

VIJFTIG JAAR VERLOSKUNDE &

Kickers in Huize Heyendael. Dopen in de hal van het Radboudziekenhuis. Babyflesjes uitkoken in een snelkookpan. Zestig gulden voor bevalling inclusief kraamperiode. Wie met weemoed terugdenkt aan de afdeling Verloskunde & Gynaecologie van vijftig jaar terug, vergeet dat er toen nog geen IVF-behandelingen waren. Vrouwenkwaaltjes waren een gegeven. Eierstokkanker was niet te behandelen. Een terugblik.

RIETJE VAN VLIET

‘Eind jaren zestig is de moderne perinatologie met haar opmars begonnen’

Interview met prof.dr. Fred Lotgering, hoofd Verloskunde. “Onze afdeling heeft een paar echte beroemdheden voortgebracht. Vrouwen met problematische zwangerschappen kwamen van heinde en ver naar professor Mastboom. Daarom zijn prinses Irene en Margriet hier bevallen. Ook professor Eskes heeft onze ster internationaal sterk doen rijzen. Hij was de man die in de jaren zestig het CTG introduceerde. Een doorbraak omdat we daarmee het hartritme van het kind al tijdens de bevalling kunnen bewaken. Eskes is ook degene die zich in Nederland sterk heeft gemaakt voor foliumzuurtoediening aan zwangere vrouwen. Daarmee is het risico van neurale buiseffecten, zoals open ruggetjes, sterk verminderd.



Geboorte van Jaiem van prinses Irene met rechts prof. Mastboom (1972)

Kijk, hier heb je een obstetrische stethoscoop. Met deze toeter heb ikzelf nog leren werken. Primitief, maar het werkt. Het CTG doet hetzelfde maar is veel betrouwbaarder. Het is nu de standaardmanier om te bewaken

dat een kind tijdens de bevalling geen zuurstofgebrek krijgt. Als dit vermoeden wordt bevestigd, kan de bevalling worden bekort, bijvoorbeeld door keizersnee. Het aantal keizersneden is daardoor sterk toegenomen. Vijftig jaar geleden waren dat grote risicovolle buikoperaties waar obstetricki alleen toe overgingen als de moeder gevaar liep. Met het kind werd nog weinig rekening gehouden.

Eind jaren zestig is de moderne perinatologie, dus inclusief bewaking en neonatologie, met haar opmars begonnen. Het begon met het CTG; daarna kwam de echo waarmee we tegenwoordig iedere zwangere vrouw screenen. De invasieve diagnostiek heeft sinds de jaren zeventig een hoge vlucht genomen. Voor vlokentest en vruchtwaterpuncties werken we nauw samen met de klinisch genetici. In diezelfde tijd kwam de neonatologie als



Foto poli gynaecologie met vooraan links Charles Schijff en achter balie zuster Aloyse (1983)

subspecialisme op. Aanvankelijk als onderdeel van verloskunde, nu van kindergeneeskunde. Maar omdat de ontwikkeling van het kind voor en na de geboorte een continuüm is, werken we wel nauw samen met de neonatologen. We noemen ons niet voor niets het Universitair Perinatologisch Centrum Nijmegen.

Ook nieuw is de Obstetrische High Care, waar we ernstig zieke, zwangere vrouwen kunnen behandelen. Vrouwen met preëclampsie (voorheen zwangerschapsvergiftiging) bijvoorbeeld. Het liefst voorkomen we dergelijke aandoeningen. Vrouwen die zoiets hebben gehad, of een ziekte hebben die de zwangerschap beïnvloedt, begeleiden we nu al vóór hun volgende zwangerschap. Ook proberen we vroeggeboorte zoveel mogelijk uit te stellen zodat de levensvatbaarheid van het kind optimaal is. Nu plaats ik bijvoorbeeld een speciaal bandje om de baarmoederhals. Bijna honderd procent kans dat daarmee herhaling van extreme vroeggeboorte voorkomen wordt.’

