

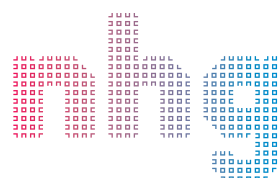
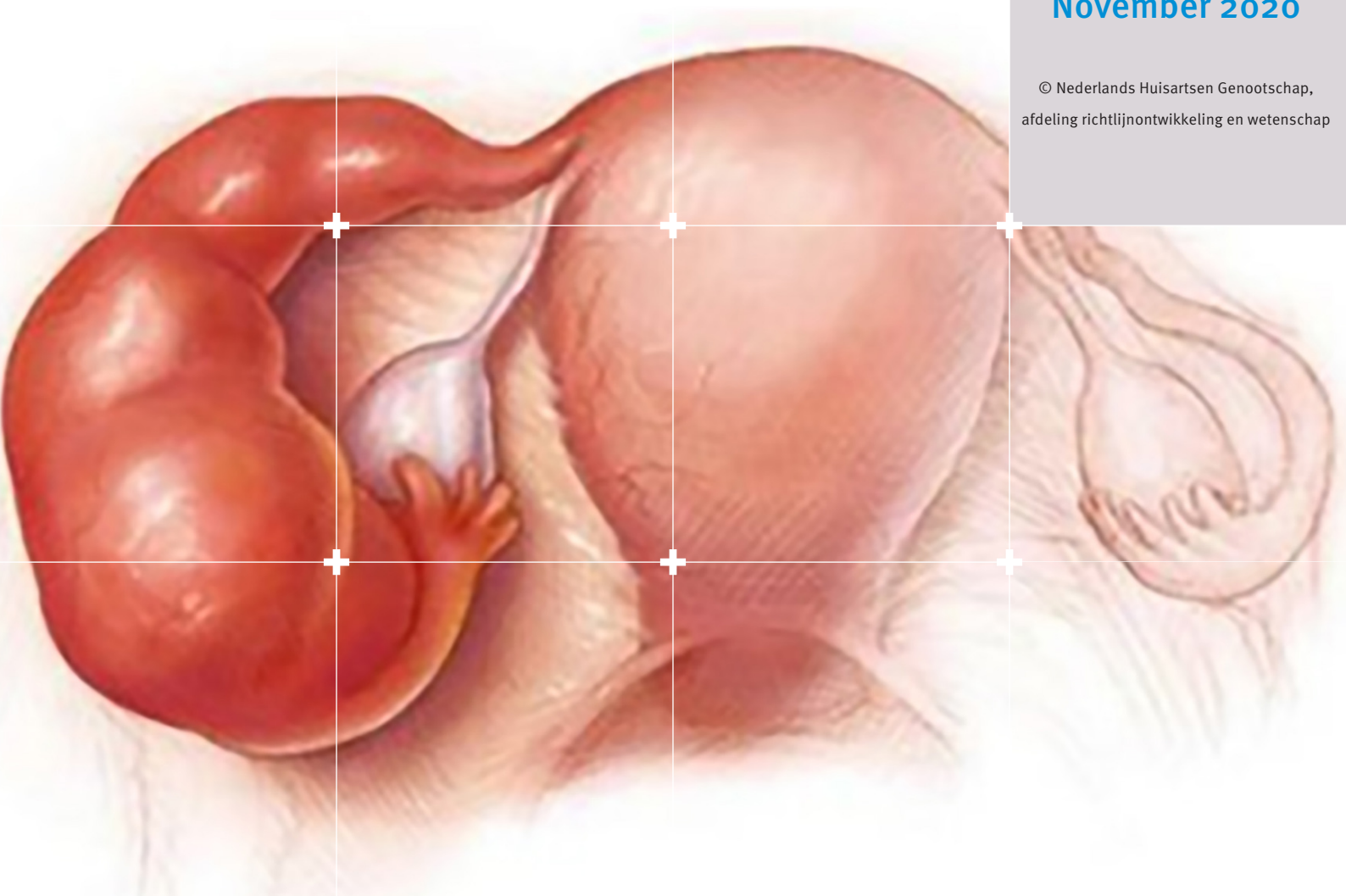


Totstandkoming en methoden

NHG-Standaard Pelvic inflammatory disease (M50)

November 2020

© Nederlands Huisartsen Genootschap,
afdeling richtlijnontwikkeling en wetenschap



Nederlands
Huisartsen
Genootschap

Inhoudsopgave

1 Samenstelling werkgroep	3
2 Inleiding	4
2.1 Doel van de standaard	4
2.2 Afbakening van het onderwerp	4
2.3 Werkwijze	4
2.4 Gebruikers van de richtlijn	4
2.5 Betrokkenheid beroepsorganisaties	4
2.6 Betrokkenheid patiëntenvertegenwoordigers	5
2.7 Presentatie	5
2.8 Implementatie	5
2.9 Juridische status van richtlijnen	5
2.10 Delegeren van taken	6
2.11 Belangenverstrengeling	6
2.12 Financiering	6
3 Methoden	7
3.1 Voorbereidingsfase	7
3.1.1 Knelpuntenanalyse	7
3.1.2 Opstellen van uitgangsvragen	7
3.2 Ontwikkelingsfase	7
3.2.1 Zoekstrategie en selectie van literatuur	7
3.2.2 Beoordeling en gradering van het wetenschappelijke bewijs	8
3.2.3 Doelmatigheid	8
3.2.4 Synthese van bewijs en opstellen van aanbevelingen	8
3.3 Commentaar- en autorisatiefase	9
3.4 Procedure voor herziening	9
BIJLAGEN	10
Bijlage 1 Uitgangsvragen	10
Bijlage 2 Zoekstrategieën	13
Bijlage 3 Prisma stroomdiagram per uitgangsvraag	17

1 Samenstelling werkgroep

Werkgroeplid	Affiliatie/instelling
Dr. Margriet Bouma	Senior wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts n.p.
Dr. Alje van Dam	Arts-microbioloog, namens NvMM
Dr. Paul van Kesteren	Gynaecoloog, namens NVOG
Lisette Verlee	Wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts n.p.
Dr. Iris Ketel	Huisarts, kaderhuisarts Urogynaecologie en wetenschappelijk medewerker NHG op de afdeling implementatie
Dr. Janny Dekker	Arts-onderzoeker, huisarts n.p., kaderhuisarts Urogynaecologie
Renée Weersma	Huisarts, kaderhuisarts Urogynaecologie
Roel Wennekes	Huisarts
Astrid Wewerinke	Huisarts
Dr. Annemiek Schep-Akkerman	Wetenschappelijk medewerker NHG, epidemioloog

De werkgroep werd ondersteund door de volgende medewerkers van het NHG:

- Lian Hielkema, medisch informatiespecialist
- Monique Verduijn, senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie
- Carolien Hooymans, wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie
- Amanda van Walraven, wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie
- Swanet Woldhuis, hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap
- Vroon Pigmans, huisarts, senior wetenschappelijk medewerker afdeling Implementatie
- Miesje Nijs, huisarts, senior wetenschappelijk medewerker afdeling Implementatie
- Léonie Langerak, secretaresse

2 Inleiding

2.1 Doel van de standaard

De NHG-Standaard Pelvic inflammatory disease geeft richtlijnen voor de huisarts voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met een vermoeden van pelvic inflammatory disease (PID). PID is een ontsteking in het kleine bekken, als gevolg van het opstijgen van bacteriën vanuit de vagina en endocervix naar het endometrium, tubae en ovaria die zich kan uitbreiden naar het peritoneum.

Het doel is verbetering van de diagnostiek en tijdig instellen van de juiste behandeling en zo nodig verwijzing om complicaties op de kortere en langere termijn zoveel mogelijk te proberen te voorkomen.

2.2 Afbakening van het onderwerp

De NHG-Standaard Pelvic inflammatory disease geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij patiënten met een vermoeden van PID binnen de huisartsenpraktijk bij vrouwen vanaf de sexarche. Buiten de scope vallen *silent PID* (een subklinisch verlopende PID met weinig tot geen klachten), seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's), waarvoor wordt verwezen naar [NHG-Standaard Het soa-consult](#) en endometritis bij vrouwen in de kraamperiode, waarvoor wordt verwezen naar [NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode](#).

