

PIJLER FOETO MATERNALE GENEESKUNDE

Van Safe Motherhood in Afrika tot geavanceerde behandeling van kanker in de zwangerschap in Nederland; nieuws van onze werkgroepen

De anesthesioloog als kroket uit de muur

Floris Klerk

Anesthesioloog, Diakonessenhuis, Utrecht

In Nederland is het aantal pijnstillingsverzoeken in de afgelopen 10 jaar zeer snel toegenomen. Op dit moment krijgt in Nederland +/- 25% van de parturienten een epiduraal tijdens de bevalling. 60% van de primipara krijgt een epiduraal en dat stijgt naar meer dan 70% wanneer zij worden ingeleid. Hierdoor is de anesthesiologische bemoeienis met de verloskunde in 2016 toegenomen tot 45%! Tijd om de balans op te maken over hoeveel gynaecologen nu eigenlijk weten over epiduraal analgesie en wat je ermee kan bereiken.

Aan de hand een mini-enquete die twee maanden geleden naar alle MFM-gynaecologen is opgestuurd ga ik proberen u te overtuigen van het nut van betere onderlinge communicatie tussen obstetrick en anesthesiologen.

PIJLER FOETO MATERNALE GENEESKUNDE

Van Safe Motherhood in Afrika tot geavanceerde behandeling van kanker in de zwangerschap in Nederland; nieuws van onze werkgroepen

Samenwerking tussen gynaecologen en anesthesiologen; welke taal spreken we?

Ingrid Beenackers

Anesthesioloog, UMCU/WKZ, Utrecht

Van oudsher werken gynaecologen samen met anesthesiologen wanneer hun patiënten operatieve interventies behoeven. In het verleden was hier bij de meeste vrouwen geen uitgebreide voorbereiding voor nodig en kon bij wijze van spreken bij spoedingrepen ter plekke worden afgestemd wat de interventie en de meest optimale anesthesietechniek zou zijn. Met de toegenomen co-morbiditeit, de vanwege het toegenomen aantal sectio's grotere kans op abnormaal invasieve placenta's en de oudere leeftijd waarop vrouwen zwanger worden, is dit niet altijd zo eenvoudig meer. De samenwerking begint dan al bij het screenen van vrouwen eerder in de zwangerschap. Regelmatig is het dan ook nodig om tijdens een multidisciplinair overleg te bespreken welke anesthesiologische en chirurgische mogelijkheden in de diverse denkbare situaties het meest optimaal zijn. Meer betrokkenheid van anesthesiologen bij de verloskundige zorg is dus wenselijk. En andersom is grotere betrokkenheid van gynaecologen bij de anesthesiologische praktijkvoering zinvol.

In Nederland bestaan geen obstetrisch anesthesiologen. Wel neemt het aantal anesthesiologen met diepere interesse in de obstetrie toe. Ook zijn er steeds meer gynaecologen met interesse in de obstetrische anesthesiologie. Dit maakt het mogelijk om samen op te trekken en de praktijk op elkaar af te stemmen. Gebleken is namelijk dat de verschillende afdelingen regelmatig geen gelijke protocollen hebben voor dezelfde situatie. Ook wordt het trainen van noodsituaties in teamverband sterk aangeraden.

Aan de hand van een casus over een abnormaal ingegroeide placenta worden de verschillen in praktijkvoering en de mogelijkheden tot betere samenwerking belicht.

PIJLER FOETO MATERNALE GENEESKUNDE

Van Safe Motherhood in Afrika tot geavanceerde behandeling van kanker in de zwangerschap in Nederland; nieuws van onze werkgroepen

Doelstellingen werkgroep SOBAN

Liv Freeman

Ikazia Ziekenhuis, Rotterdam

Het Samenwerkingsverband Obstetrie Anesthesiologie (SOBAN) is een werkgroep met leden van de NVA en de NVOG met een gezamenlijk bestuur. De werkgroep is binnen de NVOG gepositioneerd als werkgroep onder de pijler Foeto Maternale Geneeskunde (FMG) en onder de NVA als onderdeel van de sectie Obstetrische Anesthesie.

De werkgroep is onderverdeeld in 3 subgroepen.

De subgroep **wetenschap** heeft als doel het verbeteren van de zorgkwaliteit door het faciliteren van wetenschappelijk onderzoek onder zwangeren, barenden en kraamvrouwen, waarin samenwerking tussen anesthesiologie en obstetrie noodzakelijk is. Zij vervult een kartrekkersrol in het identificeren van kennishiaten op het gebied van de obstetrische anesthesie, is aanspreekpunt voor wetenschappelijke initiatieven, waarbij partners van NVA en NVOG aan elkaar kunnen worden gekoppeld, en is ook een aanspreekpunt voor de beide wetenschappelijke verenigingen (NVA en NVOG) op het gebied van multidisciplinair wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de obstetrische anesthesie.

Specifieke doelen voor de komende jaren zijn:

- i. Landelijke survey kennishiaten mede ter bevestiging inventarisatie kennishiaten NVOG en RCOG en als doelstelling basis voor landelijke studie.
- ii. Zichtbaarheid vergroten en als coördinatiepunt fungeren voor lokale/regionale studies.

De subgroep **kliniek** heeft als doel het verbeteren van de zorgkwaliteit van aspecten van de zorg bij zwangeren en van de kraamvrouw en kind tijdens de kraamperiode, waarin samenwerking tussen anesthesiologie en obstetrie noodzakelijk is. Kwaliteitsverbeterende initiatieven richten zich

- a. op de ontwikkeling en implementatie van gezamenlijke kwaliteitsindicatoren,
- b. op de ontwikkeling en implementatie van zorg-inhoudelijke referentie documenten (richtlijnen, leidraden, SOP). Hier volgt een lijst van onderwerpen voor kwaliteitsdocumenten voor de komende jaren: morbide obesitas, niet obstetrische chirurgie bij zwangeren, Jehovah Getuigen (JG), massaal obstetrisch bloedverlies, preoperatieve screening, borstvoeding en anesthesie/chirurgie. Over de positie van deze kwaliteitsdocumenten naast de modulair te ontwikkelen richtlijnen wordt gesproken.

Daarnaast fungeert de werkgroep als expertgroep voor specifieke vragen van leden uit beide verenigingen.

De subgroep **onderwijs** heeft als doel door gezamenlijk onderwijs de samenwerking vanaf de opleiding te verbeteren. Specifieke doelen voor de komende jaren zijn:

- i. ontwikkelen gezamenlijke acute training: samenwerking MUMC en Nethoss opzetten voor ontwikkeling scenario database.
- ii. Ontwikkelen kader voor differentiatie obstetrische anesthesie en differentiatie anesthesie voor perinatologie.
- iii. Inventariseren mogelijkheid gezamenlijk opleidingsdagen.

