



Sterilisatie bij de vrouw

1 OMSCHRIJVING VAN HET PROBLEEM

In Nederland worden per jaar ruim 10.000 sterilisaties bij de vrouw uitgevoerd. De ingreep is technisch meestal eenvoudig, maar de problemen die zich daarna kunnen voordoen, zoals het optreden van zwangerschap na sterilisatie, maken sterilisatie tot een veelbesproken onderwerp.

Het electieve karakter van de ingreep stelt hoge eisen aan de indicatiestelling en de voorlichting. Een adequate verslaglegging van de ingreep is zowel vanuit medisch als vanuit juridisch oogpunt van essentieel belang.

De handelwijze in een aantal specifieke situaties – zoals bij het optreden van een zwangerschap na sterilisatie en het verzoek tot sterilisatie bij een wilsonbekwame patiënte – dient te voldoen aan bijzondere zorgvuldigheidseisen.

Uit recent beschikbaar gekomen wetenschappelijke informatie blijkt de kans op het mislukken van sterilisaties groter dan tot nu toe werd aangenomen. De betrouwbaarheid van sterilisatie bij de vrouw ten opzichte van andere vormen van anticonceptie, zoals orale anticonceptiva en IUD's, is daarmee toe aan een heroverweging. Deze richtlijn vervangt de *Nota Sterilisatie* van 1 januari 1993, die hiermee is ingetrokken.

2 ANALYSE VAN DE BESCHIKBARE KENNIS

2.1 Methodieken van sterilisatie

Bij sterilisatie wordt de voorkeur gegeven aan de laparoscopische toegangsweg. Sterilisatie per laparotomie kan soms geïndiceerd zijn in combinatie met een abdominale

gynaecologisch-chirurgische ingreep (b.v. sectio caesarea) of wanneer een laparoscopische sterilisatie technisch niet mogelijk is. Sterilisatie per colpotomie, waarbij een fimbriëctomie wordt uitgevoerd, wordt nog slechts zelden toegepast vanwege de hieraan verbonden nadelen ('clean-contaminated' ingreep, neveneffecten op lange termijn zoals dyspareunie en slechte reversibiliteit). Hysteroscopische sterilisatietechnieken hebben tot op heden niet algemeen ingang gevonden.

– Laparoscopische technieken

Bij laparoscopische sterilisatie wordt in Nederland gebruik gemaakt van Faloperingen (48%), Filshieclips (35%) en elektrocoagulatie (17%) (cijfers van 1996). Bij alle technieken is het van belang de tuba goed te herkennen en volledig af te sluiten. Specifiek instrumentarium, zoals de applicatietangen voor Filshieclips en Faloperingen, dienen onderhouden te worden zoals door de fabrikant wordt aangegeven.

Faloperingen

Bij deze methode wordt de tuba afgesloten door het appliceren van een silastic ringetje, waarin een lus van het midisthmische deel van de tuba wordt getrokken. Met behulp van een speciaal hiervoor ontworpen tang is de applicatie meestal eenvoudig en veilig, maar transsectie van de tuba komt voor. Overmatige tractie op de tuba kan voorkomen worden door bij het optrekken van de tubalus de ringapplicator tegelijkertijd dieper in de buik te brengen.

Na het aanbrengen van de ring moet gecontroleerd worden of zowel het proximale als het distale tubadeel geheel in de ring getrokken is, zodat het lumen volledig is afgesloten, en of de lus verkleurt ten teken van het feit dat de vascularisatie onderbroken is. De methode veroorzaakt relatief veel postoperatieve pijn. In gerandomiseerd onderzoek is overtuigend aangetoond dat lokale anesthesie van de tuba of mesosalpinx, ook indien algehele anesthesie is toegepast, de mate van postoperatieve pijn significant vermindert. Overmatig strekken van de tuba na applicatie van de ring moet voorkomen worden, omdat hierdoor de ring van de tuba kan afschuiven. Ook later kan een goed geappliceerde ring van de tuba afschuiven. Eventuele bloedingen kunnen met behulp van coagulatie-instrumentarium meestal laparoscopisch tot staan worden gebracht.

Filshieclips

De Filshieclip is gemaakt van titanium-siliconenrubber en heeft een diameter van 3 mm. Het tubalumen wordt afgesloten door het zwellen van het siliconenrubber binnen de clip. Voor een goed resultaat moet de clip loodrecht over de volledige diameter van het midisthmische deel van de tuba geplaatst worden. De applicatietang moet met gedoseerde knijpkracht volledig tot aan de aanslag worden dichtgeknepen om volledige sluiting van de clip te bewerkstelligen. Bij onvoldoende bevredigend resultaat kan een tweede clip geplaatst worden.

