

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1581

Vragen van het lid **Van Gerven** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *screening op vasa praevia* (ingezonden 31 januari 2013).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 14 maart 2013). Zie Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2012–2013, nr. 1260.

Vraag 1

Wat is uw oordeel over de artikelen over vasa praevia die in *babymag.nl* zijn verschenen?¹

Antwoord 1

In deze artikelen worden aangrijpende verhalen verteld van ouders die met vasa praevia te maken hebben gehad. Het moet voor ouders een vreselijke ervaring zijn een kind te verliezen door complicaties tijdens de zwangerschap en bevalling.

Vraag 2

Hoe vaak komt vasa praevia, een aandoening waarbij foetale bloedvaten voor de baarmoedermond liggen, jaarlijks voor in Nederland?

Antwoord 2

In de richtlijn «bloedverlies in de tweede helft van de zwangerschap», van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG), daterend van maart 2008, wordt het begrip vasa praevia, de diagnostiek en de behandeling ter preventie van neonatale problemen rondom vasa praevia uitgebreid beschreven. Hier worden ook de op dat moment bekende incidentiecijfers genoemd. Incidentiecijfers uit Nederland zijn niet precies bekend. De internationale literatuur houdt incidenties aan variërend van 1 op de 2500 geboorten tot 1 op de 5000 geboorten. Als deze cijfers ook voor de Nederlandse situatie zouden gelden dan gaat het uitgaande van 180.000 geboortes per jaar om minimaal 36 en maximaal 72 gevallen van vasa praevia.

¹ Babymag.nl 29 januari 2013. <http://www.babymag.nl/4/13/onnodige-babysterfte-in-nederland.html>

Vraag 3

Hoeveel preventieve keizersnedes worden jaarlijks verricht om te voorkomen dat gezonde baby's overlijden, of ernstig gehandicapt raken ten gevolge van vasa praevia?

Antwoord 3

Dat is niet precies bekend. De NVOG informeert mij dat uitgaande van een incidentie variërend van 1:2500 tot 1:5000 er jaarlijks bij een aantal van 180.000 geboortes minimaal 36 en maximaal 72 preventieve keizersnedes nodig zijn, mits alle vasa praevia's zouden worden opgespoord. Aangezien er in 2010 één sterfgeval in de landelijke audit door vasa praevia is beschreven, worden volgens de NVOG de meeste vasa praevia's waarschijnlijk opgespoord. Ook wijst de NVOG er op dat er tegenwoordig aanvullend echografisch onderzoek wordt verricht bij een laagliggende placenta of een tweelobbig placenta. Dit zijn risicofactoren voor vasa praevia.

Vraag 4 en 5

Hoeveel baby's raken jaarlijks (ernstig) gehandicapt ten gevolge van vasa praevia?

Hoeveel baby's overlijden jaarlijks ten gevolge van vasa praevia?

Antwoord 4 en 5

Sinds 2010 worden alle sterftes van kinderen rondom de bevalling landelijk gemeld en geregistreerd. In het rapport «perinatale audit; eerste verkenningen²» waarin de Nederlandse perinatale sterfte van 359 kinderen rond de uitgerekende datum in 2010 wordt gerapporteerd, wordt onder de 171 volledig geclassificeerde sterftes één keer vasa praevia als oorzaak gevonden. In 2010 vonden ongeveer 185.000 bevallingen in Nederland plaats. Het lijkt aannemelijk dat de incidentie in Nederland niet hoger is dan in de ons omringende landen en dat het een zeldzaam voorkomend probleem betreft. Volgens het lotgenotencontact van de vasa praevia foundation traden er in 2010 en 2011 jaarlijks 4 sterftes op als gevolg van vasa praevia. Deze getallen kunnen wij niet bevestigen, aangezien vasa praevia niet altijd specifiek als doodsoorzaak wordt vermeld.

Het exacte aantal baby's dat jaarlijks (ernstig) gehandicapt raakt als gevolg van vasa praevia is niet bekend, maar hoewel ieder geval op zich uiteraard zeer tragisch is, betreft het waarschijnlijk zeer kleine aantallen volgens de NVOG. In Nederland wordt de aandoening vaak opgespoord. Bij de meeste vrouwen wordt de insertie van de navelstreng onderzocht en wordt in hoog risico zwangerschappen zoals tweelingzwangerschappen naar de locatie van de placenta en de navelstreng gekeken. Bij een laagliggende placenta of een placenta bilobata wordt doorverwezen naar de tweedelijnszorg en daar wordt specifiek onderzoek gedaan met behulp van doppler. Aangezien de meeste vrouwen met vasa praevia een of meerdere risicofactoren hebben zoals een laagliggende placenta, een placenta bilobata of een marginale insertie van de navelstreng wordt zo het merendeel opgespoord. Zie verder ook mijn antwoord op vraag 2.

Vraag 6

Is het waar dat in Nieuw-Zeeland en Australië de screening op vasa praevia onderdeel uitmaakt van het Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)? Zo ja, op basis van welke gegevens komen zij tot deze beleidslijn?