Bestuur Samenwerking Obstetrie Anesthesiologie (SOBAN)

Mw. Dr. L. (Liv) M. Freeman, gynaecoloog Ikazia Ziekenhuis (wetenschap)

Dhr. Dr. B. (Benoit) C. Jacod, gynaecoloog UMC St Radboud (kliniek)

Mw. Drs. I. (Ingrid) C.M. Beenackers, anesthesioloog UMC Utrecht (kliniek)

Floris Klerk, anesthesioloog Diaconessenhuis (onderwijs)

PIJLER FOETO MATERNALE GENEESKUNDE

Van Safe Motherhood in Afrika tot geavanceerde behandeling van kanker in de zwangerschap in Nederland; nieuws van onze werkgroepen

De TRIDENT-studies: Implementatie van de NIPT in Nederland. Update TRIDENT-2

Mireille N. Bekker¹, L. Henneman², C.J. Bax³, R.-J.H. Galjaard⁴, M.V. Macville⁵, Ch.E.M. de Die-Smulders⁵, I. Feenstra⁶, M.J.V. Hoffer⁷, N.S. den Hollander⁷, M.F.C.M. Knapen⁴, I.M. van Langen⁸, K. Lichtenbelt⁹, M.C. van Maarle¹⁰, K.R.M. van der Meij², M.J. Pieters¹¹, H. Schuring-Blom⁹, E. Sikkel¹², S.J. Stevens⁵, R.F. Suijkerbuijk⁸, J. van der Ven¹³, D. Van Opstal⁴, J. Weiss², E.A. Sijstermans²
¹UMCU, Utrecht; ²Afd. klinische genetica, VUMC, Amsterdam; ³AMC, Amsterdam; ⁴Afd. klinische genetica, Erasmus MC, Rotterdam; ⁵Afd. klinische genetica MUMC, Maastricht; ⁶Afd. klinische genetica, Radboud UMC, Nijmegen; ⁷Afd. klinische genetica, LUMC Leiden; ⁸Afd. klinische genetica, UMCG, Groningen; ⁹Afd. medische genetica, UMCU, Utrecht; ¹⁰Afd. klinische genetica, AMC, Amsterdam; ¹¹MUMC, Maastricht; ¹²Radboud UMC, Nijmegen; ¹³KNOV, Utrecht; Namens het NIPT Consortium

Introductie

De TRIDENT (Trial by Dutch laboratories for Evaluation of NIPT)-studies onderzoeken de implementatie van de niet-invasieve prenatale test (NIPT) in Nederland. Prenatale screening op trisomie 21, 13 en 18 valt onder de wet op het bevolkingsonderzoek en is derhalve vergunningsplichtig. Sinds 1 april 2014 kan voor de NIPT als vervolgtest worden gekozen na een verhoogd risico op een trisomie, zoals een verhoogd risico bij de combinatietest (TRIDENT-1). Daarnaast wordt sinds 1 april 2017 NIPT gedurende 3 jaar aan alle zwangeren (ca. 175.000 per jaar) in Nederland aangeboden als eerste screeningstest (TRIDENT-2). De TRIDENT-studies onderzoeken de implementatie en het perspectief van de zwangere ten aanzien van de NIPT.

Materiaal en methoden

Alle zwangeren in Nederland krijgen prenatale screening aangeboden na counseling door gecertificeerde counsellors. Zij kunnen afzien van prenatale screening, kiezen voor de combinatietest of kiezen voor de NIPT in het kader van de TRIDENT-2 studie. Mocht er na de combinatietest sprake zijn van een verhoogd risico op een trisomie dan kunnen zij kiezen voor de NIPT in het kader van TRIDENT-1 of invasieve prenatale diagnostiek. De kosten van de combinatietest (~€ 168) en NIPT (€ 175) zijn nagenoeg gelijk. De zwangere krijgt bij de NIPT de keuze om al dan niet te worden geïnformeerd over eventuele nevenbevindingen (chromosoomafwijkingen anders dan trisomie 21, 18 en 13). Wil zij dit niet dan wordt een analysefilter toegepast op de andere chromosomen. De geslachtschromosomen worden niet geanalyseerd. De NIPT wordt uitgevoerd door drie laboratoria (VUMC, Erasmus MC en MUMC).

Resultaten

In de periode 1 april-1 december 2017 kozen 48.234 zwangeren voor de NIPT in het kader van TRIDENT-2. Uptake van de NIPT als eerste screeningstest was ~40%. Daarentegen was de uptake van de combinatietest gedaald naar 3%. Voor de introductie van de NIPT was de landelijke uptake van de combinatietest 34%. In 98,2% van de gevallen kon er een testuitslag worden gegeven. De gemiddelde uitslagtermijn was 7 werkdagen. In 80% van de aanvragen koos de zwangere voor de NIPT inclusief nevenbevindingen. Er werden 152 casus trisomie 21 (0,3%), 32 casus trisomie 18 (0,1%), 41 casus trisomie 13 (0,1%) en 158 (0,3%) andere chromosoomafwijkingen gevonden. Vervolgonderzoek loopt. Er zijn verschillende typen nevenbevindingen: foetale chromosoomafwijkingen anders dan trisomie 21, 18 of 13, afwijkingen van de placenta (confined placental mosaicism), en – zeldzaam – maternale chromosomale afwijkingen, zoals een maligniteit bij de zwangere of copy number variations.

Conclusie

De landelijke proefimplementatie van de NIPT als eerste prenatale screeningstest loopt. Na de introductie kiest ~40% van de zwangeren voor de NIPT. De resultaten van de implementatiestudie en het perspectief van de zwangeren zullen worden gebruikt om tot een advies te komen over de toekomstige inrichting van de prenatale screening in Nederland.

PIJLER FOETO MATERNALE GENEESKUNDE

Van Safe Motherhood in Afrika tot geavanceerde behandeling van kanker in de zwangerschap in Nederland; nieuws van onze werkgroepen

Equity and Health

Jelle Stekelenburg

MCL, Leeuwarden

In deze sessie presenteren leden van de Working Part International Safe Motherhood and Reproductive Health in 8 korte voordrachten hun activiteiten op het gebied van internationale gezondheidszorg. Het overkoepelende thema van de sessie is 'Equity and Health'. In de voordrachten wordt ingegaan op hoe gezondheidsverschillen kunnen worden verkleind en wat dat betekent voor U. Van Ter Apel tot Ndala, verloskunde, oncologie en 'public health'.

De AIGT, 'Into the World' en wat betekent dit voor U?

Eveline Melman

Flevoziekenhuis, Almere

PIJLER FOETO MATERNALE GENEESKUNDE

Van Safe Motherhood in Afrika tot geavanceerde behandeling van kanker in de zwangerschap in Nederland; nieuws van onze werkgroepen

Into the world... of research!