Elektrocoagulatiemethoden

Hier kan onderscheid worden gemaakt in de unipolaire en de veiliger bipolaire coagulatiemethoden. De gebruikte stroom moet van laag voltage en hoge frequentie zijn. Het isthmische deel van de tuba dient over een lengte van 2-3 cm adequaat beschadigd te worden.

Bij *unipolaire coagulatie* ontstaat naast de paktang een U-vormig letsel van tuba en mesosalpinx. Aangeraden wordt steeds kortdurend 2-3 seconden te coaguleren en te beoordelen of het resultaat voldoende is. Naast het coaguleren ook nog een of meerdere malen doorsnijden van de tuba heeft waarschijnlijk geen extra nut. Ook resectie van een deel van de tuba voor histologisch bewijs is niet zinvol, omdat thermische beschadiging van het preparaat identificatie veelal onmogelijk maakt. Unipolaire coagulatie is

vanwege de veiligheid vrijwel geheel vervangen door de bipolaire techniek.

Bipolaire coagulatie is veiliger omdat er geen stroomcircuit door de patiënte loopt, maar alleen tussen beide bladen van de coagulatieforceps. Met bipolaire coagulatie ontstaat er meer lokale destructie van de tuba dan met de unipolaire methode. Het isthmische deel van de tuba wordt zo lang gecoaguleerd dat in het tubaweefsel genoeg vaten worden onderbroken om er zeker van te zijn dat tijdens het genezingsproces het lumen volledig oblitereert. Bij een kortdurende bipolaire coagulatie bestaat het gevaar dat de serosa en een gedeelte van de muscularis tubae wordt gecoaguleerd, maar dat de centraal gelegen mucosa intact blijft. Het gebruik van een weerstandsmeter om het afdoende coagulerend effect te meten zou dit probleem kunnen ondervangen, maar een dergelijk apparaat is nog niet in een betrouwbare, door de industrie gegarandeerde vorm ontwikkeld.

Ten slotte wordt geadviseerd om tussen uterushoorn en het gecoaguleerde tubadeel ten minste 1 cm van de tuba intact te laten om de kans op fistelvorming vanuit de uterus te verminderen.

– **Technieken per laparotomie**

Indien een sterilisatie wordt uitgevoerd tijdens een om andere redenen verrichte laparotomie, kan gebruik gemaakt worden van de bovengenoemde mechanische methoden (ringen of clips) of van de techniek volgens Pomeroy of Uchida. Bij de *sterilisatie volgens Pomeroy* wordt het isthmusgedeelte van de tuba met een klem opgepakt en boogvormig opgetrokken. Onder de punt van de klem worden het aan- en het afvoerende been van de boog gelijktijdig in een hechting met resorbeerbaar materiaal stevig geligeerd. De boog wordt vervolgens afgeknipt, waardoor een partiële tubaresectie plaatsvindt. In beide stompen vindt fibrose plaats en na resorberen van het hechtmateriaal zullen beide stompen zich retraheren. Bij de *techniek van Uchida* vindt eveneens een partiële tubaresectie plaats, waarbij de uteriene stomp onder het ligamentum latum wordt gebracht, terwijl de distale stomp met niet-resorbeerbaar hechtmateriaal wordt onderbonden en boven het peritoneum blijft. Voor een meer gedetailleerde beschrijving van beide technieken wordt verwezen naar de standaard operatiehandboeken. Sterilisatie per *mini-laparotomie* wordt in niet-westerse landen toegepast als

postpartumsterilisatie, maar deze techniek kan ook worden gebruikt wanneer een laparoscopische techniek niet mogelijk is (b.v. bij een grote uterus myomatosus), bij contra-indicaties vanwege anesthesiologische risico's (cardiale of pulmonale aandoeningen) en wanneer laparoscopie een verhoogd risico met zich meebrengt (b.v. bij een patiënte met multipele onderbuiklaparotomieën). Bij de mini-laparotomie wordt een mediane incisie van 2-3 cm lengte gemaakt boven de fundus uteri. Met basaal chirurgisch instrumentarium kan de buik geopend worden en de sterilisatie worden uitgevoerd.

Een alternatief voor de mini-laparotomie is de 'open' laparoscopie, waarbij fascie en peritoneum door een kleine mediane incisie à vue geopend worden, waarna het laparoscopie-instrumentarium kan worden ingebracht. Bij al deze technieken verdient het aanbeveling om een uterusmanipulator in te brengen, zodat de uterus naar de buikwand toe bewogen kan worden.

