

Pocket

# Gynaecologie en obstetrie

Romée Snijders & Veerle Smit  
Carlijn Veldman & Gwen Vuurberg



Tweede druk

## Compendium Geneeskunde



*Nu ook voor in de witte jas, met handige tips  
en handvatten speciaal voor het gynaecologisch  
en obstetrisch onderzoek.*

# Handleiding







*Compendium Geneeskunde* hanteert voor de beschrijving van de diverse disciplines zoveel mogelijk dezelfde beknopte, visuele en schematische weergavestijl. Op deze wijze wordt een toegankelijk overzicht gecreëerd voor de lezer. In deze handleiding geven wij een korte toelichting op o.a. de gebruikte leestekens en icoontjes.

## Aandoeningen








Elke aandoening begint bij **D** met een definitie in volzinnen, waarna in telegramstijl de aandoening uiteen wordt gezet. Bij elke aandoening worden de volgende icoontjes, indien relevant, besproken.

- |   |  |
|---|--|
| <b>D</b> Definitie  | <b>B</b> Behandeling   |
| <b>E</b> Epidemiologie in Nederland,<br> epidemiologie wereldwijd,<br>tenzij anders aangegeven |  Algemeen                                   |
| <b>O</b> Oorzaak  |  Paramedische zorg                          |
| <b>R</b> Risicofactoren   |  Medicamenteuze behandeling                 |
| <b>A</b> Anamnese   |  Invasieve, niet-medicamenteuze behandeling |
| <b>LO</b> Lichamelijk onderzoek   | <b>P</b> Prognose  |
| <b>AO</b> Aanvullend onderzoek  | <b>I</b> Denk aan/cave/pas op  |



## Leestekens

 Zeldzaam	→ Gevolg	 Vrouwelijk geslacht
 Weinig voorkomend	↑ Vermeerdering/verbetering/ stijging/verhoging	 Mannelijk geslacht
 Vaak voorkomend	↓ Vermindering/verslechtering/ daling/verlaging	
 Meest voorkomend		

## Icoontjes

 Alarm!	 Verwijzing naar een ander hoofdstuk of de boekenreeks 2.0
 Ezelsbruggetje	 Nederland
 Weetje	 België
 Omschrijving van de typische patiënt	 Formule

## Schema's

-  = positief/ja/+  
 = negatief/nee/-

De schema's in het hoofdstuk Klinisch redeneren helpen je bij het klinisch redeneren vanuit een bepaalde klacht. Bedenk hierbij dat de volledige differentiaaldiagnose uit veel meer diagnoses kan bestaan.

## Afkortingen

In *Compendium Geneeskunde* hebben we zoveel mogelijk Nederlandse afkortingen, medische termen en symbolen voor wetenschappelijke eenheden en grootheden gebruikt. De betekenissen van de Nederlandse en medische afkortingen staan weergegeven in de afkortingenlijst. Hieronder staan een aantal voorbeelden van de gebruikte afkortingen.

sec	seconde/seconden	mnd	maand/maanden
min	minuut/minuten	min.	minimaal
u	uur/uren	max.	maximaal
dg/dgn	dag/dagen	bijv.	bijvoorbeeld
wk/wkn	week/weken	L	liter

# Inhoud

## Gynaecologie en obstetrie

<b>ATLS opvang</b>	<b>14</b>	Lies	28	Folliculaire fase	75	Mannelijke (in)fertiliteit	93
ABCDE-schema	14	Rectaal toucher	29	Luteale fase	77	Voorgeschiedenis	93
Secondary survey	19	Extremiteten	29	Ontwikkeling secundaire		Familieanamnese	93
<b>Algemeen // Anamnese</b>	<b>20</b>	Huid en slijmvliezen	29	geslachtskenmerken	78	<b>Lichamelijk onderzoek</b>	<b>94</b>
Introductie	20	Wervelkolom en bekken	29	<u>Obstetrie</u>	78	<u>Gynaecologie</u>	94
Vraagverheldering	20	<b>Algemeen // Status schrijven</b>	<b>30</b>	Functies van de placenta	82	Algemene indruk	94
Anamnese	20	<b>Algemeen // Interpretatie labwaarden</b>	<b>34</b>	De normale baring	82	Genitalia externa	94
Afluiting	20	Bloedgas	34	Latente fase	82	Genitalia interna	95
Algemene anamnese	21	Bloedbepalingen	36	Actieve fase	82	Speculumonderzoek	95
Psychosociale anamnese	21	<b>Algemeen // Farmacotherapie</b>	<b>46</b>	Uitdrijvingsfase	83	Vaginaal toucher (VT)	97
Tractusanamnese	22	Analgetica	46	Nageboortetijdperk	83	Bimanueel onderzoek	98
Algemeen	22	Opioïden	46	<b>Embryologie</b>	<b>84</b>	Rectovaginaal toucher	98
Tractus circulatorius	22	Anticoagulantia	48	Bevruchting, innestelling en ont-		Touch test	99
Tractus respiratorius	22	INR	50	wikkeling foetus en placenta	84	Mammae	100
Tractus digestivus	22	Bridging	50	Foetale ontwikkeling	84	<u>Obstetrie</u>	101
Tractus urogenitalis	22	Antidepressiva	52	Geslachtelijke ontwikkeling	87	Algemeen	101
Endocriene tractus	23	Anti-emetica	54	<b>Anamnese</b>	<b>90</b>	Fundushoogte	101
Tractus locomotorius	23	Antihypertensiva	56	<u>Gynaecologie</u>	90	Handgrepen van Leopold	102
Hematologie	23	Benzodiazepinen	58	Gynaecologische voorgeschiedenis	90	Leopold 1	102
Centrale zenuwstelsel	23	Bloedglucoseverlagende middelen	60	Familieanamnese	90	Leopold 2	102
Huid en slijmvliezen	23	Hormoonpreparaten	62	Menstruatie	90	Leopold 3	103
Tractus mentalis	23	Medicatie rondom de bevalling	64	Anticonceptie	90	Leopold 4	103
<b>Algemeen // Lichamelijk onderzoek</b>	<b>24</b>	Zwangerschapsbeëindiging	68	Climacteriële klachten	90	Modified Early Obstetric	
Algemeen	24	<b>Anatomie</b>	<b>70</b>	Dyspareunie	91	Warning Signs (MEOWS)	104
Algemene toestand	24	Genitalia interna vrouw	70	Fluor	91	<u>Fertiliteit</u>	104
Vitale functies	24	Genitalia interna man	71	Mictie en defecatie	91	Lichamelijk onderzoek	105
Antropometrische gegevens	25	Bekkenbodem musculatuur	72	Recidiverende UWI	91	Vrouw	105
MEWS	25	Mammae	73	<u>Obstetrie</u>	91	Man	105
Hoofd en hals	25	Vascularisatie	74	Obstetrische voorgeschiedenis	91	<b>Aanvullend onderzoek</b>	<b>106</b>
Thorax	26	<b>Fysiologie</b>	<b>75</b>	Zwangerschap	92	<u>Gynaecologie</u>	106
Hart	26	<u>Gynaecologie</u>	75	<u>Voortplantingsgeneeskunde</u>	92	Transabdominale echo (TAE)	106
Longen	26	Follikelrijping	75	Voorgeschiedenis	92	Transvaginale echo (TVE)	106
Abdomen	27	Menstruele cyclus	75	Vrouwelijke (in)fertiliteit	93	Hysterosonografie	107

# Inhoud

## Gynaecologie en obstetrie

Hysteroscopie	107	Algemeen	128	<b>Aandoeningen</b>	<b>148</b>	Pelvic inflammatory disease (PID)	172
Hysterosalpingografie (HSG)	108	Anticonceptie postpartum	132	<b>Anatomische afwijkingen</b>	<b>148</b>	<b>Seksueel overdraagbare</b>	
Laparoscopie	108	<u>Obstetrie</u>	<u>132</u>	Anatomische uterusafwijkingen	148	<b>aandoeningen (soa's)</b>	<b>173</b>
Culdocentese	109	Medicatie	132	Aplasia vaginae	149	Chlamydia	174
Uitstrijkje	110	Bevalling	132	Hymen imperforatus	150	Gonorrhoe	175
Histologie	111	Obstetrisch toucher	132	<b>Algemene gynaecologie</b>	<b>151</b>	Herpes genitalis	176
Pipelle	112	Uitdrijvingsfase	134	Adenomyose	151	Condylomata acuminata/humaan	
Colposcopie	112	Kunstverlossing	135	Bartholinische cyste	152	papillomavirus (HPV)	177
Fluoronderzoek	113	Pijnstilling tijdens de baring	137	Endometriosis externa	153	Pediculosis pubis (phthiriasis pubis)	178
Aminetest	113	Sectio caesarea	137	Lichen sclerosus et atrophicus		Scabiës	179
KOH-preparaat	113	Nageboortetijdperk	138	(LSEA)	155	Syfilis	181
Zoutpreparaat (0,9% NaCl)	113	Afnavelen	138	Torsio ovarii	155	Trichomoniasis	183
pH-meting	114	Geboorte placenta	138	Urine-incontinentie	157	<b>Aandoeningen in de geslachtelijke</b>	
Menstruatiekalender	114	<i>Handgreep van Küstner</i>	139	Stressincontinentie	157	<b>ontwikkeling</b>	<b>184</b>
<u>Obstetrie</u>	<u>115</u>	<i>Handgreep van Baer</i>	139	Urge-incontinentie	157	Androgeenongevoeligheids-	
Prenatale screening	115	<i>Controle placenta</i>	139	Overloopincontinentie	157	syndroom (AIS)	184
Orale glucosetolerantietest (OGTT)	118	Postpartum	140	Prolaps	158	Ovotestculaire ontwikkelings-	
Dopplersonderzoek	119	Opvang van de pasgeborene	140	<b>Seksuologie</b>	<b>161</b>	stoornis (hermafroditisme)	186
Cardiotocogram (CTG)	119	Maternale controle	141	Dyspareunie	161	Kallmannsyndroom	187
Intrapartum aanvullend onderzoek	122	<b>Differentiaaldiagnose</b>	<b>142</b>	Vaginisme	162	Adrenogenitaal syndroom (AGS)	188
<u>Fertiliteit</u>	<u>122</u>	Amenorrhoe	142	Vulvaire vestibulitisyndroom (VVS)	163	5-alfa-reductasedeficiëntie	190
Algemeen	122	Primaire amenorrhoe	142	Orgasmestoornis	163	Klinefeltersyndroom	190
Basale temperatuurcurve (BTC)	122	Secundaire amenorrhoe	142	Verminderd seksueel verlangen	164	Mayer-Rokitansky-Küster Hauser	
Chlamydia-antilichaamtest (CAT)	123	Buikpijn	143	<b>Cyclusstoornissen</b>	<b>164</b>	syndroom (MRK-syndroom)	191
Oriënterend fertiliteitsonderzoek		Cyclusstoornissen	144	Premenstrueel syndroom (PMS)	166	Turnersyndroom	192
(OFO)	123	In-/subfertiliteit	144	Metrorragie des vièrges	167	Swyersyndroom	193
Specieel fertiliteitsonderzoek	123	Hypertensie tijdens de zwanger-		Premature ovariële insufficiëntie	168	<b>Fertiliteit</b>	<b>194</b>
<b>Behandeling</b>	<b>126</b>	schap	145	Menopauze	168	Vrouwelijke subfertiliteit	194
<u>Gynaecologie</u>	<u>126</u>	Koorts	145	<b>Genitale infecties</b>	<b>170</b>	Polycysteus-ovariumsyndroom	
Medicatie	126	Verminderde seksuele opwinding	146	Aerobe vaginitis	170	(PCOS)	195
Lisexcisie/conisatie	126	Vaginaal bloedverlies	146	Bacteriële vaginose	170	Syndroom van Asherman	196
Sterilisatie bij de vrouw	126	Vaginale jeuk	147	Candida vaginalis	171	<b>Afwijkingen tijdens de zwanger-</b>	
Anticonceptie	128	Veranderde fluor vaginalis	147	Listeriose	172	<b>schap</b>	<b>197</b>

