

Jongere zwangere vrouwen draaien nu zelf op voor kosten combinatietest

Echo hoort in basispakket

Eva Pajkrt,
gynaecoloog, AMC Amsterdam

Diederik Veersema,
gynaecoloog, MUMC Maas-
tricht en Stichting Synergos,
Eindhoven

Monique C. Haak,
gynaecoloog, LUMC Leiden

namens de Werkgroep Foetale
Echoscopie, NVOG

De echo tussen de 11de en 14de week van de zwangerschap moet voor alle vrouwen in het basiszorgpakket worden opgenomen. Dit echoscopische onderzoek geeft – naast een kansberekening op downsyndroom, trisomie 18 en trisomie 13 – vroegtijdig informatie over ernstige afwijkingen van de foetus.

Correspondentieadres:
e.pajkrt@amc.uva.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

In Nederland kunnen alle zwangere vrouwen in het eerste trimester van de zwangerschap de kans op downsyndroom laten bepalen met de eerste-trimester-combinatietest. De combinatietest bestaat uit de bepaling van *pregnancy associated placental protein-A* (PAPP-A), de bepaling van *beta human chorionic gonadotropin* (hCG), de echoscopische meting van de kruin-romplengte (CRL) en de meting van de nekpluoidikte (NT) van de foetus. Met deze parameters in combinatie met de maternelle leeftijd wordt vervolgens een foetusspecifieke kans op downsyndroom berekend. Ook kan hiermee de kans op trisomie 18 (edwardsyndroom) en trisomie 13 (patauysyndroom) worden bepaald.

Voordat de definitieve keuze voor de combinatietest gemaakt wordt, moet de huisarts, verloskundige of gynaecoloog de wenselijkheid en de voor- en nadelen van prenatale screening met de zwangere vrouw in kwestie bespreken. Een kans groter dan 1:200 wordt beschouwd als een 'verhoogd risico'. Deze afkapwaarde is gekozen omdat het de beste balans vormt tussen de sensitiviteit en het aantal foutpositieve uitslagen. Bij een gekozen foutpositieve waarde van ongeveer 5 procent (uitslag 'verhoogd risico') heeft de combinatietest een sensitiviteit van 80 tot 90 procent voor downsyndroom. In deze gevallen wordt invasieve prenatale diagnostiek aangeboden (chorionbiopsie of amniocentese). Invasieve prenatale diagnostiek heeft een kans van ongeveer 0,5 procent op een miskraam.

Veel aangeboren afwijkingen kunnen al in een vroeg stadium opgespoord worden met de combinatietest. In MC Uitgelicht houdt Eva Pajkrt een pleidooi om de test standaard voor iedere zwangere te vergoeden.

Bekijk het filmpje op www.medischcontact.nl/video.

mc tv
uitgelicht



Financiële drempel

In 2007 (en ook al in 2001, 2004 en 2006) adviseerde de Gezondheidsraad de minister van VWS om geen leeftijdsgrens voor prenatale screening te hanteren. Alle zwangere vrouwen zouden volgens de raad in aanmerking moeten komen voor de kosteloze combinatietest. De minister van VWS nam deze aanbeveling niet over en besloot dat alleen zwangere vrouwen van 36 jaar en ouder én zwangere vrouwen met een medische indicatie (bijvoorbeeld een eerder kind met een chromosoomafwijking) de combinatietest kosteloos aangeboden zouden krijgen. Zwangere vrouwen jonger dan 36 jaar zouden



Met de 11-tot-13-wekenecho is niet alleen de kans op downsyndroom in te schatten – via nekpluimmeting (NT) –, maar ook de kans op onder meer trisomie 13 en 18.

beeld: auteur

Goede zorg voor alle zwangeren is niet gewaarborgd

de test zelf moeten betalen. De zorgverlener werd wel verplicht deze vrouwen te informeren over de combinatietest.

De beslissing van VWS om een leeftijdsgrens in te stellen was mede gebaseerd op de aanname dat zwangere vrouwen dan een weloverwogen keuze zouden maken. Met andere woorden: als je ervoor moet betalen, denk je goed na voor je een test laat uitvoeren. Deze gedachtegang klopt niet. Sterker nog, door het introduceren van een financiële drempel voor ‘jongere’ zwangere vrouwen ontstaat mogelijk zelfs een omgekeerd effect. Bij hen zou de subjectieve beleving kunnen ontstaan dat zij niet in aanmerking komen voor deze test op basis van hun leeftijd. Daarnaast wordt met het huidige beleid wellicht ten onrechte de indruk gewekt dat de test geen meerwaarde biedt, aangezien deze niet wordt vergoed. Belangrijke

medische zaken zitten immers in het basiszorgpakket. Vreemd genoeg wordt de 30-wekenecho die eventuele groeivertraging kan detecteren, wel vergoed door zorgverzekeraars, terwijl deze echo zijn nut niet heeft bewezen.