2.3 Werkwijze

In maart 2017 startte een werkgroep met de herziening van de NHG-Standaard Pelvic inflammatory disease. De werkgroep bestond uit de volgende leden: Dr. A.P. van Dam, arts-microbioloog namens de NvMM; mw. J.H. Dekker, huisarts en universitair hoofddocent afdeling Huisartsgeneeskunde UMCG, kaderhuisarts Urogynaecologie; dr. P.J.M. van Kesteren, gynaecoloog, namens de NVOG; dr. I. Ketel, waarnemend huisarts regio Eindhoven, kaderhuisarts Urogynaecologie en wetenschappelijk medewerker NHG op de afdeling implementatie; mw. R.L.S. Weersma, huisarts te Haarlem en kaderhuisarts Urogynaecologie; dhr. R.H.A. Wennekes, huisarts te Maarssen; mw. A. Wewerinke, huisarts te Amsterdam. Drs. E. Verlee zat de werkgroep voor en schreef conceptteksten. Dr. A. Schep-Akkerman verzorgde de methodologische ondersteuning voor het systematisch samenvatten van het bewijs. Dr. M. Bouma was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker. A. van Walraven en C. Hooymans waren betrokken als wetenschappelijk medewerkers Farmacotherapie, M.M. Verduijn als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie en S. Woldhuis als hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap. Mw. I. Ketel was naast werkgroeplid ook betrokken als wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie en V. Pigmans als senior wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie.

2.4 Gebruikers van de richtlijn

De richtlijn is primair ontwikkeld voor huisartsen die bij de diagnostiek en het beleid van patiënten met (vermoeden van) PID betrokken zijn.

2.5 Betrokkenheid beroepsorganisaties

De richtlijn is in overleg met de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) tot stand gekomen om ervoor te zorgen dat het beleid aansluit bij richtlijnen van de NVOG. Dr. P.J.M. van Kesteren had zitting in de werkgroep namens de NVOG. De richtlijn is tevens in overleg met de Nederlandse

Vereniging voor Medische Microbiologie (NvMM) tot stand gekomen om ervoor te zorgen dat het beleid aansluit bij richtlijnen van de NvMM. Dr. A.P. van Dam had zitting in de werkgroep namens de NvMM.

2.6 Betrokkenheid patiëntenvertegenwoordigers

Voor het achterhalen van waarden en voorkeuren van patiënten is een systematische zoekactie in de literatuur uitgevoerd. Hierbij werden geen relevante onderzoeken gevonden. De conceptstandaard is ter commentaar voorgelegd aan de Patiëntenfederatie Nederland (PFNL) en de Stichting bekkenbodem4all.

2.7 Presentatie

De richtlijn kent een modulaire presentatie, met als doel om transparant en expliciet te zijn over de wijze waarop de aanbevelingen tot stand zijn gekomen. Bijkomend voordeel hiervan is dat toekomstige gedeeltelijke herzieningen worden vereenvoudigd.

2.8 Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is geprobeerd rekening te houden met de implementatie van de richtlijn en de daadwerkelijke uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is expliciet gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren.

2.9 Juridische status van richtlijnen

Richtlijnen bevatten geen wettelijke voorschriften, maar aanbevelingen die zo veel mogelijk op bewijs gebaseerd zijn. Zorgverleners kunnen aan de aanbevelingen voldoen in het streven om kwalitatief goede of 'optimale' zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen gebaseerd zijn op 'algemeen bewijs voor optimale zorg' en de inzichten van de werkgroep hierover, kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie zo nodig in individuele gevallen afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, zelfs noodzakelijk. Wanneer van deze richtlijn wordt afgeweken, wordt het aanbevolen om dit beargumenteerd en gedocumenteerd, waar relevant in overleg met de patiënt, te doen.

Inbreng van de patiënt

De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijn aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk het beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie kan beredeneerd afwijken van het hierna beschreven beleid rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

2.10 Delegeren van taken

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kan hij delegeren aan de praktijkassistente, -ondersteuner en/of -verpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken, waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd, en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen. Evenmin bevatten de standaarden gedetailleerde aanwijzingen over de beoordeling van het spoedeisende karakter van een hulpvraag als de patiënt zich telefonisch meldt bij de triagist tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten of bij de praktijkassistente tijdens praktijktaken. Meer gedetailleerde informatie hierover is te vinden in de [NHG-TriageWijzer](#). Ook bij telefonische spoedbeoordeling geldt dat de huisarts verantwoordelijk blijft en moet toezien op de kwaliteit.

2.11 Belangenverstrengeling

Alle werkgroepleden hebben een KNAW-Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling ingevuld. Alle volledige belangenverklaringen zijn in te zien bij de webversie van de standaard op www.nhg.org.

2.12 Financiering

Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft de totstandkoming van deze richtlijn gefinancierd.

3 Methoden

Het proces van het ontwikkelen van de standaard heeft plaatsgevonden volgens de [Handleiding ontwikkelen van NHG-Standaarden](#). De verkorte versie hiervan is te vinden op richtlijnen.nhg.org.

3.1 Voorbereidingsfase

Knelpuntenanalyse

Voor de start van het traject hebben de NHG Adviesraad Standaarden (NAS), de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NvMM), de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, de expertgroep uro-gynaecologie en het Zorginstituut Nederland (ZN) knelpunten ingebracht. Er is daarnaast een enquête uitgezet onder (praktiserende) NHG-werknemers en oud-werkgroepleden.

Opstellen van uitgangsvragen

Op basis van de knelpuntenanalyse heeft de werkgroep aan het begin van het traject besloten welke knelpunten systematisch beantwoord worden. Dit betreft vooral de onderdelen diagnostische en therapeutische interventies. Voor deze knelpunten werden uitgangsvragen geformuleerd volgens het zogenoemde PICO-format (*patient, intervention, control, outcome*). Een overzicht van deze uitgangsvragen is opgenomen in **[bijlage 1]**. Voor patiëntrelevante uitkomstmaten is aangesloten bij de richtlijnen van NICE.

Een deel van de details werd niet gebaseerd op een uitgangsvraag. Dit betreft vooral details bij onderdelen van de standaard zoals epidemiologie, etiologie en prognose. Hierbij werden geen uitgangsvragen volgens het PICO-format geformuleerd, maar werd soms wel een systematische zoekactie uitgevoerd. De literatuur werd vervolgens narratief beschreven. Er vond geen systematische selectie, beoordeling en gradering van de evidence plaats, omdat deze onderdelen vaak niet uitmonden in concrete aanbevelingen voor de praktijk.

Daarnaast werd een deel van de details niet inhoudelijk herzien, maar alleen geredigeerd.

3.2 Ontwikkelingsfase

Zoekstrategie en selectie van literatuur

Voor elke uitgangsvraag werd een literatuursearch uitgevoerd door een informatiespecialist van het NHG. Er is in eerste instantie gezocht naar systematische reviews (SR) en (buitenlandse) richtlijnen van goede kwaliteit die konden worden gebruikt voor de beantwoording van de uitgangsvragen. De gevonden literatuur werd gescreend op basis van titel en abstract. Op basis van consensus werd de meest relevante literatuur geselecteerd en de volledige tekst van het artikel aangevraagd. De zoekstrategie die gevolgd werd bij het zoeken naar de onderbouwende literatuur is te vinden bij de webversie van deze behandelrichtlijn (zie richtlijnen.nhg.org).

De zoekstrategieën per uitgangsvraag zijn te vinden in **[bijlage 2]**. De resultaten van de literatuurselectie zijn samengevat in PRISMA-stroomdiagrammen, zie **[bijlage 3]**.

Beoordeling en gradering van het wetenschappelijke bewijs

Bij het beoordelen en beschrijven van het bewijs wordt gekeken naar de effectiviteit en veiligheid van de interventies met speciale aandacht voor het bestaan van klinisch relevante verschillen tussen interventies. De noten die het bewijs voor het beleid beschrijven maken gebruik van de koppenstructuur zoals die in NHG-Standaarden gebruikelijk is. Soms wordt hierbij gebruik gemaakt van een GRADE-profiel. GRADE beoordeelt de zogenoemde *body of evidence*: de verzameling van alle gevonden onderzoeken per uitkomstmaat. De onderverdeling van de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs kent vier niveaus: hoog, redelijk, laag of zeer laag. Een hoge kwaliteit wil zeggen dat het geschatte en het werkelijke effect zeer dicht bij elkaar liggen. Naarmate de kwaliteit van bewijs lager is, neemt de onzekerheid daarover toe [tabel 1]. Voor de uitgangsvragen over interventies zijn, indien mogelijk, GRADE-profielen opgesteld op basis van een bestaande SR.

