

Pocket

Gynaecologie en obstetrie

Romée Snijders & Veerle Smit
Carlijn Veldman & Gwen Vuurberg



KWALITEIT DOOR
SPECIALISTEN
GEWAARBORGD

Vierde druk

Compendium
Geneeskunde

*Een compleet overzicht. Handig voor in de praktijk,
tijdens je diensten, stages en/of coschappen.*

De Compendiummethode[®]

Handleiding

Bij *Compendium Geneeskunde* hanteren we voor de beschrijving van de diverse disciplines zoveel mogelijk dezelfde beknopte, visuele en schematische weergave. Alles is gericht op overzicht en structuur waardoor studeren en oefenen makkelijker wordt. We noemen dat de Compendiummethode.

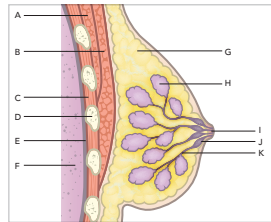
Vaste indeling

Al onze disciplines worden op dezelfde, herkenbare manier gepresenteerd en hebben ieder een eigen kleur en icoontje. Daarnaast vind je in de inhoudsopgave van elke pocket precies welke onderwerpen aan bod komen. Aan de symbolen in de hoek van de pagina kan je de discipline of het hoofdstuk herkennen.

- ATLS-opvang
- Anatomie
- Fysiologie
- Anamnese
- Lichamelijk onderzoek
- Aanvullend onderzoek
- Behandeling
- Differentiaaldiagnose
- Aandoeningen
- Klinisch redeneren
- Bijlagen
- Bronvermelding
- Afkortingen
- Register
- Normaalwaarden

Afbeeldingen

De afbeeldingen geven in een oogopslag inzicht in bijvoorbeeld de anatomie of de typische patiënt. Daarnaast zijn ze bedoeld om te studeren en te oefenen. Door te checken of je de letters in de afbeelding kunt benoemen zonder naar het onderschrift te kijken.



Afbeelding 9 // Mammæe dwarsdoorsnede incl. klier- en vetweefsel
A: M. pectoralis minor **B:** M. pectoralis major
C: Intercostaalspielen **D:** Rib **E:** Pleura parietalis **F:** Long **G:** Vetweefsel **H:** Melkklier (glandula mammaria) **I:** Tepel **J:** Sinus lactiferus **K:** Melkgang (ductus lactiferi)

Aandoeningen

Elke aandoening in deze pocket begint met een definitie in volzinnen, waarna in telegramstijl de aandoening uiteen wordt gezet. Bij elke aandoening worden de volgende icoontjes, indien relevant, besproken. De icoontjes zijn ook handig bij het studeren: dek de tekst af en overhoor jezelf.

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

Tabellen

Om de stof overzichtelijk te houden, maken we zoveel mogelijk gebruik van tabellen, bijvoorbeeld om aandoeningen met elkaar te vergelijken. Dit zorgt ervoor dat de verschillen direct duidelijk zijn. Eigenschappen die overeenkomen, centreren we over de kolommen waarop ze van toepassing zijn. Zo zie je in een oogopslag wat de overeenkomsten en verschillen zijn.

Schema's

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

Schema's helpen je bij het klinisch redeneren vanuit een bepaalde klacht, met de groene en rode pijltjes als wegwijzers. Bedenk wel altijd dat de volledige differentiaaldiagnose uit veel meer diagnoses kan bestaan.







Icoontjes & kaders

Door de hele reeks en in de pockets vind je uitgelichte kaders.

 QR-code	 Weetje	 Nederland
 Alarm!	 Omschrijving van de typische patiënt	 België
 Ezelsbruggetje	 Verwijzing naar een ander hoofdstuk of de reeks	 Formule

Leestekens

Ook de leestekens in onze boeken zijn gericht op overzicht en zorgen ervoor dat de stof zo kort en krachtig mogelijk wordt behandeld.

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

Afkortingen

We gebruiken zoveel mogelijk Nederlandse afkortingen, medische termen en symbolen voor wetenschappelijke eenheden en grootheden. De betekenissen van de afkortingen staan weergegeven in de afkortingenlijst. Hieronder staan een aantal voorbeelden van de gebruikte afkortingen.

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

Register

Zowel in de boekenreeks als in de pockets vind je een uitgebreid en goed hanteerbaar register. Daarin staan alle onderwerpen die in de boeken aan bod komen, zodat je de informatie die je zoekt snel kunt vinden.

Bijlagen

In de pockets vind je ruimte voor jouw eigen aantekeningen. Daarnaast zijn handige bijlagen toegevoegd. De bijlagen bevatten specifieke informatie die je graag snel bij de hand wilt hebben en staan daarom achterin de pockets.