# Inhoud

## Gynaecologie en obstetrie

Afwijkingen tijdens het eerste trimester	198	tijdens de zwangerschap	218	Uterusruptuur	241	Cervixcarcinoom	260
Extra-uteriene graviditeit	198	Placenta- en navelstrengafwijkingen	221	Schouderdystocie	242	Endometriumcarcinoom	261
Hydatiforme mola	200	<i>Abruptio placentae</i>	222	Symfyseruptuur	244	Mammacarcinoom	263
Meerlingzwangerschap	202	<i>Placenta praevia</i>	223	Inversio uteri	244	Ovariumcarcinoom	268
Monozygoot	203	<i>Vasa praevia</i>	224	Vruchtwaterembolie	246	Vaginacarcinoom	269
Dizygoot	203	Afwijkingen tijdens het derde trimester	225	Postpartumbloeding (fluxus)	247	Vulvacarcinoom	270
Tweelingtransfusiesyndroom	204	Intra-uteriene groeirestrictie	225	Puerperale sepsis	248	<b>Klinisch redeneren</b>	<b>272</b>
Middelenmisbruik tijdens de zwangerschap	205	Intra-uteriene vruchtdood	226	<b>Problemen in het kraambed (puerperium)</b>	<b>250</b>	Primaire amenorroe	272
Hyperemesis gravidarum	206	Zwangerschapsdermatosen	227	Koorts	250	Secundaire amenorroe	274
Abortus	207	<i>Pemphigoid gestationis</i>	227	Overmatig vaginaal bloedverlies >24u postpartum	251	Hypertensie tijdens de zwangerschap	275
<i>Abortus imminens en abortus incipiens</i>	208	<i>Polymorfe eruptie in de zwangerschap</i>	227	Urineweginfectie (UWI)	251	Vaginaal bloedverlies buiten de zwangerschap	276
<i>Abortus incompletus</i>	208	Vruchtwaterafwijkingen	228	Urineretentie	251	Vaginaal bloedverlies tijdens de zwangerschap	278
<i>Missed abortion</i>	209	<i>Oligohydramnion</i>	228	Urine-incontinentie	251	<b>Bijlagen</b>	<b>280</b>
<i>Septische abortus</i>	209	<i>Polyhydramnion</i>	228	Stolling	252	Bijlage 1: Gynaecologische status	280
<i>Habituele abortus</i>	209	Preterm weeën	230	Tractus digestivus	252	Bijlage 2: Obstetrische status	282
Afwijkingen tijdens het tweede trimester	210	Preterm prelabour rupture of membranes (PPROM)	231	Psychische problemen	252	Bijlage 3: Sectio Caesarea	284
Diabetes gravidarum (DG)	210	Serotiniteit	232	Huilbuien ("kraamtranen")	252	Checklist pre-OK	284
Cervixinsufficiëntie	211	<b>Problemen tijdens en na de baring</b>	<b>233</b>	Posttraumatische stressstoornis (PTSS)	253	OK verslag Sectio	285
Hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap	213	Liggingsafwijkingen	233	Postpartumdepressie	253	<b>Bronvermelding</b>	<b>287</b>
<i>Zwangerschapshypertensie</i>	213	Stuitligging	233	Postpartumpsychose	253	<b>Afbeeldingverantwoording</b>	<b>289</b>
<i>Pre-eclampsie (PE)</i>	213	Dwarsligging	234	<b>Benigne tumoren</b>	<b>253</b>	<b>Dankwoord</b>	<b>291</b>
<i>Eclampsie</i>	216	Hoofdliggingen met afwijkende stand	235	Myomen	253	<b>Ook verkrijgbaar</b>	<b>292</b>
<i>HELLP-syndroom</i>	216	Intra-amniotische infectie	236	Dermoïdcyste	254	<b>Afkortingen</b>	<b>294</b>
Hepatologische afwijkingen tijdens de zwangerschap	218	Placenta accreta/Increta	237	Borderline ovariumtumor	255	<b>Register</b>	<b>298</b>
<i>Acute leververvetting tijdens de zwangerschap</i>	218	Retentio placentae	238	Cervixpoliep	256	<b>Normaalwaarden</b>	<b>305</b>
<i>Intrahepatische cholestase</i>	218	Niet-vorderende ontsluiting (NVO)	239	Endometriumpoliep	256		
		Foetale nood	240	Endometriumcyste	257		
		Navelstrengprolaps	240	Ovula Nabothi	258		
				<b>Maligne tumoren</b>	<b>258</b>		
				BRCA-mutaties	258		

# Farmacotherapie

## Medicatie rondom de bevalling

### Legenda

⚡ = Extra informatie

● = Indicatie tot het voorschrijven van een geneesmiddel

⇔ = Interactie met geneesmiddelen of risicogroepen

⊗ = Indicatie tot het stoppen van een geneesmiddel

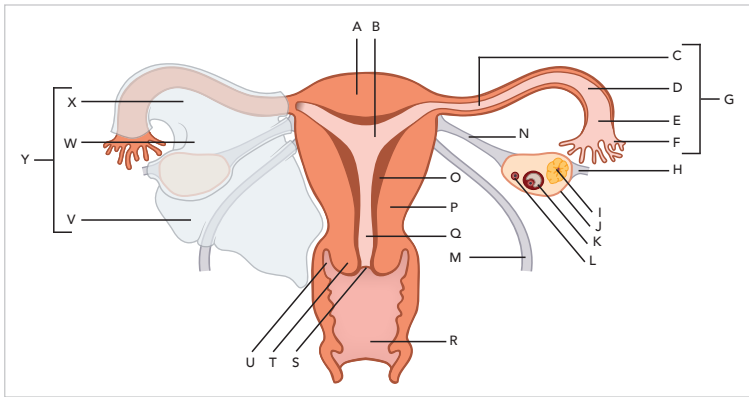
▲ = Beleid bij intoxicatie

	MEDICIJN	WERKINGSMECHANISME	INDICATIES		BIJWERKINGEN	AANVULLEND
TOCOLYTICA	<b>Beta-agonisten</b> (salbutamol, fenoterol)	Stimulatie $\beta_2$ -receptoren van myocyten in myometrium → vermindering intracellulair calcium → relaxatie myometrium	Dreigende vroeggeboorte met contracties op 24-32 weken		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maternaal: tachycardie, palpitaties, tremor, hypotensie, hyperglycemie, flushing, hypokalemie, longoedeem</li> <li>• Foetaal: tachycardie, hyperglycemie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Cl: tachycardie, hyperthyroidie, meerlingzwangerschappen</li> <li>⚡ Vooral als kortdurend tocolyticum (maximaal 48 uur)</li> <li>⚡ Gebruik tijdens zwangerschap alleen op strikte indicatie i.v.m. risico op foetale tachycardie en stoornissen in bloedglucosehuishouding</li> </ul>
	<b>Calcium-antagonisten</b> (nifedipine)	Vermindering intracellulair calcium van myocyten in myometrium → relaxatie	Dreigende vroeggeboorte met contracties op 24-32 weken		Hypotensie, flushes, hoofdpijn, longoedeem, misselijkheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>⚡ Calciumantagonisten zijn even effectief als beta-agonisten, maar hebben minder (ernstige) bijwerkingen</li> <li>⚡ Op strikte indicatie en onder nauwe controle bij zwangere met ernstige hypertensie die niet reageert op standaardtherapie.</li> <li>⊗ Wordt afgeraden in het 1<sup>e</sup> trimester i.v.m. verminderde doorbloeding placenta.</li> <li>⇔ M.n. bij gebruik als weëenremming is acuut longoedeem waargenomen bij combinatie met een bèta-blokker</li> </ul>
WEËENINDUCTIE	<b>NSAID's</b> (indometacine)	Preventie vrijkomen prostaglandinen en cytokinen	Dreigende vroeggeboorte met contracties <30 weken		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maternaal: duizeligheid, hoofdpijn, misselijkheid en braken</li> <li>• Foetaal: hartbloeding, hypertensie, nierproblemen, icterus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⚡ Effect verschilt tussen vrouwen</li> <li>⚡ Kan de bevalling uitstellen tussen de 24u en 7 dagen</li> <li>● Gebruik tijdens 3<sup>e</sup> trimester voor vroegtijdige sluiting ductus arteriosus/Botalli, pulmonale hypertensie, stollingsstoornis waardoor bloeding, nierfunctiestoornis/-insufficiëntie, gastro-intestinale bloeding/perforatie</li> <li>⊗ Cl: Teratogeen</li> </ul>
	<b>Oxytocine-antagonisten</b> (atosiban, ookwel tractocile)	Oxytocine-antagonist	Dreigende vroeggeboorte met contracties op 24-32 weken		Lokale irritatie t.h.v. injectieplaats/inloopplaats	<ul style="list-style-type: none"> <li>⚡ Atosiban dient i.v. gegeven te worden</li> <li>⚡ • Even effectief als bèta-agonisten</li> <li>• Geen bijwerkingen voor moeder en foetus</li> <li>• Nadeel is hoge kostprijs</li> <li>⚡ Veilig gebruik voor de bekende indicaties bij een zwangerschapsduur tussen 24-33 weken</li> </ul>
	<b>Uterotonica</b> (methyleergometrine)	Sterk activerende werking op glad spierweefsel en verhoogt de basale spanning, frequentie en amplitude van ritmische contracties	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actieve behandeling nageboorteperiode</li> <li>• Behandeling nabloeding na geboorte placenta, sectio of abortus</li> </ul>		Buikpijn, hoofdpijn, huiduitslag, hypertensie	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇔ I.c.m. prostaglandinen effect</li> <li>⊗ Cl: zwangerschap, ontsluitings- en uitdrijvingsfase tot aan de geboorte van de eerste schouder</li> </ul>