Tabel 1 - Definitie kwaliteit van bewijs

Kwaliteit	Interpretatie
Hoog	Het werkelijke effect ligt dicht in de buurt van de schatting van het effect.
Redelijk	Het werkelijke effect ligt waarschijnlijk dicht bij de schatting van het effect, maar er is een mogelijkheid dat het hier substantieel van afwijkt.
Laag	Het werkelijke effect kan substantieel verschillend zijn van de schatting van het effect.
Zeer laag	Het werkelijke effect wijkt waarschijnlijk substantieel af van de schatting van het effect.

Voor het beoordelen van de klinische relevantie van een effect wordt bij voorkeur gelet op absolute verschillen (indien deze gegevens voorhanden zijn). De werkgroep heeft per uitkomstmaat bepaald wat de grens voor een klinisch relevant verschil (voor- of nadeel) is. Als dit niet mogelijk was, is uitgegaan van de door GRADE voorgestelde standaardgrenzen van een *minimally important difference* (MID) van 0,5 SMD voor continue uitkomstmaten en 25% relatieve risicoreductie (RRR) (wat correspondeert met een RR van 0,75 of 1,25) voor dichotome uitkomstmaten.

Doelmatigheid

In deze richtlijn wordt aandacht besteed aan de doelmatigheid van de verschillende interventies. Globale kosten worden bij het formuleren van aanbevelingen, waar relevant, meegewogen. De werkgroep heeft geen kosteneffectiviteits- of budgetimpactanalyses gedaan.

Synthese van bewijs en opstellen van aanbevelingen

De literatuur werd door LV, AS en MB in samenspraak met een van de werkgroepleden samengevat en beoordeeld; vervolgens werd een concepttekst geschreven waarop de werkgroep commentaar kon leveren. De conclusies die de werkgroep uit de literatuur trok, vormden de basis voor het opstellen van de aanbevelingen. Dit gebeurde op basis van discussies binnen de werkgroep. De aanbevelingen zijn tot stand gekomen op basis van consensus binnen de werkgroep.

3.3 Commentaar- en autorisatiefase

In februari en maart 2020 vond de commentaarronde plaats. De conceptstandaard werd ter commentaar verzonden naar de volgende verenigingen:

- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC)
- InEen
- Zorginstituut Nederland (ZiNL)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM)
- College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG)
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
- Biosimilars en generieke geneesmiddelenindustrie Nederland (Bogin)
- Geneesmiddelen Bulletin (Ge-Bu)
- Huisarts & Wetenschap
- Domus Medica België
- Pharos
- Patiëntenfederatie Nederland
- ExpertDoc
- Peter Leusink namens de seksHAG
- UgynHAG
- NHG-Adviesraad Standaarden (NAS)
- Stichting Bekkenbodem4All
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
- Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM)

Naamsvermelding betekent overigens niet dat een vereniging/organisatie/referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft. Niet alle aangeschreven verenigingen hebben commentaar geleverd.

Hans Bruggraaff en Shiba Borkent hebben, namens de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS), de standaard beoordeeld. Op 3 juni 2020 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie (AC)

3.4 Procedure voor herziening

Deze standaard wordt periodiek herzien. Uiterlijk in 2025 bepaalt het NHG of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de standaard te herzien. De geldigheid van deze standaard komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn om een herzieningstraject te starten.

BIJLAGEN

Bijlage 1 Uitgangsvragen

Uitgangsvraag (PICO)		Uitkomstmaten (O)
<i>Achtergronden</i>		
1.	Wat is de kans op negatieve gevolgen (korte termijn: tubo-ovarieel abces; langere termijn: subfertiliteit, extra-uteriene graviditeit, chronische onderbuikspijn) (O) bij vrouwen met PID (P) ?	Negatieve gevolgen: op korte termijn tubo-ovarieel abces, op langere termijn subfertiliteit, extra-uteriene graviditeit, chronische onderbuikspijn
2.	Wat zijn risicofactoren voor het krijgen van PID?	Risicofactoren
<i>Diagnostiek</i>		
3.	Wat zijn bij vrouwen met PID (P) de meest voorkomende verwekkers van PID (O) ?	Meest voorkomende verwekkers
4.	Wat is de positief voorspellende waarde van een verhoogd CRP (I) voor het stellen van de diagnose 'PID', danwel de negatief voorspellende waarde van een laag CRP bij vrouwen die de huisarts bezoeken met (sub)acute pijn in de onderbuik, en bij wie op basis van gegevens uit anamnese plus lichamelijk onderzoek mogelijk sprake is van PID (P) ? Vergelijking: reguliere diagnostiek (bijvoorbeeld BSE)	Positief voorspellende waarde verhoogd CRP voor het stellen van de diagnose PID, danwel de negatief voorspellende waarde van een laag CRP
5.	Zegt de hoogte van de titer van Chlamydia-antistoffen (I) iets over de kans op verminderde vruchtbaarheid bij vrouwen met (een doorgemaakte) PID (P) ?	Positief voorspellende waarde van een verhoogde titer van Chlamydia-antistoffen voor fertiliteitsproblematiek na het doormaken van PID
6.	Wat zijn de criteria voor het stellen van de diagnose 'PID'?	We willen het liefst op zoek gaan naar een beslisregel (deze zal er

Uitgangsvraag (PICO)		Uitkomstmaten (O)
		naar verwachting niet zijn)
7.	Wat is bekend over de associatie tussen PID en <i>Mycoplasma genitalium</i>? Toelichting: het is de vraag hoe vaak <i>M. genitalium</i> PID veroorzaakt (of toevallig wordt gevonden) en hoe pathogeen <i>M. genitalium</i> is. Dit heeft consequenties voor diagnostiek en behandeling	
8.	Wat is bij vrouwen die de huisarts bezoeken met (sub)acute pijn in de onderbuik bij wie mogelijk (op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek) sprake is van PID (P) de sensitiviteit en specificiteit van (transvaginale) echo (I) voor de diagnose 'PID'? Vergelijk (C): laparoscopie, klinische diagnose	Sensitiviteit en specificiteit van (transvaginale) echo ten opzichte van gouden standaard (laparoscopie +/- histologie)
<i>Behandeling</i>		
9.	Is het noodzakelijk een IUD te verwijderen (I) bij vrouwen die de huisarts bezoeken met (sub)acute pijn in de onderbuik bij wie waarschijnlijk (op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek) sprake is van PID (P) met: • milde tot matig ernstige klachten? • ernstige klachten? • als een IUD verwijderd wordt: wanneer moet dat dan gebeuren? (direct, enige tijd na starten antibiotica, of pas bij onvoldoende verbetering na enkele dagen behandelen)? Vergelijking: IUD niet verwijderen	• Complicaties • Ziekenhuisopname • Tijd tot genezing
10.	Wat is het optimale antibiotische regime (I) bij vrouwen die de huisarts bezoeken met (sub)acute pijn in de onderbuik bij wie waarschijnlijk sprake is van pelvic inflammatory disease (op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek) (P)? Verdere onderverdeling: • wat is het optimale middel (of combinatie van middelen) (bij bekende dan wel onbekende verwekker)?	• Effectiviteit; afname klachten (pijn, malaise, koorts, fluor), • Complicaties (korte termijn: abces, langere termijn: verminderde

Uitgangsvraag (PICO)		Uitkomstmaten (O)
	wat is de optimale behandelduur? Vergelijk: placebo of andere antibiotica	vruchtbaarheid, chronische onderbuikspijn, kans op EUG).

