Hoe benadert de huisarts TORCH-screening binnen de zwangerschap?

Haio: Speltincx Maxine , U.G.
Promotor: Roelens Kristien , U.G.
Praktijkopleider: DE LANGHE Sarah , HARTH Stefaan , POLFLIET Jeroen

Context: TORCH-infecties zijn een belangrijke oorzaak van congenitale afwijkingen en kunnen ernstige gevolgen hebben voor de foetus, met zelfs doodgeboorte. Hoewel richtlijnen bestaan voor screening tijdens de zwangerschap, verloopt de implementatie ervan in de eerste lijn niet uniform. De huisarts speelt een belangrijke rol in prenatale zorg, waaronder preventie, screening en opvolging. Deze studie heeft als doel te onderzoeken hoe huisartsen TORCH-screening benaderen, meer specifiek welke factoren de implementatie ervan belemmeren en welke verbeterstrategieën mogelijk zijn.

Onderzoeksvraag: Hoe benadert de huisarts TORCH-screening binnen de zwangerschap?

Methode: Deze narrative review werd uitgevoerd op basis van een systematisch literatuuronderzoek in PubMed, Embase en Web of Science (maart–mei 2025), waarbij de zoekstrategie werd opgebouwd volgens het PCC-model (zwangere vrouwen, TORCH-infecties, rol van de huisarts). Artikelen werden geselecteerd op basis van vooraf bepaalde inclusie- en exclusiecriteria, gescreend door beide auteurs en aangevuld met ‘backward citation tracking’. De volledige selectieprocedure werd weergegeven in de PRISMA-flowchart.

Resultaten: De implementatie van TORCH-screening wordt beïnvloed door factoren op patiënt-, zorgverlener- en organisatieniveau. Op patiëntenniveau is er vaak onvoldoende kennis over de infecties, wat leidt tot een gebrek aan toepassing van screening en preventieve maatregelen. Ook emoties, zoals onzekerheid en angst, als toegankelijkheid van zorg spelen een rol. Op zorgverlenerniveau worden kennishiaten, tijdsdruk en rolambiguïteit, wat kan leiden tot overscreening, vastgesteld. Beleidsmatig ontbreekt het aan uniforme richtlijnen, wat leidt tot verschillen in praktijkvoering en twijfel bij zorgverleners. Educatieve programma’s, met ook focus op de gezondheidsvaardigheden van de patiënt, en de ontwikkeling van overzichtelijke, nationale richtlijnen zijn mogelijkheden om de implementatie van TORCH-screening te verbeteren. Praktische hulpmiddelen, zoals een flowchart, kunnen dit ondersteunen. Tot slot blijkt structurele samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg, en een goede financiëring van de lokale gezondheidszorg essentieel.

Conclusie: De implementatie van TORCH-screening in de eerste lijn wordt gekenmerkt door aanzienlijke variabiliteit en een vaak suboptimale toepassing. Bevordering ervan vereist een multidimensionele aanpak. Er is nood aan verder kwalitatief onderzoek op nationaal niveau om de drempels bij huisartsen nog beter in kaart te brengen en de verbeterstrategieën te optimaliseren, afgestemd op de lokale zorgcontext en -noden. Desondanks zal er in de praktijk steeds discussie blijven heersen over de concrete invulling van TORCH-screening, en meer specifiek CMV- bepaling. Omwille van snelle evoluties dienen geldende richtlijnen steeds met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Dit bewijst nogmaals dat shared-decision-making, waarbij de patiënt een goed geïnformeerde keuze kan maken nog steeds van primordiaal belang is.