Tabel 25A // Medicatie rondom de bevalling

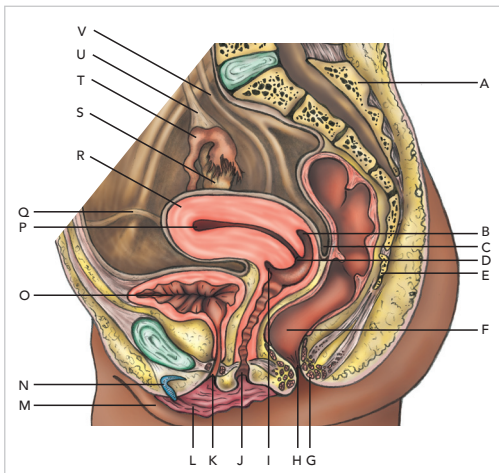
# Anatomie

## Genitalia interna vrouw



**Afbeelding 3** // Transversale doorsnede genitalia interna

**A:** Fundus uteri **B:** Cavum uteri **C:** Isthmus **D:** Ampulla **E:** Infundibulum **F:** Fimbriae **G:** Tuba uterina (Salpinx) **H:** Lig. infundibulum pelvicum (Lig. suspensorium ovarii) **I:** Corpus luteum **J:** Ovarium **K:** Graafse follikel **L:** Primordiale follikel **M:** Lig. teres uteri (Lig. rotundum) **N:** Lig. ovarii proprium **O:** Endometrium **P:** Myometrium **Q:** Endocervicaal kanaal **R:** Vagina **S:** Portio **T:** Cervix uteri **U:** Fornix lateralis **V:** Mesometrium **W:** Mesovarium **X:** Mesosalpinx **Y:** Lig. latum uteri (Broad ligament, parametrium)

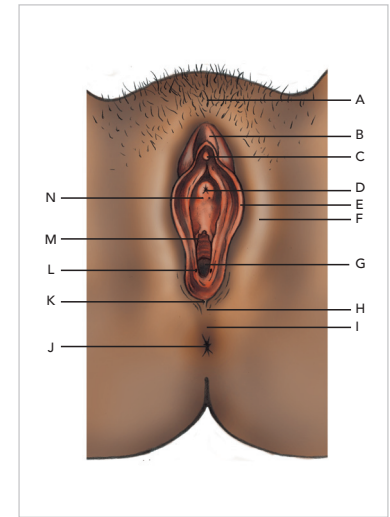


**Afbeelding 4** // Coronaire doorsnede genitalia interna

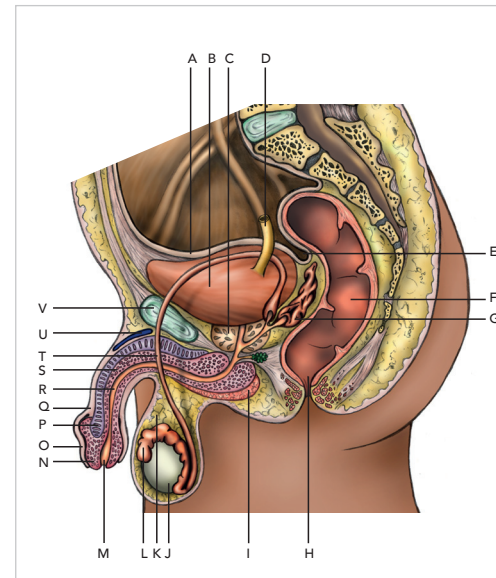
**A:** Os sacrum **B:** Fornix vaginae, pars posterior **C:** Cavum Douglasi **D:** Ostium uteri **E:** Os coccygis **F:** Rectum **G:** M. sphincter ani externus **H:** Anus **I:** Fornix vaginae, pars anterior **J:** Vagina **K:** Ostium urethrae externum **L:** Labium minus **M:** Labium majus **N:** Clitoris **O:** Vesica urinaria **P:** Cavum uteri **Q:** Lig. teres uteri (lig. rotundum) **R:** Uterus **S:** Ovarium **T:** Tuba uterina **U:** Lig. infundibulum pelvicum (lig. suspensorium ovarii) **V:** Ureter

**Afbeelding 5** // Genitalia externa

**A:** Mons pubis **B:** Preputium clitoridis **C:** Glans clitoridis **D:** Ostium urethrae externum **E:** Labium minus **F:** Labium majus **G:** Vagina **H:** Commissura posterior **I:** Perineum **J:** Anus **K:** Frenulum **L:** Opening glandula vestibularis major (glandula Bartholini) **M:** Hymenale ring **N:** Opening klieren van Skene



## Genitalia interna man



**Afbeelding 6** // Anatomie mannelijk geslachtsorgaan

**A:** Peritoneum **B:** Vesica urinaria **C:** Prostaat **D:** Ureter **E:** Excavatio rectovesicalis **F:** Rectum **G:** Glandula vesiculosa **H:** Anus **I:** M. bulbospongiosus **J:** Testis **K:** Scrotum **L:** Epididymis **M:** Ostium urethrae externum **N:** Glans penis **O:** Preputium penis **P:** Corpus cavernosum **Q:** Penis **R:** Urethra **S:** Corpus spongiosum **T:** Ductus deferens **U:** V. dorsalis penis **V:** Symphysis pubica

# Anamnese

## Gynaecologie

### Gynaecologische voorgeschiedenis

GPPA (gravida, para, progenituur, abortus/APLA/EUG), operaties, soa's, seksueel misbruik.

### Familieanamnese

Afwijkingen (congenitaal, dragerschap, syndroom), benigne tumoren (myomen, poliepen), bindweefselaandoeningen, consanguïteit, herhaalde miskramen, fertiliteitsproblemen, maligniteiten (BRCA1/2, HNPCC), stollingsafwijkingen (hevige menstruaties, lang bloeden, frequente bloedneuzen), vervroegde menopauze.



Geboren tussen 1947-1975: vraag naar DES-gebruik moeder.

### Menstruatie

Cyclus, duur menses, regelmaat, eerste (menarche) en laatste menstruatie, klachten bij menstruatie waaronder dysmenorroe en ernst (beperkingen in ADL), doorbraakbloedingen, tussentijds bloedverlies (spotting), menopauze, postcoïtaal bloedverlies, anticonceptie, hormoonpreparaten.



Ziekten en factoren die invloed kunnen hebben op de cyclus zijn o.a. anorexia, DM, gewichtsschommelingen, obesitas, hypo- en hyperthyreoïdie, hyperprolactinemie, hoge sportfrequentie, stress, stollingsstoornissen.

### Anticonceptie

Gebruikte (nood)anticonceptiemethoden (en ervaringen), ongewenste zwangerschappen, risicofactoren DVT/longembolie (oestrogeenafhankelijke tumoren, pre-eclampsie (PE), roken, stollingsafwijkingen).

### Climacteriële klachten

Laatste menstruatie, klachten (stemmingsstoornissen, nachtzweeten, opvliegers), leeftijd menopauze moeder (premature ovariële insufficiëntie (POI)).

### Dyspareunie

Primair/secundair ontstaan, pijn (diep/oppervlakkig, continu/op bepaalde momenten), negatieve seksuele ervaringen, stress tijdens seksueel contact, lubricatie, relatie met partner, houding partner t.o.v. klacht, uitlokkende factor, postcoïtaal bloedverlies, (wisselende) seksuele contacten, soa's.

### Fluor

Aspect (geur, hoeveelheid, kleur, consistentie brokkelig/egaal), pruritus, relatie met cyclus, soa's, wisselende seksuele contacten.

### Mictie en defecatie

Frequentie, dysurie, haematurie, pollakisurie, residugevoel, (in)continentie urine (urge-/stressincontinentie), gevoel van continue aandrang, hoeveelheid incontinentie (druppels of volledige blaaslediging). (In)continentie feces/flatuus, consistentie defecatie, tenesmen, prolapsgevoel, residugevoel, bloed bij ontlasting, obstetrische voorgeschiedenis, sociale impact, eerdere behandeling.

### Recidiverende UWI

Prolaps, relatie met cyclus en coïtus (beschermd, wisselende seksuele contacten), techniek afvegen na toiletgang.



Tenesmus is een vals gevoel van stoelgangsdwang en kan o.a. wijzen op ingroei van endometriose of een tumor in het rectum.

## Obstetrie

### Obstetrische voorgeschiedenis

- **Partus:** eerdere zwangerschappen (incl. totstandkoming, beloop, zwangerschapstermijn, complicaties), begin baring (spontaan of inleiding, vaginaal of sectio), pijnstilling, uitdrijving (spontaan of geassisteerd, ruptuur of episiotomie), fluxus, geboorte placenta, geboortegewicht, gezondheidstoestand kind(eren), behandeladviezen m.b.t. huidige zwangerschap.
- **Kraambed:** beloop, borst- of flesvoeding, complicaties (endometritis, koorts, mastitis, trombose), herstel cyclus, (hervatte) anticonceptie en coïtus, relatie met kind.



# Lichamelijk onderzoek

## Gynaecologie



Voorafgaand aan het gynaecologisch onderzoek is het belangrijk te vragen naar eerdere ervaringen en gedurende het hele onderzoek duidelijk met de patiënte te communiceren, oogcontact te houden en aanrakingen aan te kondigen. Vraag toestemming voor elke stap van het onderzoek en probeer de patiënte steeds gerust te stellen. Leg uit wat je wilt doen en waarom en vraag of zij mee wil kijken met een spiegel.