Bijlage 2 Zoekstrategieën

Uitgangsvraag 1	Wat is de kans op negatieve gevolgen (korte termijn; tubo-ovarieel abces, langere termijn: subfertiliteit, extra-uteriene graviditeit, chronische onderbuikspijn) bij vrouwen met PID (P) ?
Zoekdatum	31-07-2017
Database	PubMed (62 resultaten)
Zoektermen	(Pelvic Inflammatory Disease[mh] OR pelvic inflammatory disease[tiab]) AND (short-term[tiab] OR long-term[tiab] OR time factors[mh]) AND (subfertility[tiab] OR infertility[tiab] OR reduces fertility[tiab] OR tubo-ovarian abscess*[tiab] OR ovarian abscess*[tiab] OR ectopic pregnancy[tiab] OR chronic pain[tiab] OR chronic pelvic pain[tiab] OR pelvic pain[tiab]) <i>filters: Abstract, From 2005/01/01, English/Dutch</i>
Uitgangsvraag 2	Wat zijn risicofactoren voor het krijgen van PID?
Zoekdatum	05-11-2018
Database	PubMed (33 resultaten)
Zoektermen	(pelvic inflammatory disease/etiology[mh] OR pelvic inflammatory disease[tiab]) AND (risk factor*[ti] OR primary prevention[tiab]) NOT (animals[mh] NOT humans[mh]) <i>filters: Abstract, From 2005/01/01, English/Dutch</i>
Uitgangsvraag 3	Wat zijn bij vrouwen met PID (P) de meest voorkomende verwekkers van PID (O) ?
Zoekdatum	20-03-2017
Database	PubMed (29 resultaten)
Zoektermen	("Pelvic Inflammatory Disease/etiology"[MeSH] OR pelvic inflammatory disease[tiab]) AND (pathogen*[tiab] OR causative agent*[tiab] OR micro-organism*[tiab] OR neisseria gonorrhoeae[tiab] OR neisseria gonorrhoeae[tiab] OR chlamydia trachomatis[tiab] OR chlamydia infections[tiab] OR mycoplasma genitalium[tiab] OR streptococc*[tiab] OR staphylococc*[tiab] OR anaerobe*[tiab] OR "E coli"[tiab] OR "H influenza"[tiab]) AND (meta-analysis[pt] OR meta-anal*[tiab] OR systematic[sb] OR systematic review[tiab]) NOT (animals[mh] NOT humans[mh]) <i>filters: Abstract, From 2005/01/01</i>
Uitgangsvraag 4	Wat is de positief voorspellende waarde van een verhoogd CRP (I) voor het stellen van de diagnose 'PID', dan wel de negatief voorspellende waarde van een

	laag CRP bij vrouwen die de huisarts bezoeken met (sub)acute pijn in de onderbuik, en bij wie op basis van gegevens uit anamnese plus lichamelijk onderzoek mogelijk sprake is van PID (P)?
Zoekdatum	16-11-2018
Database	PubMed (A: 48 resultaten, B: 89 resultaten)
Zoektermen	A: ("Pelvic Inflammatory Disease"[MeSH] OR pelvic inflammatory disease[tiab] OR endometritis[tiab] OR salpingitis[tiab]) AND (CRP[tiab] OR c-reactive protein[tiab] OR ESR[tiab] OR erythrocyte[tiab] OR sedimentation rate[tiab]) AND (predictive[tiab] OR predict[tiab] OR predicts[tiab] OR value[tiab] OR PPV[tiab] OR NPV[tiab] OR diagnosis[all fields] OR diagnostic[tiab] OR marker[tiab]) NOT (animals[mh] NOT humans[mh]) <i>filters: Abstract, From 2005/01/01</i> B: ("Pelvic Inflammatory Disease"[MeSH] OR pelvic inflammatory disease[tiab] OR endometritis[tiab] OR salpingitis[tiab]) AND (CRP[tiab] OR c-reactive protein[tiab] OR ESR[tiab] OR erythrocyte[tiab] OR sedimentation rate[tiab]) AND (predictive[tiab] OR predict[tiab] OR predicts[tiab] OR value[tiab] OR PPV[tiab] OR diagnosis[all fields] OR diagnostic[tiab] OR marker[tiab]) NOT (animals[mh] NOT humans[mh]) <i>filters: Abstract, From 2005/01/01</i>
Uitgangsvraag 5	Zegt de hoogte van de titer van Chlamydia-antistoffen (I) iets over de kans op verminderde vruchtbaarheid bij vrouwen met (een doorgemaakte) pelvic inflammatory disease (P)?
Zoekdatum	20-03-2017
Database	PubMed (20 resultaten)
Zoektermen	("Pelvic Inflammatory Disease/complications"[MeSH] OR pelvic inflammatory disease/immunology[mh] OR pelvic inflammatory disease[tiab]) AND (titer*[tiab] OR titration[tiab] OR antibodies, bacterial[mh] OR chlamydia antibodies[tiab] OR serologic test*[tiab]) AND (pregnancy[mh] OR pregnancy[tiab] OR infertility[tiab] OR fertility[tiab]) NOT (animals[mh] NOT humans[mh]) <i>filters: Abstract, From 2005/01/01</i>
Uitgangsvraag 6	Wat zijn de criteria voor het stellen van de diagnose PID?
Zoekdatum	19-11-2018
Database	PubMed (123 resultaten)

Zoektermen	(pelvic inflammatory disease/diagnosis[mj] OR pelvic inflammatory disease[tiab] OR endometritis[tiab] OR salpingitis[tiab] OR cervicitis[tiab]) AND (diagnosis[all fields] OR diagnosing[tiab] OR diagnostic*[tiab]) AND (rule[tiab] OR predict*[tiab] OR decision tree[tiab]) NOT (surgery[tiab] OR surgical[tiab] OR hospital*[tiab]) NOT (animals[mh] NOT humans[mh]) <i>filters: Abstract, From 2005/01/01, English/Dutch</i>
------------	--

Uitgangsvraag 7	Wat is bekend over de associatie tussen PID en <i>Mycoplasma genitalium</i> ?
Zoekdatum	5-11-2018
Database	PubMed (83 resultaten)
Zoektermen	((mycoplasma genitalium[mj] OR mycoplasma genitalium[tiab]) AND (Pelvic Inflammatory Disease[mj] OR pelvic inflammatory disease[tiab])) AND (associat*[tiab] OR relat*[tiab] OR pathogen*[tiab] OR diagnosis[all fields]) <i>filters: Abstract, From 2005/01/01, English/Dutch</i>

Uitgangsvraag 8	Wat is bij vrouwen die de huisarts bezoeken met (sub)acute pijn in de onderbuik bij wie mogelijk (op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek) sprake is van PID (P) de sensitiviteit en specificiteit van (transvaginale) echo (I) voor de diagnose 'PID'?
Zoekdatum	13-03-2019
Database	PubMed (60 resultaten)
Zoektermen	(pelvic inflammatory disease/etiology[mh] OR pelvic inflammatory disease[tiab]) AND (ultrasound[tiab] OR ultrasonography[tiab] OR sonographic[tiab]) AND (sensitivity AND specificity[mh] OR sensitiv*[tiab] OR specific*[tiab] OR diagnostic imaging[sh] OR predictive value[tiab]) NOT (animals[mh] NOT humans[mh]) <i>filters: Abstract, From 2005/01/01, English/Dutch</i>

