

Focus

85

januari
februari
maart
april
2021

VIERMAANDELIJKS ARTSEN MAGAZINE

SPECIAL MOEDER-KIND



Cytomegalovirus
Onderscheid de
feiten van de fabels

Gentle sectio
Professionele zorg
met een hart

Excessief huilen
Onderliggende
oorzaken en aanpak

 **azsintlucas**
gent

04
Kort

06
NIPT

08
CMV

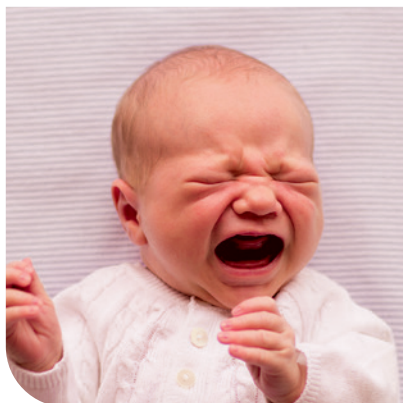
11
Lessen uit COVID



12
Gentle sectio

15
STAN

16
Verblijf op neonatologie



18
Huilbaby's

20
In de praktijk



dr. Katrien De Ketelaere
Medisch directeur

Het is een eer om Focus voor het eerst te mogen inleiden. Tot mei vorig jaar werkte ik met veel voldoening als gynaecoloog. De verloskunde in het bijzonder heeft mij altijd nauw aan het hart gelegen.

Net zoals alle andere domeinen in de gezondheidszorg is verloskunde in volle evolutie. Het is een discipline waarin we bij uitstek te maken hebben met jonge gezonde mensen. Hierdoor komen begrippen als patiëntenparticipatie, positieve gezondheid* en beleving sneller naar de voorgrond. De zwangere vrouw en haar partner zijn gesprekspartner geworden van de gynaecoloog en stippelen mee het traject uit: hoe volgen we de zwangerschap op, welke onderzoeken willen ze wel en niet, hoe en waar wensen ze de bevalling. De gezondheidswerkers in de eerste lijn, de huisartsen en vroedvrouwen zijn partners geworden om binnen veilige grenzen het traject met het zwangere koppel mee uit te tekenen. De verloskundige begeleiding is sterk geëvolueerd van het opvolgen van de gezondheid van de baby en het uitsluiten van licha-

melijke ziekte bij de moeder naar een meer uitgebreide benadering met aandacht voor het fysieke en mentale welzijn van de zwangere vrouw en haar partner.

Uiteraard staan deze benadering de wetenschappelijke evolutie niet in de weg. Het is binnen de specialistische zorg uiterst belangrijk om altijd volgens de laatste wetenschappelijke inzichten te handelen. We denken hierbij aan de niet-invasieve prenatale testing (NIPT) en counseling en screening naar infectieziekten met als recente uitdaging de COVID-19-pandemie.

In dit nummer kunt u lezen hoe onze gynaecologen een meer uitgebreide benadering van de verloskunde combineren met de meest recente wetenschappelijke inzichten en technieken. Veel leesgenot.

**Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven. (Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al; How should we define health? BMJ 2011;343:d4163)*

Nieuw jasje voor AZ Sint-Lucas

Op 8 december 2020 lanceerden we onze nieuwe huisstijl en website met nieuw logo en nieuwe, warme kleuren. Wie nu naar onze website surft, vindt een hele nieuwe site. De zoekbalk staat centraal. Typ daar je zoekterm en je krijgt de informatie die

je zoekt. De nieuwe website is ook responsive en dus volledig aangepast aan het gebruik op tablet of smartphone. Benieuwd naar de betekenis achter het logo? Geef 'nieuw logo' in als zoekterm op onze website en je kunt er alles over lezen.

Prenatale consultaties bij de vroedvrouw

Tussen 24 en 26 weken zwangerschap kunnen zwangeren terecht bij de vroedvrouw voor een individuele consultatie. De vroedvrouw doet een verloskundig onderzoek om het welzijn van mama en baby op te volgen. Ze maakt het verlosdossier op en noteert er alle administratieve, medische en sociale gegevens. Ze maakt ruim de tijd om persoonlijke

vragen, verwachtingen en wensen te bespreken. Zo nodig geeft de vroedvrouw extra info over de zwangerschap, arbeid en bevalling en voeding van de pasgeborene. De consultatie duurt ongeveer 1 uur en wordt volledig terugbetaald door het ziekenfonds. Afspraak via het secretariaat van de gynaecoloog of via prenatale.consultatie@azstlucas.be



Routine zuurstofsaturatiemeting bij pasgeborenen

Voor de subgroep van kinderen met kritische congenitale hartafwijkingen (CCHD) bij wie chirurgische interventie (chirurgie of katheterisatie) binnen de eerste 28 levensdagen noodzakelijk blijkt, is vroege detectie cruciaal gezien de hoge mortaliteit bij laat-tijdige diagnose.

Prenatale screening, klinische hypoxemie en hartgeruis bij hartauscultatie vormen de belangrijkste tools om congenitale hartafwijkingen vroegtijdig te detecteren. Prenatale echografie heeft een relatief lage diagnostische sensitiviteit, cyanose is klinisch pas duidelijk bij zuurstofsaturatie lager dan 60-65% en een hartgeruis is vaak niet aanwezig in de eerste levensdagen of -weken. Een routine zuurstofsaturatiemeting bij pasgeborenen tussen het 24^e en 48^e le-

vensuur vormt een belangrijke tool om de bestaande diagnostische gap significant te verkleinen.

Een zuurstofsaturatiemeting is goedkoop, snel, eenvoudig en niet invasief. Praktisch gezien wordt bij alle asymptomatische pasgeborenen de zuurstofsaturatie na het 24^e levensuur (voordien tenslotte meer kans op vals positieven) gemeten aan de rechterhand en een voet met pass, borderline of fail als resultaat. Bij fail worden verdere onderzoeken verricht in functie van de kliniek (bloedonderzoek, radiografie, echocardiografie ...). Ook niet cardiale pathologie (sepsis, congenitale pneumonie ...) kunnen we op deze manier opsporen. Saturatiemeting is geen stand alone test, maar is een zinvolle bijkomende detectiemethode naast prenatale screening en klinisch onderzoek.

Babyvriendelijk ziekenhuis

Ons ziekenhuis krijgt opnieuw voor een periode van vier jaar het BFHI-label. Dat wil zeggen dat we een erkend babyvriendelijk ziekenhuis zijn. BFHI staat voor Baby Friendly Hospital Initiative en de belangrijkste doelstelling is ervoor te zorgen dat iedere baby en moeder tijdens de zwangerschap, bevalling en geboorte de beste start krijgt om een optimale gezondheid te garanderen. Dit kwaliteitscertificaat van de WHO-UNICEF, dat we voor het eerst behaalden in 2010, wordt toegekend aan ziekenhuizen die voldoen aan de wereldwijd geldende BFHI-criteria, na een evaluatie door erkende experts.