### Algemene indruk

Let bij het binnenkomen van de patiënte, bij het afnemen van de anamnese en bij het lichamelijk onderzoek op de volgende aspecten:

- Aanwijzingen genetische afwijkingen: dysmorphe kenmerken in het gelaat, een webbed neck, zoals bij het Turnersyndroom, of andere lichamelijke dysmorphe kenmerken;
- Hygiëne;
- Lichaamsbouw: anorexie, adipositas, tekenen van steroïdengebruik;
- Tannerstadia en puberteitsontwikkeling;
- Huidafwijkingen: acne op andere plekken dan het gezicht, huidafwijkingen rondom de genitalia externa;
- Beharingspatroon: beharing op de gebruikelijke plekken, zoals rondom de genitalia externa of onder de oksels, hirsutisme (beharing in het gelaat, op de buik of overmatige beharing op andere lichaamsdelen, zoals de extremiteiten).



Een verstoorde hormoonhuishouding kan zich o.a. uiten in een afwijkend beharingspatroon, afwijkende lichaamsbouw, afwezigheid van secundaire geslachtskenmerken of huidafwijkingen.

### Genitalia externa

Zie tabel 30 voor de aspecten van het onderzoek van de genitalia externa.

ONDERDEEL	BEOORDEEL
Inspectie	<ul style="list-style-type: none"><li>• Perineum, vulva, labia majora, labia minora, clitoris, vagina, introïtus, hymenresten, klieren van Bartholin en Skene, urethra, prolaps bij Valsalvamanoeuvre, fluor (geur, kleur, bloedbijmenging, volume), huidafwijkingen, krabeffecten, littekens, perineum, slijmvliesafwijkingen, ulcera, wratten, zwellingen</li><li>• Overweeg staand onderzoek bij verdenking op een prolaps</li></ul>
Palpatie	Vulva, labia majora/minora, a. femoralis, lieskanaal (bij verdenking op hernia inguinalis/femoralis, met/zonder Valsalvamanoeuvre), lymfeklieren lies

Tabel 30 // Lichamelijk onderzoek genitalia externa



Zichtbare krabeffecten, veranderde fluor (kleur, geur, volume) en rode verkleuring van de vulva/labia kunnen passen bij candidiasis. Vesikels, ulcera en wratten kunnen aanwijzingen zijn voor een soa.

### Genitalia interna

Laat de patiënte voorafgaand aan het onderzoek de blaas ledigen. De billen van de patiënte liggen op de rand van de gynaecologische stoel. Hoe meer het bekken gekanteld is richting de onderzoeker des te gemakkelijker (en daardoor vaak minder pijnlijk) het gynaecologisch onderzoek is. Eerst wordt het speculumonderzoek uitgevoerd (onderzoeker zit), gevolgd door het vaginaal toucher (VT) (onderzoeker staat). Reik de patiënte na afloop een doekje aan om af te veegen.



Inspecteer na vaginaal en rectaal toucher de handschoen discreet op bloed, slijm en pus (bij een zwangere dient de handschoen ook te worden geïnspecteerd op vruchtwater en meconium).

### Speculumonderzoek

Kies het juiste formaat speculum. Breng gel aan op het speculum. Breng het speculum op de volgende manier in:

- Spreid de labia minora met duim en wijsvinger en blijf deze gedurende het onderzoek gespreid houden;
- Breng het speculum in onder een hoek van 45°;
- Vermijd druk op de urethra/vaginavoorwand en aanraking van de clitoris;
- Draai halverwege het inbrengen het speculum geleidelijk naar horizontaal en 45° dorsaal richting het sacrum.

## Algemeen

Zie tabel 31 voor het lichamelijk onderzoek tijdens de zwangerschap.

ONDERZOEK	1 <sup>e</sup> TRIMESTER	2 <sup>e</sup> -3 <sup>e</sup> TRIMESTER
<b>Algemeen</b>	Vitale parameters	
<b>Inspectie</b>	Anorexie/adipositas, (congenitale) afwijkingen, vorm/stand bekken, huidafwijkingen, littekens (bijv. eerdere sectio)	Gewichtstoename, perifere oedemen, buik-omvang, striae, navel(breuk), littekens, wondjes, tekenen van infectie, pigmentatie, petechiën (mogelijk bloedingsneiging 1), icterus, krabeffecten, spider naevi
<b>Palpatie</b>	Prikkeling/pijn, zwellingen, fundushoogte (foetale groei)	Fundushoogte (foetale groei, hoeveelheid vruchtwater), handgrepen van Leopold (ligging kind, indaling, voorliggende deel)
<b>Speculum-onderzoek</b>	Op indicatie beoordeling cervix: positie, dilatatie kanaal, fluor, bloedingen, uitstrijkje, mogelijk blauwverkleuring door veneuze stase	Op indicatie beoordeling cervix: positie, ontsluiting, fluor, bloedingen, uitstrijkje
<b>Echo-onderzoek</b>	Transvaginaal of abdominaal: locatie graviditeit (intra-uterien/extra-uterien), hartactie, eenling/meerling, placentalocatie en aspect	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transvaginaal: cervixlengte (op indicatie)</li> <li>• Abdominaal: ligging foetus, hartactie, beweeglijkheid, groei, afwijkingen foetus, navelstreng, vruchtwater, placentalocatie en aspect</li> </ul>

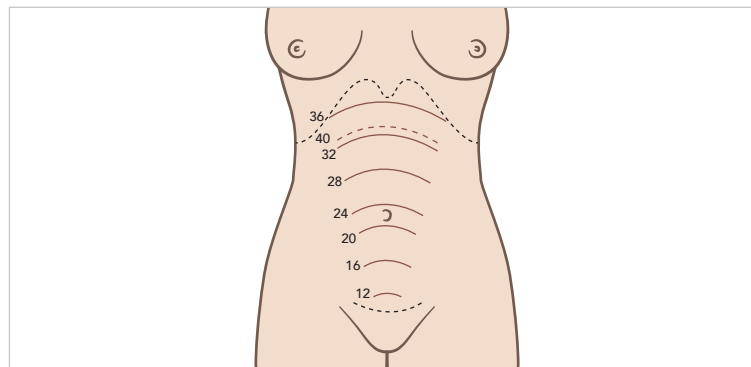
Tabel 31 // Obstetrisch onderzoek

## Fundushoogte

Om de groei van de uterus in kaart te brengen wordt de fundushoogte gemeten. Dit gebeurt door de fundus uteri (hoogste punt uterus) te palperen met de ulnaire zijde van een vlakke hand. Om te bepalen of de zwangerschapsduur (in weken) overeenkomt met de foetale groei, kan de volgende stelregel worden aangehouden (zie afbeelding 21):

- De afstand van de symfyse (12 weken) tot de onderrand van de navel (20 weken) wordt in twee delen opgedeeld, met halverwege de 16-wekengrens;
- De afstand van de bovenrand van de navel (24 weken) tot het xyfoïd (36 weken) wordt in drie delen opgedeeld:
  - <sup>1</sup>/<sub>3</sub>: 28 weken;
  - <sup>2</sup>/<sub>3</sub>: 32 weken.

Indien de zwangerschapsduur en fundushoogte niet overeenkomen, kan worden gesproken van positieve dan wel negatieve discrepantie.



Afbeelding 21 // Fundushoogte in relatie tot de zwangerschapsduur



Vanaf het moment van de indaling zal de fundushoogte weer afnemen.



De fundushoogte kan over het algemeen in centimeters berekend worden met de formule: zwangerschapsduur min vier centimeter. Op een zwangerschapsduur van twintig weken, is de fundushoogte dan ongeveer zestien centimeter.

## Handgrepen van Leopold

### Leopold 1: bepaling fundushoogte en hoofd- of stuitligging

Door beide handen aan weerszijden van de fundus te leggen en voorzichtig druk uit te oefenen, wordt contact gemaakt met het kinddeel. Naast bepaling van de ligging wordt de fundushoogte gemeten. Bij het voelen van de stuit voelt deze minder hard aan dan het hoofdje (zie afbeelding 22).

### Leopold 2: bepaling positie rug

Beide handen worden vlak aan weerszijden van de uterus geplaatst. De positie van de rug wordt bepaald door te palperen op wisselende weerstanden waarbij de rug van de foetus voelbaar is als het meest gelijkmatige kindcontact (weerstand). Bij een dwarsligging is geen rugdeel palpabel.

# Aanvullend onderzoek

## Gynaecologie

### Transabdominale echo (TAE)

Hoewel een TAE in de gynaecologie voornamelijk wordt gebruikt bij zwangere vrouwen, kan deze ook gebruikt worden om de anatomie van de buik te beoordelen of om grote afwijkingen in kaart te brengen (zie afbeelding 23). Een TAE is o.a. geïndiceerd bij een zwangerschap van meer dan twaalf weken en voor de lokalisatie van (grote) anatomische afwijkingen van de genitalia interna die boven het bekken uitkomen (dus buiten het bereik van de TVE vallen). Een TAE heeft ook de voorkeur bij een virgo. Een volle blaas maakt het onderzoek makkelijker en is daarom wenselijk. Beoordeel de volgende punten bij het maken van een gynaecologische TAE:

- Grootte en mogelijke afwijkingen van de uterus;
- Cavum uteri;
- Adnexen en de cysten/tumoren hiervan.

Bij een zwangere kunnen d.m.v. een TAE de ligging, groei, locatie, grove afwijkingen van de placenta (abruptio, retroplacentaire hematomen), hoeveelheid vruchtwater, kindsbewegingen, hartactie en vaatdoorstroming (doppler) worden beoordeeld. Stapsgewijs dienen de volgende punten te worden beoordeeld bij het maken van een routine obstetrische echo. Interpreteer hierbij de bevindingen altijd in het kader van de zwangerschapsduur:

- Aanwezigheid van een foetus/vruchtzak in de uterus en het aantal foetussen;
- Ligging van de foetus (stuit-, dwars-, hoofdligging);
- Groei van de foetus: hoofdomtrek BPD (bipariëtale diameter), HC (head circumference), FL (femurlengte), AC (abdominale omtrek);
- Ligging en structuur van de placenta;
- Hoeveelheid vruchtwater;
- Geslacht, indien gewenst door de ouders.


### Transvaginale echo (TVE)


Een TVE is een echografisch onderzoek waarbij de echotransducer vaginaal wordt ingebracht (zie afbeelding 23). De geluidsgolven hoeven minder weefsel-lagen te passeren in vergelijking met een abdominale echo, waardoor een gede-

## Obstetrie

Afhankelijk van de zwangerschapstermijn kunnen verschillende labonderzoeken en beeldvormende onderzoeken worden ingezet om de gezondheid van moeder en kind te monitoren (zie tabel 38).




 Vanaf week 35 wordt enkel op indicatie een GBS-screening uitgevoerd.

 Vanaf week 35 wordt bij iedereen een GBS-screening uitgevoerd.

