname van de tumorgrootte bij behandeling met een GnRH-agonist. Helaas werd dit effect tenietgedaan door *add-back*-therapie ter preventie van complicaties van een vervroegde menopauze.⁴ Naast medicamenteuze behandeling is ook aspiratie van het cystevocht als mogelijke behandeling beschreven. Hiervan is echter slechts kortdurende symptoomverlichting te verwachten.¹⁰

Baratti et al. onderzochten het effect van aanvullende HIPEC-behandeling na chirurgische resectie van het mesotheliom. Zij beschreven een significant langere progressievrije overleving (92% na vijf jaar en

72% na tien jaar; $p < 0,0001$) indien chirurgische resectie werd gecombineerd met HIPEC.⁶

Bovengenoemde patiënte werd postoperatief behandeld met hormonale substitutietherapie. Hoewel er in de meeste mesotheliomen geen oestrogeen- en/of progesteronreceptoren aangetoond kunnen worden, is er wel toename van tumorgrootte beschreven na het toepassen van hormonale substitutie, waarmee een mogelijke hormonale gevoeligheid aannemelijk wordt gemaakt.^{2,6} Er dient afhankelijk van de leeftijd en de klachten van de patiënte een weloverwogen beslissing te worden genomen of hormonale substitutietherapie gestart dient te worden ter preventie van complicaties van een vervroegde menopauze. Ondanks dat HIPEC-behandeling een significant langere progressievrije overleving geeft, dient men af te wegen of een potentieel gevaarlijke behandeling ingezet dient te worden voor een benigne aandoening.

Omdat de onderliggende pathogenese van het mesotheliom nog deels onbekend is en er geen prognostische variabelen bekend zijn die een recidief kunnen voorspellen, is er geen duidelijke richtlijn voor follow-up te geven.¹⁰ De follow-up dient geïndividualiseerd te worden en te bestaan uit een gerichte anamnese, lichamelijk en beeldvormend onderzoek. Follow-up met tumormarkers, zoals CEA of CA125, wordt niet zinvol geacht.^{6,10}

Conclusie

Bovenstaande casus en beschouwing laten zien dat het benigne multicysteus mesotheliom een zeldzame, waarschijnlijk benigne proliferatie van mesothelcellen van het peritoneum is, die vooral voorkomt bij vrouwen in de fertiele levensfase. Indien bij een fertiele vrouw bij beeldvormend onderzoek of bij een intraperitoneale ingreep een multicysteus proces gezien wordt, dient de diagnose benigne multicysteus mesotheliom overwogen te worden. Indien deze diagnose histopathologisch bevestigd wordt, dient men bedacht te zijn op een recidief, ook als er sprake is van een macroscopisch complete resectie. Naast chirurgische resectie van de tumor kan op basis van een aantal casereports of kleine studies ook aanvullende medicamenteuze therapie of HIPEC-behandeling overwogen worden. Omdat de pathogenese tot op heden grotendeels onbekend is en er geen variabelen zijn die de prognose kunnen voorspellen, dient de follow-up geïndividualiseerd plaats te vinden.

Literatuur

1. Ross MJ, Welch WR, Scully RE. Multilocular peritoneal inclusion cysts (so-called cystic mesotheliomas). *Cancer* 1989;64:1336-46.

2. Sawh RN, Malpica A, Deavers MT, Liu J, Silva EG. Benign cystic mesothelioma of the peritoneum: a clinicopathologic study of 17 cases and immunohistochemical analysis of estrogen and progesterone receptor status. *Hum Pathol* 2003;34:369-74.
3. Ruth S van, Bronkhorst MW, Coevorden F van, Zoetmulder FA. Peritoneal benign cystic mesothelioma: a case report and review of the literature. *Eur J Surg Oncol* 2002;28:192-5.
4. Letterie GS, Yon JL. Use of a long-acting GnRH agonist for benign cystic mesothelioma. *Obstet Gynecol* 1995;85(5 Pt 2):901-3.
5. Letterie GS, Yon JL. The antiestrogen tamoxifen in the treatment of recurrent benign cystic mesothelioma. *Gynecol Oncol* 1998;70:131-3.
6. Baratti D, Vaira M, Kusamura S, D'Amico S, Balestra MR, Cioppa T, et al. Multicystic peritoneal mesothelioma: outcomes and patho-biological features in a multi-institutional series treated by cytoreductive surgery and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC). *Eur J Surg Oncol* 2010;36:1047-53.
7. Mennemeyer R, Smith M. Multicystic, peritoneal mesothelioma: a report with electron microscopy of a case mimicking intra-abdominal cystic hygroma (lymphangioma). *Cancer* 1979;44:692-8.
8. Soreide JA, Soreide K, Korner H, Soiland H, Greve OJ, Gudlaugsson E. Benign peritoneal cystic mesothelioma. *World J Surg* 2006;30:560-6.
9. Weiss SW, Tavassoli FA. Multicystic mesothelioma. An analysis of pathologic findings and biologic behavior in 37 cases. *Am J Surg Pathol* 1988;12:737-46.
10. Vallerie AM, Lerner JP, Wright JD, Baxi LV. Peritoneal inclusion cysts: a review. *Obstet Gynecol Surv* 2009;64:321-34.
11. Gonzalez-Moreno S, Yan H, Alcorn KW, Sugarbaker PH. Malignant transformation of "benign" cystic mesothelioma of the peritoneum. *J Surg Oncol* 2002;79:243-51.
12. O'Neil JD, Ros PR, Storm BL, Buck JL, Wilkinson EJ. Cystic mesothelioma of the peritoneum. *Radiology* 1989;170:333-7.
13. Sugarbaker PH. New standard of care for appendiceal epithelial neoplasms and pseudomyxoma peritonei syndrome? *Lancet Oncol* 2006;7:69-76.

Samenvatting

Het benigne multicysteus mesothelioom is een zeldzame proliferatie van de mesothelcellen van het peritoneum, die vooral voorkomt bij vrouwen in de fertile levensfase. De pathogenese is tot op heden onbekend. Peroperatief worden multipole cysten gevuld met sereus vocht gezien, die tezamen een grote massa kunnen vormen. De definitieve diagnose kan alleen bevestigd worden door histopathologisch onderzoek. Wij beschrijven een casus waar de diagnose benigne multicysteus mesothelioom als toevalsbevinding gesteld wordt. Deze casus laat zien dat preoperatieve diagnostiek moeilijk is en dat een recidieftumor na macroscopisch complete resectie niet ongebruikelijk is. Naast chirurgische resectie worden enkele andere behandelingsopties en de follow-up besproken.

Trefwoorden

benigne multicysteus mesothelioom

Summary

A benign multicystic mesothelioma is a rare proliferation of mesothelial cells of the peritoneum, which primarily occurs in women of the reproductive age. The pathogenesis is still unknown. Macroscopically, multiple cysts, filled with a serous fluid, together presenting as a great mass are visible. Histopathologic examination can confirm the diagnosis. We present a case where the diagnosis benign mul-

ticystic mesothelioma is a coincidental finding during surgery. This case shows that a pre-operative diagnosis is very difficult and that recurrence of the tumor is not rare even after complete surgical resection. Besides surgical resection other treatment options and the follow-up are discussed.

Key words

benign multicystic mesothelioma

Gemelde (financiële) belangenverstremgeling
geen

Auteurs

Yvette E.M. ter Horst, anios obstetrie en gynaecologie, ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede

Paul J.H. van Kempen, gynaecoloog, ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede

Andries H. Mulder, patholoog, ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede en Rijnstate, Arnhem

Rahul A.K. Samlal, gynaecoloog, ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede

Correspondentieadres

Drs. Y.E.M. ter Horst
Ziekenhuis Gelderse Vallei
Afdeling Obstetrie en Gynaecologie
Postbus 9025
6710 HN Ede
E-mail: y_ter_horst@hotmail.com

Garissa III - Bestemming

W.A. Spaans



Vluchtelingenkamp Dadaab, met 100 km naar het westen de provinciehoofdstad Garissa

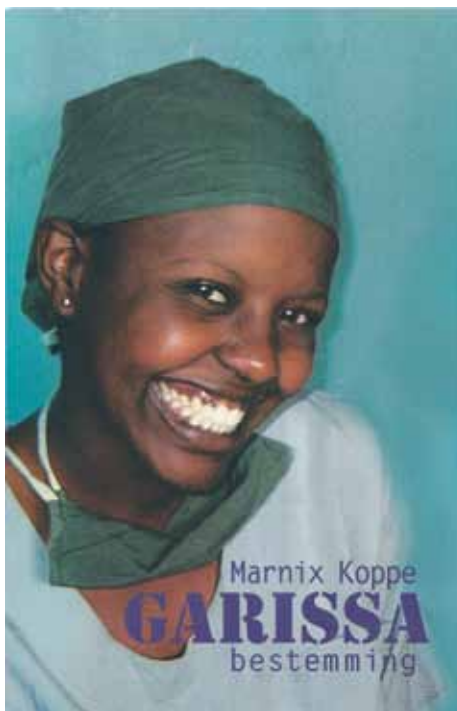
De Hoorn van Afrika is een rumoerig gebied en volop in het nieuws. Was tot voor kort het belangrijkste nieuws uit de regio de Somalische piraterij, die angst inboezemt bij menig koopvaardijship in de Golf van Aden. Momenteel wordt de aandacht getrokken door een humanitaire ramp in Somalië zelf, die zichtbaar wordt door de verhalen en beelden van de vluchtelingen die Noord-Oost Kenia overspoelen. Vele uitgehongerde en uitgedroogde mensen uit Somalië zoeken hun toevlucht in het grootste vluchtelingenkamp ter wereld, Dadaab. In een kamp opgericht voor 90.000 Somalische vluchtelingen is het aantal nu al gestegen tot boven de 400.000. Een 100 km naar het westen ligt de provinciehoofdstad Garissa. Het is in deze plaats waar gynaecoloog Marnix Koppe zijn inspiratie opdoet voor zijn dagboekbeschrijvingen. Eerder van zijn hand verschenen de boeken *Garissa - om niet te vergeten*, *Garissa II - uitgezonden* en nu dus *Garissa III - bestemming*.