Rob Mooij¹, J. van Dillen², J. Stekelenburg³

Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch

¹*Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's Hertogenbosch*; ²*Radboud UMC, Nijmegen*; ³*MCL, Leeuwarden/UMCG, Groningen*

Introductie

Een groot deel van de leden van de werkgroep International Safe Motherhood & Reproductive Health (WPISMRH) heeft een periode in een laag inkomensland gewerkt, meestal als arts internationale gezondheidszorg en tropengeneeskunde (AIGT). In deze landen wordt weinig medisch wetenschappelijk (of translationeel) onderzoek gedaan. Het afgelopen jaar is er veel discussie geweest over de toegevoegde waarde van de AIGT. Met het doen van lokaal onderzoek kunnen AIGT extra waarde hebben naast hun klinische werk. Met dit overzicht en met voorbeelden willen wij het nut van wetenschappelijk onderzoek door de AIGT laten zien.

Materiaal en methoden

Via de archieven van de Nederlandse Vereniging voor Tropengeneeskunde en de WPISMRH, via de sneeuwbalmethode en via Pubmed werd gezocht naar onderzoek door AIGT. Geïnccludeerd werd onderzoek van de afgelopen 30 jaar, verricht in de hoedanigheid van AIGT in lage inkomenslanden.

Resultaten

Er zijn minstens 21 proefschriften verschenen die aan de inclusiecriteria voldoen. Verder zijn er 13 AIGT die onderzoek doen of hebben gedaan zonder een afgerond proefschrift. De meeste promoties waren in Amsterdam en Leiden. In dezelfde periode is door meer niet-AIGT onderzoek gedaan in lage inkomenslanden, bijvoorbeeld basisartsen, partners van AIGT,¹ specialisten en lokale artsen in samenwerking met Nederlandse onderzoekers.

Discussie

Er wordt relatief weinig onderzoek gedaan in low-resource settings, terwijl daar juist grote aantallen patiënten worden behandeld. Conclusies van studies uit hoge inkomenslanden zijn niet altijd toepasbaar in een andere setting.² AIGT kunnen bijdragen deze knowledge gap aan te pakken. Ze zijn hiervoor de aangewezen persoon, doordat ze juist in de ziekenhuizen werken die te afgelegen zijn voor de bestaande onderzoekslijnen. Ze hebben kennis van methodologie en een nieuwe blik. Nederlandse AIGT zijn vooral sterk in mixed-methods studies,³ audits,^{4,5} en in de implementatie van nieuwe technieken.⁶ Met het doen van onderzoek kan de AIGT een blijvend effect achterlaten en lokale artsen enthousiast maken om ook onderzoek te doen.

Studies van AIGT die lage inkomenslanden vergelijken, kunnen voor beide settings nieuwe inzichten opleveren.⁷⁻¹⁰ Voor de Nederlandse gynaecologie is bijvoorbeeld onderzoek naar in Nederland zeldzame ziektebeelden van belang, zoals tropische ziekten in de zwangerschap,^{11,12} goedkope interventies die ook in hoge inkomenslanden werken,¹³ en kennis van in Nederland zeldzame zwangerschapscomplicaties als uterusruptuur en eclampsie.^{14,15}

Conclusie

In kleine ziekenhuizen in lage inkomenslanden is de AIGT in een unieke positie om wetenschappelijk onderzoek te doen. In de afgelopen 30 jaar zijn uit dit soort onderzoek 21 proefschriften voortgekomen en een veelvoud aan publicaties. Een groot deel van deze publicaties betreft perinatologie en verloskunde. Onderzoek door AIGT in lage inkomenslanden kan van nut zijn voor zowel de lokale setting als de Nederlandse praktijk.

Referenties

1. Vermeiden T, Braat F, Medhin G, Gaym A, van den Akker T, Stekelenburg J. Factors associated with intended use of a maternity waiting home in Southern Ethiopia: a community-based cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth* 2018;18:38.
2. Mooij R, Stekelenburg J. Mortality reduction in preterm births in low resource settings. What is the place for antenatal corticosteroid therapy? *Medicus Tropicus bulletin* 2016;54:6-7.

3. Stekelenburg J, Jager BE, Kolk PR, Westen EH, van der Kwaak A, Wolffers IN. Health care seeking behaviour and utilisation of traditional healers in Kalabo, Zambia. *Health policy* 2005;71:67-81.
4. van Dillen J, Stekelenburg J, Schutte J, Walraven G, van Roosmalen J. The use of audit to identify maternal mortality in different settings: is it just a difference between the rich and the poor? *Healthcare quarterly* 2007;10:133-8.
5. Nelissen EJT. Improving maternal outcome in rural Tanzania using obstetric simulation-based training. Amsterdam: VU University; 2014.
6. Groen RS, Leow JJ, Sadasivam V, Kushner AL. Review: indications for ultrasound use in low- and middle-income countries. *Trop Med Int Health* 2011;16:1525-35.
7. van Dillen J. Obstetric audit in Namibië and the Netherlands. Amsterdam: VU University; 2009.
8. van den Akker T. Medical mirrors – maternal care in a malawian district. Amsterdam: VU University; 2012.
9. Spaans WA. Vaginal birth after caesarean section in Zimbabwe and the Netherlands. Amsterdam: University of Amsterdam; 2004.
10. Witteveen T, Bezstarosti H, de Koning I, et al. Validating the WHO maternal near miss tool: comparing high- and low-resource settings. *BMC pregnancy and childbirth* 2017;17:194.
11. Rijken MJ. Malaria in pregnancy: ultrasound studies of fetal growth. Utrecht: Utrecht University; 2012.
12. Mooij R, Lugumila J, Mwashambwa M. A case of unusual , complicated adult measles during a measles outbreak in Ndala Hospital , Tanzania. *Medicus Tropicus bulletin* 2013;51:18-9.
13. van Rheenen P, de Moor L, Eschbach S, de Grooth H, Brabin B. Delayed cord clamping and haemoglobin levels in infancy: a randomised controlled trial in term babies. *Trop Med Int Health* 2007;12:603-16.
14. van den Akker T, Mwachombwa B, Irlam J, van Roosmalen J. Using audits to reduce the incidence of uterine rupture in a Malawian district hospital. *International journal of gynaecology and obstetrics* 2009;107:289-94.
15. Mooij R, Lugumila J, Mwashambwa MY, Mwampagatwa IH, van Dillen J, Stekelenburg J. Characteristics and outcomes of patients with eclampsia and severe pre-eclampsia in a rural hospital in Western Tanzania: a retrospective medical record study. *BMC pregnancy and childbirth* 2015;15:213.

PIJLER FOETO MATERNALE GENEESKUNDE

Van Safe Motherhood in Afrika tot geavanceerde behandeling van kanker in de zwangerschap in Nederland; nieuws van onze werkgroepen

Moedersterfte, direct of indirect: zinnig onderscheid?

Thomas van den Akker

LUMC, Leiden

Wereldwijd daalt de moedersterfte geleidelijk, maar zeker niet in alle landen: de verschillen blijven dramatisch groot. Onderzoek naar moedersterfte is gevangen in dogma's, zoals het onderscheid tussen directe ('obstetrische') en indirecte ('niet-obstetrische') sterfte. Problemen als obesitas, anemie en suïcides doorkruisen dit traditionele onderscheid en vragen om een nieuwe, meer probleemgerichte classificatie die richting geeft aan beleid.

