

Afwachten of curetteren? Effectiviteit van de behandeling en kwaliteit van leven bij vrouwen met een miskraam

Margreet Wieringa-de Waard

Inleiding

De meeste vrouwen ervaren een miskraam als een ingrijpende gebeurtenis. In het vorige nummer van H&W publiceerden we onderzoek over de diagnostiek bij een vermoedelijke miskraam (H&W 2003;46(5):297-51). Na het stellen van de diagnose moet een behandelkeuze worden gemaakt. Sommige vrouwen willen zo snel mogelijk een curettage omdat ze voor hun gevoel pas daarna de draad van hun leven weer kunnen oppakken. Anderen kiezen ervoor de natuur haar gang te laten gaan en wachten bij voorkeur een periode af. In de meeste westerse landen gaat bij vrouwen met een miskraam de voorkeur uit naar een behandeling in de vorm van curettage.¹ Afwachtend beleid als alternatief wordt vooral door huisartsen toegepast.^{2,3}

De Nederlandse huisarts die volgens de NHG-Standaard Dreigende miskraam handelt, zal vrouwen met bloedverlies in het eerste trimester van de zwangerschap al vanaf 1989 adviseren het natuurlijke beloop af te wachten en af te zien van nader onderzoek zoals echoscopie.^{4,5} De standaard adviseert te verwijzen voor echoscopisch onderzoek als de diagnose na een week nog niet duidelijk is. Het NHG baseert dit beleid op het ontbreken van therapeutische consequenties van het stellen van een diagnose. Is er immers sprake van een vitale zwangerschap, dan wordt dit na verloop van tijd toch wel duidelijk. Bij een miskraam heeft een

afwachtend beleid de voorkeur, want een meerderheid van de vrouwen verliest binnen een week spontaan de vrucht.

Dit laatste gegeven, dat bij een miskraam de vrucht meestal binnen een week wordt verloren, wordt onderbouwd door een onderzoek van het NHG uit de jaren zestig van de vorige eeuw en een recenter Zweeds onderzoek uit 1995.⁶⁻⁸ Het NHG-onderzoek werd uitgevoerd in een periode waarin een betrouwbare zwangerschapstest ontbrak en er nog geen gebruik werd gemaakt van echoscopie, laat staan van transvaginale echoscopie. De gegevens van het Zweedse onderzoek zijn slechts beperkt toepasbaar, omdat alleen vrouwen met een incomplete miskraam deelnamen en het afwachtende beleid beperkt was tot een periode van drie dagen.

In tegenstelling tot het NHG-standpunt over echoscopie wordt in een nota van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) geadviseerd bij vrouwen met bloedverlies in het eerste trimester in ieder geval een transvaginale echo te maken om een diagnose te stellen.⁹ Bij de diagnose niet-intacte zwangerschap wordt geadviseerd een beleid te ontwerpen 'ter voorkoming van langdurig bloedverlies en infectie', hetgeen in de praktijk vaak inhoudt dat men tot curettage overgaat. In de nota van de NVOG onderbouwt men dit standpunt met een verwijzing naar een leerboek uit 1981, een periode waarin de echoscopie nog niet aan de huidige eisen voldeed. Hieruit kan men concluderen dat zowel de NHG-Standaard als het advies in de nota van de NVOG matig zijn onderbouwd met recent wetenschappelijk onderzoek.

De praktijk van alle dag laat zien dat veel huisartsen niet handelen volgens de NHG-richtlijn en onder gynaecologen wordt wisselend gedacht over een afwachtend beleid als alternatief voor curettage.¹⁰ Een eenduidig advies over de behandeling van vrouwen met een miskraam ontbreekt.

Of de behandeling invloed heeft op de beleving van de vrouw is nog nauwelijks onderzocht. Een verschil in kwaliteit van leven na een curettage of na afwachtend beleid zou, naast de effectiviteit van de behandeling, een rol kunnen spelen bij het maken van een keuze.

In dit artikel komen aan de hand van eigen onderzoek en literatuuronderzoek de volgende vragen aan de orde:

- Welke behandeling heeft de voorkeur bij een miskraam: afwachten of curettage?
- Is er een verschil in kwaliteit van leven bij afwachtend beleid of curettage bij vrouwen met een miskraam?

Samenvatting

Wieringa-de Waard, M. Afwachten of curetteren? Effectiviteit van de behandeling en kwaliteit van leven bij vrouwen met een miskraam. Huisarts Wet 2003;46(6):299-302.