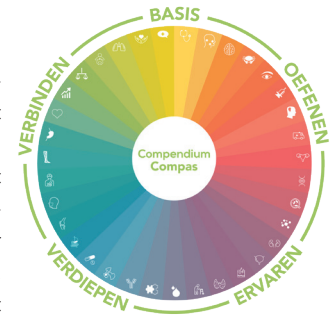


Zijn/haar

Wij realiseren ons dat genderidentiteit en geslacht niet binair zijn en er dus meer variatie bestaat dan enkel 'vrouw' of 'man'. Ten behoeve van de leesbaarheid van de discipline Gynaecologie en obstetrie wordt ervoor gekozen om 'vrouw' en de voornaamwoorden 'zij/haar' te gebruiken. Wees ervan bewust dat personen met een gynaecologische of obstetrische zorgvraag zich ook kunnen identificeren als man, non-binair of gender divers.

Compendium Compas

Wij geloven dat je op jouw pad, van medisch student tot je pensioen, continu 5 stappen doorloopt: het begint bij de basis en daarna komen oefenen, ervaren, verdiepen en verbinden. Het Compendium Compas helpt je hiermee op weg. De pockets vallen onder stap 3 van het Compas. Zie de pagina Compendium Compas in deze pocket voor meer informatie over onze andere stappen of neem een kijkje op onze website.



Wil je meer weten over de Compendium-methode? Scan de QR-code.



Inhoud

Gynaecologie en obstetrie

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

Inhoud

Gynaecologie en obstetrie

Hysterosalpingografie (HSG)	108	Anticonceptie postpartum	132	Anatomische afwijkingen	148	Seksueel overdraagbare	
Laparoscopie	108	<u>Obstetrie</u>	132	Anatomische uterusafwijkingen	148	aandoeningen (soa's)	173
Culdocentese	109	Medicatie	132	Aplasia vaginae	149	Chlamydia	174
Uitstrijkje	110	Bevalling	132	Hymen imperforatus	150	Gonorrhoe	175
Histologie	111	Obstetrisch toucher	132	Algemene gynaecologie	151	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	Aandoeningen in de geslachtelijke	
Menstruatiekalender	114	<i>Handgreep van Küstner</i>	139	Stressincontinentie	157	ontwikkeling	184
<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	Seksuologie	161	stoornis (hermafroditisme)	186
Cardiotocogram (CTG)	119	Maternale controle	141	Dyspareunie	161	Kallmannsyndroom	187
Intrapartum aanvullend onderzoek	122	Differentiaaldiagnose	142	Vaginisme	162	Adrenogitaal syndroom (AGS)	188
<u>Fertilititeit</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-antilichaamttest (CAT)	123	Buikpijn	143	Cyclusstoornissen	164	syndroom (MRK-syndroom)	191
Oriënterend fertilititeitsonderzoek		Cyclusstoornissen	144	Premenstrueel syndroom (PMS)	166	Turnersyndroom	192
(OFO)	123	In-/subfertilititeit	144	Metrorrhagie des vierges	167	Swyersyndroom	193
Specieel fertilititeitsonderzoek	123	Hypertensie tijdens de zwanger-		Premature ovariële insufficiëntie	168	Fertilititeit	194
Behandeling	126	schap	145	Menopauze	168	Vrouwelijke subfertilititeit	194
<u>Gynaecologie</u>	<u>126</u>	Koorts	145	Genitale infecties	170	Mannelijke subfertilititeit	194A
Medicatie	126	Verminderde seksuele opwinding	146	Aerobe vaginitis	170	Polycysteus-ovariumsyndroom	
Lisexcisie/conisatie	126	Vaginaal bloedverlies	146	Bacteriële vaginose	170	(PCOS)	195
Sterilisatie bij de vrouw	126	Vaginale jeuk	147	Candida vaginalis	171	Syndroom van Asherman	196
Anticonceptie	128	Veranderde fluor vaginalis	147	Listeriose	172	Afwijkingen tijdens de zwanger-	
Algemeen	128	Aandoeningen	148	Pelvic inflammatory disease (PID)	172	schap	197

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	Foetale groeirestrictie	225	Puerperale sepsis	248	Klinisch redeneren	272
Middelenmisbruik tijdens de zwangerschap	205	Intra-uteriene vruchtdood	226	Problemen in het kraambed (puerperium)	250	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	Bijlagen	280
<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	Problemen tijdens en na de baring	233	Posttraumatische stressstoornis (PTSS)	253	OK verslag Sectio	285
Hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap	213	Liggingsafwijkingen	233	Postpartumdepressie	253	Bronvermelding	287
<i>Zwangerschapshypertensie</i>	213	Stuitligging	233	Postpartumpsychose	253	Verantwoording afbeeldingen	290
<i>Pre-eclampsie (PE)</i>	213	Dwarsligging	234	Benigne tumoren	253	Nawoord	293
<i>Eclampsie</i>	216	Hoofdliggingen met afwijkende stand	235	Myomen	253	Compendium Compas	294
<i>HELLP-syndroom</i>	216	Intra-amniotische infectie	236	Dermoidcyste	254	Afkortingen	298
Hepatologische afwijkingen tijdens de zwangerschap	218	Placenta accreta/increta/percreta	237	Borderline ovariumtumor	255	Register	302
<i>Acute leververvetting tijdens de zwangerschap</i>	218	Retentio placentae	238	Cervixpoliep	256	Normaalwaarden	310
<i>Intrahepatische cholestase</i>	218	Niet-vorderende ontsluiting (NVO)	239	Endometriumpoliep	256		
		Foetale nood	240	Endometriumcyste	257		
		Navelstrengprolaps	240	Ovula Nabothi	258		
				Maligne tumoren	258		
				BRCA-mutaties	258		

