



Ellen Roets / Vrouwenkliniek

Medische zwangerschapsafbreking

De praktijk in de ziekenhuizen en de uitdagingen van prenatale screening



↑ ANTWERP HEALTH LAW AND ETHICS CHAIR



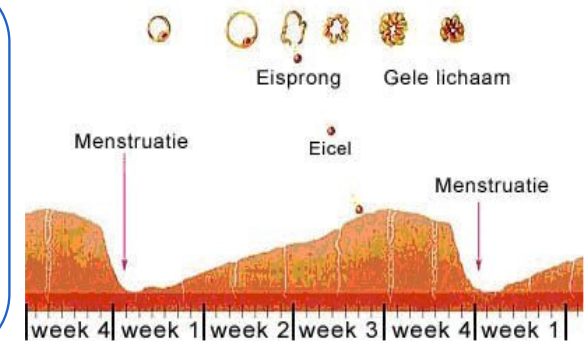


Een goed verstaander
Medische zwangerschapsafbreking in de ziekenhuizen
Cases

LATEN WE ELKAAR GOED BEGRIJPEN...

Zwangerschapsduur

- Duur van een zwangerschap = 38 weken van bevruchting (conceptie) tot bevalling
= postconceptionele zwangerschapsduur
- Artsen rekenen vanaf de laatste menstruatie (LM) = 2 weken voor eisprong
= postmenstruele zwangerschapsduur of amenorroeduur



Zwangerschapsafbreking

- 'electieve' ZS afbreking (niet-medisch) (Fr. IVG) : wordt aangeduid met de term AAP (abortus arte provocatus)
- 'medische' ZS afbreking (Fr IMG) wordt meestal aangeduid met de term TOP (Termination of Pregnancy)

Levensvatbaarheidsgrens

- Vlaamse consensus neonatale reanimatie
 - Start NICU opname vanaf 24w mogelijk – vanaf 26w altijd
 - 24-26w in overleg met ouders
 - Herziening gaande



Een goed verstaander
Medische zwangerschapsafbreking in de ziekenhuizen
Cases

MEDISCHE ZWANGERSCHAPSAFBREKING : MOGELIJKHEDEN

MEDICAMENTEUS vs INSTRUMENTEEL : HUIDIGE SITUATIE

AAP (niet-medisch) : vnl abortuscentra

- <9w : medicamenteus
- 9-14w : chirurgisch
- Meeste abortuscentra hebben samenwerkingsakkoord met ziekenhuis
 - Patiënte met anesthesiebehoefte
 - Medisch hoogrisico vb. bloedingsneiging, tromboseneiging

TOP (medisch) : bijna altijd ZKH

- \geq 12-13w : voorkeur medicamenteus – andere indicatie !
 - Afscheid
 - Investigaties
- < 12-13w : beide opties mogelijk, in samenspraak met patiënte

MEDISCHE ZWANGERSCHAPSAFBREKING : WETTELIJKE VOORWAARDEN

DE MEDEWERKING VAN EEN TWEEDE ARTS

Mogelijkheden

- (Individueel overleg 'in de wandelgang'...)
- Meer gestructureerd overleg
 - Met specialist aangaande de pathologie
 - In teamoverleg
 - Via ethische commissie van het zkh
- Individuele invulling
- Centra gespecialiseerd in prenatale diagnostiek : pleidooi gestructureerd overleg

Discussion on TOP decision with other healthcare professionals^a

In open team	66	89.4
On individual basis	8	10.5
No discussion	1	1.2

Healthcare professionals consulted by doctor on TOP decision ^a

Colleague gynaecologist	72	97.2
Neonatologist	67	91.0
Geneticist	58	78.6
Pediatrician	30	40.8
Organ specialist	30	41.4
Psychologist	14	18.6
Social nurse	13	17.9
Midwife	39	53.8
Other	10	13.3

MEDISCHE ZWANGERSCHAPSAFBREKING : WETTELIJKE VOORWAARDEN

'ONDER DEZELFDE VOORWAARDEN 1°b) en 2° tot 4°

Spreekt voor zich

- 1°b) onder medisch verantwoorde omstandigheden door een arts
- 2°a) info over risico's van zwangerschapsafbreking
- 2°c) zich vergewissen van de vaste wil van de vrouw
- 4° schriftelijke verklaring vaste wil op dag van de ingreep

Spreekt iets minder voor zich...