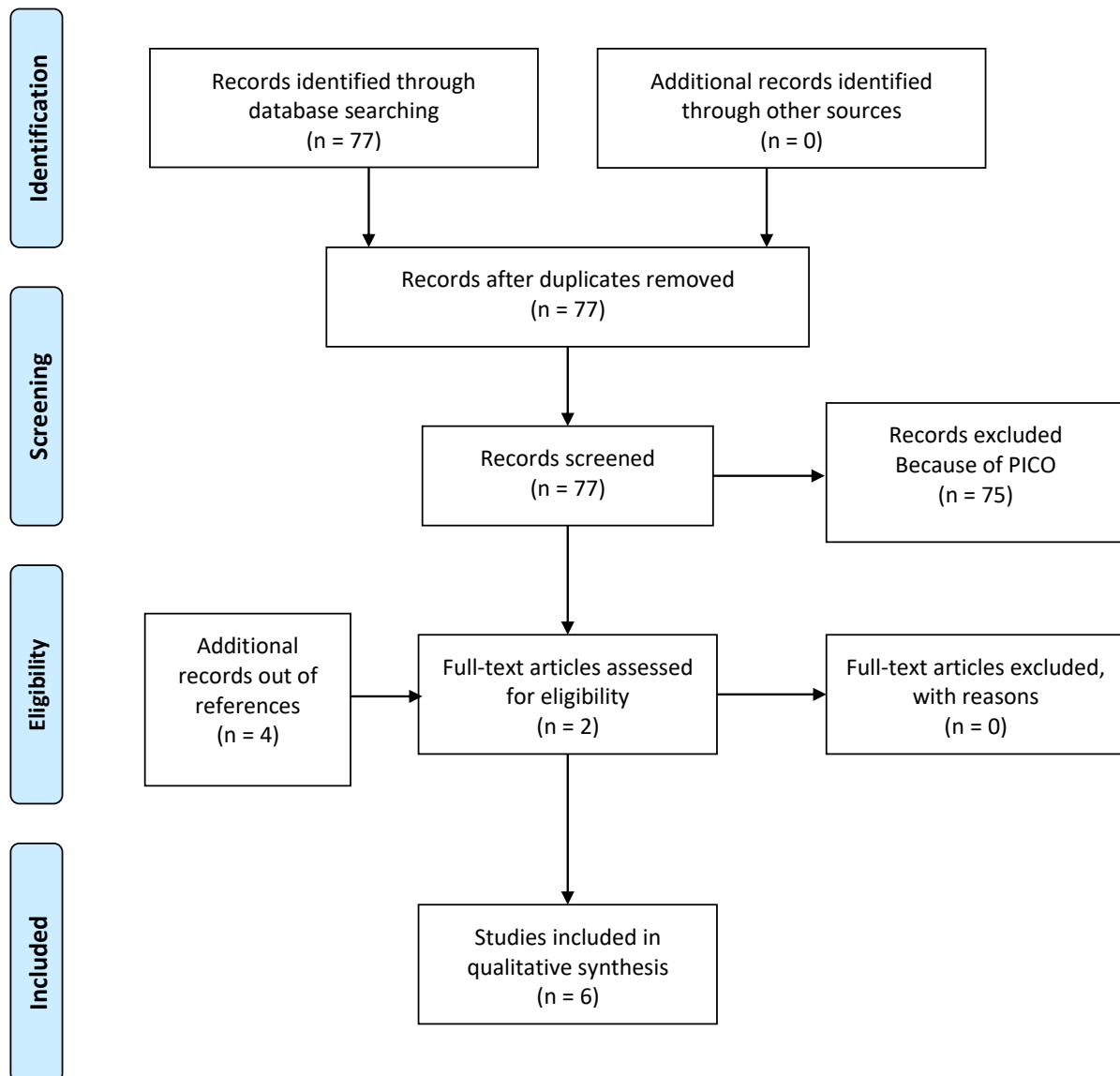
Uitgangsvraag 9	Is het noodzakelijk een IUD te verwijderen (I) bij vrouwen die de huisarts bezoeken met (sub)acute pijn in de onderbuik bij wie waarschijnlijk (op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek) sprake is van PID (P) ? Als een IUD verwijderd wordt: wanneer moet dat dan gebeuren? (direct, enige tijd na starten antibiotica, of pas bij onvoldoende verbetering na enkele dagen behandelen)?
Zoekdatum	31-07-2017
Database	PubMed (50 resultaten)
Zoektermen	(Pelvic Inflammatory Disease[mh] OR pelvic inflammatory disease[tiab]) AND (intrauterine devices[mh] OR intrauterine device*[tiab]) AND (pelvic pain[tiab]

	OR abdominal pain[tiab] OR adverse effect*[tiab] OR side effect*[tiab] OR device removal[mh] OR remove[tiab] OR removal[tiab]) <i>filters: Abstract, From 2005/01/01, English/Dutch</i>
Uitgangsvraag 10	Wat is het optimale antibiotische regime bij vrouwen die de huisarts bezoeken met (sub)acute pijn in de onderbuik bij wie waarschijnlijk sprake is van PID (op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek)?
Zoekdatum	31-07-2017
Database	PubMed (19 resultaten)
Zoektermen	(Pelvic Inflammatory Disease/drug therapy[mh] OR pelvic inflammatory disease[tiab]) AND (antibiotics[tiab] OR antibiotic therapy[tiab] OR anti-infective agents/therapeutic use[mh]) AND (systematic[sb] OR systematic review[tiab] OR meta-anal*[tiab] OR meta-analysis[pt]) NOT (animals[mh] NOT humans[mh]) <i>filters: Abstract, From 2005/01/01, English/Dutch</i>

Bijlage 3 PRISMA-stroomdiagram per uitgangsvraag



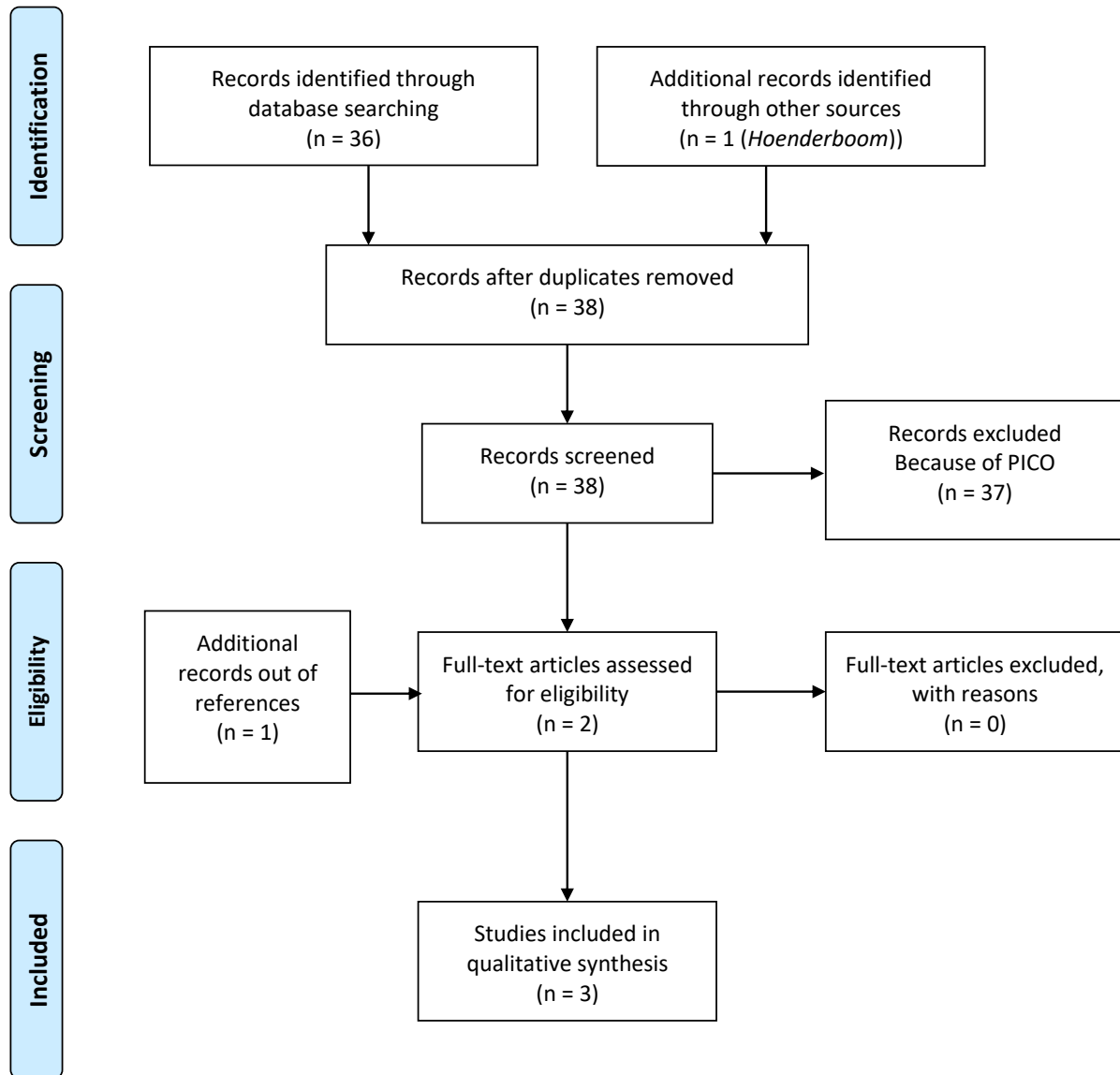
Gevolgen van een Tubo Ovarieel Abces bij Pelvic Inflammatory Disease (PICO 1)



Uit: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Med 2009;6:e1000097.