Glycemiecontroles bij insulinedependente zwangerschapsdiabetes nu op materniteit

Vroeger werden de baby's bij insulinedependente zwangerschapsdiabetes 24 uur geobserveerd op neonatologie waar de glycemiecontroles gebeurden.

Nu mogen de baby's, wanneer er na de geboorte geen problemen zijn, met de mama mee naar de materniteit. De glycemiecontroles gebeuren nu daar. Bij eenmalige lage glycemie adviseren we het bijgeven van een flesje bij de borstvoeding of vroeger terug aanleggen onder supervisie van de vroedvrouw om te zien of de baby effectief iets drinkt. Bij ontwikkeling van symptomen of bij een tweede lage glycemie,

nemen we de baby toch op neonatologie op om beter te observeren en eventueel een infuus met glucose 10% te geven.

Bij niet-insulinedependente zwangerschapsdiabetes (dus wanneer de mama enkel op haar dieet moest letten), mochten de baby's vroeger al mee naar de kamer als na onderzoek alles goed is.

Typ 'zwangerschapsdiabetes' in de zoekbalk op onze site voor informatieve filmpjes over de behandeling, voeding en het meten van de bloedsuikerspiegel bij zwangerschapsdiabetes.

Huisartsenwachtpost opent op 5 maart

Op 5 maart opent op het terrein van AZ Sint-Lucas een nieuwe huisartsenwachtpost, strategisch gelegen naast het parkeergebouw en de spoedgevallendienst. Patiënten kunnen er terecht van vrijdagavond 19u tot maandagochtend 8u. Omwille van de COVID-crisis is de wachtpost niet vrij toegankelijk. Wie een dokter nodig heeft, neemt telefonisch contact op met 1733. Een onthaalmedewerker zal dan een afspraak inboeken. Voor patiënten die niet mobiel zijn, worden uiteraard ook huisbezoeken voorzien.

Wachtpostcoördinator Ann Bonte van de Huisartsenvereniging Gent: "We zijn verheugd dat we onze intrek kunnen nemen in de gloednieuwe wachtpost op site de van AZ Sint-Lucas. Naast de wachtpost in Wetteren en de nieuwe wachtpost in UZ is dit het sluitstuk in onze hervorming. Deze moderne en comfortabele wachtpost is een troef voor de eerstelijnszorg in de regio, zowel voor de artsen als voor de patiënten."



Alles wat je (niet) wil weten over NIPT

De Niet-Invasieve Prenatale Test is een bloedtest vanaf 12 weken zwangerschap waarbij we screenen naar een verhoogd risico op een foetus met het syndroom van Down (trisomie 21), Edwards (trisomie 13) of Patau (trisomie 18). De whole genome NIPT die nu in de meeste laboratoria wordt uitgevoerd, geeft ook extra bevindingen. We staan ook even stil bij de ethische bedenkingen hierover.

Ons bloed bevat kleine DNA-fragmenten, het zogenaamde celvrij DNA. Dat komt door het natuurlijk proces van celvernieuwing. Bij een zwangere vrouw is een deel van het celvrij DNA afkomstig van de placenta. Met een kwantitatieve sequentieanalyse van dit celvrij DNA kunnen we chromosoomafwijkingen opsporen. De NIPT gebeurt op DNA afkomstig uit de placenta en niet op DNA van de foetus. Bij placentair "mozaïcisme", meer dan in de foetus zelf, kan dat vals-positieve resultaten opleveren. Een positieve NIPT moet dus altijd bevestigd worden door een vruchtwaterpunctie vanaf 15-16 weken of genetisch onderzoek bij de baby na de geboorte. We kunnen nooit een diagnose stellen op basis van de NIPT alleen. De NIP-test wordt sinds 1 juli 2017 in België grotendeels terugbetaald. Vrouwen zonder voorkeurregeling betalen een persoonlijk aandeel van maximaal 8,68 euro.

AANDACHTSPUNTEN

Het is belangrijk om eerst een echografie te maken voor we een NIPT afnemen: is de datering van de zwangerschap wel juist? Gaat het over een een- of meerling? Zijn er foetale afwijkingen of een verdikte nekplou? Bij echografische afwijkingen kunnen we verkiezen om meteen over te gaan naar een diagnostische test (vlokkentest of vrucht-

waterpunctie met naast een gewoon karyogram ook afname van een moleculair karyogram of micro-array) in plaats van de NIPT, een screeningstest.

In tegenstelling tot de 'targeted' NIPT van enkele jaren geleden (enkel opsporen van trisomie 13, 18 en 21) gaat het nu in de meeste laboratoria om een 'whole genome' NIPT waarbij alle chromosomen zichtbaar zijn en we alle structurele chromosoomafwijkingen (groter dan 7 miljoen basenparen) kunnen rapporteren, zoals trisomieën, duplicaties, deleties etc. Dat geeft twee belangrijke categorieën van 'extra' bevindingen:

- Incidental findings
- Sex chromosome anomalies of SCA's

INCIDENTAL FINDINGS

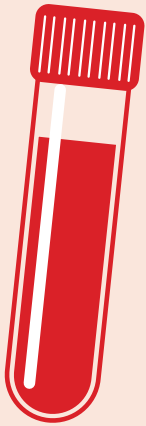
De betekenis hiervan voor de foetus is vaak onduidelijk. Soms veroorzaken ze een miskraam vroeg in de zwangerschap, maar het kan ook wijzen op een afwijking van de placenta zonder dat er een probleem is bij de foetus. Daarom moeten deze toevallige bevindingen ook bevestigd worden door een vruchtwaterpunctie. Een toevallige bevinding kan uitzonderlijk wijzen op een probleem bij de moeder. Zo komt er ongeveer bij 1/5000 NIP-testen een tumor bij de moeder aan het licht.

SEX CHROMOSOME ANEUPLOIDIES

Een bijzondere categorie van 'toevallige' bevindingen zijn afwijkingen van de geslachtschromosomen (de zogenaamde SCA of sex chromosome aneuploidies). Het gaat om Turnersyndroom (45,X), Klinefeltersyndroom (47,XXY) en Tripel-X-syndroom (47,XXX). Ongeveer 1/400 kinderen wordt geboren met één van deze SCA (tegenover ongeveer 1/500 kinderen met Downsyndroom). Een SCA wordt niet gezien als een reden voor zwangerschapsafbreking (abortus). Soms worden deze aandoeningen nooit gediagnosticeerd of pas laat (bij de puberteit of nog later). Aangezien de NIPT een screeningstest is, moeten deze SCA ook altijd bevestigd worden door een vruchtwaterpunctie of een bloedonderzoek na geboorte.