- 1°b) Voorlichtingsdienst die inlicht over rechten, bijstand, voordelen aan gezinnen en al dan niet gehuwde moeders.... Inlichten over adoptiemogelijkheid
- 2°b) opvangmogelijkheden voor het kind in herinnering brengen
- Ten vroegste 6 dagen na de eerste raadpleging behoudens in geval van dringende medische redenen

MEDISCHE ZWANGERSCHAPSAFBREKING : INDICATIES

MATERNALE INDICATIE

‘Voltooien van de zwangerschap betekent een ernstig gevaar voor de gezondheid van de vrouw’

Fysieke gezondheid

- Evident : vb. ernstige preëclampsie - COVIDzwangeren
- TOP bij levensvatbare termijn doet zich weinig voor

Psychische gezondheid – mentale toestand

- Minder evidente beslissing
- Goede onderbouwing noodzakelijk

Psychosociale gezondheid

- Vaak niet bespreekbaar
- Recente casus : dakloos – reeds 2 kinderen, geplaatst – multidrugverslaving – schizofrenie - termijn blijkt al 18w, instrumentele AAP in NI niet mogelijk

MEDISCHE ZWANGERSCHAPSAFBREKING : INDICATIES

FOETALE INDICATIE

‘...indien VASTSTAAT dat het kind dat zal geboren worden....’

- Geneeskunde : 100% zekerheid is vaak een niet-realiseerbare voorwaarde

Duidelijke casussen

- Renale agenese > geen VW > lethale longhypoplasie
- Anencefalie : niet levensvatbaar



Minder duidelijk...

- Congenitale CMV infectie in het eerste trimester met bewezen transmissie (VWP positief)
 - Kan zeer ernstig zijn bij geboorte : microcefalie, stuipen, icterus, LBW, neonatale sterfte
 - Lange termijn : 80-90% sequellen : gehoorverlies mild tot volledig, uni-of bilateraal; neuromotore ontwikkelingsachterstand; variabele graad van mentale retardatie
- Cardiale afwijking : tetralogie van Fallot – ip goed herstelbaar
 - Bij VWP : 22q11 deletie
 - Variabele penetrantie : ‘van niks tot heel veel’ : cardiale, urogenitale, skelet, palatumspleet, ... maar ook ontwikkelingsachterstand, MR, stuipen, ADHD, ASS, sociale immaturiteit, 30-40% risico op ernstige schizofrenie

MEDISCHE ZWANGERSCHAPSAFBREKING : INDICATIES

FOETALE INDICATIE

... zal lijden aan een **UITERST ZWARE KWAAL** ...

- Perceptie van ernst van de aandoening is verschillend naargelang standpunt en persoonlijke visie
 - Mucoviscidose
 - Spina bifida
- Schetsen van zo objectief mogelijk beeld (orgaanspecialisten – experts in dagelijkse begeleiding geven advies binnen commissie)
- Tegelijkertijd ook rekening houden met totaalbeeld : bijkomende pathologie – achtergrond, sociale situatie en middelen van ouders

VALKUILEN

- Persoonlijke mening van artsen : ‘ik zou...’
- Vergelijking maken met situatie postnataal
- ‘lijsten’ = niet geoorloofd
 - Stigmatisering
 - Evoluerende geneeskunde

MEDISCHE ZWANGERSCHAPSAFBREKING : INDICATIES

FOETALE INDICATIE

... die als **ONGENEESLIJK** wordt beschouwd op het moment van diagnose

- Ongeneeslijk >< een leefbare situatie creëren
- Hypoplastisch linkerhartsyndroom : linkerharthelft niet ontwikkeld > rechterventrikel wordt gebruikt als systeemventrikel. LT : zeer slechte inspanningstolerantie, levenslang anticoagulantia, hartfalen, leverproblemen en leverkanker, op termijn harttransplantatie

MEDISCHE ZWANGERSCHAPSAFBREKING : LEVENDGEBORTE

'FOETICIDE'

PROBLEMATIEK

- Geen duidelijke omschrijving in wet over foeticide
- Geen maximumtermijn tot dewelke medische zwangerschapsafbreking is geoorloofd in België
- Een late ZS is soms onvermijdelijk
 - Vb. CMV-letsels pas zichtbaar rond 28w
 - Pathologie niet opgepikt bij vorige echografieën...
 - Problematiek van discordante tweelingen : late reducties
- Euthanasie bij pasgeborenen niet toegelaten
- Een ernstige, ongeneeslijke kwaal overlijdt niet (noodzakelijk)

AANPAK

- Injectie intracardiaal / in NS met lidocaïne / KCl
- Voorafgaand aan 'start bevalling' : barensweeën / gebroken vliezen
- Niet altijd evident vb. discordant twins

MEDISCHE ZWANGERSCHAPSAFBREKING : REGISTRATIE

Nationale evaluatiecommissie

- Goede registratie abortuscentra
- Onderregistratie ziekenhuisaandeel in TOPs >14w

Het Belgisch kluwen ...