PIJLER FOETO MATERNALE GENEESKUNDE

Van Safe Motherhood in Afrika tot geavanceerde behandeling van kanker in de zwangerschap in Nederland; nieuws van onze werkgroepen

Quality of Maternal and Newborn Health Care in Afghanistan

Nasratullah Ansari¹, J. Stekelenburg²

¹Athena Instituut, VUMC, Amsterdam; ²UMCG, Groningen

Introduction

Afghanistan has amongst the highest maternal mortality in the world, estimated at 789 deaths per 100,000 live births (1). Addressing maternal and newborn mortality is one of the highest priorities of the Ministry of Public Health of Afghanistan (2). Though there has been a remarkable increase of skilled birth attendance from 34% in 2010 to 51% in 2016, **almost exclusively as institutional deliveries (3) (4), global evidence shows that giving birth in a facility with a skilled attendant is not sufficient to reduce maternal and newborn mortality and morbidity and giving birth in a facility does not guarantee that appropriate interventions are correctly implemented at appropriate times. Assessing the quality of maternal and newborn care at the health facilities is required. The objectives of the 2016 National Maternal and Newborn Care Assessment is to assess readiness for routine and emergency maternal and neonatal health service provision and quality of care.**

Methods

This assessment is a cross sectional national facility survey using a mix of quantitative and qualitative methods. Eight tools were used to collect data and conduct direct observations such as facility inventory and record review, interviews, knowledge tests and structured clinical observation checklists. The sample size for primary health care facilities was calculated using probability proportional to size methods of cluster sampling to estimate results by facility type with $\pm 10\%$ precision, 95% confidence, design effect of 1.5 and 5% oversampling to account for inaccessibility. For the hospitals, it includes a census of all accessible hospitals with an average of five or more deliveries per day.

Results

Most health facilities have essential drugs and supplies available in the antenatal, delivery and postpartum rooms. Injectable oxytocin was available in 91% of health facilities. Majority of health facilities (81%) had magnesium sulfate at the point of care and 77% of facilities have soap and water for handwashing in the delivery room. Ambu bag for newborn resuscitation was available at 84% of facilities.

Only 72% of women who give birth at facilities received a uterotonic immediately after delivery for prevention of postpartum hemorrhage. Only 42% of postpartum of women were checked for excessive bleeding after birth. In the majority of women (86%) blood pressure was checked during antenatal consultations, but only in 32% blood pressure was checked after delivery. Less than 50% of facilities have clinical guidelines and protocols available. Most skilled birth attendants (76%) knew to start bag and mask ventilation for a newborn who is not breathing. Most of newborns (85%) were dried immediately and thoroughly and 52% of newborns had immediate skin-to-skin contact. Only 57% women during antenatal care, 31% women during labor and 30% women during postpartum received information about their treatment or were asked if they had any questions. Only 43% of the providers washed their hands with soap and water at critical points for infection prevention before conducting any examination during first stage of labor.

Conclusion

Our findings indicate that most facilities have the essential medicines and supplies needed for routine and emergency obstetric and newborn care. There are notable gaps in both knowledge and practices of SBAs in the implementation of relatively simple antenatal, intrapartum, and postnatal care practices that can substantially reduce risks of mortality. Investment in capacity building aligned with a strategic health workforce development plan and continuous education of health providers are essential to improve quality of maternal and newborn health at the health facilities in Afghanistan.

References:

1. Kassebaum NJ, Barber RM, Bhutta ZA, Dandona L, Gething PW, Hay SI, et al. Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990–2015: a systematic analysis for the

Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1775–812. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616314702>

2. MoPH of Islamic Republic of Afghanistan. 2017. National Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Strategy. 2017-2021. Kabul: Ministry of Public Health
3. Afghan Public Health Institute, Ministry of Public Health (APHI/MoPH) [Afghanistan], Central Statistics Organization (CSO) [Afghanistan], ICF Macro, Indian Institute of Health Management Research (IIHMR) [India], and World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean (WHO/EMRO) [Egypt]. 2011. Afghanistan Mortality Survey 2010. Calverton, Maryland, USA: APHI/MoPH, CSO, ICF Macro, IIHMR and WHO/EMRO.
4. CSO, MoPH, and ICF. 2017. Afghanistan Demographic and Health Survey 2015. Kabul, Afghanistan: CSO
5. WHO. 2016. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: WHO http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/en/.

PIJLER FOETO MATERNALE GENEESKUNDE

Van Safe Motherhood in Afrika tot geavanceerde behandeling van kanker in de zwangerschap in Nederland; nieuws van onze werkgroepen

Thermal coagulation als alternatief voor cryotherapie in de behandeling van premaligne cervicale afwijkingen in screeningsprogramma's voor baarmoederhalskanker in Afrika – presentatie van een onderzoeksprotocol

Marlieke de Fouw, J.J. Beltman, A.A.W. Peters
Female Cancer Foundation (FCF), LUMC, Leiden

Introductie

Baarmoederhalskanker is wereldwijd de vierde meest voorkomende kanker voor vrouwen, met ruim 530.000 nieuwe gevallen per jaar. De ziektelast van baarmoederhalskanker is onevenredig verdeeld, 85% van de getroffen vrouwen leeft in lage- en middeninkomenslanden.¹ Screening, vaccinatie tegen humaan papillomavirus (HPV) en tijdige behandeling kunnen de ziekte voorkomen, en dit heeft de incidentie van baarmoederhalskanker in landen met goed ontwikkelde preventieprogramma's, zoals Nederland, sterk teruggebracht.² Toegang tot preventie en behandeling is echter zeer beperkt in lage- en middeninkomenslanden. Dit gecombineerd met hogere prevalentie van HIV-infectie zorgt ervoor dat baarmoederhalskanker in deze regio's de meest voorkomende kanker voor vrouwen is.^{1,2}

De Wereldgezondheidsorganisatie raadt voor landen met beperkte middelen en infrastructuur, baarmoederhalskankerscreening aan met 'see-en-treat' programma's.³ In hetzelfde bezoek wordt een vrouw gescreend, door middel van visuele inspectie met azijnzuur (VIA), en bij VIA-positieve laesies direct behandeld met cryotherapie of liexcisie. Cryotherapie is een ablatieve techniek en heeft als voordeel ten opzichte van een liexcisie dat het relatief eenvoudig is en poliklinisch zonder lokaal anesthesie kan worden uitgevoerd.⁴ De afgelopen jaren is gebleken dat lokale beschikbaarheid van gas voor cryotherapie beperkt is en hoge kosten voor transport met zich meebrengt.⁵ Daarnaast zijn de gascilinders vaak erg groot en moeilijk te verplaatsen, waardoor vrouwen vaak niet in hetzelfde bezoek worden gescreend en behandeld.