Wanneer een trisomie 13, een incidental finding of een SCA gerapporteerd wordt, is de kans dat het om een vals-positief resultaat (mozaïcisme in de placenta) gaat, groter dan wanneer een trisomie 18 of 21 gerapporteerd wordt.

Een NIPT kan geen monogenetische aandoeningen of heel kleine chromosoomafwijkingen detecteren, zoals bv. taaislijmziekte of de ziekte van Huntington. Een normale NIPT geeft dus geen garantie op een gezond kind.



ETHISCHE BESCHOUWINGEN

Het aantreffen van een incidental finding of afwijking van de geslachtschromosomen kan bij ouders voor veel stress zorgen tijdens de zwangerschap. Ze moeten kiezen om al dan niet een vruchtwaterpunctie uit te voeren (kans op miskraam ongeveer 1/200 – 1/300) rond 16 weken. Als ze daarvan afzien, beleven ze een zwangerschap in onzekerheid.

In ons ziekenhuis geven we zwangeren en hun partner na counseling de keuze om info te krijgen uit een 'targeted' of 'whole genome' NIPT. We passen dezelfde techniek toe, maar de niet-gewenste resultaten worden door de software geblindeerd voor alle betrokkenen.

We zouden nog liever zien dat er Vlaamse of nationale richtlijnen komen rond de wenselijkheid van het rapporteren van geslachtschromosomale afwijkingen, in plaats van deze moeilijke keuze bij de ouders te laten. De vraag werd al officieel gesteld aan de bevoegde instanties.

Dr. Annejo Huybrechts, gynaecoloog
Dr. Henk Louagie, klinisch bioloog

WIST JE DAT ...

- we de pre-NIPT counseling zo belangrijk vinden dat we vroedvrouwen opleiden om deze counseling gestructureerd aan te bieden op de prenatale raadpleging?
- we in 0,48% van de NIP-testen incidental findings vinden en in 0,28% SCA's?
- van de 11 incidental findings die tot nu toe met de huidige techniek gevonden werden, slechts één bevestigd werd bij de foetus en de overige tien enkel placentair waren?
- in Nederland de geslachtschromosomen niet mogen bekeken worden met NIPT en er dus ook geen geslachtsgebonden afwijkingen gerapporteerd worden?
- we sinds de nieuwe 'whole genome' techniek geen enkel vals negatief resultaat hebben gehad voor trisomie 21, 13 en 18?
- ongeveer 95% van onze zwangeren kiest voor een 'whole genome' NIPT en ongeveer 5% voor een 'targeted' NIPT?
- minder dan de helft van de positieve NIPT voor Turner bevestigd werd bij de foetus?
- we een leuk filmpje hebben over de NIPT? Typ 'NIPT' in de zoekbalk op onze website en klik door naar 'Filmpje over NIPT'.

Feiten en fabels over CMV

Hoe is het gesteld met je kennis over het cytomegalovirus (CMV)? Doe de quiz!

BIJ CMV-SEROCONVERSIE IN HET EERSTE TRIMESTER KUN JE BETER METEEN EEN ABORTUS VOORSTELLEN. DE KANS OP AFWIJINGEN BIJ DE FOETUS IS NAMELIJK ZEER HOOG.

Bij CMV-seroconversie in het eerste trimester is de kans op besmetting van de foetus ongeveer 30-40%. Van de pasgeborenen die geïnfecteerd zijn, wordt 10 tot 15% met en 85 tot 90% zonder zichtbare symptomen geboren (groeiachterstand, long-, lever- en miltproblemen, bloedstollingsstoornissen). Van de symptomatische groep overlijdt 10 tot 30% na de geboorte en bij ongeveer 50% ontwikkelen zich ernstige sequelen zoals algemene ontwikkelingsachterstand, zowel lichamelijk als geestelijk, gehoor- en visusproblemen ... Bij 5 tot 15% van de asymptomatische

groep ontwikkelen zich later sequelen: meestal sensoneurinaal gehoorverlies en soms visusproblemen, leerstoornissen en ontwikkelingsachterstand.

Samengevat: bij CMV primo-infectie in het eerste trimester is de globale kans op restverschijnselen bij de baby ongeveer 1 op 10. Van de kinderen met bevestigde congenitale CMV zal ongeveer 1 op 5 à 1 op 6 restverschijnselen hebben. Van hen is 1 op 3 afkomstig uit de groep zonder symptomen en 2 op 3 uit de groep met symptomen bij geboorte. Deze stelling is dus niet waar.

CONGENITALE CMV KOMT VEEL VAKER VOOR DAN CONGENITALE TOXOPLASMOSE.

Congenitale CMV komt voor bij ongeveer 1 op 200 neonaten (0.5%), terwijl congenitale toxoplasmose slechts voorkomt bij 5-10 op 10.000 neonaten (0.05-0.1%). We kunnen dus stellen dat dit waar is.

CMV-SEROPOSITIEVE VROUWEN HEBBEN GEEN RISICO MEER OP EEN KIND MET CONGENITALE CMV.

Bij CMV-seropositieve zwangeren is er een risico op congenitale CMV door herinfectie met een andere stam of door reactivatie. Hierbij is de kans op congenitale cytomegalie zeer klein (ongeveer 1%), maar er kan zich ook een ernstige congenitale CMV voordoen. De kans dat dit gebeurt is vooral afhankelijk van de zwangerschapstermijn op het moment van transmissie. De stelling is dus niet waar. Globaal gezien heeft een moeder met aanwezige CMV-antistoffen aan het begin van de zwangerschap 70% minder kans op een pasgeborene met congenitale CMV dan een seronegatieve moeder.

Het heeft geen enkele zin om bij CMV-seropositieve vrouwen serologische testen te verrichten om herinfectie of reactivatie op te sporen, dat is niet betrouwbaar.

DE GYNAECOLOOG ZAL EEN FOETUS MET ERNSTIGE CMV-SEQUELEN ER MEESTAL WEL UITHALEN BIJ DE ROUTINE-ECHOGRAFIE IN HET TWEDE OF DERDE TRIMESTER.

De sensitiviteit van echografisch onderzoek voor het detecteren van CMV sequelen is laag. Het opsporen van hersenletsels bij een foetus in hoofdligging is niet evident bij routine-echografie in het derde trimester en vereist een specialistische aanpak. Deze stelling is dus niet waar.

CMV VORMT DE BELANGRIJKSTE NIET-GENETISCHE OORZAAK VAN GEHOORVERLIES BIJ KINDEREN.

Feit. Bij ongeveer een derde van de kinderen met gehoorproblemen is congenitale CMV de oorzaak.

CMV-OVERDRACHT GEBEURT DOOR CONTACT MET BESMETTE LICHAAMSVLOEISTOFFEN, VOORAL VAN PEUTERS DIE OP DAT MOMENT EEN SNOTVALLING HEBBEN.