### Prenatale screening

Prenatale screening betreft de screening voorafgaand aan de bevalling op aanwezigheid van eventuele ziekten en congenitale, syndromale of chromosomale aandoeningen. Standaardonderzoeken die worden uitgevoerd tijdens de zwangerschap zijn de obstetrische echo's, laboratoriumbepalingen en urineanalyse. Indicaties voor deze standaardonderzoeken zijn o.a. ter evaluatie van de foetale groei, foetale structurele afwijkingen, het aantonen of uitsluiten van rhesusantagonisme en diabetes gravidarum (DG). Om chromosomale aandoeningen desgewenst op te kunnen sporen, worden screeningstesten bij voorkeur zo vroeg mogelijk ingezet. In tabel 39 staan de prenatale screeningstesten en vanaf welk termijn deze kunnen worden ingezet. In afbeelding 30 staan de invasieve prenatale onderzoeken weergegeven.

Onderzoek	1 <sup>e</sup> trimester	18 <sup>e</sup> -20 <sup>e</sup> week	26 <sup>e</sup> -30 <sup>e</sup> week	36 <sup>e</sup> week - partus
Echo	Bepaling termijn, vitaliteit (foetale hartactie), prenatale screening op congenitale afwijkingen (nekplooimeting)	Bepaling geslacht, controle foetale hartactie, groei controle, structureel echoscopisch onderzoek (SEO)	Controle groei en ligging op indicatie	
Lab	Bloedgroep, Hb, MCV, rhesus D/c, IRAS (irregulaire antistoffen), HbS-Ag, hiv, syfilis, glucose, optioneel: NIPT (zie tabel 39)	OGTT op indicatie (  GCT)	Hb, MCV, indien moeder rhesus D/c-negatief: herhalen rhesus, IEA en foetale rhesus D-antigeen	Hb, MCV
Urine	Dipstick, kweek, proteïnurie op indicatie			

Tabel 38 // Aanvullend onderzoek per termijn



# Behandeling

## Gynaecologie

### Medicatie

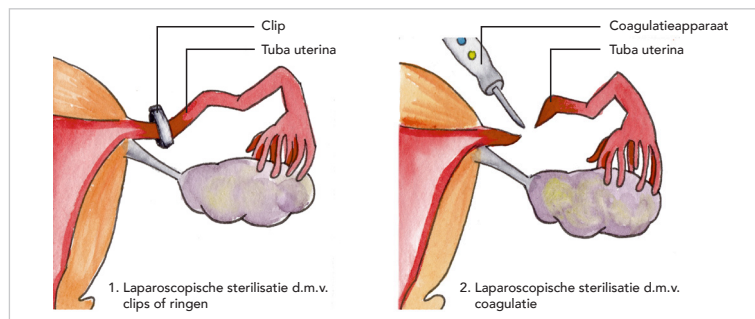
Zie het hoofdstuk Algemeen // Farmacotherapie voor een overzicht van o.a. antiemetica, antihypertensiva gedurende de zwangerschap, hormoonpreparaten, medicatie rondom de bevalling en zwangerschapsbeëindiging.

### Lisexcisie/conisatie

Een lisexcisie, ook wel large loop excisie van de transformatiezone (LLETZ) of conisatie, is het weghalen van de transformatiezone. Dit wordt gedaan wanneer bij een uitstrijkje of colposcopie aanwijzingen zijn gevonden voor een afwijkende CIN. Bij een lisexcisie of LLETZ wordt met een dunne metalen lis een deel van de cervix d.m.v. coagulatie weggehaald. Bij een conisatie wordt een dieper deel van de cervix in de vorm van een conus (kegel) weggesneden. Een conisatie wordt veelal gedaan bij een adenocarcinoma in situ of een recidief/residu na een LLETZ. Het verkregen materiaal wordt daarna opgestuurd voor verder onderzoek. Na een conisatie en in mindere mate na een LLETZ is de kans op een partus prematurus verhoogd.

### Sterilisatie bij de vrouw

Zie tabel 45 en afbeelding 34 voor een overzicht van technieken van sterilisatie bij de vrouw. Een sterilisatie wordt niet vergoed vanuit de basisverzekering.



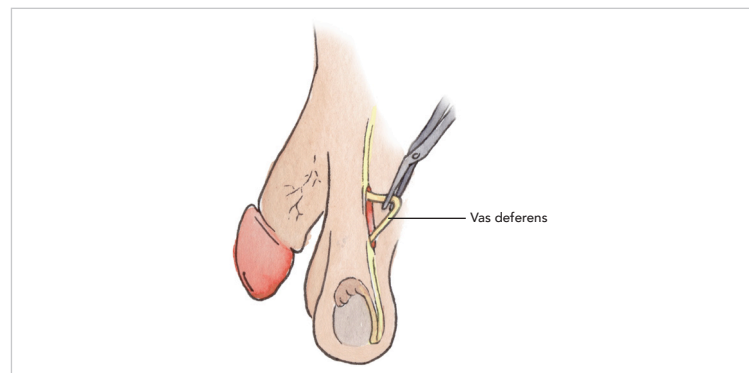
Afbeelding 34 // Sterilisatietechnieken bij de vrouw

STERILISATIE-PROCEDURE	LAPAROSCOPISCHE STERILISATIE D.M.V. CLIPS OF RINGEN	LAPAROSCOPISCHE STERILISATIE D.M.V. COAGULATIE OF TUBECTOMIE
<b>Techniek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plaatsen van ringen/clips op de tubae</li> <li>Continuïteit van de tubae wordt onderbroken</li> </ul>	Bipolaire coagulatie of verwijdering van de tubae indien mechanische occlusie van de tubae niet mogelijk is
<b>Complicaties</b>	Ernstige complicaties 1-6:1000, mortaliteit 2:100.000	
<b>Kans op zwangerschap na de ingreep</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>10-jaars kans op zwangerschap na de sterilisatie is <math>\pm 2:100</math></li> <li>Indien ingreep in 2<sup>e</sup> helft van de cyclus, dan bestaat de kans dat de vrouw al zwanger is</li> <li>Soms toch zwangerschap door bijv. fout uitgevoerde procedure of tuboperitoneale fistel</li> </ul>	
<b>Mogelijkheid tot hersteloperatie</b>	Niet mogelijk na tubectomie	
<b>Zwangerschap na hersteloperatie</b>	80% zwanger binnen 1 jaar na hersteloperatie	Coagulatie: 65% zwanger <1 jaar na hersteloperatie
<b>Cave</b>	Indien laparoscopisch niet mogelijk, soms converteren naar laparotomie	

Tabel 45 // Sterilisatie bij de vrouw



Sterilisatie van een man kan o.a. d.m.v. vasectomie (doornemen vas deferens) worden bewerkstelligd, zie afbeelding 35.



Afbeelding 35 // Sterilisatie bij de man (vasectomie)

## Medicatie

Zie het hoofdstuk Algemeen // Farmacotherapie voor een overzicht van o.a. antiemetica, antihypertensiva gedurende de zwangerschap, medicatie rondom de bevalling en zwangerschapsbeëindiging.

## Bevalling

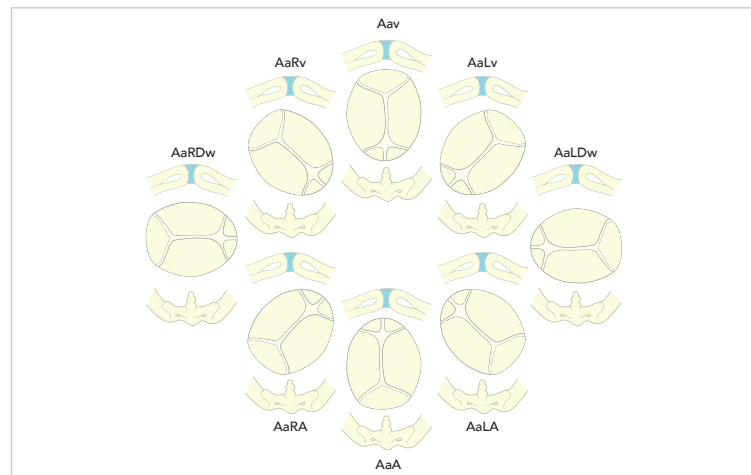
### Obstetrisch toucher

Durante partu wordt bij een vrouw de mate van ontsluiting beoordeeld. Het acroniem POVIAS geeft aan wat in welke volgorde beoordeeld dient te worden, namelijk:

- Portio: stand (sacraal/mediaan/ventraal), lengte (verstriking) en consistentie (stug/matig week/week).
- Ontsluiting: schat het aantal centimeter ontsluiting door één vinger of beide vingers in de openstaande portio in te brengen. Indien de ontsluiting gevorderd is tot tien of meer centimeter (volledige ontsluiting, VO) is de portiorand niet meer te voelen.
- Vliezen: bepaal of deze staan of gebroken zijn.
- Indaling: positie van het voorliggende deel t.o.v. de vlakken van Hodge (zie afbeelding 36).
- Aard voorliggende deel: caput of stuit, indien beide niet voelbaar → dwarsligging.
- Stand hoofd (of stuit): de stand wordt benoemd aan de hand van de wijzers van de klok. Bij een achterhoofdsligging is de kleine fontanel het aanwijspunt (zie afbeelding 37).



**Afbeelding 36** // Vlakken van Hodge: bedoeld om de graad van indaling van de foetus te bepalen  
**H1:** Valt samen met de bekkeningang, gaat door de bovenrand van de symfyse **H2:** Evenwijdig aan H1, door de onderrand van de symfyse **H3:** Evenwijdig aan H1 en H2, door de spinae ischiadicae **H4:** Evenwijdig aan H1-H3, door de spits van os coccygis (komt bijna overeen met de bekkenbodem). Indien het hoofd van de foetus zich net voorbij H2 bevindt, wordt dit aangeduid als H2+.



**Afbeelding 37** // Stand hoofd tijdens de baring

**AaA:** Achterhoofd achter **AaRA:** Achterhoofd rechtsachter **AaRDw:** Achterhoofd rechtsdwars **AaRv:** Achterhoofd rechtsvoor **Aav:** Achterhoofd voor **AaLv:** Achterhoofd linksvoor **AaLDw:** Achterhoofd linksdwars **AaLA:** Achterhoofd linksachter



Let tijdens een VT durante partu ook op pijn, mogelijk uitgezakte extremiteiten en voelbare pulsaties van een uitgezakte navelstreng, beoordeel zowel het benige als het weke baringskanaal en de bekkenbodem.