Thermal coagulation is een mogelijk geschikt alternatief. Het is net als cryotherapie een ablatieve techniek, en gebruikt elektriciteit om de overgangszone van de baarmoederhals te verhitten.⁶ In het Verenigd Koninkrijk wordt deze techniek al sinds de jaren '80 succesvol toegepast voor de behandeling van cervicale intra-epitheliale neoplasie (CIN).^{6,7,8} Nu er thermal coagulation is ontwikkeld met een oplaadbare batterij zou dit een belangrijke stap kunnen zijn naar brede beschikbaarheid van directe behandeling. In Malawi is er al 3 jaar ervaring met thermal coagulation, waarbij 93,3% van de patiënten ziektevrij was na 3-6 maanden follow-up.⁹

Om de effectiviteit en beschikbaarheid van beide technieken te vergelijken, hebben wij bedacht beide technieken in screeningsprogramma's van de Female Cancer Foundation (FCF) te onderzoeken met de volgende onderzoekshypothese: thermal coagulation is even effectief als cryotherapie in de behandeling van premaligne cervicale afwijkingen in 'see-en-treat' screeningsprogramma's in Oeganda, Malawi, Gambia en Ethiopië. Daarnaast zullen bijwerkingen en complicaties, de tevredenheid van patiënten en zorgverleners, de beschikbaarheid van behandeling en de kosten van onderhoud en transport van gas worden geëvalueerd.

Materiaal en methoden

Studieopzet: gerandomiseerd niet-geblindeerd interventie-onderzoek.

Studiepopulatie: gezonde vrouwen met deelname aan screeningsprogramma's in Oeganda, Malawi, Gambia en Ethiopië, met VIA-positieve laesies tijdens screening geschikt voor directe behandeling.

Interventie: cryotherapie of thermal coagulation.

Follow-up: VIA-screening na 1 jaar.

Primaire uitkomst: proportie vrouwen met VIA-negatieve screening 1 jaar na behandeling, vergeleken voor cryotherapie en thermal coagulation.

Secundaire uitkomsten: bijwerkingen en complicaties, patiënttevredenheid inclusief pijnscore, tevredenheid van zorgverleners, beschikbaarheid van techniek in praktijk, kosten voor onderhoud en transport van gas.

StudiEGrootte: follow-up data van 142 vrouwen per interventie nodig om verschil van 10% tussen behandelingen te detecteren, berekend met eenzijdige Z-test en 80% power. Verwachte opkomst voor follow-up 50% of hoger; totale inclusie 568 vrouwen.

Deelname van bovengenoemde landen is afhankelijk van toestemming van het lokale ministerie van Volksgezondheid en goedkeuring door de lokale ethische commissies. In locaties waar slechts één behandelmethode beschikbaar is, of als één van de technieken niet werkzaam is, kan er niet worden gerandomiseerd. Dan wordt data verzameld voor een parallel prospectief cohortonderzoek. Deze data zal apart worden geanalyseerd.

Dataverzameling vindt plaats door middel van digitale vragenlijsten op tablets met het programma Open Data Kit.

Resultaten

Naar verwachting zal de inclusie van patiënten 1 tot 1,5 jaar in beslag nemen. Follow-up data van laatst geïncludeerde patiënten wordt begin 2021 verwacht.

Conclusie

Er zijn tot op heden geen gerandomiseerde onderzoeken verricht naar thermal coagulation in vergelijking met cryotherapie, en onderzoek in programma's waarbij verpleegkundigen of verloskundigen screening en behandeling verrichten zijn beperkt, terwijl dit de realiteit is voor de meeste vrouwen in lage- en middeninkomenslanden. Dit onderzoek zal een belangrijke bijdrage leveren om evidence-based keuzes te maken voor behandelmethodes in screeningsprogramma's voor baarmoederhalskanker wereldwijd. Voor de zorg in Nederland zou thermal coagulation een waardevolle toevoeging kunnen zijn voor geselecteerde patiëntengroepen, zoals vrouwen met laaggradige cervicale intra-epitheliale neoplasie en kinderwens.

Referenties

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, et al. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015;136:E359-86.
2. Ginsburg O, Bray F, Coleman MP et al. The global burden of women's cancers: a grand challenge in global health. *Lancet series Health, equity and Women's cancers* 1, 2016. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31392-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31392-7)
3. WHO Guidelines for Screening and Treatment of Precancerous Lesions for Cervical Cancer Prevention (2013). Geraadpleegd op 12 februari 2018. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/
4. Sankaranyanan R, Thara S, Esmay PO, Basu P. Cervical cancer: screening and therapeutic perspectives. *Medical Principles and Practices*. 2008;17(5):351-364.
5. Castle PE, Murokora D, Perez C, Alvarez M, Quk SC, Campbell C. Treatment of cervical intraepithelial lesions. *Int J Gynecol Obstet* 2017; 138 (Suppl. 1): 20–25
6. Haddad N, Hussein I, Blessing K et al. Tissue Destruction Following Cold Coagulation of the Cervix. *Colposcopy & Gynecologic Laser Surgery* 1988;4(1):23-27.
7. Dolman L, Sauvaget C, Muwonge R, Sankaranarayanan R. Meta-analysis of the efficacy of cold coagulation as a treatment method for cervical intraepithelial neoplasia: a systematic review. *BJOG*. 2014;121(8):929-42.
8. Loobuyck HA, Duncan ID et al. Destruction of CIN 1 and 2 with the Semm cold coagulator: 13 years' experience with a see-and-treat policy. *Br J Obstet Gynaecol*. 1993 May;100(5):465-8.
9. Campbell C, Kafwafwa S, Brown H, et al. Use of thermo-coagulation as an alternative treatment modality in a 'screen-and-treat' program of cervical screening in rural Malawi. *Int J Cancer*. 2016;139(4):908-15.

PIJLER FOETO MATERNALE GENEESKUNDE

Van Safe Motherhood in Afrika tot geavanceerde behandeling van kanker in de zwangerschap in Nederland; nieuws van onze werkgroepen

Is Nederland voorbereid op zwangere asielzoekers?

Markus Rijken

UMCU, Utrecht

Goede verloskundige zorg is een recht voor elke zwangere, waar dan ook op de wereld. Hoe is die zorg in Nederland eigenlijk geregeld voor zwangere asielzoekers? En hoe goed doen we het? Tijdens deze voordracht zoemen we in op de implementatie van de ketenrichtlijn 'Geboortezorg asielzoeksters' in de dagelijkse praktijk.

Het Global Network NVOG

Mimosa Bruinooge

Admiraal de Ruyter Ziekenhuis, Goes

Veel NVOG-leden zijn reeds betrokken bij internationale samenwerkingsverbanden, zowel op het gebied van kwaliteit als toegankelijkheid van zorg, opleiding, bestuur en wetenschap. Hoe kunnen we deze krachten bundelen en ons sámen sterk maken voor het verbeteren van de gezondheidszorg voor vrouwen wereldwijd? In deze voordracht laten we zien hoe het NVOG Global Network hier het antwoord op geeft.