Deel III geeft een verslag van Koppe's verblijf van zes weken in Garissa in 2005. Patiënten die verwezen werden uit het vluchtelingenkamp hadden in de relatief rustige tijd van Koppe's verblijf al veel meer kans op ernstige complicaties. De situatie zal nu alleen maar vele malen meer schrijnend zijn, nu honderdduizenden ontheemden zijn toegevoegd aan een provincie die Koppe zelf beschrijft als het Alcatraz van Kenia; niemand heeft er iets te zoeken.

Als interessant thema voegt Koppe aan dit boek de

vrouwenbesnijdenis toe. In het hoofdstuk *De hoofden van Lebak* wordt verslag gedaan van een bijeenkomst in Wajir georganiseerd door UNICEF. Het thema van de *female genital mutilation* wordt met geestelijk leiders (mannen) besproken. Koppe mag hier spreken en legt de risico's van besnijdenis van vrouwen uit, zonder met een verwijtende vinger te wijzen. Als teken van hoop is er dan vervolgens de hoge geestelijke die in het openbaar bekend maakt dat noch zijn vrouw noch zijn acht dochters besneden zijn!

Ook Garissa III heeft zeker voor de aanstaande tropenarts weer interessante passages die het lezen waard zijn. Helaas is het waarschijnlijk dat de beschreven werkomstandigheden uit 2005 door de huidige trieste actualiteit zijn ingehaald.



Marnix Koppe
Garissa III - Bestemming
Uitgeverij H.N. Werkman, 2010
ISBN 978 90 75913 63 7
www.werkmanuitgeverij.nl, € 19,95

Auteur

Wilbert Spaans, gynaecoloog, Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn

DSRM-themamiddag 'menopauze': (z)innige verstrengeling met Care for Women(?)

V. Mijatovic

Op 24 juni jl. werd op initiatief van de DSRM (Dutch Society of Reproductive Medicine) een themamiddag georganiseerd rondom de menopauzeczorg in Nederland. Verschillende sprekers werden uitgenodigd om vanuit hun perspectief de zorg rondom de overgang in kaart te brengen en aan te geven waar de plus- en minpunten zitten.

Hans van der Slikke, voorzitter van de Dutch Menopause Society (DMS), schetste het beeld vanuit het perspectief van de gynaecoloog. Hierbij stelde hij de zeer recente *position paper* van de International Menopause Society (IMS) centraal, met daarin de visie van de IMS op de gezondheid van de postmenopauzale vrouw en de evidence-based behandelopties ten aanzien van overgangsklachten. Tevens verschaftte hij een terugblik op de laatste tien jaar en wat de Womens Health Initiative (WHI) teweeg heeft gebracht in het voorschrijfgedrag ten aanzien van hormoontherapie in Nederland.

Henk de Vries, huisarts, schetste het perspectief van de huisarts ten aanzien van de overgang. Na verschijnen van de WHI-data was er snel een behoorlijke angst ontstaan om hormoontherapie voor te schrijven. Dat is ook niet verwonderlijk gezien de massale negatieve media-aandacht hiervoor en de actieve ontmoediging vanuit enkele NHG-opinieeliders. Dit leidde tot een evident zorgvacuüm in de eerste lijn, dat nog steeds voortduurt. De gunstige nuanceringen ten aanzien van de initiële WHI-conclusies na de recente subgroepanalyses en follow-updata zijn nog niet doorgedrongen tot de meeste huisartspraktijken zoals blijkt uit zijn zeer recente inventarisatie onder Amsterdamse huisartsen.

Femi Janse, arts-onderzoekster aan het UMC Utrecht, toonde een fraai overzicht van de eerste golf aan resultaten voortkomende uit het longitudinale POF/POI-onderzoek waarover vorig jaar in dit tijdschrift door Erik Knauff² is bericht.

Last but not least werd het perspectief van de vrouw in de overgang getoond door Catherine van Heest, bestuurlid van de DSRM en directeur van het be-

drijf *Care for Women*. Hierbij bediende ze zich van de resultaten van haar eigen 'marktonderzoek'. Al met al ontstond gaandeweg het beeld dat *Care for Women* heeft van de Nederlandse vrouw in de overgang. Dat is ook niet verwonderlijk als een commerciële organisatie verhaalt over de markt die zij bestiert. De vraag is of dit het perspectief was wat het gehoor verwachtte. Immers, dat perspectief kan alleen gegeven worden door een vertegenwoordiger van de groep zelf en niet door een bedrijf dat zijn diensten en producten afstemt op deze patiëntengroep. Het kwalijke was dat onduidelijk was namens wie mevrouw Van Heest sprak en welk belang zij eigenlijk vertegenwoordigde. U zult begrijpen dat dit punt door mij tijdens de discussie naar voren werd gebracht waarbij ik de DSRM-voorzitter herhaaldelijk vroeg om verheldering in deze. Spijtig genoeg werd die verheldering niet gegeven.

Het zal u niet verbazen dat je na zo'n onbevredigende discussie naar huis gaat vol van verwondering. Op internet ga je googelen en probeer je je een beeld te vormen van *Care for Women*. Je vindt dan een mooie website vol belofte en hoop voor vrouwen in de overgang. Overal lijkt een oplossing voor te zijn en bovendien vermeldt de site dat *Care for Women* een erkende organisatie is die gesteund wordt in haar werk door het UMC Utrecht. Echter, je gaat je vervolgens afvragen wat een directeur van een bedrijf dat in haar webshop allerlei homeopathische middelen en erotische speeltjes verkoopt, aantrekt in het vervullen van een bestuursfunctie binnen een wetenschappelijke vereniging als de DSRM? Het antwoord laat zich raden.

Het bestuur van de DSRM stelt in haar brief aan de leden van 13 juli jl. dat zij zich wil inzetten voor het bij elkaar brengen van alle partijen die betrokken zijn bij menopauzeczorg met als doel het vervaardigen van een multidisciplinaire richtlijn. Maar hoe kan een dergelijke richtlijn tot stand komen binnen een initiatief waarbij transparantie over samenwer-

king met commerciële partijen zoals *Care for Women* ontbreekt? De DSRM stelt het belang van de patiënte centraal maar vergeet dat juist de patiënte primair gebaat is bij helderheid en het voorkomen van belangenverstrengeling. Bovendien kun je je afvragen hoe je waardeloos gebleken alternatieve therapieën, zoals gepropageerd door *Care for Women* in een evidence-based richtlijn zou moeten onderbrengen, tenzij de DSRM zich wil kwalificeren voor de Meester Kackadoris prijs.

U zult begrijpen dat ik mij zorgen maak over deze ontwikkelingen die vanuit de DSRM worden geïnitieerd. Ik ben ook teleurgesteld in het gebrek aan transparantie hierover waarbij ik mij afvraag welke motieven hieraan ten grondslag liggen.

Ik ben blij dat er in Nederland in de laatste jaren veel aandacht is geweest voor samenwerkingsverbanden tussen commerciële partijen en artsen/wetenschappers waaruit bruikbare wet- en regelgeving is ontstaan. Ik hoop dat het bestuur van de DSRM mijn kritiek ter harte neemt en in de geest van de bovengenoemde wet- en regelgeving haar standpunt in deze kwestie toetst en daarna haar leden hieromtrent informeert.

Tot slot, het is niet de eerste keer dat *Care for Women* onze gemoederen beroert, getuige de ingezonden brief aan het NTOG³ van collega Zürcher waarbij de volgende passage voor zich spreekt: "Afgezien van de wetenschappelijke veren die we laten wanneer we alternatieve therapieën onbeoordeeld en zonder kennis van zaken omarmen, zouden we de toelating van deze consultants nog welwillend kunnen beoordelen

als het financiële kader van de organisatie 'Care for Women', waartoe zij behoren, helder zou zijn. Volgens mijn gegevens, die overigens door diverse consultants werden bevestigd, dienen ze zo'n 20% van hun honorarium per consult aan *Care for Women* af te dragen. Hun verdiensten uit de verkoop van alternatieve geneesmiddelen is onduidelijk. Zeker in een tijd waarin onze beroepsgroep onder druk staat over de mogelijke beïnvloeding van ons oordeel door prikkels met een financieel karakter past een dergelijke troebelheid niet. *Care for women* is in goed Nederlands zorg voor vrouwen; en die hoort naar goed Nederlands gebruik transparant te zijn."

Auteur

Dr. Velja Mijatovic, gynaecoloog, VUmc, Amsterdam

Correspondentieadres

Velja Mijatovic

E-mail: mijatovic@vumc.nl

Literatuur:

1. Sturdee DW, Pines A for the IMS writing group. Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climacteric* 2011;14(3):302-20.
2. Knauff EAH. Management van de patiënte met POF/ POI. *NTOG* 2010;123:353-7.
3. Zürcher AF. Zorg voor Vrouwen (ingezonden brief). *NTOG* 2001;114:208.

Op het raakvlak van 'reizende dokter' en werkelijke hulp aan de Derde Wereld (deel 2)

A.A.W. Peters

Create a world without cervical cancer



Female Cancer Program
Help baarmoederhalskanker de wereld uit

The hand that rocks the cradle, is the hand that rules the world (William RossWallace)

Onderzoek en samenwerking

Door de goede samenwerking van universitaire instellingen in Nederland en de derdewereldlanden wordt veel onderzoek gedaan naar oorzaak, ziektebeloop, preventie en behandeling van cervixcarcinoom. Mogelijk dat naast verschillen in lifestyle, ook andere typen HPV en een verschillend immuunsysteem mede verantwoordelijk zijn voor de verschillen in de incidentie van cervixcarcinoom tussen de verschillende landen. Epidemiologisch, moleculair biologisch en klinisch onderzoek worden in een sandwichmodule in Indonesië, Afrika, Suriname en Nederland uitgevoerd, onder andere met behulp van subsidie van de Europese Commissie en KWF. Wat men geleerd of onderzocht heeft beklijft, het effect van zorgprogramma's is afhankelijk van prioriteiten en economische ontwikkeling.

Samen met het Female Cancer Program (FCP) is de door prof. Heintz opgerichte Dutch School of Gynaecologic Surgery actief in Indonesië (en India) en werkt complementair aan alle andere aspecten van *comprehensive cancer care*. Specialisten uit Nederland werken in Indonesië met hun collega's aan het verbeteren van de zorg en Indonesische fellows komen voor stages variërend van 4-6 maanden naar Nederland.