## Uitdrijvingsfase

Tijdens de uitdrijvingsfase wordt geadviseerd de vrouw pas te laten persen vanaf het moment van VO. Tijdens deze fase dient na iedere wee, of continu, de foetale hartactie gecontroleerd te worden d.m.v. doptonen of het CTG. Wanneer het caput staat (maximale doorsnede van caput staat in vulva en zakt niet meer terug na de wee), wordt de vrouw geïnstrueerd te zuchten om zodoende het caput langzaam geboren te laten worden en de kans op ruptuur te verkleinen. Indien episiotomie noodzakelijk is ter bespoediging van de uitdrijving, wordt lokale anesthesie gegeven en wordt de episiotomie mediolateraal geplaatst. Na de geboorte van het caput wordt eerst gecontroleerd op omstrengeling van de nek door de navelstreng en indien dit aanwezig is, wordt deze opgeheven. Vervolgens vindt de externe spildraai plaats en worden de voorste schouder, daarna de achterste schouder en vervolgens de rest van het lichaam geboren (zie afbeelding 38 en 39).

# Differentiaaldiagnose



In dit hoofdstuk staan voorbeelden van diagnoses waar je aan denken bij een bepaalde (hoofd)klacht. Let op! Enkel de belangrijkste diagnoses worden in dit hoofdstuk benoemd en dienen als voorbeeld. Je kunt notities maken in de marge.

## Amenorroe

### Primaire amenorroe

- ♦ Anatomisch:
  - Mechanische uterus obstructie (hymen imperforatus, transversaal vaginaal septum)
  - Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndroom
- ♦ Endocrien:
  - Genetisch (Turner syndroom, congenitale bijnierhyperplasie, androgeen ongevoeligheidssyndroom, syndroom van Kallmann)
  - Hypothalamus (anorexie, excessief sporten, stress, pubertas tarda)
  - Hypofyse (hypofysetumor: prolactinoom, craniopharyngioom, hypo-/hyperthyreoïdie, hypopituitarisme)
  - Ovarium (PCOS, POI)
  - Bijnier (androgeen producerende tumor)
- ♦ Iatrogeen:
  - Medicamenteus (o.a. antipsychotica, antidepressiva, opioïden)
  - Ovariële schade (radiatie, chirurgie)

### Secundaire amenorroe

- ♦ Anatomisch:
  - Mechanische uterus obstructie (syndroom van Asherman, septa)
- ♦ Endocrien:
  - Obstetrisch (zwangerschap, borstvoeding)
  - Bijwerking Mirena spiraal (bij ca. 20% van gebruiksters)
  - Hypothalamus (anorexie, excessief sporten, stress)
  - Hypofyse (hypofysetumor: prolactinoom, craniopharyngioom; hypo-/hyperthyroïdie)
  - Ovarium (PCOS, POI, menopauze)
  - Bijnier (androgeenproducerende tumor)

- ♦ Iatrogeen:
  - Medicamenteus (o.a. antipsychotica, antidepressiva, opioïden, voorafgaand gebruik prikpil)
  - Ovariële schade (radiatie, chirurgie)

## Buikpijn

- ♦ Gynaecologische oorzaken buikpijn (binnen en buiten zwangerschap):
  - Adenomyose, endometriose
  - Corpus luteum bloeding
  - Maligniteit (cervix, endometrium, ovarium, uterus)
  - Menstruatiepijn, ovulatiepijn (Mittelschmerz)
  - Myoom necrose
  - Ovariumcyste (ruptuur, intracysteuze bloeding)
  - PID (pelvic inflammatory disease)
  - Torsio ovarii (door ovarium cyste/tumor)
- ♦ Zwangerschap (1<sup>e</sup> trimester):
  - Bandenpijn
  - EUG
  - (Spontane) abortus
- ♦ Zwangerschap (2<sup>e</sup>/3<sup>e</sup> trimester):
  - Abruptio placentae
  - Chorio-amnionitis
  - Pre-eclampsie/HELLP
  - Partus immaturus (16<sup>e</sup>-28<sup>e</sup> wk)/prematuur (28<sup>e</sup>-37<sup>e</sup> wk)
  - Hydronefrose (door druk uterus)
  - Cystitis (met blaasspasmen)
  - Fysiologisch ('harde buiken', kindsbewegingen)
- ♦ Puerperium:
  - Cystitis
  - Endometritis (GAS), parametritis
  - (Geïnfecteerd) hematoom
  - Salpingitis
  - Wondinfectie



Endometriose en myoomnecrose geven postmenopauzaal geen buikpijn, omdat de cyclus is uitgedoofd en het endometrium en de myomen dan niet meer groeien.



Let op! De volgende pagina's zijn random pagina's uit de pocket Gynaecologie en obstetrie. Dit betekent dat veel aandoeningen incompleet worden weergegeven in dit inkijkexemplaar.

# Aandoeningen

## Anatomische afwijkingen

### Anatomische uterusafwijkingen

- D** Anatomische uterusafwijkingen ontstaan door ontwikkelingsstoornissen van de buizen van Müller (zie afbeelding 45).
- E** Prevalentie 10:50.000-100.000
- O** Ontwikkelingsstoornissen van de buizen van Müller
- R** Maternaal DES-gebruik
- A** Asymptotisch ☺, sub- of infertiliteit, uitblijvende menarche (bij agenesie)
- LO** Bimanueel onderzoek: uterus niet palpabel in het geval van uterusaplasie
- AO** TAE/TVE, MRI, hysteroscopie, laparoscopie: aantonen anatomische uterusafwijking
- B** ✂ Metroplastiek (reconstructie), cave risico op steriliteit
- P** Behandeling verhelpt mogelijke infertiliteit door uterusafwijking niet, maar kan wel recidiverende miskramen voorkomen
- !**
  - Door de samengaande ontwikkeling met de nieren en ureter, is de anatomie daarvan ook vaak afwijkend
  - Het stellen van de correcte diagnose is van belang ter preventie van complicaties tijdens de zwangerschap (o.a. liggingsafwijking foetus, habituele abortus, prematuriteit, retentio placentae, placenta praevia)



Uterusafwijkingen zijn terug te leiden naar afwijkingen in de ontwikkeling van de buizen van Müller:

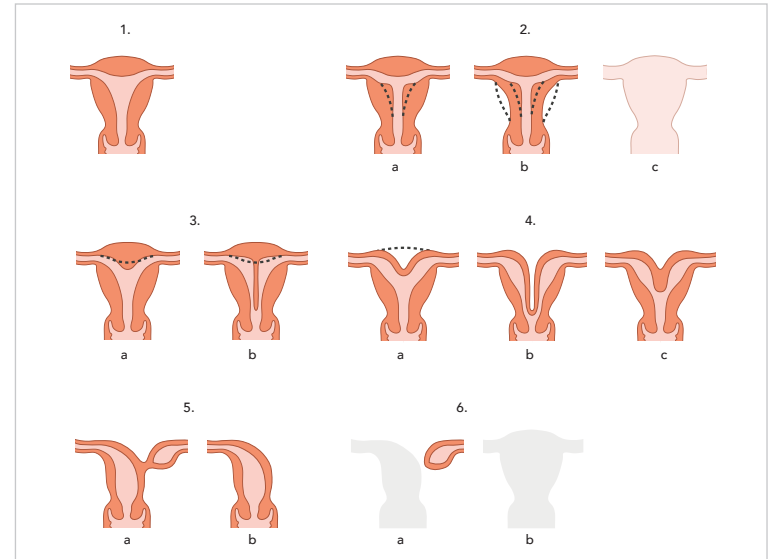
- Onvolledige fusiestoornis → bicorporale uterus
- Unilaterale, onvolledige of afwezige ontwikkeling → hemi-uterus, uterusaplasie



Bij aanwezigheid van een rudimentaire hoorn: cave zwangerschap in de rudimentaire hoorn.



**Diethylstilbestrol (DES)** is een synthetisch hormoon dat in de jaren vijftig t/m de jaren tachtig werd voorgeschreven om miskramen te voorkomen en als vrouwen bloedverlies hadden tijdens de zwangerschap. Er is gebleken dat DES een verhoogde kans geeft op aanlegstoornissen in de tractus urogenitalis en op carcinomen in dat gebied bij dochters van moeders die DES hebben gebruikt.



**Afbeelding 45 //** Overzicht uterusanomalieën



**1:** Normale uterus **2:** Dysmorphe uterus **2a:** T-vormige uterus **2b:** Uterus infantilis **2c:** Overig **3:** Uterus septus **3a:** Partieel **3b:** Compleet **4:** Bicorporale uterus **4a:** Partieel **4b:** Compleet **4c:** Bicorporale uterus septus **5:** Hemi-uterus **5a:** Met rudimentair cavum uteri **5b:** Zonder rudimentair cavum uteri **6:** Uterusaplasie **6a:** Met rudimentair cavum uteri **6b:** Zonder rudimentair cavum uteri

### Aplasia vaginae

- D** Aplasia vaginae, aplasie of agenesie van de vagina, is het gedeeltelijk of volledig ontbreken van de vagina door een aanlegstoornis (zie afbeelding 46). Dit komt vaak voor i.c.m. agenesie van de uterus (Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRK)-syndroom).
- E** Incidentie 20:100.000 per jaar
- O** Ontwikkelingsstoornissen van de buizen van Müller (MRK-syndroom)



## Vrouwelijke subfertiliteit

- D** Bij vrouwelijke subfertiliteit is er geen ovulatie, kan de eicel niet bij de zaadcel komen, is er een instellingsprobleem van de bevruchte eicel of is er een genetisch probleem. Er is sprake van subfertiliteit bij het uitblijven van zwangerschap na twaalf of meer maanden ondanks regelmatige goed getimede coïtus en een normale cyclus.
- E** Prevalentie 2,2:100, incidentie ♀ 25-44 jaar 900:100.000 per jaar
- O** • Functioneel: disfunctie ovaria, hormonale disbalans, PCOS, POI, genetisch (drager translocatie, mozaïek), anorexie, hypothalamie amenorroe (stress), hyperprolactinemie, hyper-/hypothyreoïdie
  - Anatomisch: afwijking genitalia, endometriose, adhesies (syndroom van Asherman)/beschadiging door operatie/infectie
- R** Adipositas/anorexie, alcohol, beroep en omgeving (blootstelling schadelijke stoffen), drugs, roken, leeftijd >35 jaar
- A** Aan-/afwezigheid eerdere zwangerschappen, irregulaire cyclus, dysmenorroe, ontwikkelingsstoornis genitalia, doorgemaakte gynaecologische of abdominale infecties, VG: abdominale chirurgie
- LO** Volledig gynaecologisch onderzoek t.u.v. mogelijke onderliggende oorzaak
- AO** • TVE/hysterosalpingografie: t.u.v. anatomische onderliggende oorzaak
  - Lab: FSH (↑ bij POF/menopauze), LH, oestrogeen en progesteron t.u.v. hormonale problematiek, TSH ↑ en T4 ↓ t.u.v. hypothyreoïdie, prolactine t.u.v. prolactinoom
  - Soatest: t.u.v. soa's
  - Ovariële reservetest: bepaalt ovariële leeftijd vrouw
- B**  Hormonale stimulatie ovaria, IUI, IVF, ICSI
  -  Hysteroscopische inspectie uterus en saneren (verwijderen endometriose), tubachirurgie bij obstructie
- P** Bij lange duur subfertiliteit koppel en hogere leeftijd vrouw → slechtere prognose
- I** Bij IVF/ICSI is een risico op meerlingen en ovarieel hyperstimulatiesyndroom o.a. gekenmerkt door perifeer oedeem en risico trombose



- **Primaire subfertiliteit:** het koppel heeft nog nooit eerder samen een zwangerschap tot stand gebracht.
- **Secundaire subfertiliteit:** het koppel heeft samen al eerder een zwangerschap tot stand gebracht.