PIJLER FOETO MATERNALE GENEESKUNDE

Van Safe Motherhood in Afrika tot geavanceerde behandeling van kanker in de zwangerschap in Nederland; nieuws van onze werkgroepen

De afkapwaarde voor de follow-up van anterior en posterior laag gepositioneerde placenta's in het tweede trimester - een prospectieve studie

Charlotte Jansen¹, L. Ruiters¹, E. van Leeuwen¹, E. Schuit B.W. Mol³, E. Pajkrt¹

¹AMC, Amsterdam, ²Julius Center for Health Sciences and Primary Care, UMC, Utrecht, ³Monash University, Clayton, Victoria, Australië

Introductie

Een placenta gelegen in het onderste uterussegment kan worden onderverdeeld in een placenta previa waarbij de placenta over het ostium internum heen ligt, en een laag-liggende placenta die binnen 20 mm van het ostium internum ligt.¹ Dit kan leiden tot potentieel fatale situaties voor moeder en kind, veelal direct gerelateerd aan bloedverlies ante partum, intra partum en post partum.² Een laag-gepositioneerde placenta komt voor in 5% van de zwangerschappen in het tweede trimester. Diagnose vindt veelal plaats ten tijde van het structureel echografisch onderzoek (SEO) waarna follow-up in het derde trimester is geadviseerd. Momenteel worden alle tweede trimester laag-gepositioneerde placenta's vervolgd in het derde trimester.³ Echter, op dat moment is slechts bij 0,3-0,5% van de zwangere vrouwen de placenta in het onderste uterus segment gelegen, een reductie van meer dan 90% waarbij follow-up onnodig blijkt.⁴

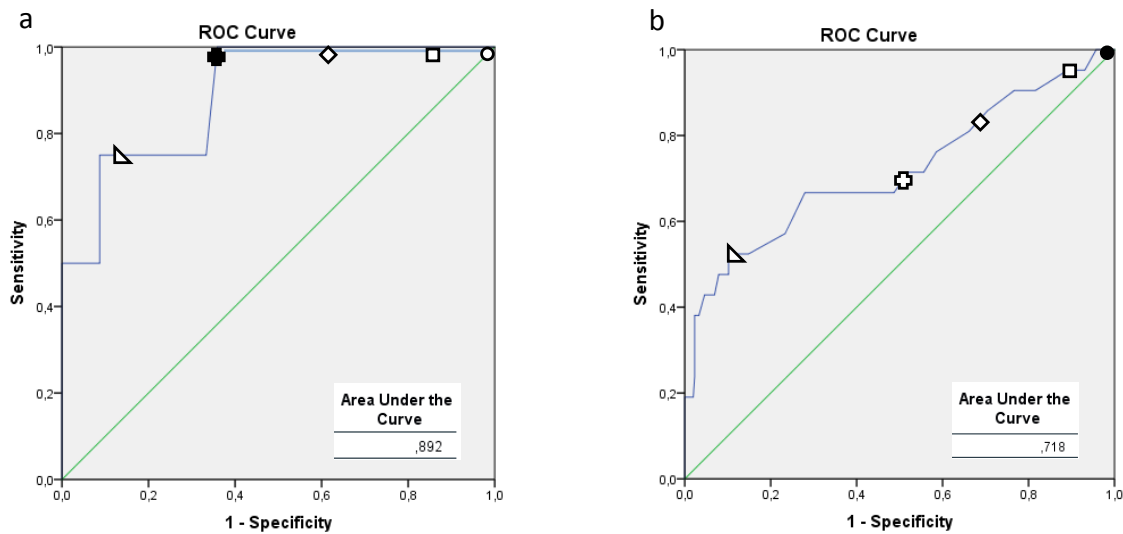
Het doel van deze studie was het vaststellen van een cut-off waarde voor de afstand tussen het ostium internum en de placenta in het tweede trimester waarbij follow-up is gerechtvaardigd, zonder dat een laag-gepositioneerde placenta in het derde trimester wordt gemist. Daarnaast was het doel onderscheid te maken tussen anterior gelokaliseerde placenta's en posterior gelokaliseerde placenta's.

Materiaal en Methoden

Deze prospectieve vondt plaats in het Academisch Medisch Centrum van Amsterdam. Bij alle vrouwen met een eenlingzwangerschap tussen 2014 en 2017 is de afstand tussen het ostium internum en de placenta tijdens het structureel echografisch onderzoek gemeten door middel van transvaginale echografie. Vrouwen met een afstand tussen het ostium internum en de placenta van < 20 mm kregen een follow-up echo in het derde trimester. Daarnaast werd de placentaire zijde, anterior of posterior, gedocumenteerd. Afkapwaarden voor de afstand tussen het ostium internum en de placenta in het tweede trimester voor anterior en posterior placenta's werden vastgesteld met een Receiver-Operating-Characteristics (ROC) curve. Sensitiviteit, specificiteit, terecht positieve en fout-positieve waarden voor de vastgestelde afkapwaarden werden berekend.

Resultaten

In het tweede trimester hebben we 7657 vrouwen geëvalueerd, waarvan 562 vrouwen (7,3%) een afstand hadden van < 20 mm tussen het ostium internum en de placenta. Van 43 vrouwen hebben wij de follow-up niet kunnen verkrijgen en 519 vrouwen konden worden gebruikt in de analyse. Bij 494 (95%) vrouwen was de afstand tussen het ostium internum en de placenta genormaliseerd tot > 20 mm in het derde trimester. Laag-liggende placenta's bleken vaker genormaliseerd in het derde trimester dan placenta previa (426/437 (97%) en 68/82 (83%); OR 0.13 95% CI 0.06-0.29, P<0.01). Placenta's gelokaliseerd aan de anterieure zijde waren vaker genormaliseerd in het derde trimester dan placenta's aan de posterieure zijde (192/196 (98%) en 302/323 (93%); OR 0.30 95% CI 0.10-0.89, p=0.02). Met betrekking tot anterior gelokaliseerde placenta's gaf een afkapwaarden van 5 mm tussen het ostium internum en de placenta een sensitiviteit van 1 (95% CI 0.4-1) met een specificiteit van 0.64 (95% CI 0.57-0.71). Voor een posterior gelokaliseerde placenta gaf een afkapwaarden van 20 mm tussen het ostium internum en de placenta een sensitiviteit van 1 (95% CI 0.86-1) (tabel 1, figuur 1).



Figuur 1. Receiver-operating-characteristic (ROC) curve die de nauwkeurigheid van een tweede trimester echo laat zien voor a) anterior gelokaliseerde placenta's en b) posterior gelokaliseerde placenta's. Tekens laten de gedefinieerde afkapwaarden zien;

○ < 20 mm, □ < 15 mm, ◇ < 10 mm, ⊕ < 5 mm, △ < 0 mm, met ■ als optimale afkapwaarde voor anterior gelokaliseerde placenta's en ● voor posterior gelokaliseerde placenta's.

Tabel 1. Sensitiviteit, specificiteit van de afkapwaarden. Aantal terecht positieven en fout positieven, terecht negatieven en fout negatieven.

