

BEGIN BIJ HET BEGIN

WETENSCHAP

Hoogleraar verloskunde Eric Steegers haalde dit voorjaar alle kranten met zijn inaugurele rede. Hij stelde dat het verloskundige systeem verouderd is, dat er te veel allochtone baby's sterven en dat hij, tégen de Wet op het Bevolkingsonderzoek in, prenatale screening gaat aanbieden aan alle zwangeren. Steegers zet in op preventie. 'Begin bij het begin', luidt de titel van zijn oratie.

Mariël Croon

Jaarlijks sterven in Nederland zo'n 140 allochtone baby's te veel, stelde hoogleraar verloskunde en prenatale geneeskunde Eric Steegers in zijn oratie, die hij dit voorjaar uitsprak aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Onder allochtonen is de perinatale sterfte met 16,2 per duizend anderhalf keer zo hoog als de gemiddelde perinatale sterfte in Nederland. Die bedraagt 11,6 per duizend.

De sterfte onder alle Rotterdamse baby's bedraagt 14,4 per duizend, beduidend meer dan elders in het land. Steegers spreekt van een 'fors grootstedelijk probleem'. Hij vindt dat de verloskundige zorg tekortschiet in achterstandswijken, en in het bijzonder voor allochtonen. Op dit moment meldt van de autochtone vrouwen een vierde en van de

allochtone vrouwen bijna de helft zich pas na de zestiende week van de zwangerschap voor prenatale zorg. Tien tot vijftien procent meldt

zich pas na de vierentwintigste week. Voor prenatale diagnostiek en een eventuele zwangerschapsafbreking is het dan te laat. 'Een gemiste kans', vindt Steegers. 'We doen iets fout. Vrouwen moeten al vóór de conceptie voorlichting krijgen.' Via migrantenwerksters hoopt Steegers de allochtone vrouwen te bereiken. De voorlichting wil

Steegers bieden in laagdrempelige, eerstelijns geboortecentra die zijn gelieerd aan derdelijnsklinieken. Daar zouden laagrisicovrouwen ook moeten bevallen, vindt hij. Hij wil op deze manier de eerste lijn behouden. Sterker nog: hij denkt dat dit de redding is van de eerste lijn, die hij anders ziet verdwijnen. Een laagrisicobeving hoort volgens Steegers niet in het ziekenhuis thuis, al was het maar omdat

**STEEGERS DENKT
DAT DIT DE REDDING IS
VAN DE EERSTE LIJN,
DIE HIJ ANDERS ZIET VERDWIJNEN.**



**ERIC STEEGERS:
'WE DOEN
IETS FOUT.
VROUWEN
MOETEN AL
VÓÓR DE
CONCEPTIE
VOORLICHTING
KRIJGEN.'**

het ziekenhuis er de capaciteit niet voor heeft. Maar hij vindt dat de thuisbevalling in achterstandswijken evenmin meer voldoet. In Rotterdam, vertelt Steegers, heeft in de achterstandswijken 80 procent van de zwangeren te kampen met huisvestingsproblemen (kou, schimmel of overlast van de buurt), 15 procent met een ernstige taalbarrière, 10 procent met mishandeling, bijna tien procent is tienermoeder en 5 procent gebruikt drugs. Van de Afrikaanse vrouwen is 10 procent besmet met HIV. De cijfers zijn afkomstig van twee grote verloskundige praktijken en verzameld door verloskundige Marjan Stam. Volgens Steegers is de thuisbevalling in zulke omstandigheden niet veilig meer – noch voor moeder en kind, noch voor de verloskundige, gezien de veiligheid in de wijk. Of hij zelf wel eens een thuisbevalling heeft meegemaakt? 'Eén keer', zegt hij. 'Als co-assistent.'