Zelfs bij een normale fertiliteit heeft een koppel per cyclus slechts 15-25% kans om zwanger te worden. In het eerste jaar wordt ±75% van de vrouwen zwanger.



**Infertiliteit** is het onvermogen om zwanger te worden.

## Polycysteus-ovariumsyndroom (PCOS)

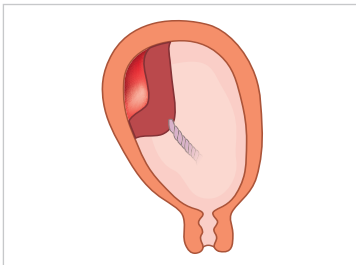
- D** PCOS is een syndroom waarbij sprake is van een irregulaire menstruatiecyclus, mogelijk i.c.m. verminderde fertiliteit en insulineresistentie. De diagnose wordt gesteld indien minstens twee van de Rotterdamcriteria aanwezig zijn:
  - Oligo- en/of anovulatie;
  - Klinische en/of biochemische tekenen van hyperandrogenisme (biochemisch: totaal testosteron >70 ng/dl, androsteendion >245 nl/dl, DHEA-S >248 µg/dl; klinisch: acne, hirsutisme, acanthosis nigricans);
  - Polycysteuze ovaria (≥12 follikels van 2-9 mm diameter per ovarium óf ovariumvolume >10 cc).
- E** Prevalentie 15%, 20-40% van de vrouwen met een 1° graads familielid met PCOS
- O** Waarschijnlijk multifactorieel: erfelijke factoren, aromatasedeficiëntie van granulosa-cellen, overproductie androgenen
- R** Adipositas, hyperinsulinemie, positieve familieanamnese, gebruik anti-epileptica
- A** Oligo- of amenorroe, hirsutisme, acne, hyperinsulinemie ⊖ (zie afbeelding 72 en 73)
- LO** • Inspectie: tekenen van hyperandrogenisme (acne, hirsutisme), adipositas, acanthosis nigricans
  - Bimanueel onderzoek: bilateraal vergrote ovaria
- AO** • Lab: hyperandrogenisme, insuline ↑, FSH =, LH ↑, testosteron ↑
  - TAE/TVE: polycysteuze ovaria (zie afbeelding 74)
- B**  Leefstijladviezen: afvallen, beweging, verminderen koolhydraten en vetten in dieet, stoppen met roken
  -  OAC met voorkeur voor combinatiepil, metformine
  - Bij kinderwens: OAC met voorkeur voor combinatiepil, ovulatie-inductie met FSH of clomifeencitraat
  -  Bij kinderwens: overwegen operatieve elektrocoagulatie van de ovariumcysten → androgeenmilieu ↓





## Abruptio placentae

- D Abruptio placentae is de vroegtijdige partiële of gehele loslating van een normaal geïmplanteerde placenta (zie afbeelding 88).
- E Incidentie 0,5-2% zwangerschappen per jaar
- O Bloeding door een ruptuur van een bloedvat tussen de placenta en decidua
- R Hypertensieve aandoeningen (o.a. PE, eclampsie), IUGR, roken, lage SES, VG: abruptio placentae
- A Acute buikpijn, acute vaginale bloeding (66%), hypovolemische shock (transpiratie, bewustzijnsverandering, duizelig), rugpijn (posterieure placenta), kindsbewegingen ↓
- LO
  - Pols =/↑, RR =/↓, capillary refill =/verlengd, saturatie =, AH =/↑, oligurie/anurie
  - Palpatie abdomen: plankharde buik ("uterus en bois") met moeilijk te palperen kindsdelen
  - CTG: foetale nood, hyperactiviteit van de uterus
- AO
  - Lab: Hb ↓, PT/INR ↑, fibrinogeen ↓, trombocyten ↓, creatinine ↑, urinezuur ↑
  - TAE: normaal, soms retroplacentair hematoom, doppler flow ↓
- B
  - Strikte monitoring indien partiële abruptio en stabiele moeder en foetus <34 wkn, anti-RhD bij RhD-negatieve vrouwen
  - Spoedsectio bij instabiele moeder en foetus
- P
  - Geen correlatie tussen vaginaal bloedverlies en de ernst van de foetale/maternale nood
  - Fibrinogeen correleert het beste met de ernst van de bloeding
  - Recidiefkans: 10%
  - ! Complicaties: DIS, tubulusnecrose, hypovolemische shock
  - Extravasatie van bloed naar het myometrium bij hevige bloeding → atone uterus → bloedverlies ↑






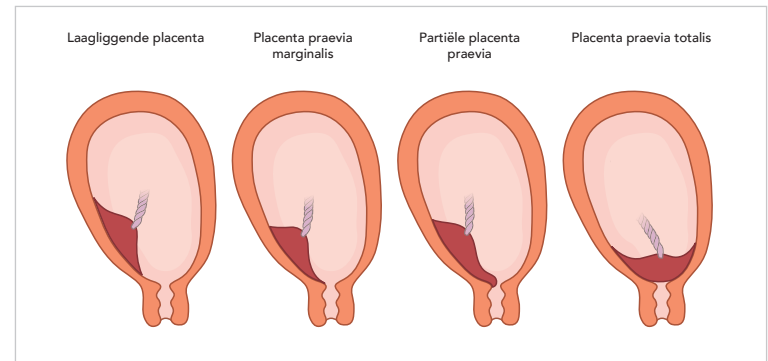
Afbeelding 88 // Abruptio placentae



Indien een risico bestaat op foetomaternaal bloedcontact, bijv. bij een vaginale bloeding tijdens de zwangerschap, dient altijd anti-RhD-immunisatie gestart te worden.

## Placenta praevia

- D Bij een placenta praevia ligt de placenta over het ostium internum van de cervix. Bij een placenta praevia marginalis ligt de placenta op minder dan twee centimeter van het ostium internum, maar ligt deze niet over het ostium internum (zie afbeelding 89).
- E  Prevalentie 2-5% in het 2<sup>e</sup> trimester, 0,4% van alle levendgeborenen
- O Idiopathisch
- R Hoge leeftijd, meerlingzwangerschap, multipariteit, anatomische afwijkingen uterus, roken, cocaïne, fertiliteitsbehandeling, VG: placenta praevia of sectio
- A Asymptotisch 😊, helderrood bloedverlies in 2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> trimester, pijnloos ☺
- LO Palpatie abdomen: soepel, niet drukkijnlijk, speculumonderzoek: herkomst bloeding
- AO
  - TAE/TVE: laagliggende placenta, foetale liggingsafwijkingen
  - CTG: geen foetale nood
- B
  - Bij beperkt bloedverlies: expectatief met echografische opvolging en bedrust
  -  IJzersuppletie of bloedtransfusie zo nodig, anti-RhD bij RhD-negatieve vrouwen
  -  Primaire sectio
- P
  - 3-5x meer kans op prematuriteit, neonataal overlijden en perinataal overlijden
  - Recidiefrisico: 4-8%
  - ! Verhoogd risico op placenta accreta (innesteling t.h.v. sectiolitteken) en postpartumbloedingen



Afbeelding 89 // Vormen van placenta praevia



## Foetale nood

- D Foetale nood is een toestand van zuurstofgebrek bij de foetus.
- E Onbekend
- O Tachysystolie, oligohydramnion, maternale/foetale bloeding, omstrengeling, compressie navelstreng
- R Groeirestrictie, placentadisfunctie, vertraagde uitdrijving, meerlingzwangerschap, maternale hypotensie (n.a.v. epidurale anesthesie)
- A Niet bijdragend
- LO Niet bijdragend
- AO CTG: verminderde variabiliteit, late deceleraties, gecompliceerde variabele deceleraties, bradycardie/tachycardie (zie het hoofdstuk Aanvullend onderzoek)
- B Ondersteunende therapie d.m.v. i.v. vocht, moeder in zijligging plaatsen
  - Bij hypercontractiliteit: stop uterusstimulantia en start tocolytica (bèta-mimetica of oxytocineantagonisten i.v.)
  - Indien nodig: vaginale kunstverlossing of sectio
- P Afhankelijk van tijdsduur van de asfyxie: variërend van geen problemen tot blijvende hersenschade
- ! Complicaties: meconiumspiratie, metabole acidose, cerebrale schade



**Late deceleraties** op een CTG zijn deceleraties na een wee en zijn typerend voor foetale nood. **Gecompliceerde variabele deceleraties** zijn variabele deceleraties die langer dan zestig seconden duren.

