Hoe sterk is het wetenschappelijk bewijs achter de preventieve preconceptionele en zwangerschapsaanbevelingen?

Haio: Luyten Paulien , U.G.
Promotor: Heytens Stefan , U.G.
Praktijkopleider: EVERAERTS Ella , FOURNEAU Inge , HENS Greet , Mertens Lorien , VAN DEN WYNGAERT Ine , Van Roy Karen , WAUTERS Hans

Context: De aanbevelingen voor het opvolgen van een laagrisicozwangerschap focussen grotendeels op preventie. Het toepassen van preventieve maatregelen bij een laagrisicozwangerschap houdt in dat er bij een algemeen gezonde populatie medische screening en interventies worden toegepast, waarbij voordelen, risico's en kosten goed moeten worden afgewogen tegen elkaar en het belangrijk is dat deze interventies goed zijn onderbouwd. Met deze thesis willen we het wetenschappelijk bewijs in kaart brengen voor de effectiviteit (het beoogde voordeel) van de preventieve interventies waarop deze aanbevelingen gebaseerd zijn.

Onderzoeksvraag: Hoe sterk is het wetenschappelijk bewijs achter de preventieve preconceptionele en zwangerschapsaanbevelingen?

Methode: We zochten naar de Belgische Nederlandstalige richtlijnen die gebruikt worden voor de opvolging van laagrisicozwangerschappen door huisartsen, vroedvrouwen of gynaecologen. We extraheerden alle preventieve aanbevelingen die voldeden aan in- en exclusiecriteria uit de respectievelijke richtlijnen en groepeerden ze per onderwerp. Voor elk onderwerp brachten we in kaart wat- volgens de richtlijnen- het beoogde gezondheidsdoel is, op welk soort onderzoek de aanbevelingen gebaseerd zijn en hoe groot het effect is (bij voorkeur uitgedrukt in number needed to screen, vaccinate of treat (NNS, NNV, NNT)).

Resultaten: We includeerden twee Belgische Nederlandstalige richtlijnen, van Domus Medica (DM) (2015) en van het Federaal Kenniscentrumvoor de Gezondheidszorg (KCE) (2015). Deze baseerden zich voornamelijk op de National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Antenatal Care - richtlijn uit 2008 en op de Australian Pregnancy Care Guidelines (APCG) uit 2014, aangevuld met bijkomend eigen literatuuronderzoek. We includeerden 16 preventieve interventies die werden aanbevolen door DM en/of KCE. Voor zes onderwerpen vermelden deze richtlijnen geen empirisch bewijs aangaande het effect van de screening en/of interventie (toxoplasmose, varicella, body mass index (BMI), proteïnurie, anemie, kinkhoest). Voor zes onderwerpen werd er enkel indirect bewijs of bewijs voor de interventie gevonden; voor één onderwerp op basis van observationeel onderzoek (syfilis), voor vijf onderwerpen op basis van gerandomiseerd onderzoek (human immunodeficiency virus (hiv), hepatitis B, asymptomatische bacteriurie (ABU), zwangerschapsdiabetes, foliumzuur). Voor drie onderwerpen werd er enkel bewijs voor intermediaire uitkomsten gevonden (Rhesusfactor, hypertensie en griep). Slechts voor één onderwerp (Groep B-Streptokokken (GBS)) was er direct bewijs voor screening met de daaraan gekoppelde interventie, echter enkel op basis van observationeel onderzoek. Het was voor acht van de 16 onderwerpen mogelijk om een absoluut effect te berekenen.

Conclusie: Voor geen enkele aanbeveling in de Belgische richtlijnen waarbij screening wordt gekoppeld aan een hierop volgende interventie is er direct gerandomiseerd bewijs beschikbaar. Slechts één preventieve interventie zonder voorafgaande screening werd wel onderbouwd door gerandomiseerd onderzoek. Een deel van de andere aanbevelingen baseren zich voor hun interventie op gerandomiseerd onderzoek. Dit was echter vaak van lage kwaliteit. Daarnaast ontbreekt voor een groot deel van de aanbevelingen ook wetenschappelijk bewijs. Nochtans betreft

het hier medische interventies bij grote groepen gezonde vrouwen. Vooraleer een preventieve interventie wordt toegepast op een grote en (potentieel) kwetsbare bevolkingsgroep zou in de toekomst meer aandacht moeten worden besteed aan kwaliteitsvol onderzoek dat de voordelen van deze preventieve interventie nagaat, waarbij men bij de implementatie ook rekening houdt met de psychosociale impact ervan op de doelgroep.