Het virusreservoir is vooral het jonge kind. Jonge kinderen scheiden langdurig (maanden tot jaren) in hoge mate CMV uit in speeksel en urine. De prevalentie CMV-uitscheidende kinderen is het hoogst tussen de leeftijd van 1 en 2 jaar en daalt daarna tot de leeftijd van 5-6 jaar. Het percentage virus-uitscheidende kinderen ligt hoger bij kinderen die een crèche bezoeken. Peuters hebben meer verzorging nodig, waardoor de kans op contact met het virus groter is. CMV wordt dus niet enkel overgedragen door kindjes met een snotvalling.

Preventieve maatregelen om mee te geven aan alle zwangeren:

- Was de handen met water en zeep gedurende 15-20 seconden (of desinfecteren met handalcohol) na risicoactiviteiten zoals verpamperen, eten geven en wassen van een jong kind, neus snuiten, manipuleren van speelgoed.
- Gebruik niet hetzelfde eetgerei en tandenborstel. Eet niet uit het bord van het kind.
- Gebruik niet dezelfde handdoeken of washandjes.

- Steek de fopspeen van een kind niet in uw mond.
- Vermijd contact met speeksel bij het kussen van een kind.
- Was speelgoed en andere oppervlaktes die in nauw contact komen met urine en speeksel van kinderen.
- Deze maatregelen gelden ook voor de partner, zodat die de zwangere niet kan besmetten door intiem contact zoals kussen of seks.

DE HELFT VAN DE VROUWEN VAN VRUCHTBARE LEEFTIJD HEEFT ANTISTOFFEN VOOR CMV.

De seroprevalentie stijgt met de leeftijd en is afhankelijk van economische en etnische factoren. In de geïndustrialiseerde landen bedraagt de seroprevalentie bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd 40 tot 50%. Deze stelling is dus juist.



**CMV WORDT NIET
ROUTINEMATIG BIJ
DE NEONAAT GETEST.**

In AZ Sint-Lucas testen we sinds 2015 alle pasgeborenen kosteloos op de aanwezigheid van CMV via de afname met een speekselwisser. Elk jaar stellen we bij +/- 10 baby's (0,4%) congenitale CMV vast, waarvan +/- 3 na CMV herinfectie of reactivatie. De stelling is dus niet waar.

Zonder dit screeningsprogramma zou >75% van de congenitale CMV gevallen onopgemerkt blijven onmiddellijk na de geboorte. Deze universele CMV-screening zorgt voor een betere opvolging van de baby en, indien nodig, een snelle start van therapeutische interventies zowel medicamenteus als niet medicamenteus.

HET HEEFT GEEN ENKELE ZIN OM TIJDENS DE ZWANGERSCHAP EEN CMV-SEROCONVERSIE OP TE SPOREN, ER IS TOCH NIETS AAN TE DOEN.

Als we tijdens de zwangerschap een CMV-seroconversie vaststellen, kunnen we een vruchtwaterpunctie aanbieden vanaf 22 weken. Bij een positief resultaat kan de zwangerschap intensief opgevolgd worden met echografie en een MRI-scan rond 30 weken, vooral om foetaal hersenletsel op te sporen. Bij zeer ernstige infecties met zichtbare afwijkingen kunnen we de mogelijkheid om de zwangerschap af te breken aanbieden.

Er zijn veelbelovende onderzoeksresultaten voor het toedienen van valaciclovir in hoge doses na seroconversie in het eerste trimester, maar die therapie is zeker nog niet standaard.

We kunnen een eenmalige bepaling van de CMV-serologie in de zwangerschap overwegen:

- bij risicogroepen: seronegatieve zwangeren met jonge kinderen in huis (vooral <2 jaar), bepaalde beroepsgroepen.
- tot 12-16 weken en nadien niet meer. Er worden quasi geen ernstige letsels beschreven bij seroconversie na deze termijn.
- bij seronegatieve zwangeren die een zwangschapsafbreking overwegen bij vermoeden van ernstige neurologische CMV-sequelen.

Let wel: de systematische bepaling van CMV-antistoffen in de zwangerschap is niet terugbetaald.

VROUWEN DIE EEN ACUTE CMV PRIMO-INFECTIE DOORMAKEN KUNNEN ZONDER BIJKOMEND RISICO ONMIDDELLIJK ZWANGER WORDEN.

De zwangschapswens wordt na een CMV primo-infectie beter minimaal 3 maanden uitgesteld. Risico op transmissie preconceptioneel is laag (+/- 5%) maar duidelijk verhoogd ten opzichte van vrouwen die al langer CMV-seropositief zijn. Bij transmissie is, gezien infectie vroeg tijdens de zwangerschap, het risico op afwijkingen bij de foetus hoog. We kunnen dus concluderen dat deze stelling niet waar is.

*Dr. Annejo Huybrechts, gynaecoloog
Dr. Jos Van Acker, klinisch bioloog*

Lessen uit corona

2020 zal voor velen van ons in het geheugen gegrift staan als het jaar waarin het coronavirus de wereld op zijn kop zette. Corona domineerde onze nieuwsberichten, onze ziekenhuisopnames en ons alledaags leven. Wij haalden er zes lessen en uitdagingen uit:

1. CORONA EN ZWANGERSCHAP

Voornamelijk tijdens de tweede golf zagen we meer corona circuleren bij onze 'jonge' patiëntengroep. Hoewel de gegevens initieel vrij geruimtelijk leken, blijft extra voorzichtigheid geboden: zwangere patiënten die COVID-19 doormaken, hebben een verhoogde kans op een ernstiger ziekteverloop en/of trombose en een verhoogd risico op premature partus en foetale intra-uteriene groeiretardatie. Een dichtere follow-up in de zwangerschap is dus aanbevolen.

Vaccinatie wordt bij gebrek aan studies met zwangere vrouwen momenteel afgeraden tijdens de zwangerschap. Dat advies moet op maat geëvalueerd worden bij vrouwen die een verhoogd risico op (ernstige) infectie lopen, met een afweging van de potentiële voor- en nadelen. Vaccinatie tijdens de borstvoeding is wel toegestaan.*

2. SAMENWERKING

Om het aantal contacten te beperken, schakelden we als dienst snel over naar een gezamenlijk wacht- en permanentiesysteem op de verloskamer. Dat pilootproject verliep vlot en werd warm onthaald door de vroedvrouwen, dankzij de duidelijkheid van het systeem en de aanwezigheid van een vaste arts. Uiteraard zijn er ook minpunten aan verbonden: sommige artsen en patiënten ervaren het contact als

minder persoonlijk. Terechte opmerkingen die we ook in de toekomstige evolutie van de geneeskunde moeten afwegen.