Farmacotherapie

Medicatie rondom de bevalling

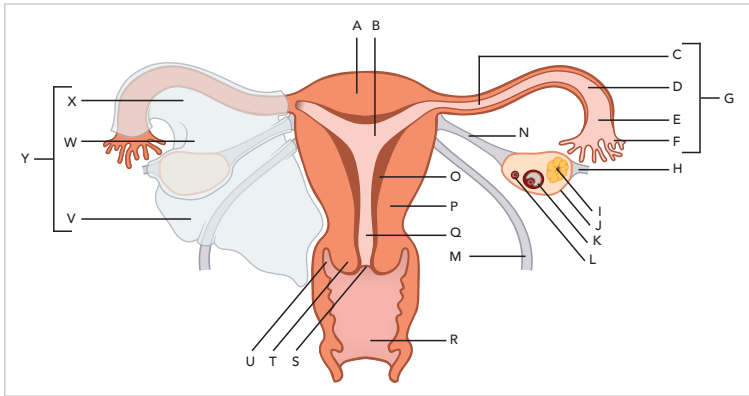
Legenda

- ⚡ = 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	Beta-agonisten (salbutamol, fenoterol)	Stimulatie β_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"> • Maternaal: tachycardie, palpities, tremor, hypotensie, hyperglycemie, flushing, hypokaliëmie, longoedeem • Foetaal: tachycardie, hyperglycemie 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Cl: tachycardie, hyperthyroidie, meerlingzwangerschappen ⚡ Vooral als kortdurend tocolyticum (maximaal 48 uur) ⚡ Gebruik tijdens zwangerschap alleen op strikte indicatie i.v.m. risico op foetale tachycardie en stoornissen in bloedglucosehuishouding
	Calcium-antagonisten (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"> ⚡ Calciumantagonisten zijn even effectief als beta-agonisten, maar hebben minder (ernstige) bijwerkingen ⚡ Op strikte indicatie en onder nauwe controle bij zwangere met ernstige hypertensie die niet reageert op standaardtherapie. ⊗ Wordt afgeraden in het 1^e trimester i.v.m. verminderde doorbloeding placenta. ⇔ M.n. bij gebruik als weëenremming is acuut longoedeem waargenomen bij combinatie met een bèta-blokker
WEEËNINDUCTIE	NSAID's (indometacine)	Preventie vrijkomen prostaglandinen en cytokinen	Dreigende vroeggeboorte met contracties <30 weken		<ul style="list-style-type: none"> • Maternaal: duizeligheid, hoofdpijn, misselijkheid en braken • Foetaal: hartbloeding, hypertensie, nierproblemen, icterus 	<ul style="list-style-type: none"> ⚡ Effect verschilt tussen vrouwen ⚡ Kan de bevalling uitstellen tussen de 24u en 7 dagen ● Gebruik tijdens 3^e trimester voor vroegtijdige sluiting ductus arteriosus/Botalli, pulmonale hypertensie, stollingsstoornis waardoor bloeding, nierfunctiestoornis/-insufficiëntie, gastro-intestinale bloeding/perforatie ⊗ Cl: Teratogeen
	Oxytocine-antagonisten (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"> ⚡ Atosiban dient i.v. gegeven te worden ⚡ • Even effectief als bèta-agonisten • Geen bijwerkingen voor moeder en foetus • Nadeel is hoge kostprijs ⚡ Veilig gebruik voor de bekende indicaties bij een zwangerschapsduur tussen 24-33 weken
	Uterotonica (methyleergometrine)	Sterk activerende werking op glad spierweefsel en verhoogt de basale spanning, frequentie en amplitude van ritmische contracties	<ul style="list-style-type: none"> • Actieve behandeling nageboorteperiode • Behandeling nabloeding na geboorte placenta, sectio of abortus 		Buikpijn, hoofdpijn, huiduitslag, hypertensie	<ul style="list-style-type: none"> ⇔ I.c.m. prostaglandinen effect ⊗ Cl: zwangerschap, ontsluitings- en uitdrijvingsfase tot aan de geboorte van de eerste schouder