De samenwerking is er volledig op gericht om na vijf jaar een stabiele, kwalitatieve goede zorg achter te



Figuur 1.

laten voor vrouwen met gynaecologische kanker, welke betaalbaar en voor iedere vrouw toegankelijk is.

Lange termijn

Outcome en impact

Het See&Treat-programma van het FCP heeft op middellange (*outcome*) en lange (*impact*) termijn grote invloed op de Indonesische en de Afrikaanse maatschappij. Het uiteindelijke doel van de vier pijlers (*Awareness, See&Treat, Training* en *Sustainability*) is om Indonesië en Zuid-Afrika baarmoederhalskankervrij te maken. De impact hiervan is dat de gemiddelde leeftijdsverwachting van de vrouwen in de partnerlanden omhooggaat.

Om de impact daadwerkelijk meetbaar en inzichtelijk te maken, moeten er over een periode van tien jaar data verzameld en geanalyseerd worden. Aangezien het See&Treat in 2004 is gestart in Indonesië en in 2007 in Zuid-Afrika kan het FCP op dit moment nog geen harde uitspraken doen over de impactdoelstelling. Echter uit voorgaande screeningsprogramma's in de westerse wereld is gebleken dat de levensverwachting toeneemt.



Figuur 2. Onderzoek naar cervixcarcinoom.



Figuur 3. Kleuring en beoordeling van de uitstrijkjes.

Wat betreft de beoogde outcome, richt het FCP zich op het duurzaam maken van het See&Treat-concept in de partnerlanden. In Indonesië zijn zowel de lokale als de nationale overheid zeer tevreden over het See&Treat-programma. Het See&Treat-concept in Indonesië heeft de afgelopen jaren bewezen dat het in *low resource*-settings ook daadwerkelijk succesvol is. De verwachting is dat indien de komende vijf jaar de duurzaamheidsactiviteiten worden voortgezet, het See&Treat kan worden ingebed in de nationale en lokale structuren. In Zuid-Afrika is het See&Treat kleinschaliger dan in Indonesië en pas sinds 2007 actief. De Oost-Kaap, waar het See&Treat-programma draait, is de armste provincie van Zuid-Afrika en kampt met een hoge incidentie van hiv/aids. De incidentie van baarmoederhalskanker in de Oost-Kaap is daarom zeer hoog. De duurzaamheidsactiviteiten in de Oost-Kaap zijn al vanaf de start in volle gang. Vanaf het eerste moment is de overheid zeer nauw betrokken bij de implementatie van het programma. Het duurzaamheidspotentieel in de Oost-Kaap is daarom ook zeer groot, maar heeft de komende jaren nog veel steun nodig om zelfstandig te blijven bestaan. Het FCP in Zuid-Afrika krijgt uit de gehele Oost-Kaapprovincie aanvragen om See&Treat-programma's op te zetten. De positieve PR van het programma is enorm en in combinatie met de hoge incidentie van baarmoederhalskanker leidt dit tot vele verzoeken uit andere regio's in Zuid-Afrika om daar de methode te introduceren.

Vliegwiel

Een belangrijke oorzaak van de hoge prevalentie en mortaliteit van baarmoederhalskanker in ontwikkelingslanden is de achtergestelde positie van de vrouw ten opzichte van de man in de maatschappij. Het FCP besteedt om deze reden in zijn voorlichtingscampagnes, in samenwerking met lokale (vrouwen- en religieuze) organisaties veel aandacht aan het verhogen van de bewustwording van de lokale bevolking dat een vrouw het recht heeft zelfstandig te beschikken over haar lichaam en gezondheid. Dit bewustwordingsproces heeft hiermee een bredere

reikwijdte dan de bestrijding van baarmoederhalskanker en soa's in het algemeen (reproductieve gezondheid). Hiermee hebben de activiteiten van het FCP een positief vliegwieleffect op de bredere maatschappelijke processen van verbetering van de reproductieve rechten van de vrouw, bestrijding van geweld tegen vrouwen en het tegengaan van tienerzwangerschappen, gezinsplanning en verbetering van de sociaaleconomische positie van de vrouw (recht op goede educatie en werk). Door de activiteiten van het See&Treat-project is er sprake van een zeer gewenst neveneffect: *genderempowerment*.

WRR-rapport en de gezondheidsorganisaties

In gezondheidszorg wordt, zeker ook door Nederland, veel ontwikkelingsgeld gestoken. Dat dit niet zonder resultaat blijft, is zichtbaar in de spectaculaire verbetering van de sterftcijfers. Toch hoeft een goede gezondheidszorg niet per se te leiden tot structurele ontwikkeling. Uit onderzoek blijkt dat groei van de hulp tot een betere gezondheidszorg leidt, maar of het ook andersom werkt, is niet helemaal duidelijk. Zo heeft de WRR grote vraagtekens over de invloed van inspanningen op het terrein van de gezondheidszorg in relatie tot ontwikkeling. Een directe relatie kan niet aangetoond worden. Het FCP kan zich vinden in de kritiek van de WRR dat de gezondheidszorg zo veel meer kan dan zich uitsluitend richten op het leveren van gezondheidsdiensten. Het FCP in het algemeen en het See&Treat in het bijzonder, voeren een bredere en complementaire strategie voor ontwikkelingen in lokale gemeenschappen in de partnerlanden die tot structurele ontwikkeling leidt: *Awareness* richt zich op het voorlichten van de grootste risicogroepen in de sociaaleconomisch laagste klasse. Omdat het virus dat baarmoederhalskanker veroorzaakt seksueel overdraagbaar is, geeft het FCP ook voorlichting over ander seksuele overdraagbare aandoeningen en seksuele reproductieve gezondheid en rechten in het algemeen. Het belang bijvoorbeeld van veilige seks komt hier uitgebreid onder de aandacht. Het doel van de voorlichting is vrouwen dus



Figuur 4. Registratie van de vrouwen.

te informeren over het gevaar van baarmoederhalskanker en soa's, maar ook over hoe te voorkomen. Met andere woorden: vrouwen worden mondiger gemaakt hoe ze deze ziekten kunnen voorkomen. In de literatuur wordt dit het *empoweren* van vrouwen genoemd. Zeker in ontwikkelingslanden waar vrouwen een achtergestelde positie hebben, is emancipatie van vrouwen cruciaal in relatie tot ontwikkeling. Vrouwen in de grootste risicodoelgroep worden uitgenodigd voor de screening (30-55 jaar).

Door middel van een toegankelijke, simpele, pijnloze methode worden vrouwen gescreend op en behandeld tegen baarmoederhalskanker. Indien vrouwen in ontwikkelingslanden worden getroffen door baarmoederhalskanker, heeft dit vaak een dodelijke afloop omdat zij nooit deel hebben genomen aan een preventief programma. Als vrouwen dan met symptomen naar een dokter gaan, is de kanker al in een te gevorderd proces om genezing te realiseren. Vrouwen spelen in ontwikkelingslanden een belangrijke rol in de lokale economie en het gezinsleven. Indien de vrouw wegvalt, heeft dit grote consequenties. Ontwrichte gezinnen en armoede zijn vaak het directe gevolg.

De Stichting FCP streeft in landen waar ze actief is naar een groot draagvlak voor haar programma's en uiteindelijk naar zelfstandig opererende lokale teams. Daarom gaat ze te werk volgens het train-de-trainerprincipe. Het opleiden van lokale trainers vol-

gens de See&Treat-methode legt een duurzame basis voor het preventieprogramma, doordat zij hun kennis en ervaring kunnen overbrengen op gezondheidswerkers ter plekke. Opleiding wordt op die manier een continu en uitbreidend proces. De training van lokale artsen, verpleegkundigen, gezondheidswerkers en veldcoördinatoren is gericht op voorlichting, screening en behandeling in het veld volgens het See&Treat-concept. Na het succesvol doorlopen van de training kunnen ze zelfstandig de methode uitvoeren en de behandeling in de praktijk toepassen waardoor ze inkomen kunnen genereren.

Samenvattend kan men stellen dat See&Treat-concept bijzonder geschikt is voor *low resource settings*. De gezondheidswerkers kunnen snel en effectief opgeleid worden en aangezien de investeringskosten zeer gering zijn, kunnen ze snel aan het werk en daardoor inkomen genereren dat weer leidt tot verdere ontwikkeling.

Door vrouwen te redden van een ziekte die anders dodelijk afloopt, blijft de lokale levensgemeenschap intact en behouden vrouwen hun inkomen.



Het eerste deel van dit artikel is gepubliceerd in het vorige nummer van dit tijdschrift.

Auteur

Prof. dr. Lex Peters, gynaecoloog, afdeling Gynaecologie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

Correspondentieadres

Lex Peters
E-mail: a.a.w. peters@lumc.nl

Wormvormige tumoren als toevalsbevinding tijdens uterusextirpatie

E.M. Kentson, E.E.C. de Jonge en C.A. van Meir

Casus

Een 52-jarige para 3 was op onze polikliniek onder controle wegens metrorragisch bloedverlies. Bij echografisch onderzoek was er sprake van een uterus met multipole myomen, zowel subserous, intramuraal en intracavitair. Er werden twee transcervicale resecties van intracavitare myomen verricht. Desondanks persisteerden de klachten en werd er besloten tot laparoscopische hysterectomie.

Na ongecompliceerd aanbrengen van pneumoperitoneum werd bij inspectie een uterus myomatosus gezien conform twee weken graviditeit, normale ovaria en zowel in het linker als rechter ligamentum latum een atypische weke tumor. Omdat de uitbreiding van de tumor links laparoscopisch niet goed kon worden afgegrensd en de cervix niet goed kon worden geïdentificeerd, werd geconverteerd naar abdominale chirurgie door middel van een pfnanncstielincisie. Het ligamentum rotundum werd beiderzijds doorgenomen. Het voorblad van het ligamentum latum en het blaasperitoneum werden geopend en de blaas werd afgeschoven.