– Technieken per hysteroscopie

Bij de *Ovablocmethode* wordt onder hysteroscopisch zicht in beide tubae een siliconenplug gebracht (1). De ingreep kan onder lokale anesthesie poliklinisch worden uitgevoerd, maar vraagt hysteroscopische vaardigheid. Om te beoordelen of een patiënte geschikt is voor deze methode van sterilisatie wordt een inspectie van het cavum uteri verricht en wordt de

toegankelijkheid van de tubae getest met methyleenblauw. Tijdens de procedure blijkt dan in 10-15% van de gevallen dat de methode niet toepasbaar is, hetzij ten gevolge van het niet-doorgankelijk zijn van een of beide tubae, hetzij door technische problemen met het juist positioneren van de katheter in het ostium tubae. De juiste lokalisatie van de pluggen dient gecontroleerd te worden door een röntgenopname van de onderbuik direct na de procedure en na 3 en 12 maanden. Bij 4% van de aanvankelijk geslaagde procedures blijkt in de follow-up expulsie of breuk van het materiaal te zijn opgetreden. In een kleine, geselecteerde patiëntenpopulatie was de kans op het optreden van een ongewenste zwangerschap 8/1000 in de eerste 3 jaar na de sterilisatie. De mate van reversibiliteit van de methode is niet bekend. De methode is geschikt voor een selecte groep patiënten en zal ook in de toekomst waarschijnlijk in slechts enkele klinieken worden toegepast.

2.2 Zwangerschap na sterilisatie

Zwangerschappen na sterilisatie kunnen optreden door sterilisatie in de luteale fase, door technische fouten tijdens de procedure ('operator failure') of door het falen van de methode zelf ('method failure').

Operator failures nemen af met het toenemen van de ervaring van de operateur. Zij kunnen ontstaan door onjuiste identificatie van de tuba.

Tabel 1

Cumulatieve zwangerschapskans na sterilisatie op basis van de CREST-studie (2)

| methode | cumulatief zwangerschapspercentage na 10 jaar | | | | |
|--------------------------------|---|-----------|-----------|---------|------|
| | 18-27 jr* | 28-33 jr* | 34-44 jr* | overall | EUG |
| bipolaire coagulatie | 5,43 | 2,13 | 0,63 | 2,48 | 1,71 |
| unipolaire coagulatie | 0,37 | 1,56 | 0,18 | 0,75 | 0,18 |
| Faloperingen | 3,32 | 2,11 | 0,45 | 1,77 | 0,73 |
| Hulkaclips | 5,21 | 3,13 | 1,82 | 3,65 | 0,85 |
| Pomeroy | 0,97 | 3,35 | 1,87 | 2,01 | 0,75 |
| postpartum part.salpingectomie | 1,14 | 0,56 | 0,38 | 0,75 | 0,15 |
| totaal | | | | 1,85 | 0,73 |

* leeftijd ten tijde van de sterilisatie

Tuba en ligamentum rotundum moeten altijd afzonderlijk worden onderscheiden. Een plooi van de mesosalpinx kan voor de tuba worden aangezien. Bij iedere sterilisatie verdient het aanbeveling om de gehele tuba tot en met het fimbriale uiteinde te inspecteren, voor zover de lokale anatomie dit toelaat. Behalve door onjuiste identificatie van de tuba kunnen operator failures ontstaan door onjuiste toepassing van de gekozen sterilisatiemethode (zie onder 2.1).

De incidentie van 'method failure' werd tot voor kort geschat op 5 per 1000 sterilisaties. Uit een langdurige follow-upstudie van 10.685 sterilisaties verricht in de periode van 1978-1986 in 16 Amerikaanse centra (de CREST-studie) blijkt de cumulatieve tienjaarskans op zwangerschap na sterilisatie echter 18,5 per 1000 procedures te zijn (er traden 143 zwangerschappen op, waarvan 47 extra-uterien)(2). De kans op zwangerschap is afhankelijk van de gebruikte methode en van de leeftijd van de patiënte ten tijde van de sterilisatie (zie tabel 1). Hoewel de unipolaire coagulatie het laagste misluktingspercentage heeft, kan deze methode niet meer worden aanbevolen vanwege het risico op complicaties, zoals thermische darmlaesies.