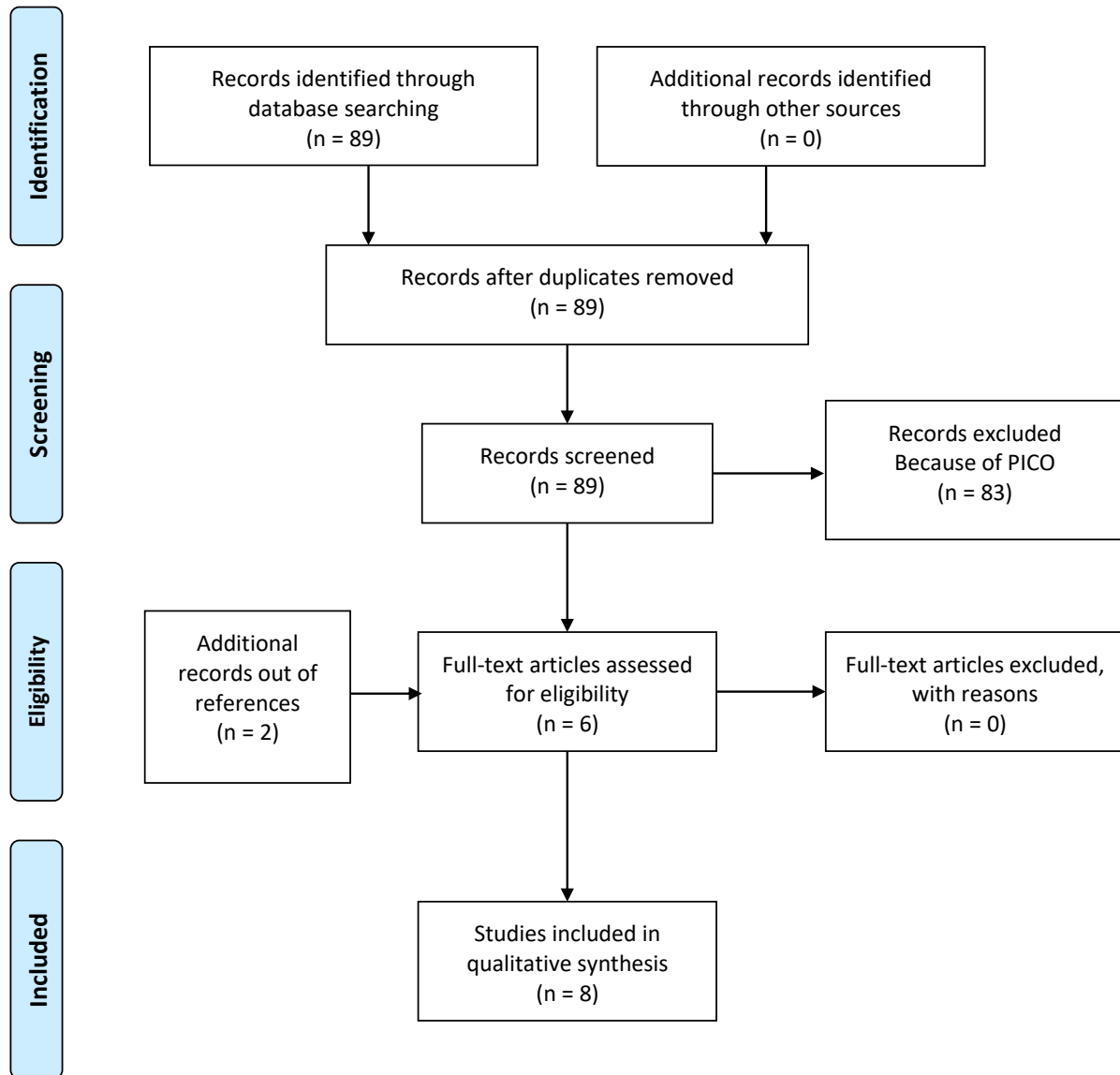
Risicofactoren Pelvic Inflammatory Disease (PICO 2)



Uit: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Med 2009;6:e1000097.



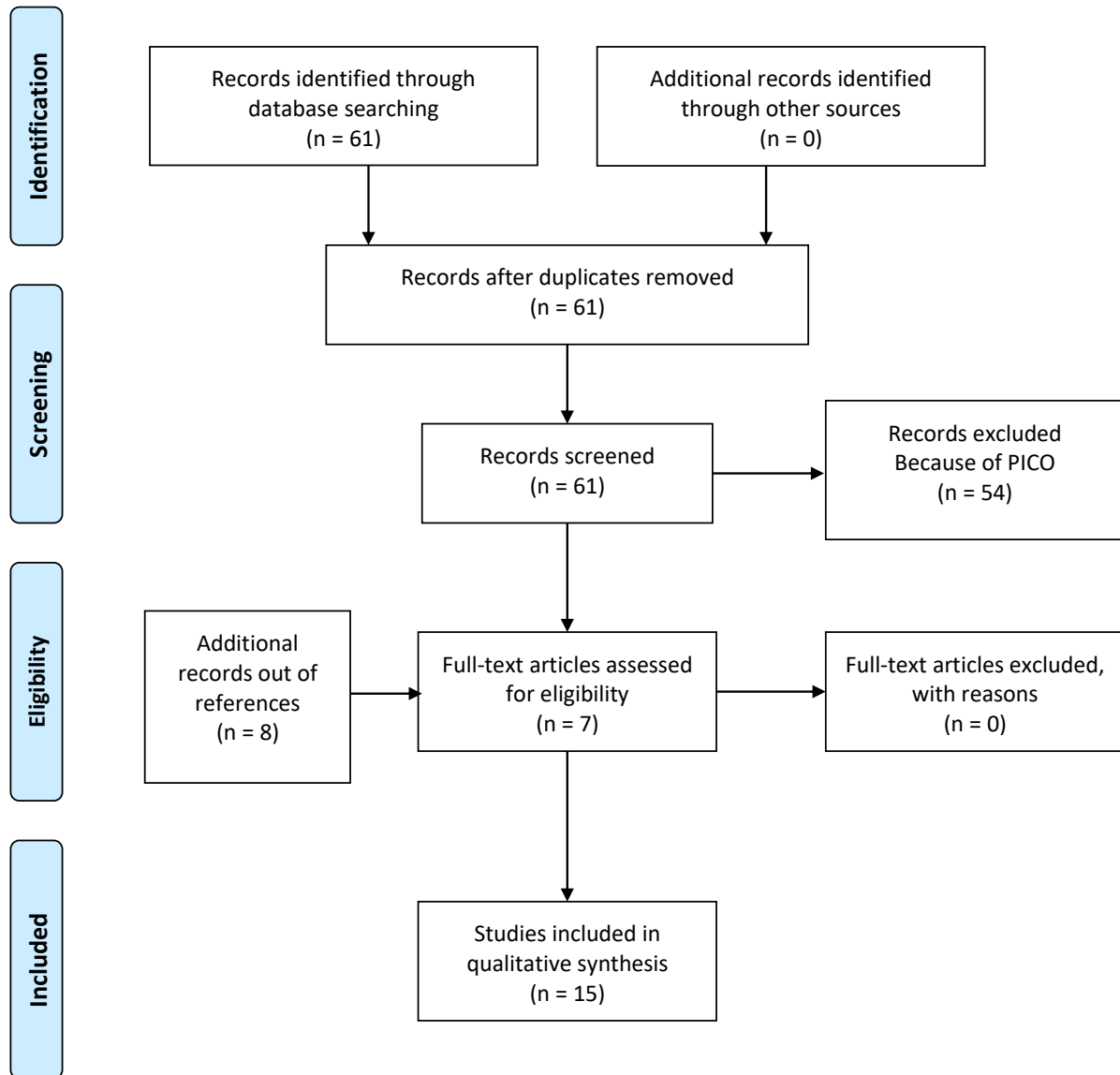
CRP bij Pelvic Inflammatory Disease (PICO 4)



Uit: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Med 2009;6:e1000097.