3. DIGITALISERING: NOOD VERSUS NUT

Telefonische consultaties en mailverkeer deden al eerder hun intrede en kwamen dit jaar in een stroomversnelling. Digitalisering is niet meer weg te denken en ook onze sector zal moeten volgen. Teleconsultaties vragen een nog betere omkadering, maar kunnen zeker tot praktische winst leiden. In onze discipline denk ik bijvoorbeeld aan het bespreken van contraceptie, bloedingsproblemen, informatieverlening tijdens zwangerschap, online afspraken etc. Een uitdaging is de afwezigheid van non-verbale communicatie en 'contact'. Een consultatie is meer dan een fysiek onderzoek. Een gevoel van betrokkenheid binnen de arts-patiëntrelatie geeft voldoening voor beide partijen.

4. CORONA EN CO

De omstreden mondmaskers deden vlot hun intrede en zijn alsnog moeilijker weg te denken. Zoals altijd zijn er voor- en nadelen en voor- en tegenstanders. Een vaststelling: ook een aantal andere infectieuze pathologieën werd succesvol teruggefloten. Het aantal RSV-opnames op de dienst kinderziekten daalde aanzienlijk. Ook in-

fluenza is momenteel amper aanwezig.

Uit sommige hoeken luidt dat er ook een daling van de vroeggeboortes is gezien door de sociaal-ecologische impact van de lockdownmaatregelen. Stof tot nadenken!

5. DE DEUGD VAN 'RUST'

Geen kraambezoek. Wat eerst als een schok kwam, bleek al snel ook een zegen te zijn. Onze vroedvrouwen merkten op dat kersverse moeders veel baat hebben bij de rust die werd gecreëerd door minder bezoek. Vrouwen bleken meer relaxed, baby's rustiger en het opstarten van borstvoeding verliep vlotter dan voordien. A posteriori vonden veel moeders het een overwegend positieve ervaring. Een les om mee te nemen?

6. VERBINDING

Een persoonlijke les die vermoedelijk voor velen geldt. Eens te meer is duidelijk geworden hoe belangrijk verbinding is. Binnen én buiten de bubbel. (Wie of wat bepaalt de definitie van zo'n bubbel trouwens?) Sociaal en fysiek contact. Samen lachen en huilen.

Dat we elkaar in 2021 maar snel eens goed mogen vastnemen.

Dr. Ruth Stadhouders, gynaecoloog



*Dit waren de adviezen bij het ter perse gaan van Focus. De meest recente richtlijnen vindt u op <https://www.health.belgium.be/nl/hoge-gezondheidsraad>.

Gentle sectio, professionele zorg met een hart

AZ Sint-Lucas gaat als eerste centrum in Gent van start met de gentle sectio, letterlijk de 'vriendelijke' keizersnede of juist de gezinsgerichte sectio. Bij een gentle sectio proberen we zoveel mogelijk de beleving van een natuurlijke bevalling te benaderen. Beide ouders worden meer bij de bevalling betrokken, de moeder ziet haar baby geboren worden en krijgt het kindje meteen bij zich voor huid-op-huidcontact.

Ons ziekenhuis leverde de voorbije jaren zeer veel inspanningen om vroeg huid-op-huidcontact bij een vaginale bevalling te promoten en de baby op die manier snel aan de borst te leggen zoals aanbevolen door het WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative, het label dat we sinds 2010 hebben. Bij een vaginale bevalling betrekken we ouders maximaal bij de geboorte van hun kind.

Als de bevalling gebeurt met een keizersnede, is de ervaring toch enigszins anders. De procedures in een operatiezaal zijn vaak van die aard dat er meer afstand gecreëerd wordt. De focus ligt eerder op snelheid en efficiëntie en minder op de beleving van de ouders. Zeker vroeger, toen keizersnedes nog onder algemene verdoving gebeurden en een kort interval tussen inductie en geboorte vereist was om reanimatie van de baby te voorkomen. Nu gebeurt een sectio quasi altijd onder regionale anesthesie en is bij een baby in goede foetale conditie snelheid niet langer de prioriteit. Bovendien is het sectiopercentage de voorbije jaren verder doorgestegen (21% in 2019 in AZ Sint-Lucas). Los van de vraag of dit een goede of slechte evolutie is, bleek het

hoog tijd om onze procedure te herzien. In de literatuur vinden we evidentie dat vrouwen die via een keizersnede bevallen minder voldoening ervaren en een hoger risico hebben op postnatale depressie. Er kunnen meer problemen zijn met de moeder-kindbinding en met de borstvoeding. Een meer patiëntvriendelijke aanpak bij een niet-dringende keizersnede dringt zich op.

Met de gentle sectio kunnen we evolueren naar een meer 'natuurlijke' aanpak, naar analogie met de vaginale partus, waarbij:

1. ouders hun kind geboren zien worden,
2. de ontwikkeling van het kind op een rustige manier gebeurt met oog voor de fysiologische autoresuscitatie,
3. de baby onmiddellijk huid-op-huid bij de moeder komt te liggen. Zo is er direct uitgebreid contact. Dat is rustgevend voor de baby, helpt bij een stabiele hartslag en temperatuur en zorgt dat de borstvoeding makkelijker op gang komt.

De gentle sectio is terecht in opmars: iets kouds en steriels wordt op deze manier warm, zinvol en intiem, een affectieve gebeurtenis waar ouders naar kunnen uitkijken en aan kunnen deelnemen. De procedure van een gentle sectio is beschreven en gevalideerd in de literatuur en wordt in veel centra intussen als 'standard of care' toegepast. Wij zijn het eerste centrum in Gent dat ermee start.

We willen de gentle sectio toepassen bij alle geplande keizersnedes met een gezonde moeder en een baby in goede conditie en bij uitbreiding ook bij een niet-dringende secundaire sectio. Bij preterme geboortes of baby's in nood verloopt de sectio uiteraard medischer en bij stuitligging passen we de procedure aan.

Dr. Sandra Delanote, gynaecoloog



Het afdekdoek gaat naar beneden, zodat de ouders hun baby zien geboren worden

HOE VERLOOPT DE PROCEDURE?

Prenataal

We informeren de ouders uitgebreid, zodat ze goed op de hoogte zijn van het verloop van de procedure. Aanpassingen zijn altijd bespreekbaar, bv. de baby liever niet geboren zien worden, de partner die liever niet bij de ruggenprik aanwezig is ... Tijdens de prenatale consultatie bij de vroedvrouw en gynaecoloog bereiden we de opname maximaal voor.

Dag van de ingreep

De ouders kunnen zich rustig installeren. Net zoals bij een vaginale bevalling krijgt het koppel een vroedvrouw toegewezen die hen begeleidt. De partner of een andere vertrouwenspersoon is van het begin tot het einde overal bij. De temperatuur in de operatiezaal is warmer dan bij een standaard ingreep. We beperken storende prikkels en omgevingsgeluid in de operatiezaal: monitors worden stiller gezet, we spreken met gedempte stem ... De vroedvrouw begeleidt de zwangere bij de ruggenprik. De armen van de moeder worden zo goed mogelijk vrij gehouden. De plakkers voor de hartmonitor brengen we op de schouders aan, zodat de borst vrij blijft.