De Hulkaclip is in Nederland niet beschikbaar. Het hoge misluktingspercentage bij deze methode van sterilisatie moet waarschijnlijk worden toegeschreven aan beschadiging van de veer door te sterk samenknijpen. Bij een interim-analyse na 1 jaar van een nog voortgaande gerandomiseerde trial, waarbij de Filshieclip vergeleken wordt met Faloperingen, wordt voor beide methoden ongeveer dezelfde misluktingskans gezien. Het belang van de CREST-studie is dat men zich dient te realiseren dat zwangerschappen ook vele jaren na een sterilisatie kunnen voorkomen en dat eenderde van deze zwangerschappen extra-uterien gelokaliseerd is (meestal in het distale tubadeel)(3). Dat de meeste zwangerschappen optreden na sterilisatie op jonge leeftijd kan worden verklaard door een hogere fecunditeit en een langduriger expositie aan het risico op zwangerschap.

In vergelijking met andere methoden van anticonceptie is sterilisatie van de vrouw ongeveer even betrouwbaar als de koperhoudende IUD's (met > 300 mm² koperoppervlak), terwijl vasectomie bij de man een duidelijk lagere kans op zwangerschap geeft (1/2000).

2.3 Complicaties

De kans op complicaties bij laparoscopische sterilisatie varieert van 1-5 per 1000 ingrepen. Zij kunnen het gevolg zijn van de operatieve techniek (b.v. laparoscopie), de methodiek van sterilisatie of de anesthesie (4).

Complicaties van de laparoscopie worden voornamelijk veroorzaakt bij de blinde introductie van het instrumentarium en bestaan uit laesies van de epigastrische vaten (0-2/1000) en letsel van de darm (0,5-1/1000). Beschadiging van de darm kan tijdens de ingreep onopgemerkt blijven. Wanneer een darmlaesie het gevolg is van een scherp trauma (Veressnaald, troicart) wordt dit gewoonlijk binnen 72 uur manifest. Vooral patiënten die eerder een laparotomie ondergingen, hebben een verhoogd risico op darmletsel. Thermische darmlaesies daarentegen openbaren zich meestal pas na 4-10 dagen en hebben veelal ernstige gevolgen. Voorafgaand aan de ingreep is het aan te bevelen het intact zijn van de isolatie van de gebruikte coagulatie-apparatuur visueel te controleren.

Complicaties van ring- en clipsterilisatie bestaan voornamelijk uit bloeding door beschadiging van de tuba (5/1000). Deze bloedingen kunnen in het algemeen met behulp van bipolaire coagulatie via laparoscopische weg tot staan gebracht worden. Postoperatieve infecties na laparoscopische sterilisatie zijn zeldzaam (minder dan 1/1000) en treden vooral op na langdurige procedures, bij pre-existente aanwezigheid van pathogene micro-organismen in de tractus genitalis, en wanneer tijdens de procedure veel weefseldestructie heeft plaatsgevonden en daardoor veel necrose is opgetreden.

De incidentie van mortaliteit ten gevolge van sterilisatie is 0,01-0,08/1000 ingrepen. De fatale afloop kan het gevolg zijn van anesthesie-accidenten, sepsis ten gevolge van (onopgemerkte) darmperforatie en bloedingen (bij laesies van de grote intra-abdominale vaten). Bij sterilisatie in het kraambed dient bovendien rekening gehouden te worden met een hoger risico op complicaties door algehele anesthesie (voornamelijk aspiratiepneumonie) en trombo-embolische complicaties.

2.4 Langetermijneffecten van sterilisatie

– Spijt na sterilisatie

In de CREST-studie gaf 20% van de vrouwen aan dat zij op enig moment spijt hadden van de sterilisatie. Risicofactoren voor spijt waren: leeftijd ten tijde van de sterilisatie < 30 jaar, sterilisatie post partum of in het kraambed, en sterilisatie terwijl het jongste kind jonger dan 3 jaar was (5). In een wat ouder Nederlands onderzoek bleek 10% spijt te hebben van de sterilisatie, terwijl slechts ongeveer 3% daadwerkelijk om een hersteloperatie vraagt (6). De veruit belangrijkste reden voor spijt (85-90%) is een nieuwe relatie waarin opnieuw kinderwens bestaat.

De kans op (intra-uteriene) zwangerschap na herstel van een voorafgaande sterilisatie wordt in belangrijke mate bepaald door de resterende tubalengte. Deze verschilt bij diverse vormen van sterilisatie. Bij sterilisatie met behulp van clips wordt 0,5 cm tubalengte vernietigd, bij ringen 2-2,5 cm en bij elektrocoagulatie en technieken zoals de Pomeroysterilisatie 2-3 cm. De plaats waar de tubacontinuïteit is onderbroken, is eveneens van prognostisch belang: wanneer een isthmisch-isthmische anastomose kan worden verricht is de zwangerschapskans het grootst (> 85%), terwijl cornuaal-isthmische, isthmisch-ampullaire en ampullair-ampullaire anastomosen een minder goede prognose hebben (resp. 75, 65 en 40%). De kans op een extra-uteriene graviditeit na refertilisatie ligt rond de 2% (7).