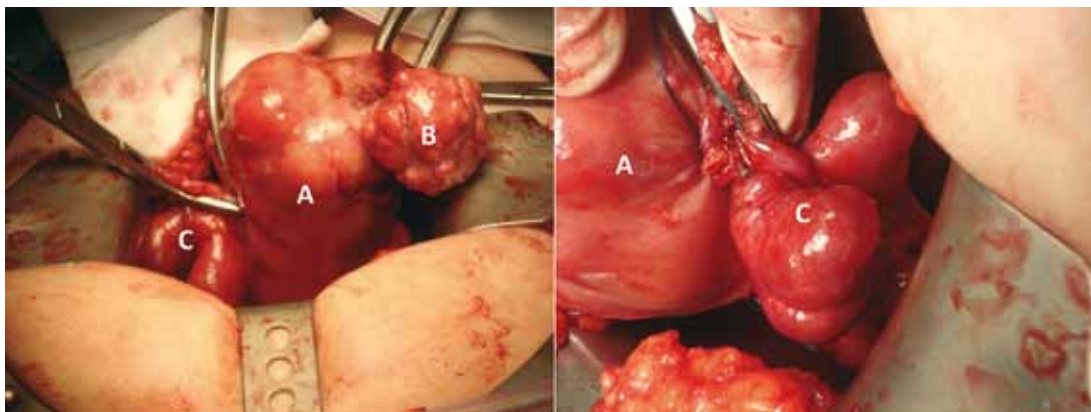
Een collega-gynaecoloog werd erbij gevraagd voor medebeoordeling van de structuur in het linker ligamentum latum. Deze structuur was week en had meerdere holtes in zich die leken op dikke vaatstructuren. Hierdoorheen liep de ureter welke werd vrijge-

prepareerd. Differentieeldiagnostisch werd gedacht aan een varicosis, maligniteit of myoom. Er werd overlegd met onze uroloog en besloten werd een vriescoupe te laten maken van een deel van de structuur.

Vervolgens werd verdergegaan met de extirpatie van de uterus. De enigszins anders ogende structuur in het rechter ligamentum latum kon opzij worden geschoven na het verder openen van het bovenblad en onderblad. Er leek geen duidelijke verbinding te bestaan met de uterus, maar meer met het rechter ligamentum rotundum. Stapsgewijs werden het ligamentum ovarium proprium, beide tubae, beide ligamenta cardinales doorgenomen. Hierna werd het corpus geskeletteerd van de cervix. Hierdoor ontstond er veel meer zicht in het kleine bekken en kon de cervix losgemaakt worden van de vagina en werd de vagina gesloten.

Na complete uterusextirpatie kon de structuur die oogde als een interligamentair myoom van ongeveer 3 cm in het rechter ligamentum latum uit het peritoneum worden vrijgeprepareerd en geëxideerd.

Ondertussen werd duidelijk dat de vriescoupe geen classificerende diagnose kon bieden. De uroloog is aan tafel gekomen en de ureter werd geïdentificeerd, welke volledig intact was. Er was geen sprake van hydronefrose. De linker structuur werd samen met



Figuur 1 A: uterus myomatosus, B: leiomyoom in ligamentum rotundum rechts, C: intraveneuze leiomyomatosis met plexiforme groeiwijze en opvallende vaatcomponent ligamentum links.

de uroloog volledig geëxideerd. Beide ovaria bleven in situ.

Uit pathologisch-anatomisch onderzoek bleek dat er sprake was van een uterus myomatosus, een leiomyoom in het ligamentum rotundum rechts en de structuur in het linker ligamentum latum betrof een intraveneuze leiomyomatosis met plexiforme groeiwijze en een opvallende vaatcomponent.

Gezien deze uitslag werd een CT-angiografie verricht om eventuele verspreiding te lokaliseren. Deze bleek niet afwijkend, met name was er geen vuldefect in de bekkenvenen en de vena cava inferior.

Patiënte is momenteel volledig klachtenvrij. Wel is besloten tot downregulatie in de vorm van GnRH-analoog Lucrin tot aan de menopauze aangezien beide ovaria in situ zijn gebleven.

Diagnose

Intraveneuze leiomyomatosis.

Commentaar

Intraveneuze leiomyomatosis (IVL) is een zeldzame benigne gladde spierceltumor met een ongewoon groeipatroon. In de literatuur zijn zo'n tweehonderd casus beschreven.¹ De tumor komt met name voor bij premenopauzale vrouwen en wordt gekarakteriseerd door intravasculaire, niet-invasieve proliferatie van glad spierweefsel buiten uteriene leiomyomen. De tumor is histologisch benigne maar kan zich maligne gedragen en zich vanuit de vena uterina craniaal uitbreiden naar de vena cava inferior, rechter harthelft en pulmonaire vaten en zo leiden tot ernstige morbiditeit en zelfs mortaliteit.

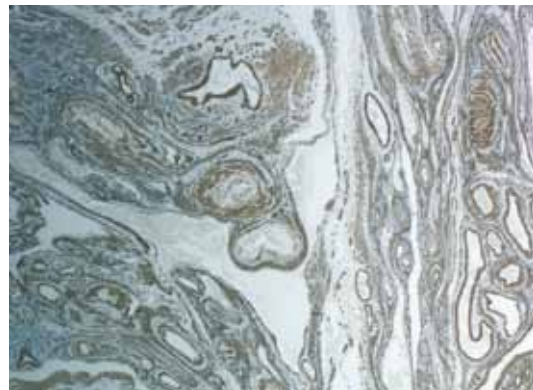
De exacte etiologie is niet bekend; er zijn momenteel twee plausibele theorieën. De eerste, waar het meeste bewijs voor lijkt te zijn, is dat IVL zijn oorsprong vindt als intra-uterien leiomyoom dat het veneuze systeem binnendringt als een poliep.^{2,3} De tweede theorie suggereert oestrogeengeïnduceerde proliferatie van gladde spiercellen vanuit de vaatwand.

De klinische presentatie is divers en afhankelijk van de uitbreiding van de tumor. Veelal zijn de symptomen gerelateerd aan bestaande intra-uteriene myomen of bij intracardiale leiomyomatosis (ICL) tekenen van hartfalen, collapsneiging of plotselinge dood.² Meestal wordt de diagnose gesteld gedurende operatie en gaat het om een toevalsbevinding. Hierbij worden rubberachtige, wormvormige of nodulaire plugs gezien in het kleine bekken, die zich uitbreiden naar het ligamentum latum, uterus, ovaria en vagina.⁴ In enkele gevallen wordt IVL jaren na hysterectomie ontdekt, waarbij de tumor zonder klachten zich uitbreidt tot een intracardiale leiomyomatosis.

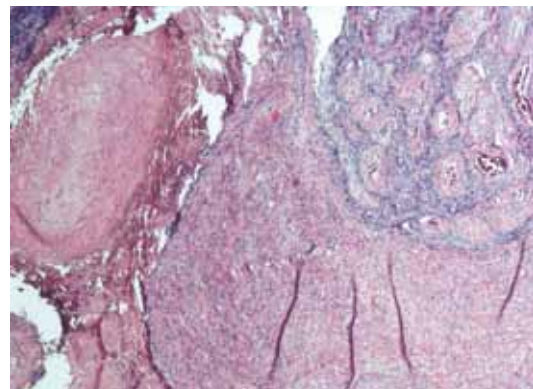
Bij verdenking op IVL kan CT-angiografie de diagnose bevestigen en de uitbreiding worden vastgesteld.

De tumorcellen zijn immunoreactief voor actine en desmine, wat hun gladde spierceloorsprong bevestigt (figuur 2). Ze zijn spoelcellig met lage mitotische activiteit zonder atypie. Kenmerken van de tumor zijn gebieden met degeneratieve veranderingen zoals fibrosering en hyalinisatie, celoedeem en een uitgebreid vaatnetwerk (figuur 3). Dit vaatnetwerk is bekleed met endotheel, aantoonbaar met CD34.⁴⁻⁶

Het weefsel is oestrogeen- en progesteronreceptorpositief. Een hoge concentratie serumestradiol met een hoog expressieniveau van oestrogeenreceptor lijkt gerelateerd aan IVL en beïnvloedt mogelijk de groei en extensie van de gladde spiercellen.⁷ De incidentie van recidief is dan ook het hoogst bij vrouwen



Figuur 2. SMA-kleuring, gladde spiercelmarker.



Figuur 3. HE-kleuring. Sterk gevasculariseerde en soms gehyaliniseerde leiomyomatosis uitpuilend in een vene. Tussen de vaten door veel celrijk, endometrium-type stroma.

met normale ovariële activiteit en in de literatuur is gesuggereerd dat ovariëctomie beiderzijds terugkeer van de ziekte kan voorkomen.^{8,9} In een aantal gevallen is het gebruik van GnRH-analoog, tamoxifen of aromataseremmers succesvol gebleken waarbij volledige resectie niet mogelijk was.¹⁰⁻¹² Verlaging van de kans op een recidief door middel van hormonale behandeling is echter niet bewezen.⁶

De behandeling van keus is chirurgie. Hierbij wordt naast een hysterectomie een ovariëctomie beiderzijds geadviseerd met complete verwijdering van de tumor in het veneuze systeem, wat mogelijk is door de niet-invasieve groei van de tumor.⁹ Bij ICL gebeurt dit door middel van een tweefasenoperatie (intrathoracaal en abdominaal) of een enkele procedure met behulp van cardiopulmonale bypass onder hypothermie en circulatoir arrest.¹

Onvolledige excisie leidt tot een verhoogd risico op recidief en sterfte.^{6,13} Gerapporteerde recidiefpercentages lopen zeer uiteen, tot wel 30% bij een follow-up van zeven maanden tot zeventien jaar.⁵ Langdurige follow-up door middel van periodieke CT- of MRI-scan is dan ook geïndiceerd voor vroege detectie van een groeiende tumorrest.^{4,14,15}