De geboorte: 'walking the baby out'

De partner of vertrouwenspersoon zit aan het hoofdeinde van de operatietafel naast het hoofd van de zwangere. Bij de incisie is het afdekdoek tussen het steriel veld en het hoofd van de moeder nog hoog, maar na ontwikkeling van het hoofd van de baby (het bloed wordt even weggeveegd) zakt het en wordt het hoofd van de moeder ondersteund zodat beide ouders hun baby zien geboren worden. Er wordt even getemporeerd terwijl de romp van de baby nog in utero is. Door de druk wordt het vocht in de longen deels geëvacueerd, zoals bij een vaginale geboorte. Dat komt de respiratoire adaptatie ten goede. Het hoofd van de baby tamponneert de uteriene incisie, het bloedverlies is minimaal. De baby wordt geboren door een combinatie van uteriene contracties en zachte assistentie door de gynaecoloog. De placentaire circulatie is nog altijd intact. We observeren de kleur van de baby, de tonus, de ademhaling en de spontane bewegingen van gezicht en ledematen. De baby 'wurmt' zich er als het ware verder uit onder zachte leiding van de arts. De ouders kunnen zelf het geslacht van hun kind ontdekken.

Met het afnavelen wachten we, zodat de baby nog extra zuurstof- en ijzerrijk bloed uit de placenta krijgt. Intussen droogt de operatieassistent de baby goed af en maakt de vroedvrouw de borstkas van de moeder, die goed warm werd gehouden, vrij. We installeren de baby huid-op-huid met behulp van een buideltop, na een kort nazicht door de kinderarts in nabijheid van de ouders. De vroedvrouw blijft bij de ouders, observeert de baby en beantwoordt de vragen van de ouders. De baby mag gerust al aan de borst gelegd worden indien gewenst. Ondertussen is het afdekdoek weer omhoog voor het sluiten van de buikwonde. Moeder en kind blijven samen gedurende de rest van de ingreep en het verblijf op de ontwaakzaal.



"De gentle sectio is terecht in opmars: iets kouds en steriels wordt op deze manier warm, zinvol en intiem, een affectieve gebeurtenis waar ouders naar kunnen uitkijken en aan kunnen deelnemen"

“Alle aandacht ging naar onze beleving”

Veerle Peeters beviel op 12 januari 2021 van haar derde zoon Haakon. Zij onderging als eerste een gentle sectio in ons ziekenhuis. “Bij onze eerste twee kinderen had ik een natuurlijke bevalling, dus ik kan niet vergelijken, maar ondanks het feit dat het een ingreep was, voelde het toch als een natuurlijke geboorte. Bij een gentle sectio verschuiven de medische en technische aspecten heel erg naar de achtergrond. Alle aandacht ging naar onze beleving. Ik heb Haakon echt zien geboren worden. Het doek ging omlaag zodat wij goed konden zien hoe de baby ontwikkeld werd. Na de geboorte kreeg Haakon een korte check-up door de kinderarts. Dat gebeurde vlak bij ons, zodat we konden meevolgen. Nadien hebben ze hem bij mij op de borst ge-

legd, onder een speciale band om hem goed warm te houden. Haakon greep meteen twee vingers van mij beet en lag er erg knus. Hij was verbazingwekkend snel op zijn gemak. Tijdens de hechting en ook op recovery is hij bij mij blijven liggen. Mijn man David heeft alles van dichtbij kunnen meevolgen. Vooraf is met hem besproken hoe hij zijn rol zag, wat hij wou meevolgen ... Over de hele lijn voelden we ons, al van tijdens de zwangerschap, bij alles nauw betrokken.”



Veerle Peeters met zontje Haakon in de buideldoek



Innovatie in de verloskunde

Onze materniteit blijft investeren in vernieuwing, zodat bevallen in alle veiligheid en volgens de hoogste normen kan gebeuren. We haalden recent twee nieuwe STAN-monitoren in huis waarmee we zuurstoftekort bij de baby accurater kunnen detecteren.

Baby's in hoogrisicozwangerschappen hebben tijdens de arbeid hightech opvolging nodig. Een CTG (cardiotocografie) is in die gevallen vaak ontoereikend. Bij fysiologische bevallingen, die nog altijd de meerderheid uitmaken, is extra monitoring niet nodig. Als het toch noodzakelijk blijkt, wenden we natuurlijk de beste technologieën aan om de baby te volgen tijdens de arbeid. Met onze twee nieuwe STAN-monitoren kunnen we de foetus heel nauwgezet bewaken. De STAN-S41-monitor kan een analyse maken van het ST-segment van het foetale ECG. Daardoor verlaagt het risico dat de foetus een letsel oploopt

aanzienlijk. We kunnen nu ook zowel mama (bloeddruk, saturatie, hartfrequentie) als baby (hartfrequentie en ST-analyse) op het scherm volgen. De monitor kan bevestigd worden aan het bed, zodat we tijdens het transport naar de sectiozaal of een extern centrum kunnen blijven volgen.

WAT IS STAN?

Een CTG-toestel doet eigenlijk niet veel meer dan het aantal hartslagen per minuut meten. Bij een te trage hartslag gaat het alarm af. De STAN-monitor daarentegen, meet niet alleen het ritme, maar ook de elektrische activiteit van het hartje. Blijven-

de letsels bij de baby door zuurstoftekort tijdens de arbeid worden hierdoor grotendeels vermeden. Op dit moment wordt nog 1,5 tot 2% van de baby's met een zuurstoftekort geboren. Met de nieuwe techniek moeten we dat met twee derde kunnen terugschroeven. Ook het aantal kunstverlossingen, met andere woorden bevallingen die plaatsvinden met een verlostang, zuignap of keizersnede, kunnen we met de STAN-methode beperken.

Dr. Ingrid Martens, gynaecoloog

“De STAN-monitor meet de elektrische activiteit van het hart van de baby. Blijvende letsels bij de baby door zuurstoftekort tijdens de arbeid worden hierdoor grotendeels vermeden.”

De afdeling neonatologie: ontwikkelingsgerichte zorg

Baby's die niet zo'n goede start maken, kunnen terecht op onze niet-intensieve afdeling neonatologie. De nadruk ligt er op groei, rust, voeding, comfort en de voorbereiding op weg naar huis. We betrekken ouders maximaal bij de verzorging van hun kindje en werken volgens het principe van ontwikkelingsgerichte zorg.



Onze afdeling neonatologie heeft 15 posities waar een couveuse of warm bedje staat en één isolatiekamer. Overal is er voldoende plaats om ouders dicht bij hun kindje te laten zijn, met respect voor de privacy. Ook mama's die nog niet uit bed kunnen, kunnen zonder problemen dicht bij hun baby zijn. Vanuit de verpleegpost hebben de vroedvrouwen een goed overzicht van de afdeling.