– Menstruatiestoornissen

Voor de hardnekkige gedachte dat cyclusstoornissen na een sterilisatie vaker voorkomen dan bij niet-gesteriliseerde vrouwen werd in een meta-analyse van de beschikbare (methodologisch matige) literatuur geen aanwijzing gevonden (8). Ook in de prospectieve follow-up in de CREST-studie bleken na sterilisatie niet vaker menstruatieproblemen voor te komen dan bij vrouwen wier man een vasectomie had ondergaan. Wel bleken gesteriliseerde vrouwen een groter risico (RR = 4) te lopen om later een hysterectomie te ondergaan (9). Dit risico is het hoogst bij vrouwen die ten tijde van de sterilisatie reeds cyclusproblemen, een uterus myomatosus of een anamnese van endometriose hadden (10). Ook de methode van sterilisatie was van invloed op het risico op hysterectomie: na unipolaire coagulatie was het risico het hoogst, terwijl het risico na sterilisatie met clips niet, en met ringen

nauwelijks statistisch significant was (9). Voorts blijkt dat bij het pathologisch onderzoek van de verwijderde uterus bij gesteriliseerde vrouwen vaak geen afwijkingen gevonden worden (11). De verschillende auteurs concluderen dan ook dat een pathologisch substraat voor de grotere kans op uterusextirpatie na sterilisatie ontbreekt. Zij schrijven het grotere risico op uterusextirpatie toe aan een andere attitude van gesteriliseerde vrouwen ten opzichte van menstruatiestoornissen: zij zouden minder geneigd zijn hormonale therapie te accepteren en sneller geneigd zijn een chirurgische oplossing voor hun probleem te kiezen (d.w.z. sterilisatie als definitieve anticonceptie en hysterectomie als definitieve therapie voor menstruatiestoornissen).

2.5 Aanbevolen techniek

Bij laparoscopische sterilisatie is mechanische occlusie van de tubae (door middel van ringen of clips) de methode van eerste keus. De voordelen van mechanische methoden ten opzichte van bipolaire coagulatie zijn het ontbreken van elektrochirurgische complicaties, de (veel) kleinere kans op het optreden van een EUG (8) en het destrueren van een kleiner deel van de tuba, dit alles bij een zelfde contraceptieve betrouwbaarheid. Indien mechanische occlusie van de tubae om technische redenen niet mogelijk blijkt of mislukt is, kan bipolaire coagulatie in tweede instantie worden toegepast. Bij sterilisatie per (mini-)laparotomie kunnen alle in de voorgaande paragrafen beschreven technieken worden toegepast.

3 MINIMAAL VEREISTE ZORG

Een electieve ingreep, zoals sterilisatie, stelt hoge eisen aan voorlichting en toestemming ('informed consent'). Zowel in medisch als in voorlichtings-technisch opzicht dient er sprake te zijn van een zorgvuldige procedure, waarbij aandacht geschonken wordt aan de volgende factoren.

3.1 Voorafgaand aan de ingreep

- Overtuig u ervan dat patiënte bewust en vrijwillig afstand doet van de mogelijkheid op zwangerschap. Een positief oordeel van de huisarts over sterilisatie is niet obligaat, maar versterkt wel het idee dat het besluit weloverwogen genomen is. Bij twijfel kan het nuttig zijn om bedenktijd in te lassen.