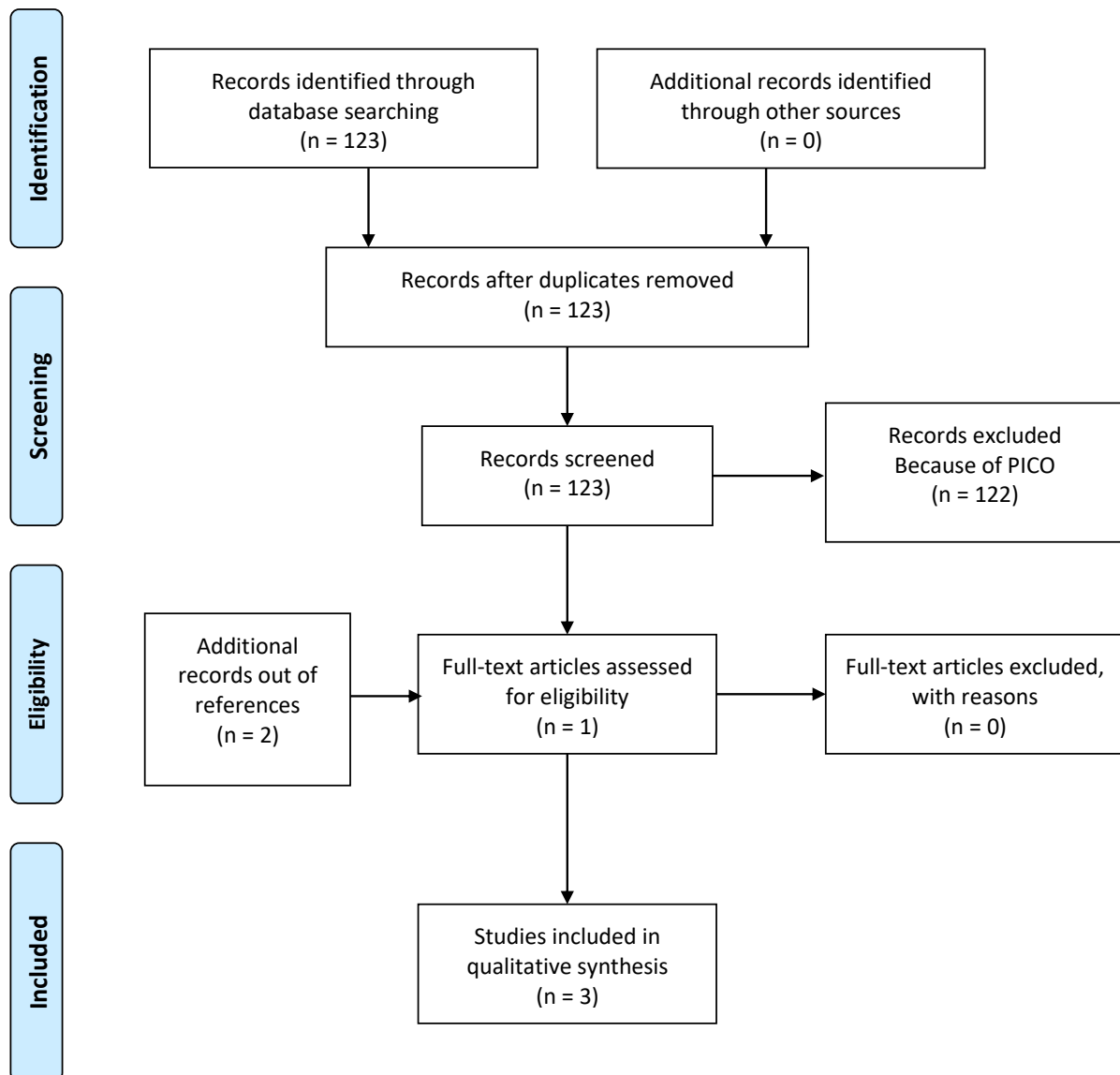
BSE bij Pelvic Inflammatory Disease (PICO 4)



Uit: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Med 2009;6:e1000097.



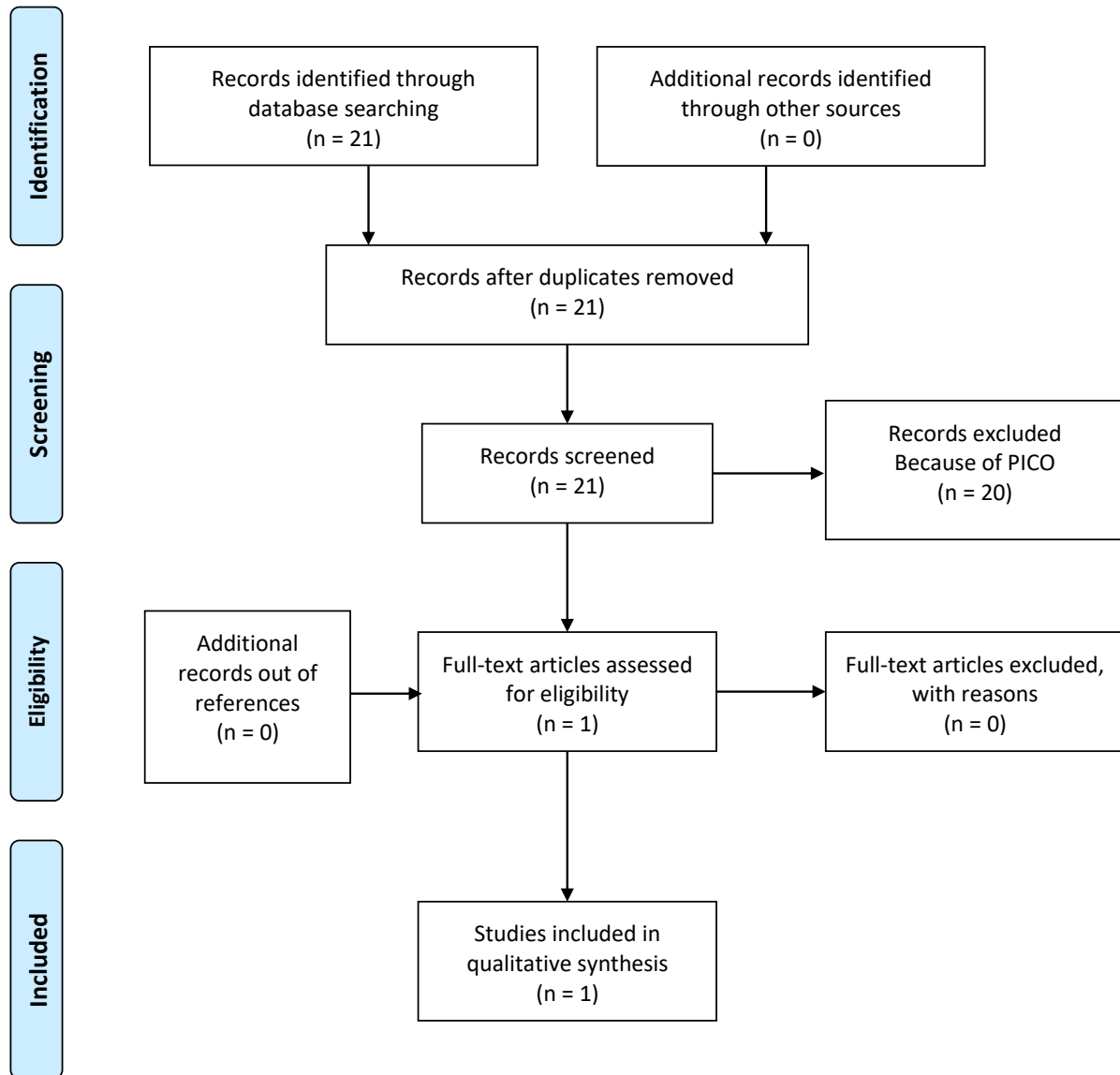
Diagnostische kenmerken Pelvic Inflammatory Disease (PICO 6)



Uit: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Med 2009;6:e1000097.