Afkapwaarde van anterior gelokaliseerde placenta previa en lag- liggende placenta's N=196	Vrouwen onder afkapwaarde		Vrouwen boven afkapwaarde		Sensitiviteit	Specificiteit (1- Specificiteit)
	Terecht positieven N=4 (%)	Fout positieven N=192 (%)	Fout negatieven N=4 (%)	Terecht negatieven N=192 (%)		
<20 mm	4 (100)	192 (100)	n.a.	n.a.	1	n.a.
<15 mm	4 (100)	165 (86)	0 (0)	27 (14)	1	0.14 (0.86)
<10 mm	4 (100)	115 (60)	0 (0)	77 (40)	1	0.4 (0.6)
<5 mm	4 (100)	68 (35)	0 (0)	124 (65)	1	0.65 (0.35)
<0 mm	3 (75)	26 (14)	1 (25)	166 (86)	0.75	0.86 (0.14)
Afkapwaarde van posterior gelokaliseerde placenta previa en lag- liggende	Vrouwen onder afkapwaarden		Vrouwen boven afkapwaarden		Sensitiviteit	Specificiteit (1- Specificiteit)
	Terecht positieven N=21 (%)	Fout positieven N=302 (%)	Fout negatieven N=21 (%)	Terecht negatieven N=302 (%)		

placenta's N=323						
<20 mm	21 (100)	302 (100)	n.a.	n.a.	1	n.a.
<15 mm	20 (95)	271 (89)	1 (5)	33 (11)	0.95	0.11 (0.89)
<10 mm	17 (81)	199 (66)	4 (19)	103 (34)	0.81	0.34 (0.66)
<5 mm	14 (67)	130 (43)	7 (33)	172 (57)	0.67	0.57 (0.43)
<0 mm	11 (52)	45 (15)	10 (48)	257 (85)	0.52	0.85 (0.15)

Conclusie

Om een laag-gepositioneerde placenta in het derde trimester uit te sluiten, is een afkapwaarde voor de afstand tussen het ostium internum en de placenta in het tweede trimester van 20 mm nodig voor placenta's aan de posterieure zijde, zoals in de huidige praktijk wordt aangehouden. Voor anterior gelokaliseerde placenta's is een afkapwaarde van 5 mm nodig. Door middel van het verlagen van de afkapwaarde voor de anterior gelokaliseerde placenta's zal de onnodige follow-up van anterior placenta's met 41% worden verlaagd, terwijl geen laag-gepositioneerde placenta's in het derde trimester wordt gemist.

Referenties

1. Silver RM. Abnormal placentation: Placenta Previa, Vasa Previa, Placenta Accreta. *Obstet Gynecol* 2015; 126; 654-668.
2. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta Previa, Placenta Accreta, and Vasa Previa. *Obstet Gynecol* 2006; 107; 927-941.
3. Anonymous. Bloedverlies in de tweede helft zwangerschap. *Nederlandse Vereniging Obstetrie en Gynaecologie* 2008.
4. Copland JA, Craw SM, Herbison P. Low-lying placenta: who should be recalled for a follow-up scan? *Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology* 2012; 56; 158-162.

PIJLER FOETO MATERNALE GENEESKUNDE

Van Safe Motherhood in Afrika tot geavanceerde behandeling van kanker in de zwangerschap in Nederland; nieuws van onze werkgroepen

Detectie van vasa previa en voorstel tot screening

Laura Ruiter

Flevoziekenhuis, Almere

Update SEO en onverwachte bevindingen protocol

Eva Pajkt

AMC, Amsterdam

PIJLER FOETO MATERNALE GENEESKUNDE

Van Safe Motherhood in Afrika tot geavanceerde behandeling van kanker in de zwangerschap in Nederland; nieuws van onze werkgroepen

Veranderingen in de behandeling van kanker in de zwangerschap in de laatste 20 jaar

Jorine de Haan^{1,2}, Ch.e Lok³, Ch. de Groot², F. Amant^{3,4}. Namens de Adviesgroep Kanker in de Zwangerschap en het 'International Network on Cancer, Infertility and Pregnancy (INCIP).

¹ Spaarne Gasthuis, locatie Hoofddorp; ²VUMC, Amsterdam; ³CGOA/AVL, Amsterdam; ⁴CGOA/AMC, Amsterdam

Introductie

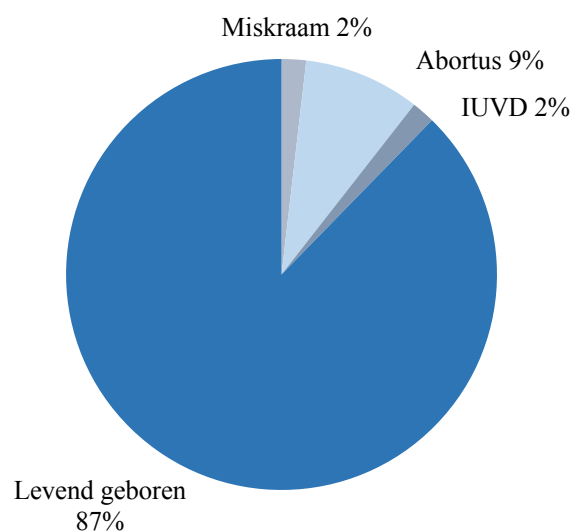
Recente literatuur bevestigt de toename in incidentie van kanker tijdens de zwangerschap van 1 per 1.000 naar 1 per 500 zwangerschappen.¹ Eerdere studies toonden geen negatief effect van de zwangerschap op de maternale prognose.² Ook werden studies gepubliceerd die aantoonden dat oncologische behandeling tijdens de zwangerschap mogelijk is met relatief weinig negatieve effecten op de kinderen tot de leeftijd van 3 jaar.³ Het effect van de toegenomen kennis over kanker in de zwangerschap en de behandel mogelijkheden is onbekend. Om die reden keken we naar het oncologische beleid en de obstetrische en neonatale uitkomsten van patiënten die de laatste 20 jaar werden behandeld door leden van het 'International Network on Cancer, Infertility and Pregnancy' (INCIP).

Materiaal en methoden

Gegevens uit de INCIP-database over oncologische, obstetrische en neonatale uitkomsten van patiënten gediagnosticeerd met een primaire tumor tijdens de zwangerschap tussen 1996 en 2016, werd verzameld. Deze data werd geanalyseerd door middel van beschrijvende en multivariabele analyses op de meest voorkomende obstetrische en neonatale complicaties (prematuur gebroken vliezen (PPROM) of premature contracties, small-for-gestational-age (SGA, geboortegewicht <p10, neonatale intensive care unit (NICU) opname). Tevens werd gekeken naar veranderingen in oncologisch beleid en obstetrische uitkomsten in 20 jaar.