Respect voor de autonomie van de zwangere vrouw brengt met zich mee dat de arts (en de politicus) moet aannemen dat een zwangere vrouw normen en waarden heeft ontwikkeld op

basis waarvan zij zelf kan beslissen welke keuze het beste bij haar past. Deze keuzes moeten niet beïnvloed worden door financiële drempels en signalen die daarvan uitgaan.

Door het instellen van de leeftijdsgrens voor prenatale screening schiet het ministerie van VWS ook tekort in haar streven naar kwalitatief goede zorg voor alle zwangere vrouwen. En dat terwijl VWS in het eerder genoemde besluit specifiek aangeeft dat alle zwangere vrouwen recht hebben op verantwoorde en kwalitatief goede zorg, ongeacht de vergoedingssystematiek van deze zorg. In onze ogen is op basis van de huidige beleidskaders deze kwalitatief goede zorg voor alle zwangere vrouwen niet gewaarborgd en is er sprake van rechtsongelijkheid.

Afwegingen

Naar schatting wordt op dit moment door ongeveer een kwart van de Nederlandse vrouwen gebruikgemaakt van de combinatietest. In vergelijking met omringende landen is dit erg weinig; daar worden percentages van rond de 80 gerapporteerd.

Of een zwangere vrouw prenatale screening wil ondergaan, hangt onder andere af van haar besef van de kans die ze heeft op het krijgen van een kind met een chromosomale of structurele afwijking. Daarnaast spelen nog twee factoren een rol: haar begrip van de betrouwbaarheid

SAMENVATTING

- Alle zwangere vrouwen, en niet alleen die van 36 jaar en ouder én een medische indicatie, zouden de combinatie-test kosteloos aangeboden moeten krijgen.
- Ongeveer een kwart van de Nederlandse vrouwen maakt gebruik van de combinatietest.
- Recente studies tonen aan dat gedetailleerd onderzoek meer dan 50 procent van de grote structurele afwijkingen in een vroeg stadium kan detecteren.
- Een zwangere vrouw moet zelf kunnen beslissen welke keuze het beste bij haar past. Deze keuze hoort niet beïnvloed te worden door financiële drempels en signalen die daarvan uitgaan.

van de test en haar angst voor het krijgen van een miskraam als gevolg van invasieve prenatale diagnostiek.

Bij het maken van deze afwegingen zal een zwangere vrouw soms gebruikmaken van waarden die verder reiken dan de geneeskunde. Zo lijkt etniciteit van invloed te zijn, mogelijk gebaseerd op een religieuze grondslag en de houding van de zwangere ten aanzien van abortus, waarin downsyndroom geen reden vormt om de zwangerschap af te breken.

Een andere verklaring kan liggen in de veronderstelling dat de Nederlandse vrouw de zwangerschap als een natuurlijk proces ziet, waarin niet ingegrepen hoeft te worden. Verder is al langer bekend dat hoe hoger de sociaal-economische status en hoe hoger de leeftijd van de zwangere vrouw, des te hoger de uptake van screening.¹ Daarbij komt dat de focus tijdens de combinatietest ligt op de detectie van downsyndroom en sinds kort op trisomie 18 en 13. Het gegeven dat de 11-tot-14-wekenecho bij uitstek ook geschikt is voor het vroegtijdig signaleren van eventuele problemen wordt onderbelicht. Daarnaast is de informatieverstrekking over de mogelijkheden van deze echo ten tijde van de nekploommeting op dit moment niet adequaat. Dit betekent dat weinig zwangere vrouwen gebruikmaken van de 11-tot-14-wekenecho. Daardoor worden er kansen gemist op betere perinatologische zorg. Hoewel een eventuele introductie van een non-invasieve test op downsyndroom de uptake van prenatale screening mogelijk zal verhogen, zal deze de toegevoegde waarde van een goed uitgevoerde 11-tot-14-wekenecho niet wegnemen.²