Een afwachtend beleid bij een miskraam is minder effectief dan curettage, maar een goed alternatief voor gemotiveerde vrouwen die ervoor kiezen het natuurlijke beloop af te wachten.

Vrouwen voelen zich mentaal het beste als ze worden behandeld naar hun eigen voorkeur. Als vrouwen geen duidelijke behandelvoorkeur hebben, kan in eerste instantie het beste een afwachtend beleid worden gevolgd.

Dr. M. Wieringa-de Waard, Academisch Medisch Centrum-Universiteit van Amsterdam, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 22700, 1100 DE Amsterdam.

Correspondentie: m.wieringa@amc.uva.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Terminologie

In de literatuur wordt de term miskraam vaak gebruikt voor het proces waarbij de vrucht (spontaan of door curettage) bij een niet-intacte zwangerschap verloren gaat. Ook worden de termen abortus en miskraam door elkaar gebruikt. Conform de richtlijn van de *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* gebruik ik de term miskraam voor de echoscopisch gestelde diagnose niet-intacte zwangerschap, waarbij het kan gaan om een vroege vruchtdood of een incomplete miskraam.¹¹

Bij een vroege vruchtdood is er echoscopisch sprake van een lege vruchtzak of een embryo zonder hartactie, verschillende stadia van hetzelfde proces. Van een incomplete miskraam is sprake als er echoscopisch nog een rest van de vrucht van meer dan 15 mm zichtbaar is. Van een complete miskraam is sprake als de zwangerschapsrest echoscopisch < 15 mm is na een curettage of na een spontane uitstoting van de vrucht bij afwachtend beleid.

Curettage of afwachtend beleid wordt 'effectief' genoemd als er echoscopisch een zwangerschapsrest < 15 mm zichtbaar is.

De effectiviteit van de behandeling

Een literatuuronderzoek leverde naast enkele observationele onderzoeken twee RCT's op waarin afwachtend beleid werd vergeleken met curettage. De gerandomiseerde onderzoeken, uitgevoerd in Engeland en Zweden, rapporteerden een effectiviteit van afwachtend beleid van 100% respectievelijk 79%.^{12,13} Beide onderzoeken werden echter uitgevoerd bij een geselecteerde groep vrouwen met een miskraam.

Het eerste onderzoek betrof vrouwen met een incomplete miskraam en een echoscopisch zo geringe zwangerschapsrest dat op grond van literatuur eigenlijk al sprake was van een complete miskraam, waarvoor geen behandeling nodig is. Het tweede onderzoek werd uitgevoerd onder vrouwen met een incomplete miskraam.

Recent werd een onderzoek verricht waarbij afwachtend beleid (maximale duur vijftien dagen) werd vergeleken met medicamen-