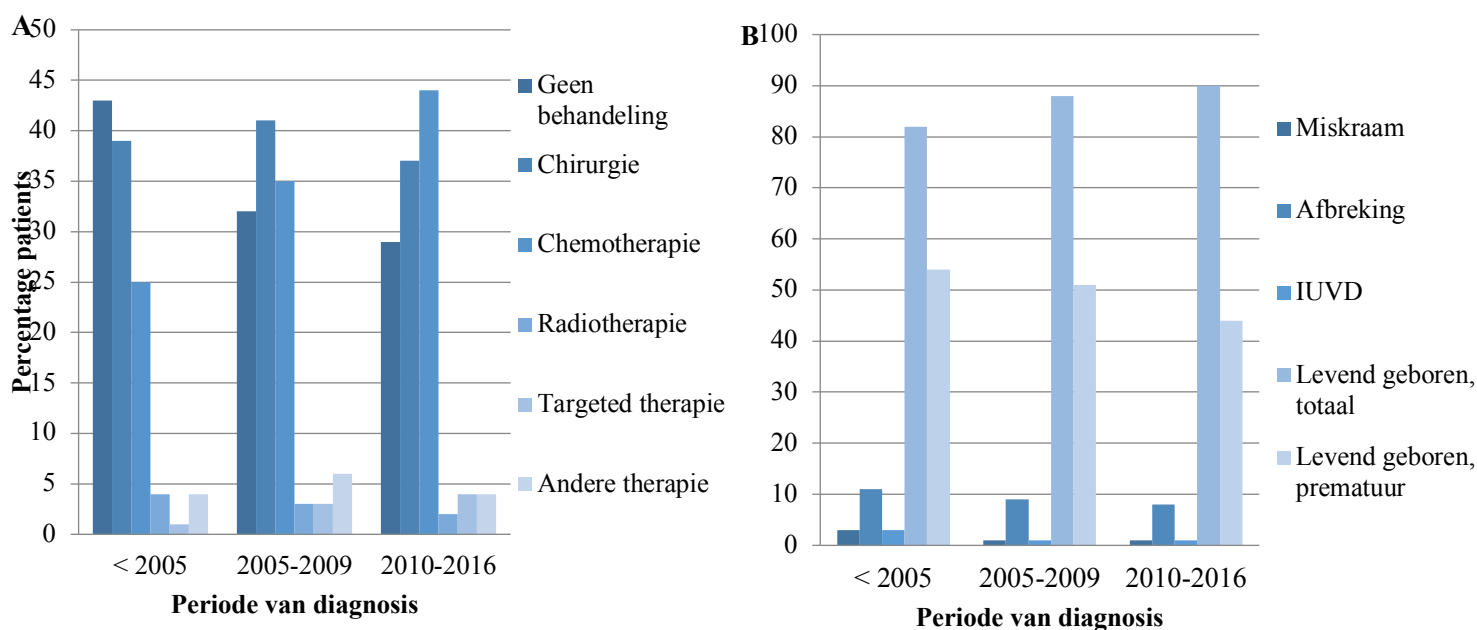
Resultaten

1.170 Patiënten uit 37 centra in 16 landen werden geïnccludeerd. Het merendeel van de patiënten werd gediagnosticeerd met mammacarcinoom (39%), gevolgd door cervixcarcinoom (13%) en lymfoom (10%). Behandeling tijdens de zwangerschap werd gegeven aan 67% (779) van de patiënten, het merendeel onderging chirurgie (37%, 454) en chemotherapie (37%) (429). Obstetrische uitkomsten zijn te zien in figuur 1.



Figuur 1. Obstetrische uitkomsten voor alle eenling zwangerschappen met bekende uitkomst (n=1089).

Tien procent van de zwangerschappen werd gecompliceerd door PPRM of premature contracties. Van de 955 patiënten met een levend geboren kind, beviel 48% prematuur. Van de levend geboren kinderen was 21% 'small for gestational age (SGA)'. Risicofactoren voor het krijgen van een SGA-kind waren een oudere leeftijd bij diagnose (odds ratio (OR) 1,36, 95% CI 1,11-1,68, $p=0,003$), systemische ziekte (OR 1,86, 95% CI 1,04-3,33, $p=0,04$) en antenatale chemotherapie in het algemeen ($p<0,0001$) en specifiek voor platinum derivaten (OR 3,12, 95% CI 1,45-6,70). NICU-opname was nodig bij 41% van de kinderen en was geassocieerd met antenatale blootstelling aan taxanes (OR 2,37, 95% CI 1,31-4,28) en het hebben van een maternale gastro-intestinale tumor (OR 7,13, 95% CI 2,86-17,7). Congenitale afwijkingen werden in 4% van de kinderen gezien. Veranderingen in oncologische behandeling en obstetrische uitkomsten in 20 jaar zijn te zien in respectievelijk figuur 3A en B. Tussen 1996 en 2016 kregen elke 5 jaar 10% meer patiënten antenatale behandeling (RR 1,10, 95% CI 1,05-1,15), met name chemotherapie (RR 1,31, 95% CI 1,20-1,43). Meer zwangerschappen eindigden in een levend geboren kind (4%) met minder prematuriteit (7%), minder iatrogene prematuriteit (9%) en minder NICU-opnames (9%). Wel werd een trend gezien van een toename in SGA (16%, RR 1,16, 95% CI 0,99-1,35).



Figuur 2. Veranderingen in 20 jaar in oncologische behandeling (A) en obstetrische uitkomsten (B).

Conclusie

Er wordt vaker tijdens de zwangerschap een oncologische behandeling gestart, met name met chemotherapie. Dit kan leiden tot meer neonaten met SGA en NICU-opnames. Daarom moet worden overwogen om de behandeling van patiënten met kanker tijdens de zwangerschap, en met name bij behandeling met chemotherapie, in een centra te concentreren waar ervaring is met deze behandeling en de mogelijkheid is tot het geven van obstetrische 'high-care'-zorg.

Referenties

1. Parazzini F, Franchi M, Tavani A, Negri E, Peccatori FA. Frequency of Pregnancy Related Cancer: A Population Based Linkage Study in Lombardy, Italy. *Int J Gynecol Cancer*. 2017;27(3):613-9.
2. Stensheim H, Moller B, van Dijk T, Fossa SD. Cause-specific survival for women diagnosed with cancer during pregnancy or lactation: a registry-based cohort study. *J Clin Oncol*. 2009;27(1):45-51.
3. Amant F, Vandenbroucke T, Verheecke M, Fumagalli M, Halaska MJ, Boere I, et al. Pediatric Outcome after Maternal Cancer Diagnosed during Pregnancy. *N Engl J Med*. 2015;373(19):1824-34.

PIJLER FOETO MATERNALE GENEESKUNDE

Van Safe Motherhood in Afrika tot geavanceerde behandeling van kanker in de zwangerschap in Nederland; nieuws van onze werkgroepen

Systemische therapie voor kanker in de zwangerschap

Ingrid Boere

Erasmus MC, Rotterdam

Tamoxifen en zwangerschap

Teska Schuurman

NKI/AVL, Amsterdam