NIET-INTENSIEVE DIENST

We zijn een niet-intensieve dienst neonatologie. Pasgeborenen vanaf 32 weken zwangerschapsduur, kinderen met een te laag geboortegewicht (minder dan 2,3 kg) of kinderen met nood aan extra medische zorgen kunnen bij ons terecht. We nemen ook baby's op tot 28 dagen oud. We kunnen TPN toedienen, een longline plaatsen en kinderen met zuurstofnood helpen met optiflow of nasale CPAP. Als beademing en/of meer intensieve zorg nodig is, verwijzen we door naar de NICU van UZ Gent met wie we een samenwerkingsverband hebben.



De kinderartsen zijn altijd bereikbaar en komen dagelijks langs op de afdeling. Het team van vroedvrouwen en kinderverpleegkundigen stemt de zorg zoveel mogelijk af op de specifieke behoeften van de prematuur en zijn ouders. Samen met de ouders verzorgen we de baby's met de nodige aandacht en deskundigheid.

OP HET RITME VAN DE BABY

We vertrekken vanuit het zorgmodel 'ontwikkelingsgerichte zorg'. Voor een goede ontwikkeling van de hersenen proberen we externe prikkels zoveel mogelijk te beperken en het ritme van het kindje te volgen. Dat doen we als volgt:

- We vermijden te veel geluid en licht.
- We leggen het kindje zo comfortabel mogelijk. Comfort en positionering op maat van de baby.
- We betrekken de ouders actief bij de zorg: aanraking, kangoeroeën, eten geven, helpen met de verzorging.
- We volgen zoveel mogelijk het waak- en slaapritme van het kindje.

- We proberen stress en pijn te voorkomen.
- We hebben aandacht voor de individuele noden en ontwikkelingsfase van elke baby.

OUDERS DICHTBIJ

Onze materniteit draagt het label Baby Friendly Hospital Initiative. Ook op neonatologie besteden we veel aandacht aan borstvoeding: huid-op-huidcontact, hulp bij aanleggen, afkolven, moedermelk via sondevoeding ... Moedermelk heeft unieke eigenschappen die de gezondheid en de ontwikkeling van de te vroeg geboren baby ten goede komt. Uiteraard begeleiden we ook ouders die kiezen voor flesvoeding optimaal.

Ouders met een baby op neonatologie kunnen verblijven op een kamer dicht bij de afdeling. De aanwezigheid van de ouders is belangrijk voor de ontwikkeling van de baby. Maximaal 48 uur voor ontslag krijgen ouders de gelegenheid om samen met hun baby op de rooming-in kamer te verblijven. Zo leren ze onder andere de slaap- en voe-

dingsgewoontes van hun kindje goed kennen en leren ze de nodige zorgen zelfstandig uitvoeren. Dat maakt de stap om naar huis te gaan een pak laagdrempeliger en gemakkelijker. We hebben aandacht voor de thuissituatie en werken daarvoor nauw samen met onze sociale dienst en Kind en Gezin. Als het nodig is, kunnen de ouders een beroep doen op een psychologe.

*Dr. Veerle Staelens, kinderarts
Anne Van den Berghe,
dienstverantwoordelijke neonatologie*



Excessief huilen bij baby's

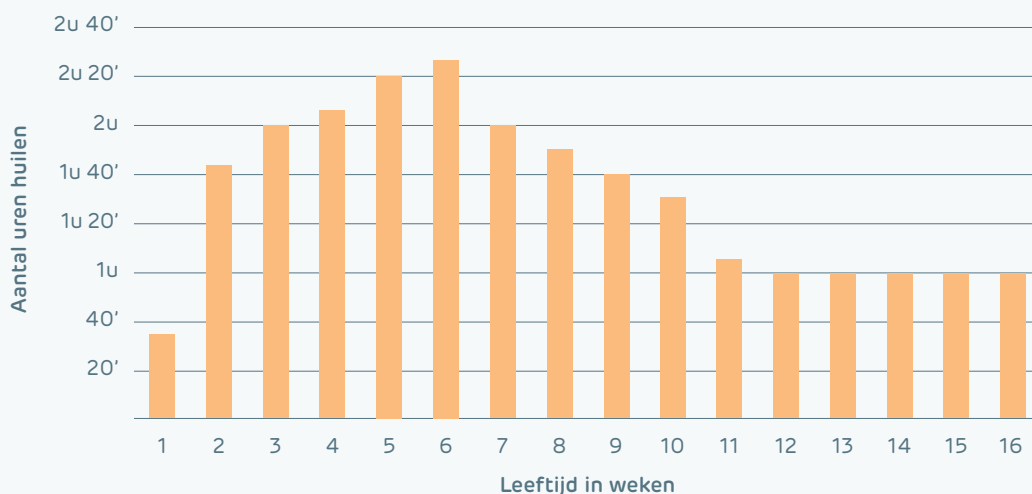
Huilen is normaal gedrag bij baby's, maar het kan ouders erg onzeker maken. Zeker als een baby excessief huilt. Als huisarts bent u vaak de eerste aanspreekpersoon en kunt u ondersteunen en signaleren.

Huilen is een normaal fenomeen bij jonge zuigelingen. Vanaf de geboorte neemt het huilen progressief toe tot de leeftijd van 6-8 weken, de zogenaamde fysiologische huilpiek, waarna het opnieuw afneemt. De fysiologische piek is bij alle baby's aanwezig, maar de absolute duur van huilen verschilt sterk van kind tot kind. Het huilen vindt meestal geconcentreerd plaats, voornamelijk in de avonduren.

In de literatuur wordt de definitie van Wessel gehanteerd (de zogenaamde 3-3-3-regel): minstens drie uur per dag huilen, minstens drie dagen per week, gedurende minstens drie opeenvolgende weken. De noodzakelijke voorwaarde is dat het om een gezonde, normaal ontwikkelende zuigeling gaat. In de praktijk zijn we meestal minder streng en wordt een baby die langere periodes van prikkelbaarheid en huilen vertoont die

niet noodzakelijk drie uur per dag omvatten, maar waarbij het huilgedrag de draagkracht van de ouders overstijgt, aanzien als een huilbaby.

De prevalentie van excessief huilen bedraagt 5-15% van de gezonde pasgeborenen. Bij een kleine minderheid weerhouden we een onderliggende organische oorzaak als oorzaak voor het huilgedrag.



De fysiologische huilpiek ligt op 6 tot 8 weken en is bij alle baby's aanwezig.