- Aangifte bevolkingsregister via aangifteformulier model IIID
 - Verplicht vanaf 180d (= 27 5/7w AD)
 - Mag tussen 140d (22w AD) en 180d
 - Niet <140d
- Epidemiologische registratie : registratie van geboortes, foetale sterftes, neonatale sterftes...
 - Helaas via medisch formulier model IIID dat naar VAZG wordt gestuurd : onderregistratie
 - SPE : 'vrijwillige' registratie, 98% Vlaamse ZKH werkt mee
 - GEEN TOPs

UZ • men, vrouw en kind
Universitair Ziekenhuis Gent

Checklist zwangerschapsinterruptie / mors in utero
Poli & Hospitalisatie

Behandelende arts UZG:

ANAMNESE door:		Datum:	
Patiëntenklier (met adres)		Naam partner:	
Getuud <input type="checkbox"/>	Samenwonend <input type="checkbox"/>	Aleenstaand <input type="checkbox"/>	
Baby erkend: Ja / Nee			
G:	P:	A:	AAP:
LM: / /20...	VVD: / /20	Zwangerschapsduur= w d	
Naam eigen gynaecoloog:		ZKH:	Telefoon:
<input type="checkbox"/> doorverzezen		<input type="checkbox"/> eigen initiatief	
Indicatie:			
Bloedgroepkaart gezien: ja / neen		Bloedgroep:	Rhesus:
Familiale medische VG:			
Persoonlijke medische VG:			
Allergieën: <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja:			
Ziekten: <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja:			
Operaties: <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja:			
Fertiliteitsbehandeling:			
<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ovulatie-inductie <input type="checkbox"/> KIEKID <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> cryo			
Verloop vroegere ZS:			



ZWANGERSCHAPSAFBREKING : UITBREIDING TERMIJN

ALS WE DAN TOCH BEZIG ZIJN...

- VEREENVOUDIG de papierwinkel in duplo voor miso en mife : broodnodige medicatie voor miskramen, postpartumbloedingen die levensbedreigend kunnen zijn, ...
- Medische zwangerschapsafbreking is een andere entiteit met andere vereisten en hiervoor dienen volledig losgekoppeld van electieve zwangerschapsafbreking
 - Behoud van afwezigheid maximumtermijn
 - Gespecialiseerde centra
 - prenatale diagnose met orgaanspecialisten
 - Hoogrisicoverloskunde voor maternale complicaties
 - Postnatale gespecialiseerde investigaties (pathologie, genetica, beeldvorming)
 - Honorering van tijdsinvestering
 - Counseling patiënten
 - Begeleiding op medisch, psychologisch, sociaal, spiritueel, menselijk vlak
 - Multidisciplinair overleg (vgl. MOCs)
 - Subsidiëring psychologische ondersteuning : opting out