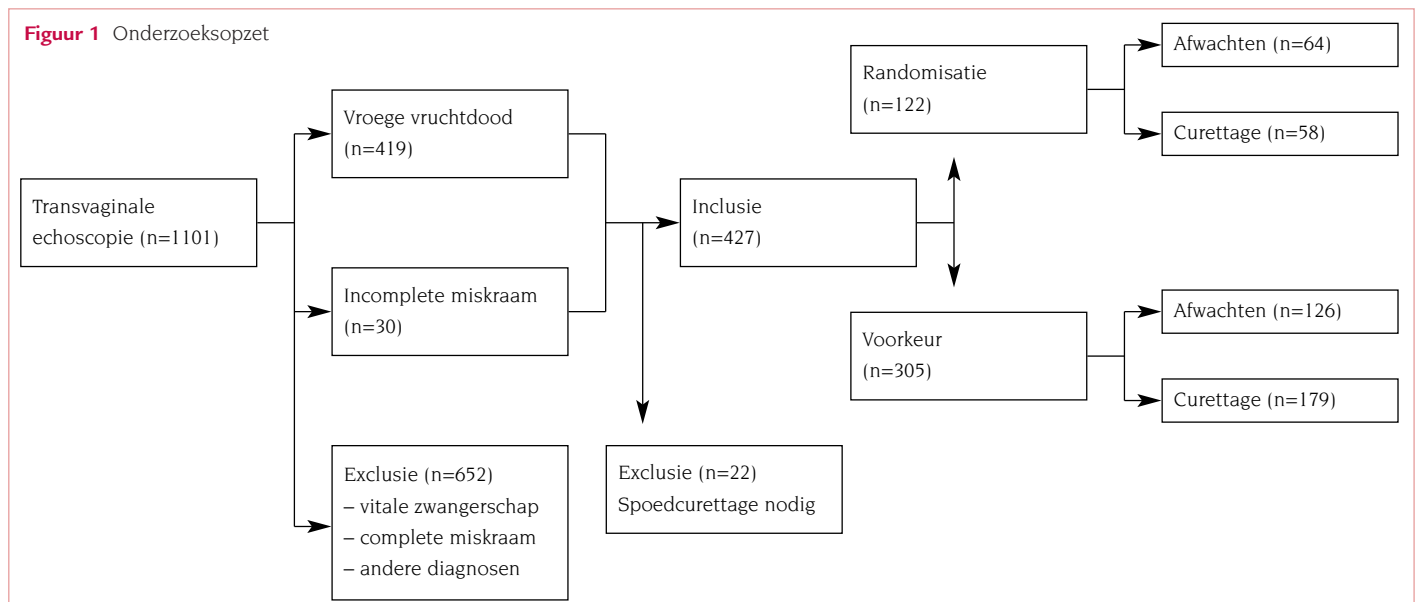
De kern

- ▶ Een week afwachten na het stellen van de diagnose kan ongeveer 40% van de curettages voorkomen.
- ▶ Bij een miskraam voelen vrouwen zich mentaal het beste als ze worden behandeld naar hun eigen voorkeur.
- ▶ Als vrouwen bij een miskraam geen sterke behandelvoorkeur hebben, kan in eerste instantie het beste worden afgewacht.

teuze behandeling met misoprostol, een behandeling die in Nederland nog niet beschikbaar is.¹⁴ De effectiviteit van afwachtend beleid in dit onderzoek was 48,3%. In een observationeel onderzoek naar de effectiviteit van afwachten bij een groep vrouwen met een vroege vruchtdood, maar (nog) zonder bloedverlies, werd een lagere effectiviteit gevonden, namelijk 25%.¹⁵

Mijn eigen onderzoek werd uitgevoerd van april 1998 tot september 2000 in het Academisch Medisch Centrum en het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, beide te Amsterdam. Het was een gezamenlijk onderzoek van huisartsen en gynaecologen. In een gerandomiseerde opzet werden afwachtend beleid en curettage bij vrouwen met een miskraam vergeleken op effectiviteit, veiligheid, complicaties, klachten en kwaliteit van leven.¹⁶ De verwachting was dat de helft van de vrouwen zou toestemmen in randomisatie, maar dit bleek uiteindelijk slechts 30% te zijn. Daarom werd gekozen voor een onderzoeksofzet waarbij vrouwen die randomisatie weigerden vanwege een sterke voorkeur voor een bepaalde behandeling, werden behandeld naar deze voorkeur en dezelfde follow-up ondergingen als gerandomiseerde vrouwen.¹⁷ Op die manier is generalisatie van de resultaten naar de totale groep beter mogelijk. Ook kon worden nagegaan wat de invloed was van randomisatie of behandeling naar voorkeur op de kwaliteit van leven.¹⁸ Alle vrouwen met een echoscopische diagnose miskraam werden ingesloten in het onderzoek, zowel vrouwen met een vroege