‘Steeds meer paren hebben problemen met zwanger worden’

Interview met dr. Jan Kremer, hoofd Voortplantingsgeneeskunde’

Begin vorige eeuw werd over vruchtbaarheid al veel geschreven maar men kon er weinig mee. Rune Rolland, een van de beroemdste gynaecologen die Nijmegen gekend heeft, beschouw ik als één van de godfathers van de voortplantingsgeneeskunde in Nederland. In 1978 werd het eerste IVF-kind ter wereld geboren en zes jaar later vond voor het eerst in Nijmegen een IVF-behandeling plaats.



Precies 25 jaar geleden werd ons IVF-team officieel erkend. Voor een punctie moesten vrouwen toen worden opgenomen. Het Radboud was goed voor 99 IVF-behandelingen per jaar. Uit de 45 terugplaatsingen werden acht kinderen geboren. Dat is niets vergeleken bij wat we nu doen. In 2004 vonden hier 1300 IVF-behandelingen plaats en even zoveel terugplaatsingen. Er kwamen 350 zwangerschappen uit voort waaruit 400 kinderen zijn geboren. Voortplantingsgeneeskunde wordt steeds belangrijker. Tegenwoordig heeft één op de zeven paren problemen met het zwanger worden. Bijna het dubbele van 25 jaar geleden. Inmiddels wordt in Nederland één op de veertig kinderen geboren na een IVF-behandeling. Een revolutie in vruchtbaarheidsbehandelingen was in 1994, met de introductie van ICSI. We stonden tot dan toe altijd machteloos als de man onvruchtbaar bleek, maar nu kunnen we het zaad, hoe weinig ook, met een naald rechtstreeks in de eicel brengen.

Nieuwe technieken richten zich vooral op de man. In 2001 werd PESA ontwikkeld, samen met urologen. Bedoeld voor mannen met verstopte zaadleiders. Onder plaatselijke verdoving kunnen we nu zaad met een dun naaldje uit de bijbal opzuigen en dat in de eicel injecteren. Wij zijn in Nederland het centrum voor deze nieuwe techniek. Nu zit er weer zo’n doorbraak aan te komen. Met TESE



Kraamafdeling 1982 (tweede van rechts is hoofdverpleegkundige Desain)



Kind gehaald met keizersnee. Foto: Frank Muller



Foto: Frank Muller



Eerste baby na baarmoederbesparende operatie (links prof.dr. Leon M.)

GYNAECOLOGIE



Foto: Frank Muller

kunnen we straks spermacellen uit de zaadbal halen om te zien of er geschikte cellen tussen zitten.

Bij dergelijke hightech ontwikkelingen kun je je niet meer voorstellen dat we voor een zwangerschapstest vijftig jaar geleden waren aangewezen op de kikkers in de kelders van Huize Heyendaal. In de jaren tachtig kreeg het toenmalige Radboudziekenhuis zijn eerste polikliniek voor vruchtbaarheidsproblemen. Sinds 2003 beschikt het UMC over een interactieve FertEndo-poli waarmee paren digitaal thuis hun hele vruchtbaarheidsbehandeling kunnen volgen. Uitslagen van testen, foto's van embryo's: alles staat erop. Artsen en patiënten zijn zo enthousiast, dat we de poli nu uitbouwen voor de hele regio. De rol van het ziekenhuis wordt wel anders. We worden een soort facilitair bedrijf dat zijn diensten aanbiedt aan patiënten die als kritische consumenten hun zorg inkopen.'

'Bekkenbodemp problematiek is hier een belangrijk speerpunt'

Interview met prof.dr. Mark Vierhout, hoofd Algemene Gynaecologie.