ELLEN ROETS

PND - MIC

Vrouwenkliniek – Afdeling verloskunde

Universitair Ziekenhuis Gent

C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent

T +32 (0)9 332 21 11

E info@uzgent.be

www.uzgent.be

Volg ons op



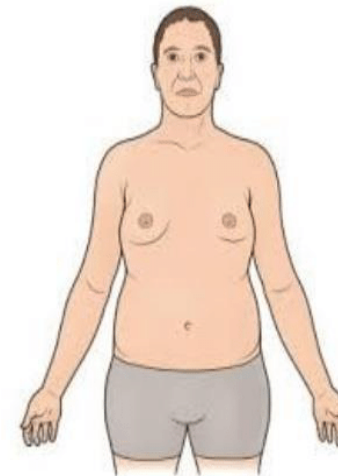
© Maarten van Kempen



CASUS II

- ▶ Hoogopgeleid koppel, gevolgd in perifeer centrum
- ▶ NIPT (niet-invasieve prenatale test) in labo dat samenwerkt met commerciële firma
 - ▶ Rapportage SCA (sex chromosomal abnormalities, vb. 45 X, 47 XXY)
 - ▶ Verdacht voor 47 XXY
- ▶ Gyn verricht VWP bij 18w : bevestiging 47 XXY (Klinefelter syndroom)
- ▶ Kenmerken
 - ▶ Wat rustiger – meer in zichzelf gekeerd
 - ▶ Hoger risico dyslexie – vertraagde ontwikkeling – ASS
 - ▶ Infertiliteit – osteoporose – metabool syndroom - borstkanker

The signs.



- A taller less muscular body than males there age.
- Broader hips and longer legs.
- Larger breast.
- Weaker bones.
- A lower energy level.
- Smaller penis and testicles
- Delay in puberty or go a parcel amount.
