

## **Zwangeren**

### **Uitgangsvraag**

Wat is de preventie, diagnostiek, behandeling en follow-up bij zwangeren?

### **Aanbevelingen**

Er wordt geadviseerd om bij een vermoeden op invasieve afwijkingen altijd te biopteren, ook in de

zwangerschap.

De werkgroep is van mening dat een kolposcopie in de zwangerschap uitgevoerd dient te worden door een ervaren kolposcopist.

Er wordt geadviseerd na een routine oproep van het BVO tijdens de zwangerschap het uitstrijkje uit te stellen tot na de zwangerschap.

Er wordt geadviseerd om, indien een vrouw zwanger wordt na behandeling van een hooggradige laesie, de follow-up indien mogelijk plaats te laten vinden in het eerste trimester óf wel uit te stellen tot na zwangerschap.

De werkgroep adviseert om behandeling van een hooggradige laesie (inclusief adenocarcinoma in situ) aan het eind van het eerste trimester uit te voeren.

De werkgroep is van mening dat bij een zwangere met recidiverend bloedverlies zonder duidelijke oorzaak er nadere diagnostiek van de cervix dient te worden verricht middels ten minste een uitstrijkje voor cytologie en/of hrHPV-detectie.

### **Literatuurbespreking:**

#### *Preventie*

Cytologisch onderzoek heeft een slechtere voorspellende waarde in de zwangerschap, met name in het tweede en derde trimester, waarbij het onderscheid tussen laag- en hooggradige afwijkingen moeilijker wordt. Verder kan het kolposcopisch onderzoek in de zwangerschap lastiger zijn door deciduale veranderingen (tweede trimester) of vrijwel onmogelijk zonder narcose (derde trimester). Bij follow-up na hooggradige CIN vóór de zwangerschap is een uitstrijkje in het eerste trimester aangewezen eventueel gevolgd door kolposcopisch onderzoek (eventueel met bipten). Detectie van hrHPV is wel betrouwbaar gedurende de gehele zwangerschap.

Het aantal foutpositieve en foutnegatieve uitstrijkjes is tijdens de zwangerschap hoger en neemt toe met het vorderen van de zwangerschap.

#### *Diagnostiek*

Bij een zwangere met recidiverend bloedverlies of een abnormale portio is adequate diagnostiek aangewezen. Hierbij verwijzen wij naar de NVOG-richtlijn '[bloedverlies in tweede helft van de zwangerschap](#)', waarin de differentiaal diagnostiek ten aanzien van obstetrische pathologie wordt beschreven. Kolposcopie is een weinig sensitieve methode met name later in de zwangerschap (tweede en derde trimester), dus het nemen van bipten verdient de voorkeur. Kolposcopisch onderzoek in het tweede en derde trimester dient bij voorkeur door een ervaren kolposcopist te worden uitgevoerd. Indien de transformatiezone goed te overzien is en er geen laesie a vue is, valt follow-up te overwegen en het nemen van bipten uit te stellen tot na de bevalling. Men dient zich ervan bewust te zijn dat bij het nemen van bipten of behandeling er in circa 25% van de gevallen ruim bloedverlies kan optreden [Robinson, 1997<sup>303</sup>]. Doel van diagnostiek in het eerste trimester is het opsporen en eventueel behandelen van hooggradige afwijkingen. Doel van diagnostiek in het tweede en derde trimester zijn uitsluiten van een invasief proces, om behandeling tot na de zwangerschap te kunnen uitstellen.

#### *Behandeling*

Uit een retrospectieve studie lijkt na behandeling in de zwangerschap een verhoogd risico op residu laesies te bestaan [LaPolla, 1988<sup>301</sup>].

Er is een aantal studies verricht die het behandelen van premaligne cervicale afwijkingen uitstellen tot na de zwangerschap, dit lijkt veilig indien een invasief proces in voldoende mate is uitgesloten [Coppola, 1997<sup>300</sup>, Palle, 2000<sup>302</sup>, Woodrow, 1998<sup>304</sup>].

### **Conclusies:**

Er zijn aanwijzingen dat de diagnostiek en behandeling van premaligne afwijkingen van de cervix minder betrouwbaar zijn tijdens de zwangerschap en meer risico's heeft, met name op bloedingen, gerelateerd aan het trimester van zwangerschap.

[Coppola, 1997<sup>300</sup>, LaPolla, 1988<sup>301</sup>, Palle, 2000<sup>302</sup>, Robinson, 1997<sup>303</sup>]

Er zijn aanwijzingen dat het uitstellen van de behandeling van premaligne cervicale afwijkingen tot na de

zwangerschap veilig is indien een invasief proces in voldoende mate is uitgesloten.  
[Coppola, 1997<sup>300</sup>, Palle, 2000<sup>302</sup>, Woodrow, 1998<sup>304</sup>]

**Overwegingen:**

Indien er aanleiding voor kolposcopie is dan moet deze, ook tijdens de zwangerschap, worden uitgevoerd bij voorkeur door een ervaren kolposcopist.

Indien een patiënte vroeg in de zwangerschap wordt gezien, kan bij verdenking op hooggradige afwijkingen een behandeling aan het eind van het eerste trimester (gezien het hoge risico op een spontane miskraam vroeg in het eerste trimester) worden overwogen. Het heeft de voorkeur om in het tweede en derde trimester van de zwangerschap geen herhaalde diagnostiek of behandeling te hoeven doen.