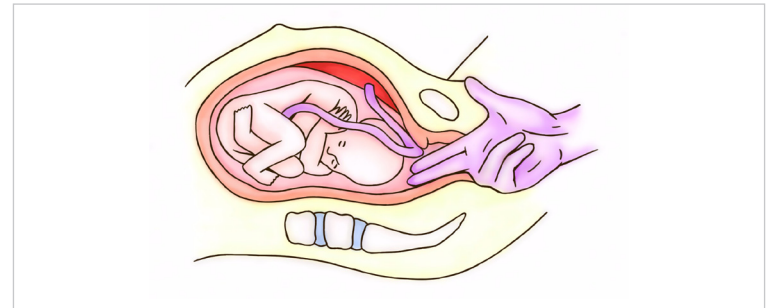
## Navelstrengprolaps

- D Een navelstrengprolaps is het uitzakken van de navelstreng in de cervix of vagina voor het presenterende kindsdeel (zie afbeelding 99).
- E Prevalentie 0,2% van alle levend geboren baby's
- O Onvoldoende afsluiting van het baringskanaal door het presenterende kindsdeel
- R Niet-ingedaald voorliggend deel, prematuriteit, dysmaturiteit, 2<sup>e</sup> kind van een tweeling, laagliggende placenta, uterusafwijkingen, multipariteit, polyhydramnion
- LO
  - Speculumonderzoek: navelstreng mogelijk zichtbaar
  - VT: pulsaties van navelstreng mogelijk palpabel
- AO
  - TAE en doppler: locatie navelstreng
  - CTG: bradycardie, deceleraties

- B Druk van navelstreng halen middels: manuele elevatie voorliggende deel (opduwen van kind), patiënt in Trendelenburg plaatsen, retrograde vulling van de blaas via blaassonde met 500 ml water
  - Bij ontstaan foetale nood: overweeg tocolytica (druk van navelstreng halen)
  - Onmiddellijke verlossing van het kind is essentieel:
    - Vaginale partus, evt. met kunstverlossing bij volledige ontsluiting
    - Spoedsectio (na minimalisatie van druk op de navelstreng) indien geen volledige ontsluiting
- I Indien sprake is van een navelstrengprolaps zonder dat sprake is van volledige ontsluiting, is een vaginale bevalling niet meer mogelijk en dient een spoedsectio te worden verricht



CTG-veranderingen bij navelstrengprolaps starten typisch acuut na het breken van de vliezen of een obstetrische interventie die de positie van de foetus verandert.



Afbeelding 99 // Navelstrengprolaps

## Uterusruptuur

- D Een primaire uterusruptuur is een ruptuur van een uterus zonder littekens (zeldzaam). Een secundaire uterusruptuur is een ruptuur van de uterus met littekens van chirurgische ingrepen (zie afbeelding 100).
- E Prevalentie primaire uterusruptuur 5-17:100.000 bevallingen, secundaire uterusruptuur 1:200 bevallingen
- O Ruptuur van de uterus t.h.v. een zwak uterussegment, zoals littekenweefsel
- R Overstimulatie uteruscontractiliteit, macrosomie, inductie met prostaglandines, overmatig oxytocinegebruik, hoge maternale leeftijd, VG: uterusruptuur

# Klinisch redeneren



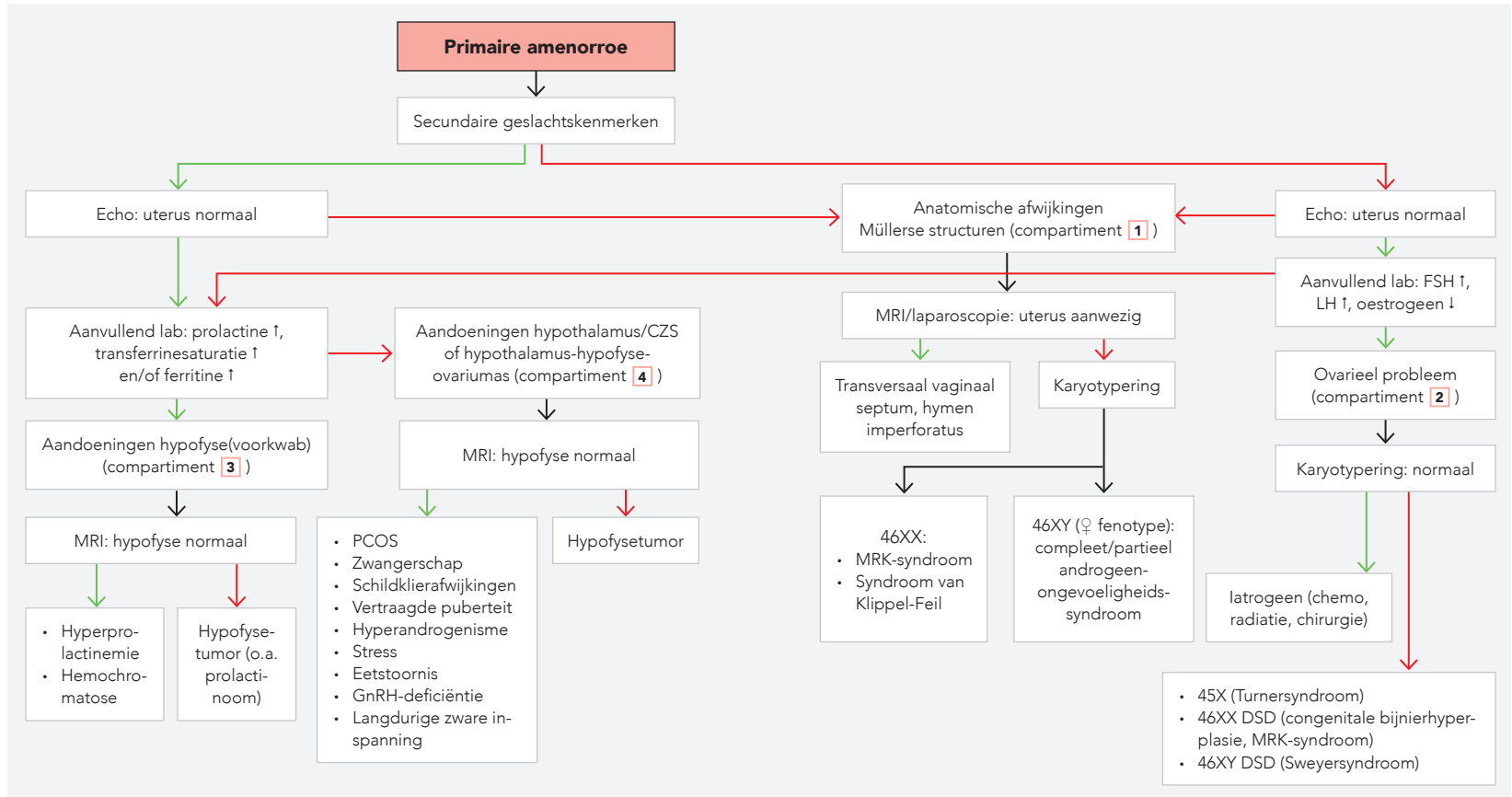
In dit hoofdstuk staan voorbeelden van diagnoses waar je aan denken bij een bepaald symptoom.

## Primaire amenorroe



Bij **primaire amenorroe** kan onderscheid gemaakt worden tussen de oorzakelijke compartimenten:

- 1** Anatomische afwijkingen van hymen, vagina en/of Müllerse structuren (uterus, bovenste 1/3 deel van de vagina);
- 2** Aandoeningen van ovaria/gonaden (ovarieel falen);
- 3** Aandoeningen van de adenohipofyse;
- 4** Aandoeningen waardoor abnormaal functioneren van de hypothalamus en het hogere centraal zenuwstelsel.



Schema 7 // DD Primaire amenorroe



## Bijlage 1: Gynaecologische status

### Reden van komst/opname/consult (RvK/RvO):

Vaginaal bloedverlies (VBV)

### Voorgeschiedenis (VG):

Blanco, geen soa doorgemaakt

### Obstetrische voorgeschiedenis:

Blanco

### Medicatie:

Geen

### Allergieën:

Geen bekend

### Intoxicaties:

Roken: ... pack years

Alcohol: ...EH/w

Drugs: ...

### Anamnese (A):

Algemeen: intake, misselijkheid, braken, ziekzijn, beweging/activiteit, beperkingen in ADL, mictie, defecatie

Gynaecologische anamnese: klachten, fluor, cyclus (menarche, regelmaat, duur, intensiteit, dysmenorroe), gebruik anticonceptie + (OAC/spiraal/condoom), laatste uitstrijkje ... jaar geleden

Seksuologische anamnese: coïtus (verschillende partners, veilig/onveilig), contactbloedingen, negatieve seksuele ervaringen

Fertiliteitsanamnese: zwangerschapswens, (actieve) pogingen, regelmaat pogingen, eerder zwanger, secundaire geslachtskenmerken, onset puberteit

### Familieanamnese (FA):

Gemelli +/-, infertiliteit +/-, genetische afwijkingen/syndromen

## Bijlage 2: Obstetrische status

### Reden van komst/opname/consult (RvK/RvO):

### Voorgeschiedenis (VG):

Blanco

### Obstetrische voorgeschiedenis:

Gravida/Para/Progenituur/APLA [GPPA]

[Datum] Spontane vaginale partus/primaire sectio/secundaire sectio, AD (amenorroe) ...w...d, ziekenhuis/thuisbevalling, zoon/dochter, ... gram, zwangerschapscomplicaties ....

[Datum] APLA bij AD ...w...d, misoprostol/curetage, ongecompliceerd/gecompliceerd met ...

### Medicatie:

Geen

### Allergieën:

Geen bekend

### Intoxicaties:

Roken: ... pack years

Alcohol: ...EH/w

Drugs: ...

### Anamnese (A):

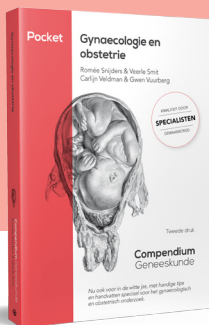
Indien zwanger: AD ...w...d, AT (à terme datum) ...-...-...

Algemeen: intake, misselijkheid, braken, ziek zijn, beweging/activiteit, prenatale screening

Obstetrische anamnese: zwangerschapsduur, beloop, gepland/ongepland, gewenst/ongewenst, kindsbewegingen +/- (v.a. 20/24wk vragen), harde buiken/weeën ... per 10 minuten, opbouwend in intensiteit, persdrang +/-

Zwangerschapsklachten: vaginaal bloedverlies (VBV), harde buiken, buikpijn, bandenpijn, hoofdpijn, duizeligheid, visusklachten, tintelingen, oedeem

# Wil jij de pocket Gynaecologie en obstetrie zo snel mogelijk in huis hebben?



## Bestel dan hier de pocket!

Deze pocketversie behandelt de discipline Gynaecologie en obstetrie. Daarnaast is de pocketversie uitgebreid met algemene hoofdstukken voor tijdens je diensten of coschappen, inclusief handige tips. De pocketversie is in paperback en past in de witte jas. Zo begin jij 100% voorbereid aan je dienst, stage of coschappen!

De pocketversie bevat naast alle aandoeningen binnen de gynaecologie en obstetrie ook aanvullende informatie zoals differentiaaldiagnoses, farmacotherapie, een voorbeeld van zowel de gynaecologische als de obstetrische status en verdieping m.b.t. het gynaecologisch en obstetrisch onderzoek.

Benieuwd naar alle pockets van Compendium Geneeskunde?  
[Klik dan hier.](#)