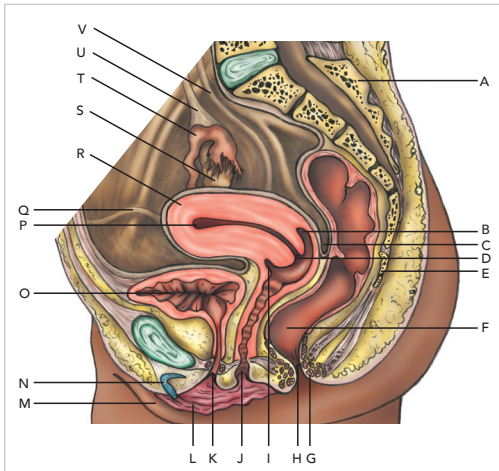
Tabel 25A // Medicatie rondom de bevalling

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)

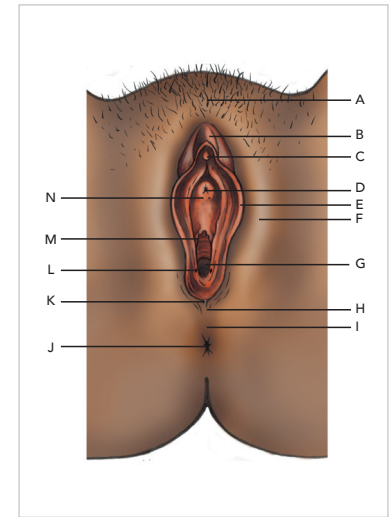


Afbeelding 4 // Coronaire doorsnede genitalia interna

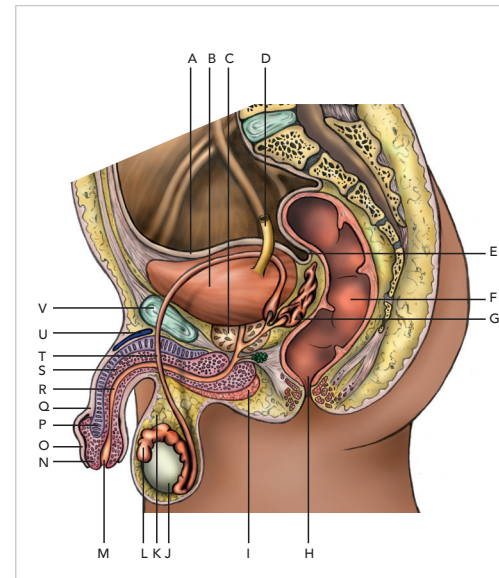
A: Os sacrum **B:** Fornix vaginae, pars posterior **C:** Cavum Douglasi **D:** Ostium uteri **E:** Os coccygis **F:** Rectum **G:** M. sphincter ani externus **H:** Anus **I:** Fornix vaginae, pars anterior **J:** Vagina **K:** Ostium urethrae externum **L:** Labium minus **M:** Labium majus **N:** 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, adipositas, 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.
- **Kraambled:** 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">• 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• Overweeg staand onderzoek bij verdenking op een prolaps
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 ^e TRIMESTER	2 ^e -3 ^e TRIMESTER
Algemeen	Vitale parameters	
Inspectie	Anorexie/adipositas, (congenitale) afwijkingen, vorm/stand bekken, huidafwijkingen, littekens (bijv. eerdere sectio)	Gewichtstoename, perifere oedemen, buikomvang, striae, navel(breuk), littekens, wondjes, tekenen van infectie, pigmentatie, petechiën (mogelijk bloedingsneiging 1), icterus, krabeffecten, spider naevi
Palpatie	Prikkeling/pijn, zwellingen, fundushoogte (foetale groei)	Fundushoogte (foetale groei, hoeveelheid vruchtwater), handgrepen van Leopold (ligging kind, indaling, voorliggende deel)
Speculumonderzoek	Op indicatie beoordeling cervix: positie, dilatatie kanaal, fluor, bloedingen, uitstrijkje, mogelijk blauwverkleuring door veneuze stase	Op indicatie beoordeling cervix: positie, ontsluiting, fluor, bloedingen, uitstrijkje
Echoonderzoek	Transvaginaal of abdominaal: locatie graviditeit (intra-uterien/extra-uterien), hartactie, eenling/meerling, placentalocatie en aspect	<ul style="list-style-type: none"> • Transvaginaal: cervixlengte (op indicatie) • Abdominaal: ligging foetus, hartactie, beweeglijkheid, groei, afwijkingen foetus, navelstreng, vruchtwater, placentalocatie en aspect

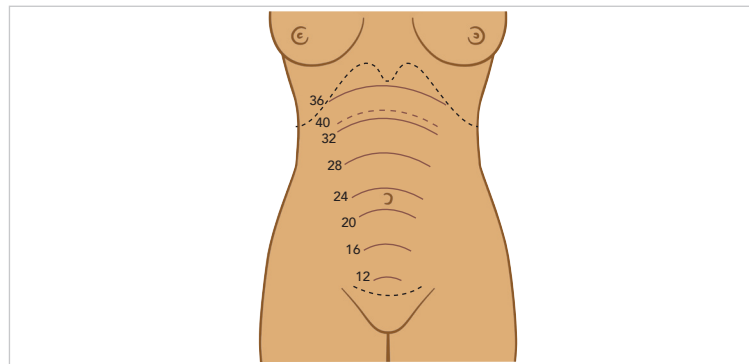
Tabel 31 // Obstetrisch onderzoek

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:
 - $\frac{1}{3}$: 28 weken;
 - $\frac{2}{3}$: 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 kindsgedeel. 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 ^e trimester	18 ^e -20 ^e week	26 ^e -30 ^e week	36 ^e 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