*Mariël Croon is verloskundige en
journalist*

Prenatale screening

WETENSCHAP

Vaders beïnvloeden de placentatie

Steegers verwacht veel van de preventieve zorg. Nu worden jaarlijks 6.000 kinderen geboren met een aangeboren orgaanafwijking, het Downsyndroom niet meegerekend;

rijke rol speelt. Zo blijkt foliumzuur niet alleen de kans op spina bifida te verminderen, maar ook op een schisis. Na één consult gaat 80 procent van de vrouwen preconceptioneel foliumzuur gebruiken. Desgevraagd geeft Steegers toe dat

omgevingsinvloeden bepaald. Daar spelen zowel de genetische eigenschappen van de vader als de voeding van de moeder een rol in. 'Met deze informatie is nog nooit iets gedaan!', zegt Steegers. 'Maar exogene invloeden, zoals ook de vader, hebben invloed op de placentatie. Hetzelfde geldt voor anti-oxidanten, die celschade door oxidatie kunnen voorkomen. Als je over twintig jaar op dit terrein iets wilt bereiken, moet je nú het onderzoek in gang zetten.'

EEN VADER MET REUMA GEEFT EEN NEGENMAAL VERHOOGDE KANS OP PRE-ECLAMPSIE IN DE ZWANGERSCHAP

4.000 worden prematuur geboren en ruim 2.500 na een ernstige intra-uteriene groeivertraging. Steegers verwacht dat die aantallen door goede preconceptionele zorg omlaag kunnen. Als de helft van de vrouwen een preconceptioneel advies krijgt, kost dat 4,2 miljoen euro per jaar. Daardoor gaat 80 procent foliumzuur gebruiken en stopt van de rokers 15 procent met roken, zo blijkt uit het promotieonderzoek van Sabina de Weerd, een promovenda van Steegers. Dat scheelt naar schatting jaarlijks 22 spina bifida's, 98 dysmature kinderen, 10 extreem dysmature kinderen en 7 doodgeboorten. Tijdens een preconceptioneel consult worden risico's in kaart gebracht, zoals de verhoogde kans onder allochtonen op een kind met een hemoglobinoopathie, of op een kind met een congenitale afwijking door consanguïteit. Neef-nicht-huwelijken komen immers bij allochtonen vaker voor. Naast screening op erfelijke risico's zouden stellen voorlichting moeten krijgen over de preventieve werking van gezond leven en foliumzuur, én over prenatale zorg. Van steeds meer afwijkingen wordt duidelijk dat ze multifactorieel bepaald zijn, en dat voeding daarbij een belang-

nog niet is bewezen dat preconceptionele zorg ook daadwerkelijk leidt tot betere zwangerschapsuitkomsten. Maar hij vindt het 'het omdraaien van zaken' om eerst te moeten bewijzen dat slechte gewoonten inderdaad slecht zijn. En hij verwacht dat gezonde voeding invloed heeft op de placentatie. 'Tijdens de placentatie gebeurt het allemaal', zegt hij. 'Dat beseffen we inmiddels. Daar moet dan ook meer fundamenteel onderzoek naar gebeuren.'

Trage tweede lijn

Waar het gaat om het verlagen van de perinatale sterfte wijst Steegers niet alleen beschuldigend naar de organisatie van de eerste lijn in de achterstandswijken. Hij noemt ook de verwijzing van de tweede naar de derde lijn, die vaak te traag verloopt of zelfs achterwege blijft. Daardoor krijgen ernstig zieke zwangeren niet altijd de zorg die ze nodig hebben. Neem pre-eclampsie. Ook ná 34 weken – de grens die gehanteerd wordt vanwege de mate van prematuriteit van het kind – is