Literatuur

1. Rispoli P, Santovito D, Tallia C, Varetto G, Conforti M, Rinaldi M. A one-stage approach to the treatment of intravenous leiomyomatosis extending to the right heart. *J Vasc Surg* 2010;52:212-5.
2. Fukuyama A, Yokoyama Y, Futagami M, Shigeto T, Wada R, Mizunuma. A case of uterine leiomyoma with intravenous leiomyomatosis-Histological investigation of the pathological condition. *Pathol Oncol Res* 2011;17:171-4.
3. Kir G, Kir M, Gurbuz A, Karateke A, Aker F. Estrogen and progesterone expression of vessel walls with intravascular leiomyomatosis: discussion of histogenesis, *Eur J Gynaecol Oncol* 2004;25:362-6.
4. Ip PPC, Tse KY, Tam KF. Uterine smooth muscle tumors other than the ordinary leiomyomas and leiomyosarcomas: A review of selected variants with emphasis on recent advances and unusual morphology that may cause concern for malignancy. *Adv Anat Pathol* 2010;17:91-112.
5. Dalainas I. Vascular smooth muscle tumors: review of the literature. *Int J Surg* 2008;6:157-63.
6. Vaquero ME, Magrina JF, Leslie KO. Uterine smooth-muscle tumors with unusual growth patterns. *J Minim Invasive Gynecol* 2009;16:263-8.
7. Kokawa K, Yamoto M, Yam C, Mabuchi Y, Umeraki N. Postmenopausal intravenous leiomyomatosis with high levels of estradiol and estrogen receptor. *Obstet Gynecol* 2002;100:124-6.
8. Evans AT, Symmonds RE, Gaffey TA. Recurrent pelvic intravenous leiomyomatosis. *Obstet Gynecol* 1981;57:260-4.
9. Umranikar S, Umranikar A, Byrne B, Moors A. Intravascular leiomyomatosis: Unusual variant of leiomyoma. *Gynecological Surgery* 2009;6:399-402.
10. Biri A, Korucuoglu U, Zumurbas N, et al. Intravenous leiomyomatosis treated with aromatase inhibitor therapy. *Int J Gynaecol Obstet* 2008;101:299-300.
11. Mitsuhashi A, Nagai Y, Sugita M, et al. GnRH agonist for intravenous leiomyomatosis with cardiac extension. A case report. *J Reprod Med* 1999;44:883-6.
12. Morice P, Chapelier A, Darteville P, et al. Late intracaval and intracardiac leiomyomatosis following hysterectomy for benign myomas treated by surgery and GnRH agonist. *Gynecol Oncol* 2001;83:422-3.
13. Wang X, Zhang L, Chen Y, et al. Diagnosis en surgical treatment of IVL extending into the heart. *Journal of Nanjing Medical University* 2009;23:305-10.
14. Barjot PJ, Refahi N, Berthet P, et al. Intravenous leiomyomatosis of the uterus: a GnRH agonist utilisation before surgery. *J Obstet Gynaecol* 1998;18:492-3.
15. Andrade LA, Torresan RZ, Sales JF Jr, Vicentini R, De Souza GA. Intravenous leiomyomatosis of the uterus. A report of three cases. *Pathol Oncol Res* 1998;4:44-7.

Samenvatting

Bij een 52-jarige patiënte met een uterus myomatosis werd wegens metrorragisch bloedverlies een uterusextirpatie verricht. Gedurende de operatie werd een wormvormige tumor gezien in het linker ligamentum latum. Pathologisch-anatomisch onderzoek toonde een intraveneuze leiomyomatosis, een zeldzame benigne gladde spierceltumor. De tumor kan zich vanuit de vena uterina uitbreiden naar de vena cava inferior, rechter harthelft en pulmonaire vaten en leiden tot ernstige morbiditeit en zelfs mortaliteit. Behandeling bestaat uit een hysterectomie, ovariëctomie en complete verwijdering van de tumor in het veneuze systeem. In deze casus was de diagnose niet bekend gedurende de operatie en is geen ovariëctomie verricht. De patiënte is behandeld met een GnRH-analoog vanwege de aanwezigheid van oestrogeen- en progesteronreceptoren in de gladde spiercellen van de tumor. Follow-up is nodig voor vroegtijdige detectie van een recidief.

Trefwoorden

intraveneuze leiomyomatosis, spierceltumor, uterusextirpatie, uterus myomatosis

Summary

A hysterectomy was performed on a 52-year-old patient known with uterine myomatosis leading to metrorrhagia. During surgery a wormlike tumor was seen in the left broad ligament of the uterus. Pathological examination showed intravenous leiomyomatosis, a rare benign smooth muscle cell tumour of uterine origin that may grow into the pelvic veins and the inferior vena cava. It sometimes extends into the heart and pulmonary vasculature and can

carry significant morbidity and even mortality. Therapy consists of total hysterectomy, removal of ovaries and complete surgical removal of the tumour. In this case the diagnosis was not known during the operation and an ovariectomy was not performed. The patient is treated with a GnRH agonist because of the presents of estrogen and progesterone receptors in the smooth-muscle cells. Follow-up is necessary to detect early recurrence.

Keywords

intravenous leiomyomatosis, uterine smooth muscle tumor, hysterectomy, uterus myomatosis

Gemelde (financiële) belangenverstrengeling
geen

Auteurs

E.M. Kentson, anios gynaecologie & verloskunde, Groene Hart Ziekenhuis, Gouda

E.E.C. de Jonge, klinisch patholoog, Groene Hart Ziekenhuis, Gouda

C.A. van Meir, gynaecoloog, Groene Hart Ziekenhuis, Gouda

Acknowledgements

I. van der Wijk-Nedelcu, gynaecoloog, Groene Hart Ziekenhuis, Gouda

Correspondentieadres

E.M. Kentson

Groene Hart ziekenhuis, Jozeflocatie

Postbus 1098

2800 BB Gouda

E-mail: eline.kentson@ghz.nl

Is het levonorgestrel-IUD (Mirena) een redelijk alternatief voor hysterectomie bij patiënten met endometriumhyperplasie?

M.P. Wuite-Eversdijk en K.B. Kluivers

Achtergrond

Hyperplasie van het endometrium wordt gedefinieerd als een verandering van het endometrium als gevolg van een langdurige oestrogene stimulatie in combinatie met de afwezigheid van progestagene invloeden. Endometriumhyperplasie (EH) kan worden beschouwd als een premaligne laesie. De aanwezigheid van atypie wordt gezien als de belangrijkste prognostische factor voor progressie naar carcinoom. Indien er endometriumhyperplasie zonder atypie aanwezig is, wordt een kans op progressie naar endometriumcarcinoom van 1-3% (tienjaarsfollow-up) beschreven.^{1,2} Indien tevens sprake is van atypie worden progressiekansen in de literatuur gevonden van 8-40% (vierjaarsfollow-up).¹⁻⁴

De behandeling van eerste keuze bij vrouwen met hyperplasie met atypie is hysterectomie. Indien patiënte postmenopauzaal is, wordt tevens een adnectomie beiderzijds geadviseerd.⁴ Een hysterectomie heeft uiteraard nadelen in de vorm van operatierisico's, de impact op het dagelijks leven gedurende de herstelperiode van de patiënt en de onmogelijkheid van fertiliteitsbehoud.

Alternatieve behandeling zou kunnen bestaan uit orale progestativa of een levonorgestrel bevattend IUD (Mirena). Orale progestativa hebben het nadeel van bijwerkingen en problemen met therapietrouw. Eerdere studies hebben laten zien dat de Mirenaspiraal regressie kan geven van de endometriumhyperplasie.^{1,3,5}

Vraagstelling

Is de Mirenaspiraal een redelijk alternatief voor hysterectomie bij patiënten met endometriumhyperplasie?

Patiënt: vrouwen met endometriumhyperplasie

Intervention: Mirenaspiraal

Comparison: hysterectomie (met of zonder adnectomie)

Outcome: progressie hyperplasie naar carcinoom

Zoekstrategie

Wij verrichten een literatuursearch in PubMed. We hebben de volgende zoektermen gebruikt: Levonorgestrel releasing intrauterine system (MeSH-term) or LNG-IUS (MeSH-term) AND Endometrial hyperplasia (MeSH term).

Als limieten: humane studies, vrouwelijke geslacht, volwassenen, Engels of Nederlands geschreven literatuur. Hiermee waren 29 hits te vinden in PubMed. We selecteerden vijf artikelen die antwoord geven op de PICO-vraag. Tevens werd de richtlijn 'Endometriumcarcinoom' van Oncoline geselecteerd.

Bespreking

De eerste literatuur over ons onderwerp dateert uit 1987. Daarna verschijnen er gedurende vele jaren weinig relevante studies waarna een duidelijke opleving in publicaties waar te nemen valt vanaf 2006.

De eerste studie met een redelijke power is de studie van Varma et al.³ Deze Engelse studie heeft in de periode 1999-2004 105 patiënten geïncludeerd met endometriumhyperplasie (n = 16 simpele hyperplasie, n = 80 complexe hyperplasie, n = 9 hyperplasie met atypie). 65 procent van de geïncludeerde patiënten was postmenopauzaal. Allen werden behandeld met een Mirenaspiraal. De behandeling van eerste keus bij atypie was hysterectomie; de negen patiënten met atypie die in deze studie waren geïncludeerd waren patiënten die chirurgie weigerden of unfit waren voor chirurgie. De follow-up vond plaats door middel van pipellebiopsie van het endometrium drie

en zes maanden na plaatsing van de Mirenaspiraal en daarna elke zes maanden. Indien na twaalf maanden geen complete regressie was opgetreden, of er sprake was van progressie naar atypie of carcinoom, werd een hysterectomie geadviseerd.

De follow-up liet bij 94/105 patiënten (90%) histologische regressie zien, waarvan 96% na één jaar. Het gemiddelde interval tot regressie was negen maanden en onafhankelijk van het type hyperplasie. Er werd tevens geen associatie met de baselinekarakteristieken gevonden.

De onderzoekers concluderen dat de Mirenaspiraal een effectieve behandeling is van endometriumhyperplasie met of zonder atypie. Regressie kan bij de meerderheid van de patiënten binnen één jaar worden waargenomen. De follow-up kan betrouwbaar worden verricht met behulp van een pipelle elke zes maanden. Door middel van deze therapie kan men dus het aantal hysterectomieën beperken.

Deze studie heeft een maximale follow-up van twee jaar. Er bleek toch tijdens de follow-up een behoorlijk aantal hysterectomieën gedaan te zijn ($n = 23$ van de 105 geïncludeerde patiënten); daarvan waren er dertien geïndiceerd om histologische redenen en tien op verzoek van patiënt, vanwege prolaps, of persistente bloedingsproblemen.