Het feit dat we een zelfstandige pijler binnen de afdeling Verloskunde & Gynaecologie zijn, geeft aan dat algemene gynaecologie een volwaardig onderdeel is binnen ons vak. Dat is wel eens anders geweest. Met de opkomst van oncologische gynaecologie in de jaren zeventig is mijn specialisme een stiefkindje geworden. Alle aandacht ging uit naar kwaadaardige aandoeningen. Voor goedaardige aandoeningen, zoals verzakkingen, menstruatieproblemen of overgangsklachten, ebde de belangstelling weg. Gelukkig is er aan die ontwikkeling een einde gekomen, zeker in Nijmegen.

Een van de belangrijkste mijlpalen binnen mijn vakgebied

was de introductie van de laparoscopie. Toen ik zelf in opleiding was, werden voor het eerst poliepen via zo'n kijkoperatie uit de baarmoeder verwijderd. Dat ging echter op het oog, zonder de beeldschermen waarop tegenwoordig de details zo goed te zien zijn. Het was voor ons, artsen in opleiding, dan ook een hele kunst om überhaupt poliepen te zien. Het moet voor onze patiënten een vreemde gewaarwording zijn geweest om een arts zo lang in het kijkbuisje tussen hun benen te zien turen tot hij wat zag. Eind jaren zestig zijn gynaecologen al begonnen met kijkoperaties in de buik. Op die manier konden vrouwen op een eenvoudige manier worden gesteriliseerd. Het duurde echter tot de jaren negentig voordat ook chirurgen belangstelling kregen voor deze minimale operatietechnieken. Inmiddels kunnen we ook eierstokken via het kijkbuisje verwijderen. Of bij vrouwen met incontinentieproblemen de blaas ophijsen. Vroeger was dat een dijk van een operatie waarvoor ze een week moesten worden opgenomen. Tegenwoordig plaatsen we vaak alleen nog maar onder plaatselijke verdoving een bandje om de blaas. In een kwartier gebeurd.

Over de geschiedenis van onze afdeling kan ik weinig zeggen. Ik werk hier sinds 2002. Julien Dony was een van mijn voorgangers. Door seksuele problemen bespreekbaar te maken én op te lossen heeft hij veel betekend voor de seksuele emancipatie van de vrouw. Met zijn deskundigheid op het gebied van de bekkenbodempatiëntiek heeft hij landelijk grote naam gemaakt.

Die traditie willen we voortzetten. De bekkenbodempatiëntiek is en blijft een belangrijk speerpunt in ons beleid. Onze bekkenbodempoli is daarvan het bewijs. Een patiënt ziet in één dag alle betrokken specialisten waardoor ze aan het einde van de middag weet waar ze aan toe is. Dit tekent de werkwijze van de gynaecoloog van de 21ste eeuw: een patiëntvriendelijke aanpak, een multidisciplinaire benadering en een grote efficiency.'

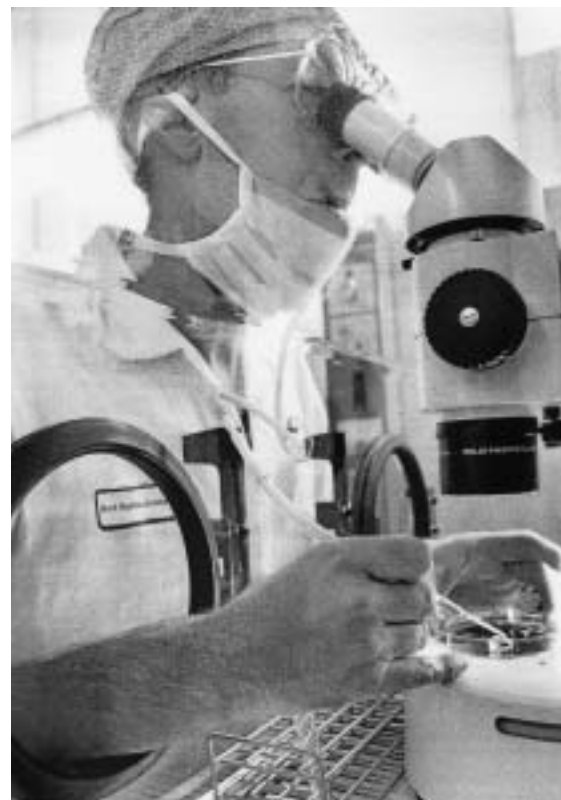


Verpleegkundigen en stafleden onder eerste hoogleraar Obstetrie/Gynaecologie prof. Stolte. In het midden onderste rij hoofd poli zuster Lucassen. 2^e van links achter Tom Eskes