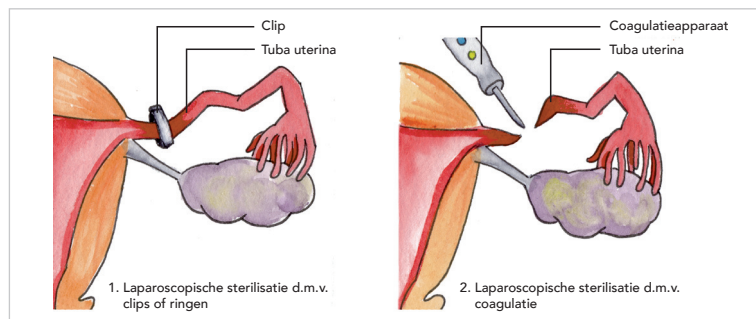
Zie het hoofdstuk Algemeen // Farmacotherapie voor een overzicht van o.a. antiemetica, antihypertensiva gedurende de zwangerschap, hormoonpreparaten, medicatie rondom de bevalling en zwangerschapsbeëindiging.

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.



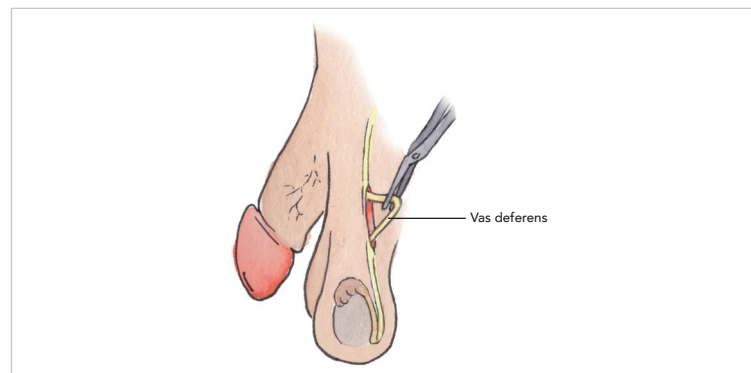
Afbeelding 34 // Sterilisatietechnieken bij de vrouw

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

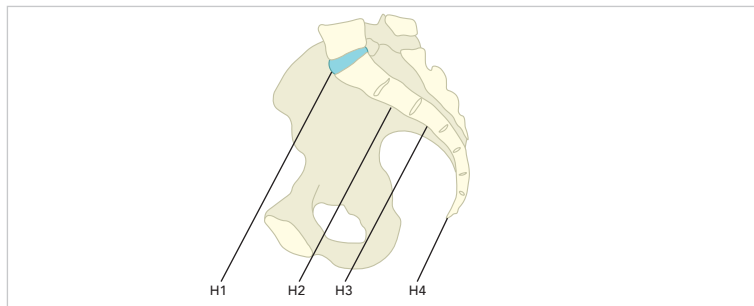
Zie het hoofdstuk Algemeen // Farmacotherapie voor een overzicht van o.a. anti-emetica, antihypertensiva gedurende de zwangerschap, medicatie rondom de bevalling en zwangerschapsbeëindiging.

Bevalling

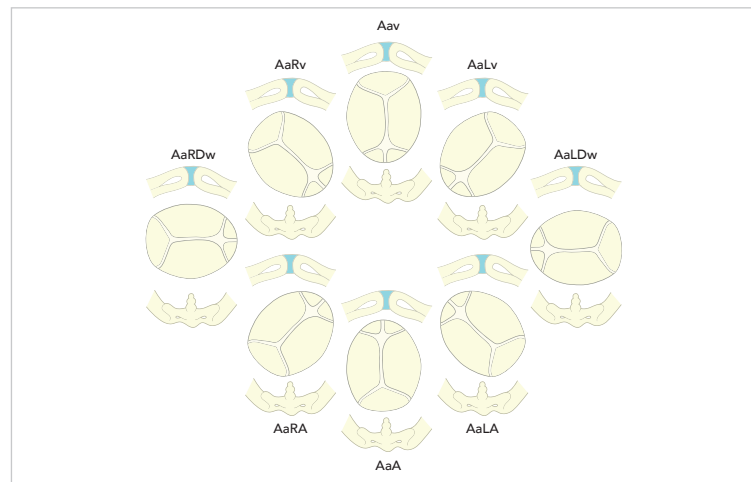
Obstetrisch toucher

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 (verstrijking) 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 bekkensodem). 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-/hyperthyreoïdie)
 - 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)
 - Menstratiepijn, ovulatiepijn (Mittelschmerz)
 - Myoom necrose
 - Ovariumcyste (ruptuur, intracysteuze bloeding)
 - PID (pelvic inflammatory disease)
 - Torsio ovarii (door ovarium cyste/tumor)
- ♦ Zwangerschap (1^e trimester):
 - Bandenpijn
 - EUG
 - (Spontane) abortus
- ♦ Zwangerschap (2^e/3^e trimester):
 - Abruptio placentae
 - Chorio-amnionitis
 - Pre-eclampsie/HELLP
 - Partus immaturus (16^e-28^e wk)/prematuur (28^e-37^e 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 inktijkexemplaar.