- Less facial and body hair following puberty.

CASUS II

- ▶ Vrouw van koppel heeft broer met schizofrenie (multipiele opnames, internering)
- ▶ Neemt uitgebreid de tijd (op aanraden gyn) om zich te informeren
 - ▶ Patientencontact
 - ▶ Gesprek endocrinoloog
 - ▶ Gesprek androloog
 - ▶ Lezen, ...
 - ▶ Verzoekt uiteindelijk om TOP rond 24w
- ▶ TOP niet meer mogelijk, koppel wordt doorverwezen naar mij
- ▶ 2 zeer lange gesprekken met koppel
- ▶ Voorlegging TOP subcommissie : geen unaniem positief advies

CASUS II

- ▶ Voltallig EC
 - ▶ koppel vindt het zeer belangrijk gehoord te worden
 - ▶ videoboodschap van 1,5u
 - ▶ Negatief advies
- ▶ Regeling TOP in UK
 - ▶ Covid lockdown
 - ▶ Geen anesthesie
 - ▶ Vader via video, 's nachts binnengelaten
 - ▶ Kind in kokertje...
- ▶ Al met al tevreden over hulpverlening...

CASUS I

- ▶ Medische VG : blanco
- ▶ G1P0, arts

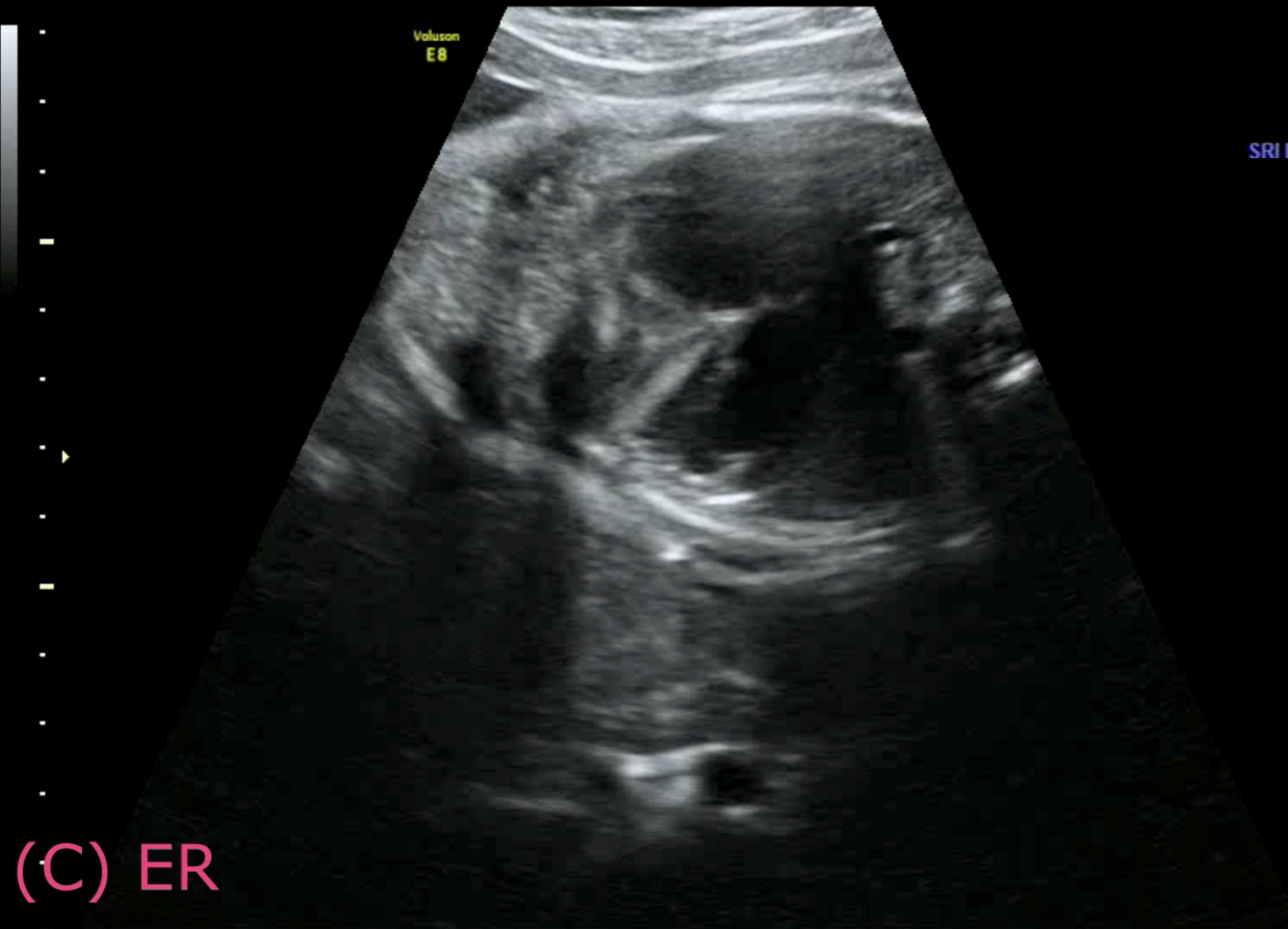
- ▶ Doorverwijzing 33 6/7w wegens 'grotere rechtersvoorkamer'