Bovenstaande resultaten werden in een Australische studie van Buttini et al. bevestigd.¹ Deze studie beschrijft de follow-up van 26 patiënten met endometriumhyperplasie onder wie twee patiënten met atypie. Van deze patiënten vertoonde 89% histologische regressie bij de eerste follow-up (80%) of een volgende follow-up na zes maanden (89%).

In bovengenoemde artikelen zijn relatief weinig patiënten beschreven bij wie naast de hyperplasie ook atypie aanwezig is. De review van Buttini et al. onderscheidt patiënten met of zonder atypie.¹ Een complete respons trad op bij 29/35 (89%) van de patiënten met atypie. Ter vergelijking: het regressiepercentage bij patiënten met niet-atypische hyperplasie in dezelfde literatuurreview is 96%.

Follow-up

De tot nu toe besproken studies hebben allemaal een relatief korte follow-upperiode (maximaal twee jaar). Recent verscheen de studie van Scarselli et al. waarin de auteurs 34 patiënten met endometriumhyperplasie die behandeld zijn met de Mirenaspiraal beschrijven met een follow-up van vijftien jaar ($n = 18$ simpele hyperplasie, $n = 12$ complexe hyperplasie en $n = 4$ atypie).⁵ In het eerste jaar na diagnose en plaatsing van de spiraal werd elke twee maanden een hysteroscopie met biopsie verricht; daarna elke zes maanden tot de spiraal werd verwijderd. Indien er regressie van de ziekte optrad, dan werd de spiraal na minimaal twaalf maanden verwijderd. Na het einde van de behandeling met de spiraal (gemiddeld

na 31 maanden) is regressie beschreven bij 32/34 patiënten (94%). De patiënten werden vervolgd gedurende gemiddeld zeventien jaar. Bij negen patiënten had een hysterectomie plaatsgevonden (vijfmaal vanwege abnormaal uterien bloedverlies en verder niet-gerelateerde redenen). Van de vijf patiënten hadden drie patiënten simpele hyperplasie en twee patiënten complexe hyperplasie. Van de vijf patiënten die een recidiefhyperplasie kregen, was dat binnen twee jaar na het verwijderen van de spiraal. Bij de overige 25 patiënten liet histologie bij drie patiënten een benigne poliep zien; de andere 22 patiënten werden uitgeboekt als atrofisch endometrium. Atypie of complexe hyperplasie op het moment van spiraalplaatsing bleek niet geassocieerd met persisteren of recidief van hyperplasie. De auteurs suggereren wel een associatie met obesitas ($BMI > 25$) en postmenopauzale status.

Concluderend zou je uit deze langetermijnfollow-upstudie kunnen zeggen dat de Mirenaspiraal een goed alternatief biedt voor chirurgie bij patiënten met endometriumhyperplasie. Bij de patiënten bij wie toch een recidief optreedt, gebeurde dat binnen twee jaar na het verwijderen van de spiraal; dit zou kunnen pleiten voor het vervolgen van deze patiënten tot minstens twee jaar na verwijdering. De onderzoekers in deze studie suggereren wel een associatie tussen een recidief en BMI en postmenopauzale status.

Hyperplasie en obesitas

Gezien onze casus is het interessant de associatie met BMI nader te onderzoeken. In de literatuurstudie werd één onderzoek gevonden waarin specifiek de obese patiënt ($n = 56$) werd bestudeerd in relatie tot abnormaal uterien bloedverlies.⁶ Bij evaluatie bleek bij 5% sprake van simpele hyperplasie, bij 4% van complexe EH en bij 4% van complexe hyperplasie met atypie ($n = 2$). Allen kregen een Mirenaspiraal. Bij alle patiënten met EH zonder atypie bleek bij follow-up bij zes tot twaalf maanden sprake van een inactief endometrium. Eén van de patiënten met atypie als initiële diagnose bleek bij zes maanden een endometroïd adenocarcinoom te hebben, de tweede patiënt met atypie vertoonde persisterende complexe hyperplasie zonder atypie bij follow-up bij zes en twaalf maanden; bij 24 maanden bleek opnieuw focaal sprake van atypie. Beide patiënten ondergingen een hysterectomie met adnectomie beiderzijds waarbij bij beiden een goed gedifferentieerd adenocarcinoom werd gezien. Gezien de kleine populatie van deze studie vallen uiteraard geen conclusies te trekken over een mogelijk negatieve invloed van BMI op de kansen op progressie van endometriumhyperplasie ondanks het gebruik van een Mirenaspiraal. Een mogelijke associatie zal verder onderzocht moeten worden.

Conclusies en aanbevelingen

Bij patiënten met endometriumhyperplasie die werden behandeld met de Mirenaspiraal worden in de literatuur regressiepercentages gevonden van 90-95%. Deze regressie wordt gemiddeld bereikt negen maanden na plaatsing. Indien er tevens sprake is van atypie, worden regressiepercentages beschreven van 67-100% (overall 89%). Recidief treed meestal op binnen twee jaar na verwijderen van de spiraal. Gezien de bovengenoemde regressiepercentages lijkt de Mirenaspiraal een goed alternatief voor hysterectomie, mede gezien de beperkte bijwerkingen en risico's van plaatsing.

In de literatuur wordt meestal een strategie gehanteerd waarbij op drie, zes en twaalf maanden na plaatsing van de spiraal histologische diagnostiek wordt verricht. Indien er dan volledige regressie is van de hyperplasie, kan de spiraal worden verwijderd of in situ worden gelaten afhankelijk van de wens van de patiënt. In de studie van Scarselli wordt gesuggereerd dat het nuttig zou zijn de patiënten bij wie de spiraal is verwijderd tot twee jaar in follow-up te houden vanwege een kans op recidief van de hyperplasie (12%).⁵

Bij de obese patiënt met hyperplasie is het plaatsen van een Mirenaspiraal een goed alternatief gezien de toegenomen risico's van chirurgie. Echter in de studies van Scarselli⁵ et al. en Vilos et al.⁶ wordt een mogelijke associatie beschreven tussen de kans op progressie van de hyperplasie onder een Mirenaspiraal en hoog BMI. De beschreven patiëntenaantallen zijn echter nog te laag om daar een uitspraak over te doen.

Literatuur

1. Buttini MJ, Jordan SJ, Webb PM. The effect of the levonorgestrel releasing intrauterine system on endometrial hyperplasia: An Australian study and systematic review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2009;49:316-22.
2. Lee SY, Kim MK, Park H, Yoon BS, Seong SJ, Kang JH, et al. The effectiveness of levonorgestrel releasing intrauterine system in the treatment of endometrial hyperplasia in Korean women. *J Gynecol Oncol* 2010;21:102-5.
3. Varma R, Soneja H, Bhatia K, Ganesan R, Rollason T, Clark TJ, et al. The effectiveness of a levonorgestrel-releasing intra-uterine system (LNG-IUS) in the treatment of endometrial hyperplasia - a long-term follow-up study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008;139:169-75.
4. Integraal Kankercentrum Nederland. Richtlijn Endometriumcarcinoom, 2008. Beschikbaar via: <http://www.oncoline.nl/endometriumcarcinoom>.
5. Scarselli G, Bargelli G, Taddei GL, Marchionni M, Peruzzi E, Pieralli A, et al. Levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) as an effective treatment option for endometrial hyperplasia: a 15-year follow-up study. *Fertil Steril* 2011;95:420-2.
6. Vilos et al. The levonorgestrel Intrauterine system is an effective treatment in selected obese women with abnormal uterine bleeding. *The journal of minimally invasive gynecology*, 2011: 75-80.

Summary

Endometrial hyperplasia is caused by prolonged estrogen stimulation in the absence of progestin influence and can progress to endometrial cancer if left untreated. The presence of cytological atypia is the most important prognostic factor for progression to carcinoma. Hysterectomy (with or without salpingoophorectomy) has been generally recommended for the treatment of atypical hyperplasia. However hysterectomy can have serious side effects (surgical risk factors, recovery period, no possibility for preservation of fertility). Therefore for many women a less invasive therapy may be appealing.

We reviewed those studies in literature which studied the use of a levonorgestrel intrauterine system in treating hyperplasia. The studies provides evidence that an levonorgestrel intrauterine device is a safe and effective treatment for endometrial hyperplasia. A regression is occurred in 90% with endometrial hyperplasia. However for hyperplasia with atypia, especially in obese patients, the result are promising but need further investigation.

Trefwoorden

endometriumhyperplasie, atypie, levonorgestrel IUD, obesitas

Gemelde (financiële) belangenverstrengeling

geen

Auteurs

Drs. Mariëlle P. Wuite-Eversdijk, aios gynaecologie UMC St Radboud, Nijmegen

K.B. Kluivers, gynaecoloog, UMC St Radboud, Nijmegen

Correspondentieadres

Drs. Mariëlle P. Wuite-Eversdijk

UMC St Radboud

Afdeling Verloskunde en Gynaecologie

Huispostnummer 791

Postbus 9101

6500 HB Nijmegen

Telefoon: 024 - 3614726

E-mail: M.Wuite@obgyn.umcn.nl

Vroeggeboorte na een eerdere zwangerschapsafbreking

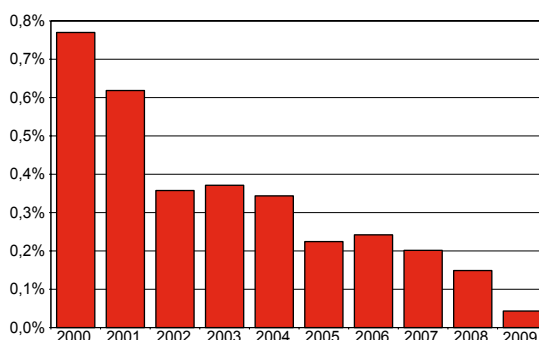
T. de Neef en A. Franx met medewerking van G.C.M.L. Page-Christiaens

Inleiding

Recent werden op de ESHRE in Stockholm eerste resultaten gebracht van een analyse in een Schotse perinatale registratie naar de mogelijke invloed van afbreken van zwangerschap op het beloop van een volgende zwangerschap. De vraag rees of in onze LVR2 aanwijzingen te vinden zijn dat afbreken van zwangerschap geassocieerd is met een verhoogde kans op vroeggeboorte in een volgende zwangerschap.

