

Molazwangerschap

Landelijke richtlijn, Versie: 1.3

Datum Goedkeuring: 13-07-2010

Methodiek: Consensus based

Verantwoording: Werkgroep
Oncologische Gynaecologie (WOG)

Inhoudsopgave

<u>Algemeen</u>	1
<u>Diagnostiek</u>	2
<u>Behandeling</u>	3
<u>Medisch technisch</u>	3
<u>Ondersteunende zorg</u>	3
<u>Voorlichting</u>	3
<u>Communicatie</u>	3
<u>(Adjuvante) behandeling na initiële behandeling</u>	4
<u>Follow-up</u>	5
<u>Medisch technisch</u>	5
<u>Voorlichting</u>	5
<u>Communicatie</u>	6
<u>Referenties</u>	7
<u>Bijlagen</u>	8
<u>Disclaimer</u>	11

Algemeen

Voor een juist begrip van diagnostiek en behandeling van trofoblast ziekten is het belangrijk deze aandoeningen te verdelen in twee groepen, namelijk de molazwangerschap en persisterende trofoblastziekte.

Molazwangerschap

Eén op de 1000 zwangerschappen in Nederland is een molazwangerschap. Een molazwangerschap is een histologische diagnose, waarbij er hydropische villi en trofoblasthyperplasie met atypie gevonden worden. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen een complete en incomplete of partiële mola.

Tabel 1 . Kenmerken van Complete en partiële zwangerschappen

Kenmerken	Complete mola	Partiële mola
Karyotype	diploïd 46 XX (15% 46 XY) uitsluitend paternaal	triploïd 69 XXY/XXX/XXY paternaal en maternaal
Histopathologie		
Macroscopisch Microscopisch	hydropische zwelling van alle vlokken; geen embryonale structuren hyperplasie van syncytio- en cytotrofoblast; vacuolisatie; atypie	hydropische zwelling van een gedeelte van de vlokken;embryonale structuren irregulaire hyperplasie van voornamelijk syncytiotrofo-blast; invaginaties (inclusies); vruchtdelen en/of kernhoudende bloedcellen
Kliniek	wisselende dyscongruentie; vaak hoge hCG waarden met langzame verdwijning	negatieve dyscongruentie; relatief lage hCG waarden met verdwijning in gemiddeld 10 weken
Persisteren	ca. 15%	ca. 2%
Frequentie	1:2000 zwangerschappen	1:20.000 zwanger-schappen

Persisterende trofoblast

Een persisterende trofoblast tumor ontwikkelt zich meestal uit een molazwangerschap, maar kan ook ontstaan na een à terme zwangerschap of miskraam. Voor achtergrondinformatie over pathologisch-anatomische diagnosen (zie [bijlage 1](#)). Zowel bij de molazwangerschap als bij de persisterende trofoblastziekte wordt een verhoogd serum hCG gevonden. Beiden zijn te genezen in 85-100% van de gevallen, zelfs bij uitgebreide (gemetastaseerde) ziekte.

Woord van aanbeveling

De richtlijnen gynaecologische tumoren zijn gemaakt binnen de commissie gynaecologische oncologische richtlijnen van de WOG (voor samenstelling van de commissie zie [bijlage 2](#)). Dit is een multidisciplinair samengestelde commissie, waarvan de leden uit alle IKC-regio's afkomstig zijn. Er is gewerkt op basis van consensus. De meest recente literatuur is gehanteerd. De richtlijnen zijn in alle regio's besproken. Tevens zijn zij aan alle NVOG leden ter goedkeuring voorgelegd. De richtlijnen hebben een adviserend karakter. De Commissie Richtlijnen Gynaecologische Oncologie past de teksten van de richtlijnen zonodig jaarlijks aan.

Diagnostiek

Medisch technisch

Anamnese

Omdat een mola door veelvuldig gebruik van echoscopie in de zwangerschap tegenwoordig meestal reeds vroeg in de zwangerschap wordt vastgesteld, hoeven er geen symptomen aanwezig te zijn.

Later in de zwangerschap kunnen alle subjectieve en objectieve zwangerschapskenmerken zich voordoen, waarbij de subjectieve kenmerken in verhevigde mate (hyperemesis gravidarum, mastopathie) aanwezig kunnen zijn als gevolg van de excessieve hCG concentraties in het bloed. Symptomen passend bij (vroeg) pre-eclampsie kunnen zich eveneens voordoen. Voor het tijdperk van de vroege echoscopie was vaginaal bloedverlies, later soms gepaard gaande met het verlies van blaasjes, een veel voorkomend symptoom.