ONDERLIGGENDE OORZAKEN

Hoeksteen in de aanpak is een grondige anamnese en klinisch nazicht. Er zijn een aantal vrij vaak voorkomende oorzaken van excessief huilgedrag die we altijd eerst moeten uitsluiten:

1. Gastro-oesofagale refluxziekte (GERD)

GERD treedt op wanneer er terugvloeit van zure maaginhoud, samen met overmatig huilen, prikkelbaarheid, voedselweigering en/of groeivertraging. In eerste instantie adviseren we indikken van de voeding, hoogstand van het bedje en vermijden van overvoeding. Als dat onvoldoende is, is de gouden standaard het uitvoeren van een pH-metrie ter objectivatie van de klachten. In de praktijk starten we bij zeer suggestieve symptomatologie vaak meteen een trial met PPI.

2. Koemelkeiwitallergie (KMEA)

KMEA geeft een zeer verscheiden symptomatologie op verschillende systemen: gastro-intestinaal, pulmonaal, huid ... Heel vaak is de symptomatologie aspecifiek. We moeten een onderscheid maken tussen IgE-gemedieerde KMEA en niet-IgE-gemedieerde KMEA. De IgE-gemedieerde vorm uit zich door zeer acute symptomen en kan aanleiding geven tot een anafylactische reactie. Die vorm kunnen we vaststellen via bepaling van sIgE voor koemelkeiwit of huidtesten en is heel zeldzaam. Een dringende doorverwijzing naar de kinderarts is hier op zijn plaats.

De niet-IgE-gemedieerde KMEA uit zich door tragere reacties en heeft vaak een meer aspecifieke symptomatologie. De enige manier om deze vorm van KMEA te diagnosticeren, is door een eliminatiedieet van drie weken, gevolgd door provocatie. Bepaling van sIgE's of huidtesten hebben hier geen zin.

3. Urineweginfectie (UWI)

Een UWI bij de jonge zuigeling geeft vaak een zeer aspecifieke symptomatologie en gaat niet altijd gepaard met koorts. Aangeboren afwijkingen van de urinewegen presenteren zich vaak op jonge leeftijd door middel van UWI. Internationale guidelines geven aan dat het zinvol is om urineonderzoek te verrichten bij persistent excessief huilgedrag.

4. Omgevings- en sociale factoren

In 90% van de gevallen vinden we geen oorzaak voor het excessief huilgedrag. Dan zijn zowel kind-, ouder- als omgevingsfactoren van belang. Ook de interactie tussen alle actoren speelt een belangrijke rol. Het is van belang om die factoren verder uit te klaren en ze ook naar de ouders te benoemen, zodat we samen naar ondersteuning kunnen zoeken.

GEVOLGEN OP KORTE EN LANGE TERMJN

Zuigelingen met een voorgeschiedenis van excessief huilgedrag hebben op de korte-middellange termijn vaker slaapproblemen. Slaaptekort bij kind én ouder kan enorme stress binnen het gezin veroorzaken. Ouders percipiëren ook vaker gedragsmoeilijkheden bij deze kinderen, hoewel dat in studies nooit bevestigd is.

Baby's die veel huilen hebben een excellent prognose. We moeten ouders daarin zeker geruststellen. Wanneer er meerdere problemen tegelijkertijd optreden (gedrag, slaap-, eetproblemen), is er wel een groter risico op gedragsproblematiek op latere leeftijd.

AANPAK

Wees aandachtig voor excessief huilgedrag, vraag ernaar. Ouders geven vaak indirect signalen dat de draagkracht overstegen wordt, aandacht hiervoor is noodzakelijk om dat niet te missen. In de vele gevallen waar we geen onderliggende oorzaak vinden, is het van cruciaal belang om volgende zaken in te stellen: rust, regelmaat en prikkelreductie.

Een belangrijke partner is Kind & Gezin dat zuigelingen op geregelde tijdstippen opvolgt. Zij kunnen sociale ondersteuning bieden en hebben infobrochures ter beschikking. Ook de vroedvrouw aan huis kan een belangrijke rol vervullen: zij is vaak een goede observator die het gezin ziet in de thuissituatie. Tot slot, en zeker niet als laatste, is de kinderarts een partner bij wie laagdrempelig overleg en doorverwijzing mogelijk is. Als huisarts bent u vaak het eerste aanspreekpunt van een gezin. Een deel van de diagnostiek kan al gebeuren, maar in sommige gevallen is meer gespecialiseerde hulp nodig.

In ons ziekenhuis is een opname voor observatie van excessief huilgedrag mogelijk. Tijdens de opname doen we een aantal onderzoeken volgens noodzaak: bloed- en urineonderzoek, pH-metrie, echografie ... De observatie gebeurt door de verpleegkundige/lactatiedeskundige en is er een psychologe om het gesprek met de ouders aan te gaan. Zij kan adviezen geven om de draagkracht te vergroten en te leren omgaan met 'prikkelbare' zuigelingen.

Dr. Charlotte Daeze, kinderarts.

ALARMSYMPTOMEN

- Hoge schrei
- De hele dag door huilen, zonder avondpiek
- Plotse wijziging in huilgedrag
- Start huilgedrag na 6 weken en persistent na 4-5 maanden

Gedeelde opvolging van laagrisicozwangerschappen

Samen met de wijkgezondheidscentra uit Gent Noord werkten we eind 2018 een protocol uit om de gezamenlijke opvolging van de normale zwangerschap te standaardiseren. Het protocol is gebaseerd op bestaande richtlijnen (o.a. KCE en Domus Medica) en werd uitvoerig getoetst tijdens overlegmomenten. Dat resulteerde in 2019 in een gezamenlijk, ziekenhuisoverschrijdend protocol voor heel Gent tussen de vier Gentse ziekenhuizen, de Huisartsenvereniging Gent en de vroedvrouwenpraktijken.

Met het protocol willen we de samenwerking rond perinatale zorg tussen de eerste en tweede lijn verbeteren en de zwangere kwalitatieve en geïntegreerde zorg bieden. We stellen het voor aan het koppel als een optie en geenszins als een verplichting.

De onderlinge communicatie gebeurt via de verwijsbrief, het moederboekje van Kind en Gezin en het intakeverslag van de gynaecoloog. Bij pathologie is er uiteraard ook contact. Laboresultaten zijn beschikbaar via COZO.

Het protocol en de verwijsbrief vindt u op de website van de Huisartsenvereniging Gent (zie verder). Het werd intussen voorgesteld op verschillende navormingskringen. Omdat een aantal van deze vergaderingen door COVID niet kon doorgaan, zetten we de samenwerking hier nog eens in de kijker.

Dr. Sandra Delanote, gynaecoloog



**twee
handen
op één
buik**

**huisarts en gynaecoloog
begeleiden samen
uw zwangerschap**



MEER INFO

- Protocol gedeelde zwangerschapsopvolging:
<http://hvg.be/node/3478>
- Verwijsbrief gedeelde zwangerschapsopvolging:
<http://hvg.be/node/3479>