'Vroeger werd de hele baarmoeder eruit gehaald'

Interview met prof.dr. Leon Massuger, hoofd Gynaecologische Oncologie.

'Ik was een van de eerste Nijmeegse promovendi op het gebied van gynaecologische oncologie. Ook al was het sinds 1974 een zelfstandig deelgebied van de afdeling Ver-



Dr. L. Bastiaans doet op ouderwetse manier met behulp van een couveuse IVF (1984)

loskunde & Gynaecologie, er was nog altijd geen hoogleraar. Het accent lag altijd op de klinische kant. Er werd veel geopereerd maar de academische oncologie had bij ons nog geen eigenstandige positie. Pas begin jaren tachtig, met de komst van Peter Kenemans, is daarin verandering gekomen. In 1998 werd Henk Boonstra als eerste hoogleraar gynaecologische oncologie geïnstalleerd. Nijmegen laat wat die ontwikkeling aangaat het landelijk beeld zien. Pas in 2002 werd gynaecologische oncologie als subspecialisme erkend. Sindsdien ontwikkelt ons vakgebied zich in sneltreinvaart. In 2003 hebben we het Gynaecologisch Oncologisch Centrum Nijmegen opgericht: een uniek samenwerkingsverband, laagdrempelig ook, met elf ziekenhuizen uit de regio. Op locatie voeren we zo'n tweehonderd operaties per jaar uit, waardoor we veel meer patiënten met eierstokkanker zien dan onze collega's in, zeg, Maastricht. De patiëntbespreking doen we gezamenlijk, wat de behandeling alleen maar ten goede komt.

Een van de grootste doorbraken in de gynaecologische oncologie heeft betrekking op de behandeling van baarmoederhalskanker. Vroeger werd de hele baarmoeder weggehaald. Zwangerschap was er daarna niet meer bij. Maar in 1999 heb ik de operatie uit Toronto meegebracht waarbij de tumor en lymfeklieren worden verwijderd met instandhouding van het baarmoederlichaam. Het Radboud was het eerste Nederlandse ziekenhuis waar dit met succes gebeurde. Uit de moeders die deze baarmoederbesparende operatie hebben ondergaan, zijn inmiddels twee kinderen geboren. Kijk, daar doe je het voor. Op het ogenblik hebben we zelfs vier zwangere vrouwen. Spannend om te volgen hoe dat gaat.

Het is van voor mijn tijd dat een vrouw met eierstokkanker eigenlijk niet te behandelen was. Dat wil zeggen: de eierstokken werden eruit gehaald en dat was dat. Een vrouw van 70 met eierstokkanker opereerde je niet meer. Overlevingskansen waren minimaal. Dat is nu gelukkig anders. Wel zie je verschuivingen. Vroeger zagen we zo'n dertig tot veertig premaligniteiten van de baarmoederhals. Nu hebben we jaarlijks twee- tot driehonderd kwaadaardige aandoeningen in een vroegtijdig stadium te behandelen. Een en ander is het gevolg van het bevolkingsonderzoek dat in 1980 in Nederland werd geïntroduceerd. Nijmegen heeft daarbij een grote rol gespeeld. Dankzij de uitstrijkjes zijn we in staat baarmoederhalskanker al in een vroeg voorstadium te behandelen.' ■



Massuger). Foto: Norbert Voskens



Eind jaren zestig begon de neonatologie met haar opmars. Foto: Paul van Laere



Moeder na bevalling beademd. Foto: Paul van Laere