- Vorm u een indruk van de algemene gezondheidstoestand en beoordeel of er sprake is van contra-indicaties of verhoogd risico op complicaties (laparoscopie, anesthesie).
- Verricht een standaard gynaecologisch onderzoek.
- Bespreek de door u voorgestelde techniek van sterilisatie, de voor- en nadelen daarvan en de kans op herstel van de vruchtbaarheid.
- Benadruk dat de ingreep in principe een definitief karakter heeft, en dat herstel aanzienlijk moeilijker is dan de sterilisatie zelf. Houd hierbij rekening met de bekende risicofactoren voor spijt na sterilisatie (leeftijd < 30 jaar, geen vaste relatie op het moment van de sterilisatie, combinatie van sterilisatie met andere ingrepen). Bespreek eventuele alternatieven.
- Vraag naar pre-existente cyclustoornissen (menorrhagie, dysmenorroe) en bespreek de mogelijkheid van verergering na de sterilisatie (voornamelijk door het staken van orale anticonceptiva), uiteindelijk resulterend in een hogere kans op een uterusextirpatie.
- Bespreek de procedure van de laparoscopie en de mogelijke complicaties (kans op beschadiging van darm of bloeding < 1:1000).
- Bespreek wat te doen indien de afgesproken methode niet kan worden toegepast (inbrengen extra hulptracties, wel of geen toestemming voor (mini-)laparotomie).
- Bespreek de kansen op zwangerschap, inclusief het risico op extra-uteriene graviditeit.
- Wijs op de noodzaak tot continueren van de huidige anticonceptie tot na het moment van de ingreep. Indien patiënte geen hormonale anticonceptie toepast, kan het uitvoeren van de ingreep in de eerste helft van de cyclus een z.g. 'luteal phase pregnancy' voorkomen. Bespreek bij IUD-gebruik en sterilisatie in de tweede helft van de cyclus dat verwijdering van het IUD het beste uitgesteld kan worden tot de eerstvolgende menstruatie.
- Indien een sterilisatie wordt uitgevoerd bij een sectio caesarea, heeft de besluitvorming reeds tijdens de zwangerschap plaatsgevonden.
- Bespreek met patiënte of u de ingreep zelf uitvoert of dat zij akkoord gaat met het uitvoeren ervan door een andere gynaecoloog of een arts-assistent.
- Geef patiënte vervolgens de door de NVOG geaccrediteerde folder *Sterilisatie bij de vrouw* mee. Conform het besluit van de Algemene Ledenvergadering van 13 november 1998 geldt

dat een gesprek met uw patiënte (met bespreking van de hiervoor vermelde onderwerpen) in combinatie met uitreiking van deze folder de standaardprocedure is voor voorlichting omtrent sterilisatie. Noteer in het medisch dossier dat de voorlichtingsprocedure als hier beschreven heeft plaatsgevonden.

- Ten slotte dient patiënte in te stemmen met de voorgenomen ingreep. In de status wordt genoteerd dat er sprake is van een weloverwogen beslissing van patiënte.

Om medicolegale redenen is het zinvol om bovengenoemde procedure als standaardprocedure binnen uw maatschap en binnen uw ziekenhuis te institutionaliseren. Bij eventuele problemen achteraf kunt u zich beroepen op het feit dat u gehandeld hebt conform de voorschriften van uw ziekenhuis, uw maatschap en uw beroepsvereniging. De informed-consentprocedure bij een verzoek tot sterilisatie bij een wilsonbekwame patiënte moet voldoen aan bijzondere zorgvuldigheidseisen die zijn geformuleerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Indien men geconfronteerd wordt met een dergelijk sterilisatieverzoek doet men er goed aan de meest recente versie van deze richtlijnen bij de Inspectie op te vragen en/of advies te vragen bij de Commissie Gynaecoloog & Recht van de NVOG (12).

3.2 De ingreep zelf

In het operatieverslag van een sterilisatie worden de onderstaande items opgenomen:

- gegevens van de patiënte, inclusief laatste menstruatie en toegepaste anticonceptie
- operateur, anesthesist, datum operatie, duur operatie, eventueel bloedverlies
- type anesthesie
- toegang tot de buikholte: laparoscopie/laparotomie
- beschrijving van de genitalia interna, aspect van de tubae (dun/dik, plooibaar/stug), identificatie van de fimbriae, andere afwijkingen zoals adhesies
- bij het gebruik van ringen: het aantal ringen, de plaats op de tuba, fabrikant van de ringen (Europees of FDA-approved certificaat), verkleuring van de tuba na applicatie, is de gehele tuba omvat

- bij gebruik van clips: type clip, aantal, plaats op de tuba, is de gehele tuba omvat
- controleer na de plaatsing van clips of ringen of deze niet eenvoudig van de tuba afglijden bij manipulatie van de tuba
- bij het gebruik van coagulatie: unipolair of bipolair, duur coagulatie, verkleuring van de mesosalpinx, lengte van het proximale tubadeel (tot aan uterusshoorn)
- bij Pomeroy of Uchida: lengte van het gereceerde tubadeel, type hechtmateriaal, wijze van begraven van de stompen (Uchida)
- leg het eindresultaat van de sterilisatie zo mogelijk op foto (of video) vast
- vermeld of de sterilisatie betrouwbaar geacht moet worden, en beschrijf zo nodig additionele diagnostiek en/of behandeling
- vermeld complicaties als gevolg van het inbrengen van het instrumentarium (Veressnaald, troicart), de toegepaste sterilisatiemethode (b.v. doorscheuren van de tuba en welke maatregelen genomen zijn); indien een andere techniek is toegepast dan tevoren afgesproken moet de reden gemeld worden
- indien de sterilisatie gecombineerd wordt met een vaginale ingreep is het aan te bevelen de vaginale ingreep als eerste uit te voeren, omdat tractie aan de uterus zojuist geplaatste ringen of clips kan doen afschuiven van de tuba