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:

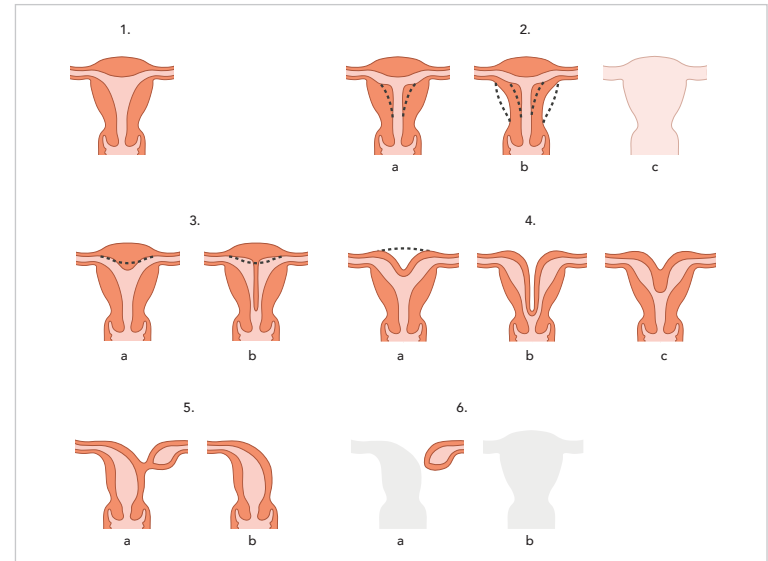
- Onvolledige fusiestoornis → bicorporale uterus
- Unilaterale, onvolledige of afwezige ontwikkeling → hemi-uterus, uterusaplasie



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



Diëthylstilbestrol (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:** Dysmorfe 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

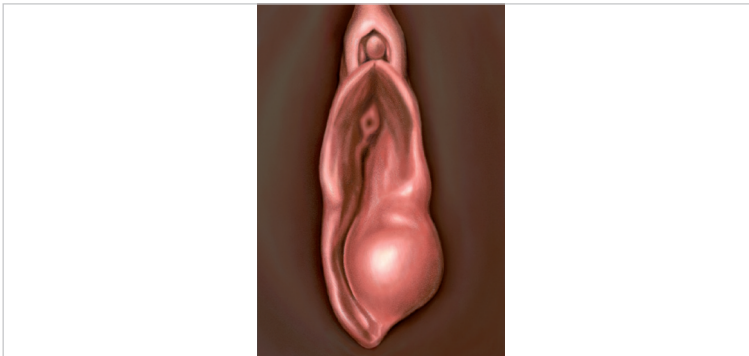
Aplasia vaginae

- 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)



Bartholinische cyste

- D** Een Bartholinische cyste, ook wel bartholinitis, is een ontsteking van de klier van Bartholin (zie afbeelding 48). De klier van Bartholin is ongeveer vijf millimeter groot en draineert mucus via een ductus op vier en acht uur van het vulvaire vestibulum net achter de hymenaalring. Indien een van deze ducti verstopt raakt, kan een cyste of abces ontstaan.
- E** Lifetimerisico op een cyste of abces $\pm 2\%$, hoogste risico gedurende de fertile levensfase
- O** Obstructie uitgang ductus
- A** Aantal dagen sinds begin zwelling: pijn, ongemak, mucus-/pusuitvloed, koorts (25% van de patiënten met een abces presenteert zich met koorts), VG: vulvaire problemen
- LO**
 - Cyste: grotendeels pijnloze, zacht aanvoelende zwelling
 - Abces (bartholinitis): zachte of fluctuerende, zeer pijnlijke zwelling, vaak omgeven door erytheem en soms oedeem, T \uparrow
- AO**
 - Cervixkweek: bij verdenking op een soa (chlamydia, gonorrhoe)
 - Biopt bij postmenopauzale vrouwen: t.u.v. maligniteit
- B**
 - **Asymptomatisch:** geen behandeling
 - **Symptomatisch:** analgetica z.n. tot marsupialisatie, overweeg AB
 - **Symptomatisch:** marsupialisatie of incisie gevolgd door drainage en plaatsing van Wordkatheter. De wond dient gedeeltelijk open te worden gelaten, zodat de cyste ontlast wordt.
- P** Risico op recidief (0-17%)
- !** Cave VIN of vulvacarcinoom, m.n. bij postmenopauzale vrouwen