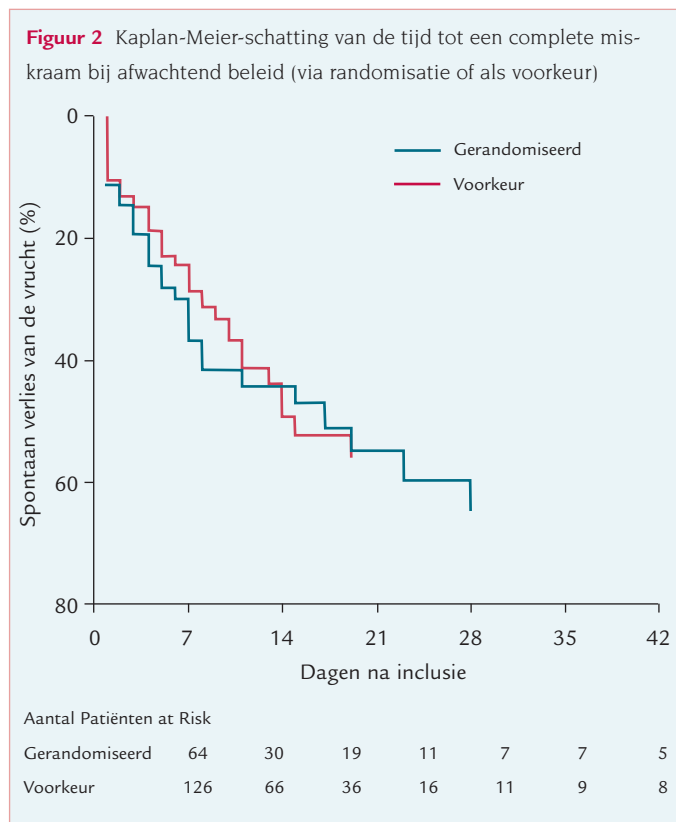
Figuur 1 Onderzoeksofzet



vruchtdood als vrouwen met een lege vruchtzak of een incomplete miskraam.

Van de in totaal 1101 vrouwen die verwezen waren voor echoscopisch onderzoek, hadden 427 vrouwen een miskraam (figuur 1). Bij de overige vrouwen was sprake van een vitale zwangerschap, een complete miskraam of een andere diagnose, zoals EUG. Van de 427 te includeren vrouwen stemden 122 toe in randomisatie; 305 werden behandeld naar eigen voorkeur.

De kans op een succesvol afwachtend beleid was 50% binnen 19 dagen, terwijl 37% van de vrouwen de vrucht binnen een week spontaan verloor (figuur 2). De resultaten van het gerandomiseerde deel van het onderzoek waren vergelijkbaar met die bij de groep vrouwen die niet gerandomiseerd wilden worden en naar eigen voorkeur waren behandeld.



Dat de effectiviteit van afwachtend beleid vooral in de eerste week groot was, werd veroorzaakt doordat veel vrouwen het spontane beloop wel één week wilden afwachten, maar na één of twee weken tevergeefs wachten meestal alsnog kozen voor een curettage. Bij 5% van de aanvankelijk gecuretteerde vrouwen was een tweede curettage nodig. Vergelijkbare percentages werden gevonden bij de niet-gerandomiseerde vrouwen (tweede curettage in 7% van de gevallen).

Evenals in de literatuur was er geen significant verschil in complicaties tussen afwachtend beleid en curettage in de gerandomiseerde groepen en de voorkeursgroepen. De meest voorkomende complicatie was hevig bloedverlies van > 500 cc (bij 19 vrouwen,

verdeeld over de vier groepen). De overige complicaties waren zeldzaam en traden op na een curettage: twee keer een infectie, één keer een cervixruptuur, bij twee vrouwen een syndroom van Asherman en bij één vrouw een uterusperforatie. Er was geen significant verschil in het percentage spoedopnamen. Vrouwen die waren gerandomiseerd voor afwachtend beleid of hiervoor hadden gekozen, werden niet vaker met spoed gecuretteerd (11% versus 15%) dan de vrouwen uit de curettagegroepen (beide 10%).

Kwaliteit van leven

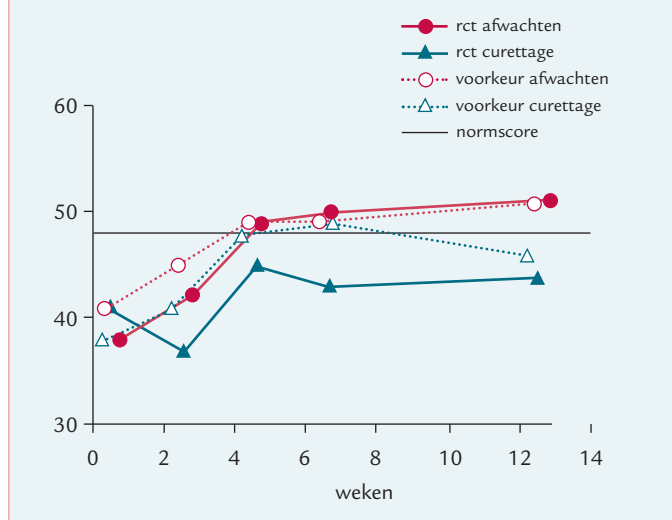
Er is weinig onderzoek verricht naar de invloed van afwachtend of chirurgisch beleid op de kwaliteit van leven bij vrouwen met een miskraam. In één gerandomiseerd onderzoek (1996) werd bij vrouwen twee weken na het stellen van de diagnose miskraam de angstscore op de *State Anxiety Inventory*- (STAI-)vragenlijst vergeleken tussen de afwachtgroep en de curettagegroep. Daarbij werd geen verschil gevonden.¹⁹