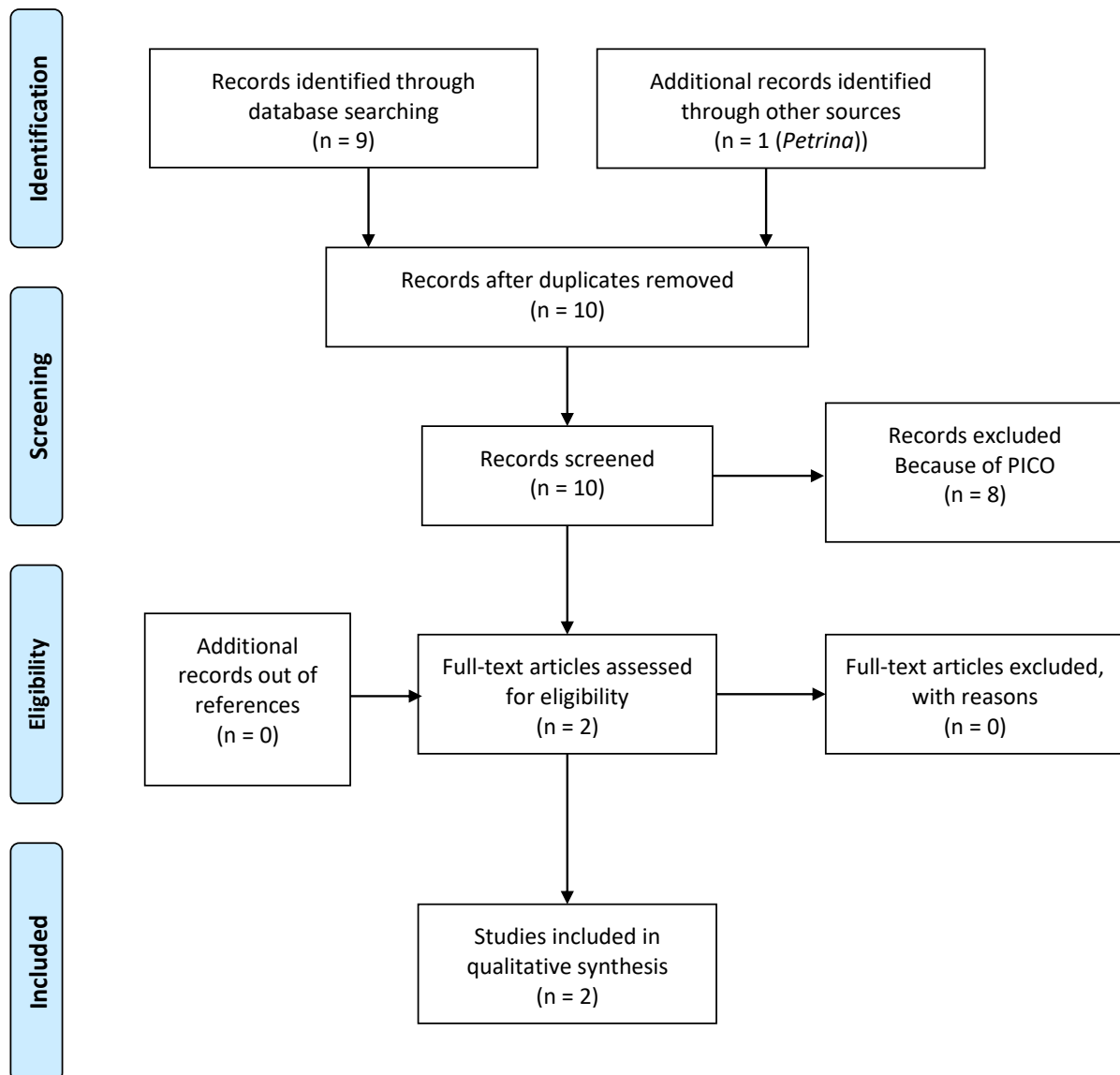
Echoscopie bij Pelvic Inflammatory Disease (PICO 9)



Uit: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Med 2009;6:e1000097.



Antibiotica voor Pelvic Inflammatory Disease (PICO 10)



Uit: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Med 2009;6:e1000097.

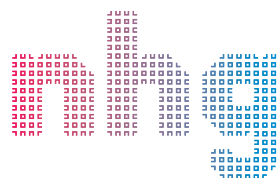
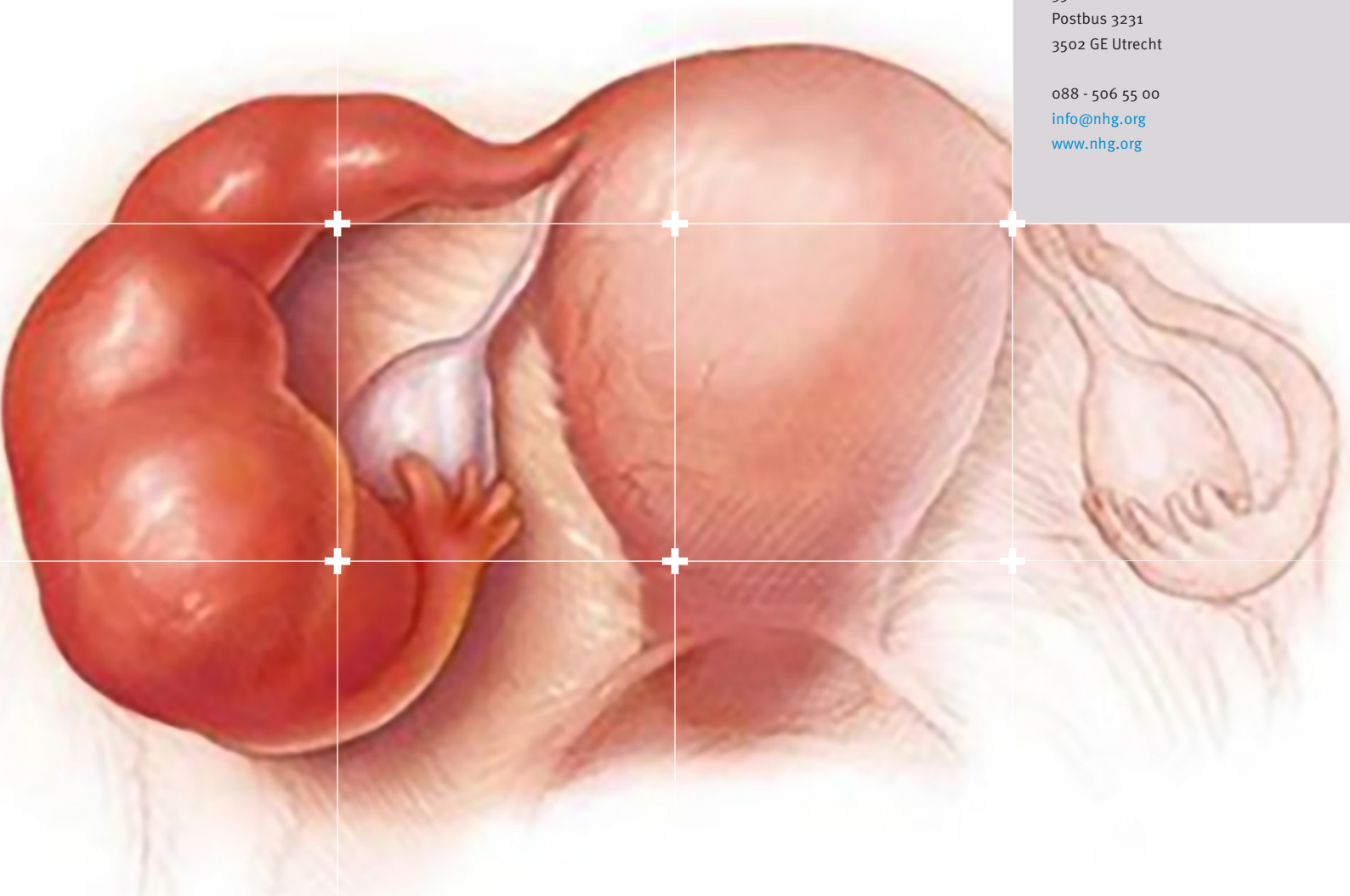


Totstandkoming en methoden

NHG-Standaard Pelvic inflammatory disease (M50)

Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht
Postbus 3231
3502 GE Utrecht

088 - 506 55 00
info@nhg.org
www.nhg.org



Nederlands
Huisartsen
Genootschap