Afbeelding 48 // Bartholinische cyste

Fertiliteit

Vrouwelijke subfertiliteit

- D** Bij vrouwelijke subfertiliteit is er geen ovulatie, kan de eicel niet bij de zaadcel komen, is er een innestelingsprobleem 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 amenorrhoe (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, dysmenorrhoe, 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 (\uparrow bij POI/menopauze), LH, oestrogeen en progesteron t.u.v. hormonale problematiek, TSH \uparrow en T4 \downarrow 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 \rightarrow slechtere prognose
- !** Bij IVF/ICSI is een risico op meerlingen en ovariële hyperstimulatiesyndroom o.a. gekenmerkt door perifeer oedeem en risico trombose



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





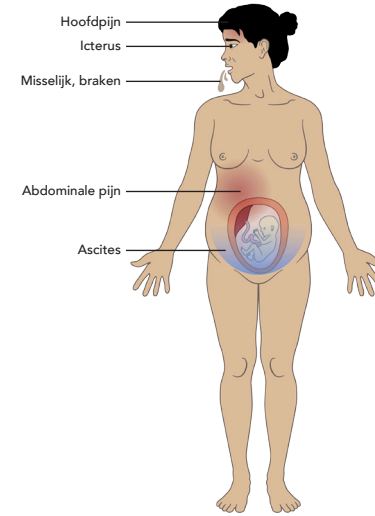
- **Primaire subfertiliteit:** het koppel heeft nog nooit eerder samen een zwangerschap tot stand gebracht.
- **Secundaire subfertiliteit:** het koppel heeft samen al eerder een zwangerschap tot stand gebracht.



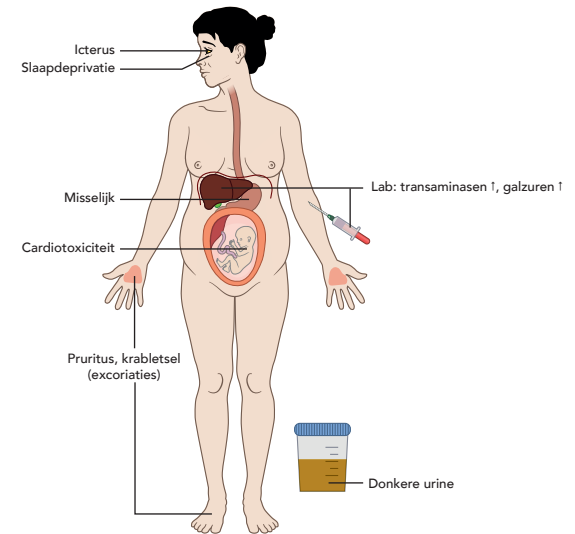
Infertiliteit is het onvermogen om zwanger te worden.

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^e 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, letrozol (off-label) of clomifeencitraat
- Bij kinderwens: overwegen operatieve elektrocoagulatie van de ovariumcysten → androgeenmilieu ↓



Afbeelding 85 // Acute leververvetting tijdens de zwangerschap

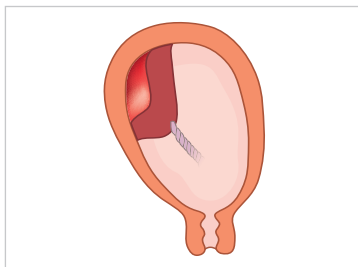


Afbeelding 86 // Intrahepatische cholestase tijdens de zwangerschap



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), FGR, 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 ↑



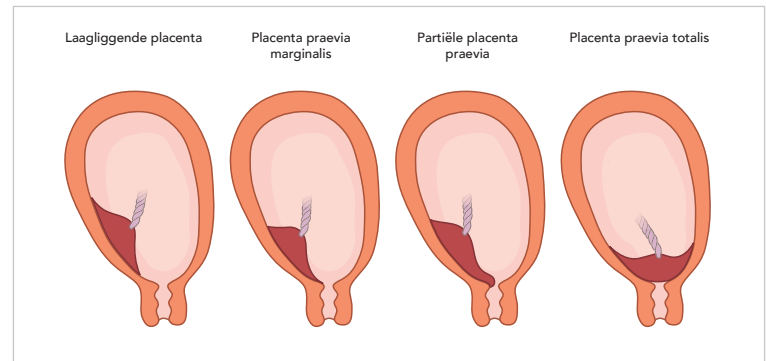
Afbeelding 88 // Abruptio placentae



Indien bij RhD-negatieve zwangeren 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^e 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^e-3^e 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 zwangeren
 - 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.