De kwaliteit van leven werd in mijn onderzoek op vijf momenten bepaald: onmiddellijk na het stellen van de diagnose en na twee, vier, zes en twaalf weken.²⁰ Hiervoor werden een algemene gezondheidsvragenlijst (SF-36), een angstvragenlijst (STAI-state en -trait) en een rouwvragenlijst (*Perinatal Grief Scale*) gebruikt.²¹⁻²³ Met de SF-36 kunnen beperkingen in het lichamelijk, sociaal en mentaal functioneren en in de vitaliteit worden bepaald, alsmede de invloed van pijn op het functioneren. Scores op de diverse onderdelen van de SF-36 kunnen worden samengevoegd tot een fysieke somscore en een mentale somscore.²⁴ De STAI-state meet de angst op een bepaald moment en de STAI-trait de angst die men in het algemeen heeft. Met de *Perinatal Grief Scale* (PGS) kan de rouw na een zwangerschapsverlies worden bepaald. De PGS heeft de subschalen Acute rouw, Moeite met functioneren en Wanhoop. De uitkomsten van het onderzoek waren opmerkelijk. De mentale gezondheid van vrouwen die waren gerandomiseerd voor een afwachtend beleid, verbeterde significant meer en sneller dan de mentale gezondheid van vrouwen die waren gerandomiseerd voor curettage (behandeleffect). Dit verschil was gedurende de gehele onderzoeksperiode van twaalf weken aanwezig (figuur 3). Er werd geen verschil gevonden in lichamelijke gezondheid, angst of rouw. In tegenstelling tot bij de gerandomiseerde vrouwen werd bij vrouwen die behandeld waren volgens de eigen voorkeur, geen verschil in mentale gezondheid gevonden tussen de beide behandelingen. Bij vergelijking van de beide curettagegroepen, gerandomiseerd en keuze, werd een significant betere mentale gezondheid gevonden bij vrouwen die kozen voor curettage dan bij vrouwen die voor deze behandeling waren gerandomiseerd. Een mogelijke verklaring voor de gevonden verschillen is dat na randomisatie voor afwachtend beleid er nog steeds een behandelkeuze bestaat (namelijk curettage) in tegenstelling tot na randomisatie voor curettage.

Conclusie

Vrouwen voelen zich mentaal het beste als ze worden behandeld naar hun eigen voorkeur. Als vrouwen geen duidelijke behandel-

Figuur 3 Gemiddelde scores van de SF-36 mentale somscore van de gerandomiseerde (rct) en de voorkeursgroepen.



Hogere score betekent een betere mentale gezondheid

voorkeur hebben, kan men in eerste instantie het beste een afwachtend beleid volgen.

Een afwachtend beleid bij een miskraam is minder effectief dan curettage, maar een goed alternatief voor gemotiveerde vrouwen die ervoor kiezen het natuurlijke beloop af te wachten. Als voor de vrouw het wachten te lang gaat duren (ook al is dat slechts enkele dagen), kan altijd alsnog tot curettage worden overgegaan, zonder verlies aan veiligheid.

Complicaties komen zowel bij afwachten als bij curettage weinig voor, maar als ze optreden, kunnen juist bij curettage ernstige complicaties voorkomen zoals uterusperforatie.^{25,26}

De resultaten van het onderzoek naar de kwaliteit van leven ondersteunen het belang van de 'shared decision making'.²⁷

Goede voorlichting, die wetenschappelijk is onderbouwd, is van belang om vrouwen te helpen bij het maken van een behandelkeuze. Afstemming van voorlichting en beleid tussen de eerste en tweede lijn is hierbij essentieel.

Abstract

Wieringa-de Waard, M. Wait on nature or perform a curettage?

Effectiveness of treatment and quality of life in women with a miscarriage. *Huisarts Wet* 2003;46(6):299-302.

A policy of watchful waiting in cases of miscarriage is less effective than curettage but is a good alternative for motivated women who choose to let nature takes its course.