U kunt een eigen standaard operatieverslag maken of de bovengenoemde items stelselmatig beschrijven in het OK-verslag. De bewaartermijn van patiëntendossiers is volgens de WGBO tien jaar. De wettelijke termijn waarbinnen u volgens het nieuwe Burgerlijk Wetboek (1992) aansprakelijk gesteld kunt worden is echter vijf jaar vanaf het moment 'dat degene die schade lijdt bekend is met de schade' (in dit geval het optreden van zwangerschap). Een langere bewaartermijn dan tien jaar is in het geval van sterilisatie dan ook verdedigbaar op grond van 'goed hulpverlenerschap' zoals bedoeld in de WGBO.

3.3 Na afloop van de ingreep

- Informeer patiënte voor ontslag over het verloop van de ingreep. Vermeld bijzonderheden, zoals eventuele afwijkingen aan de genitalia interna, de toegepaste sterilisatiemethode en eventuele complicaties.
- Geef informatie over het postoperatieve herstel, eventuele restricties, verwijderen van de hechtingen enz.

- Bespreek hoe patiënte dient te handelen indien zij over tijd is (inclusief risico op EUG).

3.4 Handelwijze bij zwangerschap na sterilisatie

Zorg voor een goed contact met uw patiënte en toon begrip voor de moeilijke situatie waarin zij verkeert. Ga er niet van uit dat deze ongeplande zwangerschap ook ongewenst is en als vanzelfsprekend zal leiden tot een verzoek om zwangerschapsafbreking. Bespreek met patiënte dat het falen van de sterilisatie het gevolg kan zijn van het falen van de methode of van een foutieve techniek bij de sterilisatie. Indien aansprakelijkheid ter sprake komt, mag u patiënte wijzen op het bestaan van een (beroeps-)aansprakelijkheidsverzekering. U mag echter aansprakelijkheid niet erkennen en nooit mag u een schadevergoeding toezeggen: dit zijn zaken die niet tot uw competentie behoren maar door de verzekeringsmaatschappij zullen worden beoordeeld. Wel kunt u patiënte behulpzaam zijn bij het voeren van de juiste, in uw ziekenhuis gebruikelijke procedure. Indien er sprake is van een verzoek tot resterilisatie, kan het verstandig zijn deze ingreep door een andere collega te laten uitvoeren, of u bij de ingreep te laten bijstaan door een collega. De procedure wordt zo mogelijk op video of foto's vastgelegd. Tijdens de resterilisatie zal zoveel mogelijk moeite gedaan worden om de oorzaak van het falen van de sterilisatie op te sporen (hierbij kan chromopertubatie noodzakelijk zijn). Men zij hier overigens terughoudend met het trekken van conclusies. Uit diverse casuïstische mededelingen (13-15) blijkt dat een goed geapliceerde ring of clip postoperatief van de tuba af kan glijden zodat in deze gevallen, zelfs als de doorgankelijkheid van de tuba intact is en/of de tuba onbeschadigd is, niet altijd sprake hoeft te zijn van operator-failure. Een operator-failure kan alleen eenduidig worden vastgesteld indien blijkt dat de verkeerde structuur is geocoaguleerd of is voorzien van een ring of clip. Ten slotte zij gesteld dat een verzoek tot het verrichten van een diagnostische laparoscopie in het kader van beoordeling van aansprakelijkheid (in een civiele of tuchtrechtelijke procedure), zonder dat er sprake is van de wens tot resterilisatie, niet gehonoreerd dient te worden. Het uitvoeren van een operatieve ingreep met zijn intrinsieke kans op complicaties met als uitsluitend

doel het verzamelen van juridisch bewijsmateriaal is geen medische handeling. In deze gevallen zal het operatieverslag van de sterilisatie als bewijsmateriaal moeten dienen.

4 VUISTREGELS

- 1 Een verzoek tot sterilisatie stelt hoge eisen aan de zorgvuldigheid van voorlichting, toestemming en verslaglegging.
- 2 De kans op het optreden van een zwangerschap na sterilisatie is groter dan tot voor kort gedacht.
- 3 De kans op zwangerschap na sterilisatie is afhankelijk van de leeftijd van de vrouw ten tijde van de ingreep, de toegepaste techniek en de timing van de sterilisatie.
- 4 Indien zwangerschap optreedt na voorafgaande sterilisatie, is de kans op een EUG ca.30%.
- 5 Bij een verzoek tot sterilisatie is mechanische occlusie van de tubae (door middel van clips of ringen) met behulp van laparoscopie de methode van eerste keus. Electrocoagulatie (bij voorkeur bipolair) kan in tweede instantie worden toegepast indien mechanische occlusie van de tubae technisch niet mogelijk is of mislukt is.