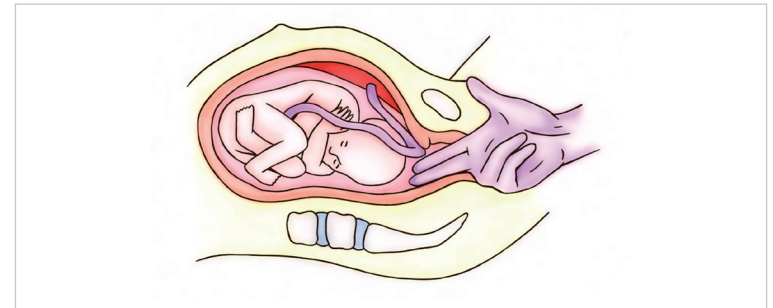
Navelstrengprolaps

- 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^e 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



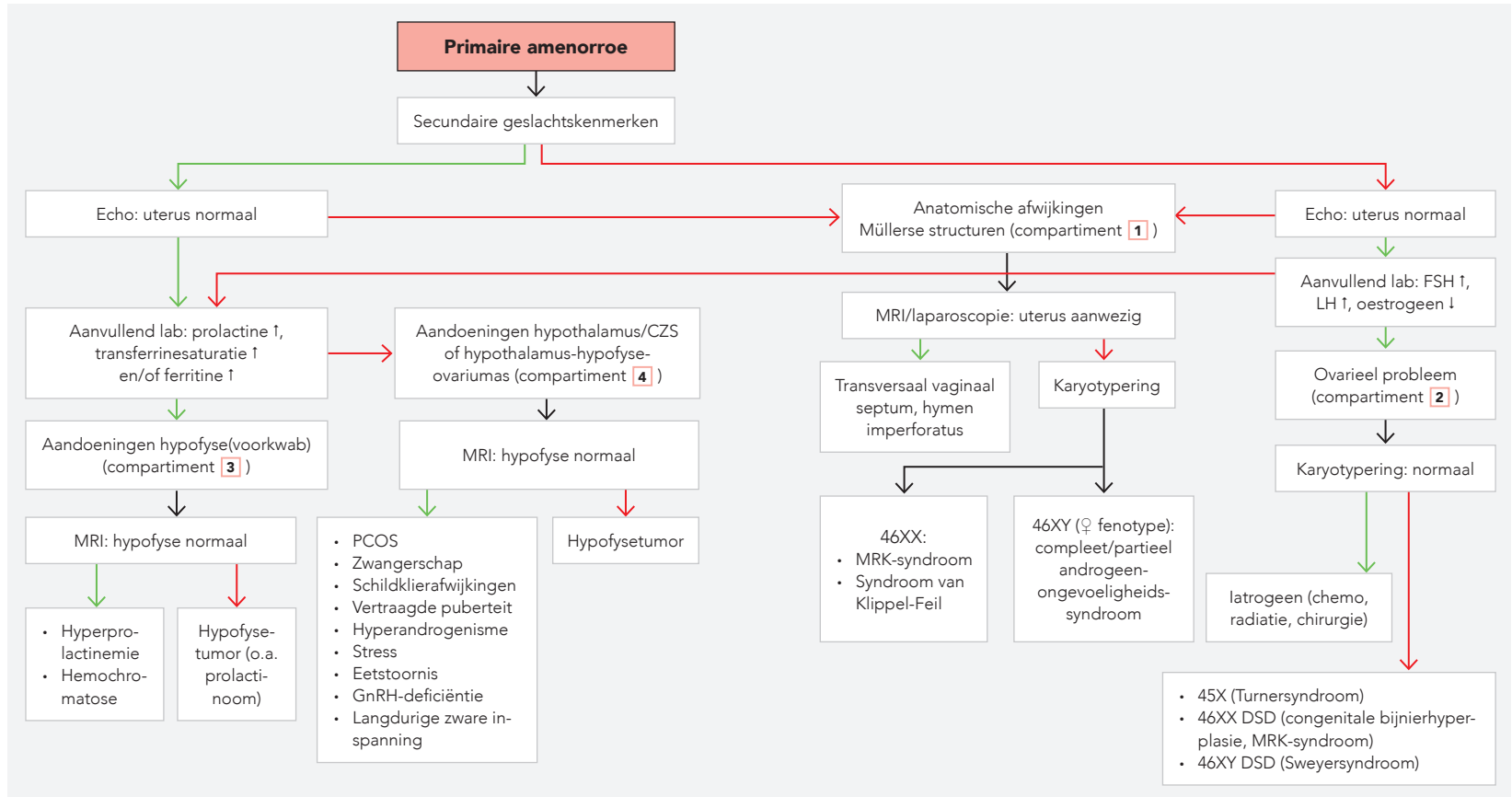
In dit hoofdstuk staan voorbeelden van diagnoses waar je aan denken bij een bepaald symptoom.

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



Bijlagen



Van deze discipline zijn de zakkaartjes ook online beschikbaar. Scan de QR-code voor meer informatie.



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, laatste menstruatie, climacteriele klachten, cyclus (menarche, regelmaat, duur, intensiteit, dysmenorroe), gebruik anticonceptie + (OAC/spiraal/condoom), laatste uitstrijkje ... jaar geleden

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

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

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 (amenorroeduur)...w...d, ziekenhuis/thuisbevalling, zoon/dochter, ... gram, zwangerschapscomplicaties

[Datum] APLA bij AD ...w...d, misoprostol/curettagage, 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.](#)