Women are mentally at their best when they receive the treatment they themselves prefer. If women show no clear treatment preference, first and foremost it is best to pursue a policy of watchful waiting.

Literatuur

- Hemminki E. Treatment of miscarriage: current practice and rationale. *Obstet Gynecol* 1998;91:247-53.
- Ambulatory Sentinel Practice Network. Spontaneous abortion in primary care. *J Am Board Fam Pract* 1988;1:15-23.

- Wiebe E, Janssen P. Management of spontaneous abortion in family practices and hospitals. *Fam Med* 1998;30:293-6.
- Flikweert S, Ligtenberg WJJ, Sips ABl. NHG-Standaard Dreigende miskraam. *Huisarts Wet* 1989;32:138-43.
- Flikweert S, Meijer LJ, De Haan M, Wiersma Tj. NHG-Standaard Miskraam, eerste herziening. *Huisarts Wet* 1997;40:661-70.
- Ligtenberg WJJ. Abortus in de huisartsenpraktijk [Dissertatie]. Leiden: Stenfert Kroese, 1966.
- Roorda PA. De behandeling van de dreigende abortus [Dissertatie]. Utrecht: 1964.
- Nielsen S, Hahlin M. Expectant management of first-trimester spontaneous abortion. *Lancet* 1995;345:84-6.
- Oepkes D. Indicaties echoscopisch onderzoek in de zwangerschap. In: *Nota Echoscopie Gynaecologie/Verloskunde*. Utrecht: NVOG, 1993: 15-22.
- Fleuren M. Managing (imminent) miscarriage in primary health care [Dissertatie]. Amsterdam: 1997.
- The management of early pregnancy loss. Guideline no 25. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. London: 2000.
- Chipchase J, James D. Randomised trial of expectant versus surgical management of spontaneous miscarriage. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:840-1.
- Nielsen S, Hahlin M. Expectant management of first-trimester spontaneous abortion. *Lancet* 1995;345:84-6.
- Ngai SW, Chan YM, Tang OS, Ho PC. Vaginal misoprostol as medical treatment for first trimester spontaneous miscarriage. *Hum Reprod* 2001;7:1493-6.
- Jurkovic D, Ross JA, Nicolaides KH. Expectant management of missed miscarriage. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:670-1.
- Wieringa-de Waard M, Vos J, Bonsel GJ, Bindels PJE, Ankum WM. Management of miscarriage: a randomized controlled trial of expectant management versus surgical evacuation. *Hum Reprod* 2002;9:2445-50.
- Brewin CR, Bradley C. Patient preferences and randomised clinical trials. *BMJ* 1989;299:313-5.
- Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *BMJ* 1993;307:714-7.
- Nielsen S, Hahlin M, Moller A, Granberg S. Bereavement, grieving and psychological morbidity after first trimester spontaneous abortion: comparing expectant management with surgical evacuation. *Hum Reprod* 1996;11:1767-70.
- Wieringa-de Waard M, Hartman EE, Ankum WM, Reitsma JB, Bindels PJE, Bonsel GJ. Expectant management versus surgical evacuation in first trimester miscarriage: health-related quality of life in randomized and non-randomized patients. *Hum Reprod* 2002;17:1638-42.
- Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston: New England Medical Center, The Health Institute, 1993.
- Van der Ploeg HM, Defares PB, Spielberger CD. Zelfbeoordelvingsvragenlijst. Handleiding. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1981.
- Cuisinier MC, De Graauw CP, Kuipers JC. Meting van rouw na een zwangerschapsverlies. Eerste bevindingen met de Nederlandse versie van de Perinatal Grief Scale. *Tijdschr Psychiatrie* 2000;34:651-6.
- Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 Physical and Mental Summary Scales: a user's manual. Boston: New England Medical Center, The Health Institute, 1994.
- Hinshaw KKS. Medical management of miscarriage. In: *Grudzinskas JG, O'Brien PMS. Problems in early pregnancy*. London: RCOG Press, 1997:284-95.
- Johnson N, Priestnall M, Marsay T, Ballard P, Watters J. A randomised trial evaluating pain and bleeding after first trimester miscarriage treated surgically or medically. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;72:213-5.
- Ankum WM, Wieringa-de Waard M, Bindels PJE. Management of spontaneous miscarriage in the first trimester: an example of putting informed shared decision making into practice. *BMJ* 2001;322:1343-6.