Afbreken van zwangerschap

In de LVR2 kan afbreken van zwangerschap in de anamnese worden geregistreerd als 'abortus provocatus' onder twee rubrieken: bij 'Bijzonderheden' en in de rubriek 'Reden van overname'. Beide rubrieken zijn facultatief en we moeten aanvaarden dat onder-rapportage optreedt. Om casus met afbreken van zwangerschap in de anamnese te selecteren is een combinatie van de rubrieken vereist: alle casus met de betreffende code in één van beide rubrieken minus de casus waarbij beide rubrieken de codering bevatten. Over de jaren 2000-2009 tellen we dan ruim vierduizend gevallen - circa 0,35% - waarbij afbreken van zwangerschap in een vorige zwangerschap werd gerapporteerd. De sterk afnemende trend (zie figuur 1) doet echter vermoeden dat er steeds minder goed wordt geregistreerd. De LVR1 laat gedurende dezelfde periode een geringe stijging van afbreken van zwangerschap in anamnese zien, tot 1,8% van eerste-lijnsbevallingen in 2009.



Figuur 1. Trend van tweedelijnsbevallingen met afbreken van zwangerschap in de anamnese.

Vroeggeboorte

Om een (univariate) correlatie tussen vroeggeboorte en een eerdere zwangerschapsafbreking te kunnen onderzoeken, excluderen we casus met bekende risicofactoren op vroeggeboorte zoals die in de LVR2 worden geregistreerd: drugsgebruik, fors roken (meer dan twintig sigaretten per dag), pyelitis, hydramnion, en meerlingzwangerschappen. Verder sluiten we uiteraard baringen door middel van een primaire sectio uit, en ingeleide bevallingen.

De (populatiegebaseerde) controlegroep (ruim 742.000 casus) kan zodoende worden omschreven als de groep van spontaan begonnen eenlingbevallingen zonder bekende, in LVR2 geregistreerde risicofactoren voor vroeggeboorte, en zonder afbreken van zwangerschap in de anamnese. De groep met afbreken van zwangerschap in de voorgeschiedenis (2330 casus) is de groep van spontaan begonnen eenlingbevallingen zonder bekende, in LVR2 geregistreerde risicofactoren voor vroeggeboorte, met een zwangerschapsafbreking in de anamnese. Voor deze twee groepen geven we in tabel 1 de percentages vroeggeboorte, ingedeeld naar vier perioden.

De kans op vroeggeboorte is verhoogd na een eerdere zwangerschapsafbreking. Het effect is het grootst bij zeer vroege (< 31 weken) vroeggeboorte. Tabel 2 maakt dit duidelijk.

Ook het gebruik van weeënremmers en/of het aanleggen van een cerclage komt vaker voor na afbreken van zwangerschap. De percentages in tabel 2 spreken wat dat betreft voor zich.

Deze bevindingen zullen moeten worden bevestigd door een (multivariate) analyse van gekoppelde LVR1-LVR2-gegevens door de Stichting PRN. Een bekende tekortkoming van de registratie is dat alle risicofactoren in dit geval worden geregistreerd in facultatieve velden. Het lijkt echter onwaarschijnlijk dat er wat dat betreft een bias zou zijn naar de vroeggeboortegroep.

Zwangerschapsduur:	Groep:	Afbreken-van-zwangerschapgroep (n = 2330)	Controlegroep (n = 742.325)
< 28 weken		1,1%	0,5%
28-30 weken		0,7%	0,4%
31-33 weken		1,9%	1,3%
34-36 weken		8,4%	7,1%
> 37 weken		86,5%	90,3%

Tabel 1. Verdeling van zwangerschapsduren voor casus met afbreken van zwangerschap in de anamnese in vergelijking met de populatiegebaseerde controlegroep.

Bevalling:	Groep:	Afbreken-van-zwangerschap- groep (n = 2.330)	Controlegroep (n = 742.325)	Relatief risico (95%-be- trouwbaarheidsinterval)
< 28 weken		26	3.711	2,23 (1,52-3,28)
< 31 weken		43	6.703	2,04 (1,59-2,75)
< 34 weken		88	16.264	1,72 (1,40-2,18)
< 37 weken		284	68.987	1,31 (1,18-1,46)
≥ 37 weken		2.016	670.632	0,96 (0,94-0,97)
onbekend		30	0	

Tabel 2. Relatieve risico's voor spontane vroeggeboorte vóór 28, 31, 34 en 37 weken na een eerdere zwangerschapsafbreking.

Wij vroegen Lieve Page-Christiaens om commentaar:

Met het beschikbaar komen van medicamenteuze technieken voor afbreken van zwangerschap of afronden van missed abortion, doet zich de vraag voor of er argumenten zijn om in deze situaties de voorkeur te geven aan deze medicamenteuze behandeling in plaats van de traditionele en nog steeds meest gebruikte dilatatie en curettage. Om daar een goed antwoord op te krijgen zouden we moeten beschikken over een goede registratie van de zwangerschapsvoorgeschiedenis van onze patiënten. De studie van Bhattacharyal¹ uit Schotland, nog niet peer-reviewed, over meer dan een miljoen patiënten, is een dergelijke studie. Zij bevestigt wat er reeds eerder door Brown² in de Verenigde Staten beschreven was, namelijk dat afbreken van zwangerschap mogelijk geassocieerd is met vroeggeboorte in latere zwangerschappen. Brown maakte, traditioneel voor de VS, geen onderscheid tussen laag ge-

boortegewicht door vroeggeboorte dan wel door groeivertraging. Bhattacharyal et al. doen dat wel en vinden in de tweede zwangerschap van vrouwen wier eerste zwangerschap eindigde met het afbreken van de zwangerschap, een hoger risico op vroeggeboorte dan bij eerstbarenden of bij vrouwen wier eerste zwangerschap met een levendgeboren kind (ongeacht de zwangerschapsduur) eindigde. Het risico nam toe met het aantal afbrekingen en was hoger bij chirurgische abortus dan bij medicinale abortus. Na miskraam, waarbij voor een onbekend deel van de vrouwen ook dilatatie en curettage gebruikt wordt, was de kans op vroeggeboorte ook verhoogd. Roken, hogere maternale leeftijd, en lagere sociale klasse kwamen vaker voor in de abortusgroep, en waren dus confounders.

Wij zien in de LVR2-gegevens, na excluseren van deze en andere bekende confounders, eenzelfde effect. Het is belangrijk voor ogen te houden dat de absolute risico's laag blijven. Het gemiddelde risico op

Maatregel:	Groep:	Afbreken-van-zwangerschapgroep (n = 2.330)	Controlegroep (n = 742.325)
Weeënremmers		2,7%	0,4%
Cerclage		1,3%	0,1%

Tabel 3. Percentage toepassing van weeënremmers en/of cerclage bij casus met afbreken van zwangerschap in de anamnese in vergelijking met de populatiegebaseerde controlegroep.

vroeggeboorte onder alle zwangeren volgens de Perinatale Registratie Nederland was in 2008 7,7%. Na één maal afbreken van zwangerschap is het in onze analyse 12%. Jammer is het te moeten vaststellen dat er de laatste jaren sprake is van onderregistratie van abortus in de LVR2. In de Jaarrapportages van de Wet afbreking zwangerschap is geen sprake van een afname van het aantal zwangerschapsafbrekingen onder Nederlandse vrouwen, en het aandeel van de over-tijdbehandeling blijft eveneens gelijk. Het moment lijkt gekomen om in de LVR niet alleen te registreren of vrouwen een miskraam of een abortus (of meerdere) hebben gehad, maar ook of ze hiervoor expectatief, met dilatatie en curettage, of medicamenteus behandeld zijn. Als hard gemaakt kan worden dat dilatatie en curettage ongunstig zijn voor een volgende zwangerschap, dan zal dit gegeven een plaats moeten krijgen in de voorlichting. Daarnaast kan het een argument zijn om medicamenteuze (voor)behandeling toegankelijker te maken dan het nu is.

Auteurs

T. de Neef, fysisus, onafhankelijk auteur van VOK-S2i en LVRinsight

A. Franx, voorzitter Commissie Indicatoren, lid bestuur Stichting Perinatale Registratie Nederland (namens de NVOG) en gynaecoloog-perinatoloog, hoogleraar verloskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht

Literatuur

1. *Bhattacharyal S, Lowitl A, Raja EA, Mahmood T, Lee AJ, Templeton A, et al. Maternal and perinatal outcomes following induced abortion. Abstract 0-026 European Society of Human Reproduction, Stockholm July 2011.*
2. *Brown JS, Adera T, Masho SW. Previous abortion and the risk of low birth weight and preterm births. J Epidemiol Community Health 2008;62:16-22.*

G.C.M.L. Page-Christiaens, gynaecoloog-perinatoloog, Universitair Medisch Centrum Utrecht

Correspondentieadres

E-mail: tdeneef@qolor.nl

bestuur@nvog.nl

Samen sterker met synergie

359

Theo Helmerhorst en Veronique van Dooren

Het is nog niet zo lang geleden dat je niet kon verklappen dat je lid van de Orde van Medisch Specialist (OMS) was. Dat verschaftte je vooral in dokterskringen een wat oenig imago. Wie geeft er zoveel geld uit aan de contributie van een machteloze club die nooit wat voor je doet! Daarmee was de kous af. Vervolgens werd nooit de vraag gesteld of die anarchie in specialistenland wel handig was. Bij doordenken blijkt het een kortzichtige mening! Weinigen realiseerden zich dat in Den Haag en in an-

dere burelen van beleidsmakers en gezondheidszorgbeslissers die verdeeldheid als een geschenk uit de hemel werd gezien. Daar hoeft men zich geen zorg te maken voor een serieus weerwoord want de OMS is een papieren tijger, waarvan minder dan de helft van de doelgroep betalend lid is. En weinig specialisten realiseerden zich dat er in geen enkel Europees land (nou ja, behalve België dan) de organisatiegraad van de medisch specialist zo laag is. Er zijn in Nederland 26 wetenschappelijke verenigingen (WV's) die zich

stuk voor stuk erg belangrijk vinden maar die nooit in Den Haag gevraagd zullen worden zich te buigen over de vakoverstijgende organisatie van de specialistische gezondheidszorg. Verdeel en heers!