STEEGERS PLEIT VOOR NIEUW SPECIALISME: DE OBSTETRISCHE INTERNIST

Onlangs werd in Steegers' kliniek aangetoond dat vaders invloed hebben op de placentatie. Een vader met hypertensie geeft een viermaal verhoogde kans op pre-eclampsie in de zwangerschap, een vader met reuma zelfs een negenmaal verhoogde kans. Pre-eclampsie hangt samen met de ingroei van de trofoblast in het endo- en myometrium. Het gedrag van de trofoblast is dus zowel genetisch als door

bij ernstige problemen verwijzing naar de derde lijn geïndiceerd, vindt Steegers. Dat brengt volgens hem niet alleen de perinatale sterfte, maar ook de maternale sterfte omlaag. In het Verenigd Koninkrijk staat pre-eclampsie als oorzaak van maternale sterfte op nummer 3 op de ranglijst, de sterfte door pre-eclampsie bedraagt er minder dan 1 per 100.000. In Nederland is

pre-eclampsie maternale doods-oorzaak nummer 1, en bedraagt de sterfte door pre-eclampsie 4,5 per 100.000. Het is niet helemaal duidelijk wat het verschil veroorzaakt, maar Steegers vindt dat er in

de IC vaak behandeld door intensivisten, die daar niet voor zijn opgeleid. Of door internisten, die te weinig weten van verloskunde. Gynaecologen weten op hun beurt te weinig van interne ziekten. In

van verloskundigen en gynaecologen. Enerzijds zijn ze volgens de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) verplicht vrouwen te informeren over de mogelijkheid van prenatale screening, anderzijds mogen ze die, volgens de Wet op het Bevolkings Onderzoek (WBO), niet aanbieden. Steegers wil deze impasse doorbreken en verwacht dat de zorgverzekeraars bereid zijn daarvoor te betalen.

DE GESCHIEDENIS LEERT DAT DE GROOTSTE GEZONDHEIDSWINST WERD BEHAALD DOOR PREVENTIE: HYGIËNE, RIOLERING, SCHOON DRINKWATER. VOOR PREVENTIE WORDT NU SLECHTS 1 À 2 PROCENT VAN HET ZORGBUDGET UITGETROKKEN

Nederland te afwachtend wordt behandeld. 'Bij ernstige pre-eclampsie moet er meer naar de systolische tensie gekeken worden om hersenbloedingen te voorkomen', vindt hij. 'We moeten meer medicamenteus behandelen en sneller termineren – al bij 34 weken. Nu wordt er te vaak afgewacht tot 37 weken, hoewel de winst voor het kind na 34 weken beperkt is. Dat moet anders.' Steegers pleit voor een nieuw specialisme: internisten die zijn gespecialiseerd in ernstige aandoeningen tijdens de zwangerschap. Vrouwen met ernstige cardiomyopathie, ernstige pre-eclampsie of chronische ziekten worden nu op

het Verenigd Koninkrijk zijn al obstetrisch internisten. Ook in Nederland zouden dergelijns centra volgens Steegers allemaal zo'n superspecialist in huis moeten hebben.

Burgerlijke ongehoorzaamheid
Steegers zegt in zijn oratie dat hij al anderhalf jaar in afwachting is van een vergunning van VWS voor het verrichten van onderzoek naar eerste trimester prenatale screening. Hij vindt het te lang duren en kondigt aan het onderzoek vast te starten, wat de Volkskrant op de voorpagina als burgerlijke ongehoorzaamheid aanmerkt. Steegers beroept zich op de strijdige plichten

Onze verloskundige zorg, concludeert Steegers in zijn rede, is achterhaald en ouderwets. Immers, de eerste, belangrijkste periode van de zwangerschap, waarin de embryogenese en de placentatie plaatsvindt, wordt genegeerd. Primaire preventie, het wegnemen van risicofactoren, is pas mogelijk wanneer ruim voor de conceptie zorg en screening wordt geboden. Nu wordt voor preventie slechts 1 tot 2 procent van het zorgbudget uitgetrokken, waar de geschiedenis leert dat de grootste gezondheidswinst werd behaald door preventie: hygiëne, riolering, schoon drinkwater.

Wie zou volgens Steegers de pre-conceptionele advisering op zich moeten nemen? Speelt de verloskundige nog een rol in zijn model? 'De verloskundige kán, nadat ze daartoe geschoold is, de pre-conceptionele advisering op zich nemen', antwoordt Steegers, 'voor zover het laagrisicozwangeren betreft. Maar het is niet noodzakelijk. Je kunt daar ook andere zorgverleners voor opleiden.' □