Hoog detectiepercentage

Zoals al gememoreerd heeft echoscopisch onderzoek tussen 11 en 14 weken meer betekenis dan alleen het bepalen van het risico op downsyndroom. Recente studies tonen aan dat gedetailleerd onderzoek meer dan 50 procent van de grote structurele afwijkingen in een vroeg stadium kan detecteren.³ Van sommige letale of zeer ernstige structurele afwijkingen, zoals anencefalie, ligt het detectiepercentage in het eerste trimester al rond 90 procent. Als in het eerste trimester een verdikte nekplou (NT $\geq 3,5$ mm) wordt gezien, dan heeft deze foetus niet alleen een verhoogde kans op een chromosoomafwijking, maar een kans van 20 procent op een ongunstige zwangerschapsuitkomst.⁴ Zo eindigt 4 procent van deze zwangerschappen in een spontane miskraam of intra-uteriene vruchtdood. Verder is bij een foetus met een verdikte NT en een normaal karyogram de

kans op een structurele afwijking ongeveer 13 procent, waarvan hartafwijkingen de meest voorkomende zijn.

Aangezien foetale hartafwijkingen in screeningsprogramma's veelvuldig over het hoofd worden gezien, biedt de nekploommeting de mogelijkheid om de screening op hartafwijkingen aanzienlijk te verbeteren waarmee passende zorg voor neonaten kan worden geboden.⁵ Hier ligt een kans om de perinatale morbiditeit en mortaliteit in deze groep te reduceren. Een verdikte NT geeft daarnaast een kans van 4,5 procent op een genetisch syndroom. Dit impliceert dat de nekploommeting van waarde kan zijn voor consanguine paren. Het is de laatste jaren steeds duidelijker geworden dat de perinatale sterfte bij de allochtone Nederlandse populatie hoger is dan bij de autochtone populatie. Dit is misschien deels te verklaren door het hogere percentage consanguine huwelijken. Aangezien bij consanguiniteit de kans op genetische syndromen groter is, lijkt de nekploommeting dé manier om foetus met een hoger risico hierop te detecteren en specialistische neonatologische opvang te bieden.

Juiste besluitvorming

Om al dan niet gebruik te kunnen maken van de 11-tot-14-wekenecho moet een zwangere vrouw in de eerste plaats de mogelijkheden van dit onderzoek kennen. Het is zeer goed denkbaar dat de Nederlandse vrouw inderdaad weinig behoefte heeft aan een kansberekening op downsyndroom, maar dat zij wel graag in een vroegtijdig stadium geïnformeerd wil worden over de algemene gezondheid van de foetus. Deze mogelijkheid wordt haar, door het niet vergoeden van de 11-tot-14-wekenecho, grotendeels ontnomen. Het is eerst de taak van de overheid om goede beleidskaders te scheppen, vervolgens de taak van zorgverleners om goede voorlichting te geven en ten slotte de taak van politiek en zorgverzekeraars om de 11-tot-14-wekenecho te vergoeden voor alle zwangere vrouwen. De huidige counseling en vergoedingssysteem hinderen een juiste besluitvorming bij de patiënt. Daarom pleiten wij ervoor dat het echoscopisch onderzoek tussen 11 en 14 weken deel gaat uitmaken van de standaard prenatale zorg voor alle zwangere vrouwen. Dit impliceert dat de counseling over de 11-tot-14-wekenecho wordt verbeterd en dat de echo, desgewenst aangevuld met een kansberekening op downsyndroom, trisomie 18 en 13 voor alle zwangere vrouwen wordt vergoed. 



De voetnoten en een eerder artikel over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Kijk online met Eva Pajkrt mee naar de afwijkingen die op de 12-wekenecho te zien zijn (www.medischcontact.nl/video).



Voetnoten

1. Fransen MP, Wildschut HI, Mackenbach JP, Steegers EA, Galjaard RJ, Essink-Bot ML. Ethnic and socio-economic differences in uptake of prenatal diagnostic tests for Down's syndrome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010; 151 (2): 158-62.
2. Herderschee R. Non-invasieve downtest geeft zekerheid. *Medisch Contact* 2011; 11: 679.
3. Souka AP, Pilalis A, Kavalakis I, Antsaklis P, Papantoniou N, Mesogitis S, et al. Screening for major structural abnormalities at the 11- to 14-week ultrasound scan. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194 (2): 393-6.
4. Bilardo CM, Timmerman E, Pajkrt E, van Maarle M. Increased nuchal translucency in euploid fetuses—what should we be telling the parents? *Prenat Diagn* 2010; 30 (2): 93-102.
5. Wald NJ, Morris JK, Walker K, Simpson JM. Prenatal screening for serious congenital heart defects using nuchal translucency: a meta-analysis. *Prenat Diagn* 2008; 28 (12): 1094-104.