Antwoord 6

In juli 2012 is de richtlijn vasa praevia (C-Obs 47) goedgekeurd door de Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists waarin screening in een hoogrisico populatie is ingevoerd. Daar wordt nu gescreend bij een groep vrouwen met een verhoogd risico op vasa praevia. Dit gebeurt in Nederland volgens de NVOG ook (zie antwoord op vraag 4 en 5). De meeste landen doen het op deze manier, waaronder de Engelsen en de Amerikanen.

² Perinatale audit, eerste verkenningen; Stichting Perinatale audit Nederland; november 2011

Vraag 7 en 8

Wat is het oordeel van de beroepsvereniging van verloskundigen KNOV over het opnemen van screening op vasa praevia in het SEO?

Wat is het oordeel van de beroepsvereniging van gynaecologen NVOG over het opnemen van screening op vasa praevia in het SEO?

Antwoord 7 en 8

Hoewel vasa praevia echoscopisch zou kunnen worden gediagnosticeerd en er hoge specificiteitscijfers (weinig fout-positieven) worden gerapporteerd, is volgens de NVOG nog niet onderzocht of deze specificiteit net zo hoog is als routinematig zou worden gescreend in de algemene zwangerenpopulatie. Verder is volgens hen ook niet bekend wat de sensitiviteit (wordt de ziekte ook altijd gedetecteerd als deze er is?) van een algemene screening is. De nauwkeurigheid van een screeningsonderzoek naar vasa previa in de dagelijkse praktijk is dus nog niet voldoende duidelijk. Een extra probleem voor de praktische toepasbaarheid van een algemene screening volgens de NVOG is de lage frequentie van voorkomen van vasa previa, wat de nauwkeurigheid nog verder benadeelt. Eventuele nadelen van een algemene screening kunnen bijvoorbeeld zijn dat door een fout-positieve diagnose een mogelijk onnodige keizersnede bij 35–36 weken zwangerschapsduur wordt verricht.

Overigens zou het invoeren van een algemene screening op vasa previa vallen onder de Wet op het Bevolkingsonderzoek. Introductie op een dergelijke schaal zal niet worden goedgekeurd voordat de screening is beoordeeld op effectiviteit, kosten en mogelijkheid tot evaluatie.

Net zoals de Britse gynaecologen vereniging (RCOG) heeft de NVOG ervoor gekozen om onderzoek naar vasa previa te beperken tot hoog-risico groepen. Het onderzoek naar vasa previa gebeurt met vaginaal echo-onderzoek met color-Doppler. Met deze laatste techniek kunnen vasa previa goed in beeld worden gebracht omdat ze de bloedstroming in deze vaten in beeld brengen. In de eerder genoemde richtlijn wordt geadviseerd om indien de placenta in het 2^e trimester (bijvoorbeeld tijdens het Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)) laag- of voorliggend is, middels transvaginale echoscopie te beoordelen of er sprake is van vasa praevia. In het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) is opgenomen dat de lokalisatie van de placenta moet worden beschreven. Met name dient hierbij de positie van de onderrand van de placenta ten opzichte van de blaas te worden bepaald. Bij de meeste echo instituten die dit soort onderzoeken verrichten, wordt bovendien ook genoteerd waar de navelstreng insertie op de placenta zich bevindt. Patiënten die een hoog-risico vormen worden hiermee meestal opgespoord. Ook bij een laagliggende placenta in het 3^e trimester wordt geadviseerd de insertieplaats van de navelstreng te bepalen en wordt geadviseerd om te screenen op vasa previa.

Gezien de resultaten van de eveneens bovengenoemde perinatal audit resultaten uit 2010, lijkt het erop dat het merendeel van de zwangerschappen waarbij sprake is van vasa previa in Nederland met deze strategie worden opgespoord.

Op dit moment is de diagnostiek van vasa previa geen standaard onderdeel van de training van echoscopisten voor het structureel echoscopisch onderzoek. Wel maakt exacte beschrijving van de positie van de placenta hier deel van uit. Gynaecologen en arts-assistenten gynaecologie zijn uiteraard wel opgeleid om screening naar vasa previa te verrichten. Hoog-risico groepen worden over het algemeen door hen beoordeeld.

Wat betreft de technische aspecten rondom de beantwoording van de vragen sluit de KNOV zich aan bij de antwoorden van de NVOG.

Wel geeft de KNOV aan zich te kunnen voorstellen dat op een zeker moment in de toekomst het Centraal Orgaan voor de programmatische prenatale screening hierover opnieuw advies wordt gevraagd, gezien de inmiddels verschillende opvattingen over opname in het screeningprogramma.

Vraag 9

Bent u bereid het Centraal Orgaan prenatale screening advies te vragen over het nut van screening op vasa praevia? Zo neen, waarom niet?

Antwoord 9

In 2008 heeft het Centraal Orgaan zich gebogen over deze vraag. Het Centraal Orgaan heeft toen geconcludeerd dat onduidelijk is of bij systematische screening de voordelen wel opwegen tegen de nadelen. Zie mijn antwoord op vraag 7 en 8. Het gaat om zeer kleine aantallen van een vasa praevia, waardoor er bij opname in het SEO sprake zal zijn van fout-positieven en mogelijk onnodige keizersneden. Het Centraal Orgaan heeft destijds geconcludeerd dat er geen verdere actie nodig was op dit punt. Alles afwegend zie ik geen reden om het Centraal Orgaan op dit moment opnieuw om advies te vragen.