33 6/7w

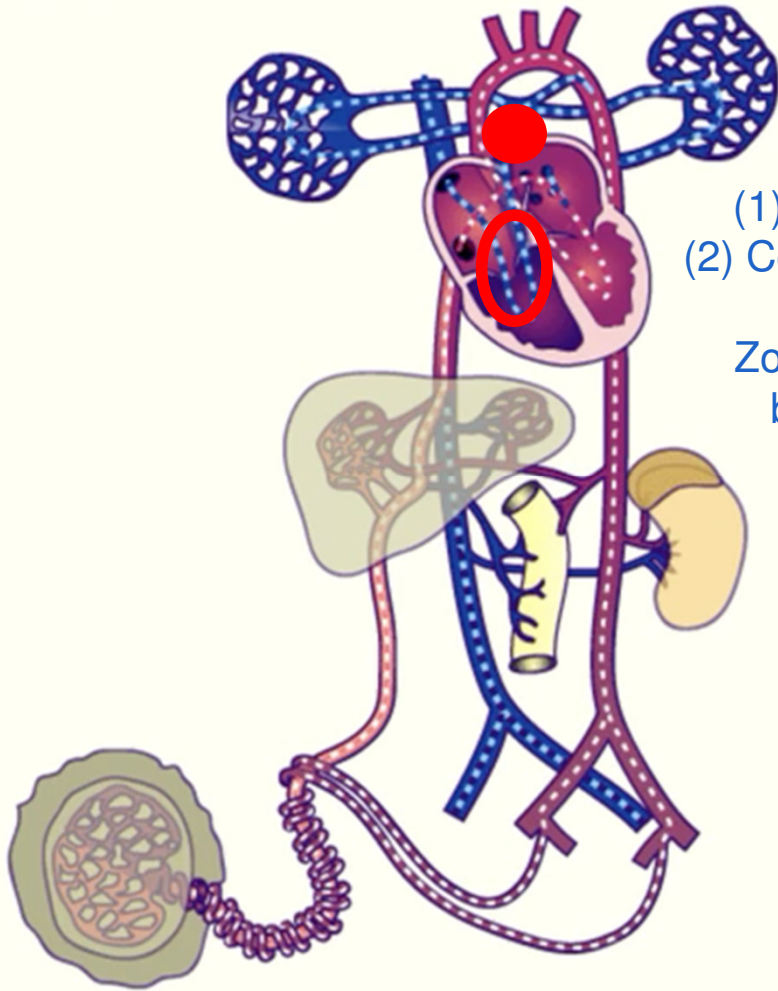
Voluson
E8

M
-dc
Har-mid
94
Gn 9
C10/M4
FF3/E3
SRII 3 / CRI 3

(C) ER

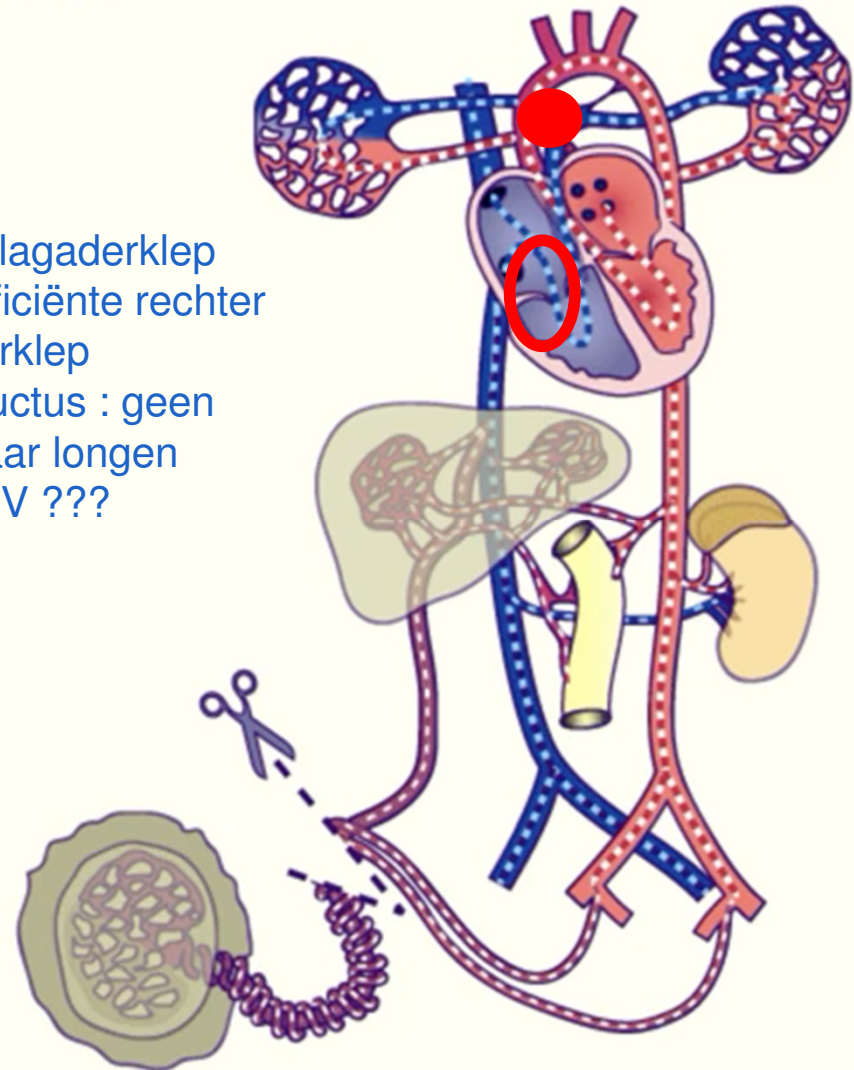


before birth



- (1) atresie longslagaderklep
 - (2) Compleet insufficiënte rechter hartkamerklep
- Zodra sluiting ductus : geen bloed meer naar longen
Kwaliteit RV ???

after birth



CASUS I - COUNSELING MOGELIJKE SCENARIO'S

- ▶ Scenario 1 : catheterisatie
 - ▶ ballon pulmonalisklep
 - ▶ Stenten van ductus
- ▶ Scenario 2 : openhartoperatie
 - ▶ Commissurotomie pulmonaalklep
 - ▶ B-T shunt tss Ao en PK
 - ▶ Plastie van tricuspiedklep
- ▶ Scenario 3 : eenkamerherstel
 - ▶ Morbiditeit op lange termijn

CASUS I - COUNSELING

- ▶ Koppel gaat door
- ▶ Mama : we hebben/kregen geen keuze (3w voor bevalling...) – eenkamerhart zien we niet zitten
- ▶ Verder klinisch verloop
 - ▶ Geboorte kind : vrij snel duidelijkheid : enige optie was eenkamerherstel
 - ▶ Ouders besluiten tot palliatief beleid
 - ▶ De ductus...