LITERATUUR

– Algemeen

American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Technical Bulletin No. 222. Sterilization. 1988.

Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, et al. Contraceptive technology. New York: Irvington, 1998.

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Nota Sterilisatie. Utrecht, 1993.

Pelland PC. Sterilization by laparoscopy. Clin Obstet Gynecol 1983; 26: 2.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Evidence-based clinical guideline No.4: Male and female sterilisation. April 1999. London: RCOG.

– Specifiek

- 1 Leij G van der. Hysteroscopic sterilization. Academisch proefschrift. Amsterdam (UvA), 1997.
- 2 Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, Wilcox LS, Tylor LR, Trussell J. The risk of pregnancy after tubal sterilization: Findings from the US Collaborative Review of Sterilization. Am J Obstet Gynecol 1996; 174: 1161-70.
- 3 Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, Wilcox LS, Tylor LR, Trussell J. The risk of ectopic pregnancy after tubal sterilization. N Engl J Med 1997; 336: 762-7.
- 4 Jansen FW. Laparoscopische chirurgie in de gynaecologie. Academisch proefschrift. Leiden, 1997.
- 5 Hillis SD, Marchbanks PA, Tylor LR, Peterson HB. Poststerilization regret: Findings from the US Collaborative review of sterilization. Obstet Gynecol 1999; 93: 889-95.
- 6 Lambers KJ, Trimbos-Kemper GCM, van Hall EV. Regret and reversal of sterilization. In: Broome A, Wallace L, eds. Psychology, gynaecological problems. London: Tavistock, 1984; pp 18-39.
- 7 Trimbos-Kemper GCM. Fertilitateitschirurgie. In: Evers JLH, Heineman MJ, et al, red. Fertilitateitsstoornissen. Utrecht: Bunge, 1997; pp 174-5.
- 8 Gentile GP, Kaufman SC, Helbig DW. Is there any evidence for a post-tubal sterilization syndrome? Fertil Steril 1998; 69: 179-86.
- 9 Hillis SD, Marchbanks PA, Tylor LR, Peterson HB. Higher hysterectomy risk for sterilized than

- nonsterilized women: Findings from the US Collaborative review of sterilization. *Obstet Gynecol* 1998; 91: 241-6.
- 10 Hillis SD, Marchbanks PA, Tylor LR, Peterson HB. Tubal sterilization and long-term risk of hysterectomy: Findings from the US Collaborative review of sterilization. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 609-14.
- 11 Hillis SD, Marchbanks PA, Peterson HB. Clinical and pathologic characteristics of women undergoing hysterectomy after tubal sterilization. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 246-50.
- 12 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Advies sterilisatie bij mensen met een geestelijke handicap. Den Haag, december 1998.
- 13 Semm K. Operative manual for endoscopic abdominal surgery. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1987.
- 14 Jefferson Penfield A. Gynecologic surgery under local anesthesia. Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1986.
- 15 Klumper F, Peters AAW. Migrerende clips: een valkuil na sterilisatie. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1991; 135: 233-5.

© 2000 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.

Deze richtlijn, ontwikkeld door de Commissie Kwaliteit NVOG onder eindverantwoordelijkheid van het Bestuur van de NVOG, is vastgesteld in de 565e ledenvergadering d.d. 23 maart 2000 te Utrecht. De richtlijn is opgesteld door een voorbereidende stuurgroep onder leiding van dr. D.J. Hemrika.

NVOG-richtlijnen beschrijven een minimum niveau van zorg te verlenen door een gynaecoloog in gemiddelde omstandigheden. Zij hebben een adviserend karakter. Een gynaecoloog kan geargumenteerd afwijken van een richtlijn wanneer concrete omstandigheden dat noodzakelijk maken. Dat kan onder meer het geval zijn wanneer een gynaecoloog tegemoet moet komen aan de objectieve noden en/of subjectieve behoeften van een individuele patiënt. Beleid op instellingsniveau kan er incidenteel toe leiden dat (volledige) lokale toepassing van een richtlijn niet mogelijk is. De geldigheid van deze richtlijn eindigt uiterlijk vijf jaar na dagtekening. Dagtekening 15 juli 2000

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE
Lomanlaan 103
Postbus 20061, 3502 LB Utrecht.
<http://www.nvog.nl>