Steeds meer instanties zijn van de partij als er beslist moet worden over het nog steeds groeiende miljardenbudget van de gezondheidszorg in ons land. Die partijen zijn ook nog eens krachtiger georganiseerd. En de medisch specialist is steeds minder van de partij. De OMS probeert mee te praten maar voelt dat het draagvlak verkruid is geraakt.

Langzaam ontstond de gedachte dat de medisch specialist wel enige slagvaardigheid kan gebruiken. Dat we gezamenlijk een grotere vuist kunnen maken. Dat de samenwerking van de WV's met de OMS voordelen biedt, ook voor de individuele dokter. Dat een krachtige externe profilering noodzakelijk is. Dat het pro-actief uitdragen van onze kwaliteit gewenst is. Dat wij alleen samen een duidelijke stem kunnen laten horen als het gaat over professionele normen, opleiding en medische ontwikkelingen. Dat onze invloed merkbaar wordt!

Er is dus meer dat ons bindt dan dat ons scheidt: we hebben elkaar nodig!

Maar er moest wel wat gebeuren. De samenwerking tussen OMS en WV's was aan verandering en verbetering toe. Binnen de Orde moet de bedrijfscultuur verbeteren, onder leiding van een samenbindende en daadkrachtige voorzitter. Er ontbreekt een gezamenlijke meerjarige strategie, met een missie en een visie, met prioriteiten en stappen. De belangenbehartiging dient daarin te passen. Het aantal freeriders dat profiteert van andermans contributie moet omhoog. De bureaus van de WV's hoeven niet voortdurend het wiel opnieuw uit te vinden.

De WV's zijn aan het begin van dit jaar samen met de OMS enthousiast aan de slag gegaan: een werkconferentie, een notitie en een projectgroep met de duidelijke naam: Synergie. De NVOG heeft een belangrijke en initiërende rol gespeeld.

De nieuwe OMS-voorzitter Frank de Grave heeft dit project onmiddellijk begrepen en aangepakt! Er zijn gezamenlijke domeinen benoemd, taken en rollen besproken. Een krachtig overlegorgaan is aan het werk om gaandeweg de samenwerking gestalte te geven en een structuurverandering voor te bereiden. Om stapsgewijs de synergie te vergroten. Dat Bestuurlijk Overleg Orgaan (BOO) komt maandelijks bijeen, heeft werkafspraken gemaakt, randvoorwaarden geformuleerd en quick wins aangegeven. Het BOO buigt zich over draagvlak, communicatie en tempo van de verandering.

Er kan al snel worden samengewerkt in kwaliteitsbeleid, visitaties en financiering. In het Project de Medisch Specialist 2015 wordt een langetermijnvisie ontwikkeld over de rol van de specialist in onze gezondheidszorg. De directeuren van de WV's zijn bezig samenwerking en efficiëntie te bewerkstelligen op bureauniveau.

Natuurlijk zijn er ook dilemma's: samenwerking is niet vrijblijvend. Het vereist commitment, afstemming en goede communicatie. Samenwerking kan leiden tot compromissen en verminderde autonomie. Maar het alternatief is gevaarlijker: de medisch specialist wordt anders een quantité négligable.

We zijn dus goed op weg, maar er is nog veel te doen. Om te beginnen moeten we vertrouwen hebben in deze nieuwe aanpak. En we zullen de achterblijvers moeten overtuigen dat ze niet aan de kant moeten blijven staan. Samen zijn we sterker!

Oranjedag

B.W.J. Mol

De gezondheidszorg staat onder druk. Enerzijds is er door toenemende zorgbehoefte door demografische ontwikkelingen, de toename van vraag vanuit een beter opgeleide populatie, en door de toename van het aantal mogelijkheden betreffende diagnostiek en behandeling sprake van een steeds snellere groei van zorgconsumptie. Anderzijds is vanwege een relatief gebrek aan collectieve middelen juist beperking van de stijging van de kosten noodzakelijk.

Wat is een verstandige manier om met dit dilemma om te gaan? Simpelweg bezuinigen leidt tot moeilijke, zo niet onmogelijke keuzes waarbij uiteindelijk altijd zwakke groepen, zoals chronisch zieken, ouderen en geesteszieken het hardst geraakt worden. Indien groei gepaard gaat met verruiming van het zorgbudget zullen op andere vlakken zoals cultuur, sociale zekerheid of infrastructuur keuzes gemaakt worden of zal de rekening in toenemende mate bij de patiënt zelf worden neergelegd.

Naar de mening van de Koepel Kwaliteit kan onze beroepsgroep niet voor haar verantwoordelijkheid weglopen. Indien wij zelf het voortouw nemen bij structurele veranderingen in de zorg zullen die veranderingen waarschijnlijk beter zijn dan als anderen dat voor ons doen. Toegankelijkheid van de zorg is ook een professionele verantwoordelijkheid en niet alleen een politieke.

Eén van de kansen om dit te realiseren, is het voeren van kwaliteitsbeleid. Juist in de gezondheidszorg sluiten kwaliteit van zorg en lagere kosten elkaar niet uit. Behandelingen die in één keer effectief zijn of behandelingen die leiden tot een laag percentage complicaties zijn daardoor vaak ook goedkoop. Veel kosteneffectiviteitsstudies die opgezet zijn om af te wegen of extra kwaliteit gerechtvaardigd wordt door extra kosten, blijken uiteindelijk geen kosteneffectiviteitsafwegingen te zijn. De kwalitatief beste behandeling is heel vaak ook de goedkoopste.

Hier ligt een enorme kans voor de beroepsgroep. Indien wij zorgen dat wij kwalitatief hoogwaardige zorg leveren en indien wij door middel van transparantie dit aan anderen laten zien, kunnen pijnlijke keuzes vaak voorkomen worden, vooral wanneer we laten zien dat goede zorg (weliswaar soms elders) besparingen oplevert. De Koepel Kwaliteit wil daarom

binnen de vereniging investeren in de zogenaamde kwaliteitscirkel. Uitgaande van richtlijnen voor goede zorg dienen lokaal protocollen gemaakt te worden en dient zoveel mogelijk volgens deze richtlijnen zorg verleend te worden. Kwaliteit van zorg dient vervolgens aan de hand van indicatoren gemeten te worden zodat ook naar buiten toe transparant gemaakt kan worden dat er goede zorg geleverd wordt. Deze zorg zal dan per definitie niet al te veel verschillen binnen regio's en tussen regio's.

Omdat er nieuwe mogelijkheden komen en inzichten kunnen veranderen, zal van tijd tot tijd herziening van de richtlijnen plaatsvinden. Bij deze herziening zal ook duidelijk blijken dat wij bepaalde zaken niet goed weten. Deze inventarisatie van kennislacunes is een uitstekende basis voor het plannen van kennisstudies. Als uit literatuuronderzoek gebleken is dat deze vragen inderdaad nog niet behandeld zijn en als na afstemming met het buitenland gebleken is dat buitenlandse groepen deze vraag niet op korte termijn gaan beantwoorden, kunnen zo nieuwe studies gepland worden, die afhankelijk van de benodigde grootte, regionaal dan wel een landelijk karakter hebben.

Indien wij deze studies - of moeten we zeggen kwaliteitsprojecten - gezamenlijk in een goede infrastructuur uitvoeren, zijn zij snel afgerond, waardoor binnen enkele jaren de richtlijnen verbeterd worden door specifieke invulling van de gedefinieerde kennislacunes. Zo ontstaat een continue cirkel van kwaliteit en kwaliteitsverbetering.

Wat is nu de plaats van individuele gynaecologen en assistenten en van maatschappen in deze kwaliteitscirkel? Enerzijds wordt bij het uitoefenen van het beroep van dokter een beroep gedaan op autonomie van de zorgprofessional. Wij verwachten van goede dokters dat zij beslissingen nemen en soms is een snelle beslissing die iets minder goed afgewogen is, beter dan te laat genomen beslissingen of helemaal niets beslissen. Anderzijds komt de kwaliteitscirkel niet vooruit als wij alle beslissingen autonoom nemen.

Een simpele optelsom leert dat als alle gynaecologen en assistenten in een bepaalde week volgens een vooropgezet kwaliteitsproject zouden werken, we

kennislacunes die al decennia bestaan binnen enkele weken kunnen oplossen. Toch blijkt dit in de praktijk moeilijk te organiseren. Een goed kwaliteitsmodel waarin het aanbieden van goede zorg, het meten van de kwaliteit van zorg en het verbeteren van die kwaliteit door het genereren van nieuwe kennis, is lastig. Wie heeft hier de regie? Zijn het de universiteiten, is het de overheid, zijn het de individuele maatschappijen of is het de vereniging? En hoe zit het met afstemming op internationaal niveau?

De Oranjedag op 11 november a.s. gaat over deze vraag. Via twee lezingen zal het probleem duidelijk gemaakt worden en zal de huidige situatie geschetst worden. Vervolgens is het aan u om aan de hand van actuele thema's in kleine groepen te discussiëren over hoe dit vorm te geven. Welke invloed hebben wij op maatregelen die de overheid neemt inzake ivf? Hoe wordt bepaald wat een goede vorm van pijnstilling is tijdens de bevalling? Wat is het volume van de pijnstilling? Is ons sectiopercentage niet te hoog? Moeten wij oncologische zorg centraliseren? En hoe doen we dat? Wat is de plaats van kunststofmatjes in de zorg voor vrouwen met prolapsklachten?

Over deze vragen gaat de Oranjedag. Wij hebben aan VVD-Kamerlid Anne Mulder gevraagd om ons tijdens deze dag te observeren en na de pauze een beschouwing te geven over wat te doen. Tevens zal aan de moderatoren systematisch feedback gevraagd worden. De uitkomst van de dag zal worden meegenomen in het nieuwe beleidsplan 2012 van de Koepel Kwaliteit, en kunt u lezen in één van de volgende columns van de Koepel Kwaliteit.

Auteur

B.W.J. Mol, gynaecoloog, voorzitter NVOG-commissie Richtlijnen en lid van de Koepel Kwaliteit NVOG

Correspondentieadres

B.W.J. Mol
E-mail: kwaliteit@nvog.nl