Onderzoek (zie [bijlage 3](#))

Bij gynaecologisch onderzoek kunnen de volgende afwijkingen gevonden worden:

- Positieve discongruentie bij complete mola hydatidosa
- Soms bilateraal vergrote ovaria
- Algemeen lichamelijk onderzoek: dit zal in de regel niet afwijkend zijn

Laboratoriumonderzoek (zie [bijlage 4](#))

- hCG-gehalte in het serum
- Hb, leucocyten en trombocyten
- lever- en nierfuncties

Beeldvormende diagnostiek (zie [bijlage 5](#))

Echoscopie

Pathologie

De histopathologische afwijkingen die gezien kunnen worden zijn samengevat in [Tabel 1](#).

Behandeling

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

Medisch technisch

De belangrijkste therapie van een mola zwangerschap bestaat uit het zo snel en zo adequaat mogelijk doen van een zuigcurettage (zie [bijlage 7](#)), bij voorkeur onder echoscopische controle.

Ondersteunende zorg

Psychosociale ondersteuning is noodzakelijk. De oncologieverpleegkundige kan hierin een rol spelen.

Voorlichting

De patiënte wordt voorgelicht over de aard van de afwijking, de behandeling en de prognose. Tevens wordt zij geïnformeerd over de noodzaak tot goede anticonceptie in de follow-up periode tot 6 maanden na normalisatie van hCG, in geval van een complete mola.

Bij de voorlichting kan tevens gebruik gemaakt worden van de [voorlichtingsfolder van de NVOG](#).

Communicatie

Bij histologische bevestiging van mola

Aanmelding, met in de patiëntenstatus gedocumenteerde toestemming van de patiënte, geschiedt via het aanmeldingsformulier (zie [bijlage 6](#)), dat ook verkrijgbaar is bij Centrale Molaregistratie Nederland (CMR, Universitair Medisch Centrum Nijmegen, Afdeling Obstetrie/Gynaecologie, 791 GYN, Postbus 9101, 6500 HB, Nijmegen, tel. 024-3614725 registratie@obgyn.umcn.nl). Na aanmelding wordt een hCG regressie curve toegestuurd en krijgt u terugkoppeling vanuit de CMR.

Bij twijfel over de diagnose mola of bij differentiaal diagnostische problemen tussen een partiële mola en hydropische degeneratie wordt medebeoordeling van een in deze aandoeningen gespecialiseerde patholoog geadviseerd.

(Adjuvante) behandeling na initiële behandeling

Het geven van adjuvante chemotherapie heeft geen bewezen overlevingsvoordeel en dient derhalve niet gegeven te worden. Zie ook [bijlage 8](#) voor adjuvante behandeling.

Follow-up

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

Medisch technisch

Het serum hCG dient voorafgaande aan de evacuatie en daarna wekelijks gecontroleerd te worden tot het hCG is genormaliseerd in 3 opeenvolgende bepalingen. Vervolgens dient het hCG gedurende 6 maanden eenmaal per maand gecontroleerd te worden. Teneinde de hCG-uitslagen te kunnen beoordelen aan de hand van de hCG-regressiecurve moeten deze bepaling geschieden in Nijmegen. Daartoe wordt 5 mL serum voor hCG-bepaling opgestuurd naar de afd. Chemische Endocrinologie, 479 ACE, UMC St Radboud, Geert Grooteplein 8, 6525 GA, Nijmegen. HCG bepaling in het eigen ziekenhuis geeft in het algemeen wel een snellere uitslag, maar heeft als nadeel dat het hCG-belooft daarmee niet aan de hand van de regressiecurve kan worden beoordeeld.

De leidraad voor de evaluatie van het beloop c.q. normalisatie van het hCG is de hCG-regressiecurve, opgesteld namens de sectie Trofoblasttumoren van de WOG. Deze hCG regressiecurve is gevalideerd en gebaseerd op waarden bepaald in het UMC St Radboud. (Yedema e.a.) Overleg is mogelijk via de CMR of via e-mail: wt@nvog.nl.

Zie [bijlage 9](#) voor instructies voor het gebruik van de grafiek van de Nijmeegse hCG-regressiecurve.

[Excel-bestand](#) met grafiek van de hCG-regressiecurve (alléén te gebruiken met vanuit Nijmegen verkregen hCG-waarden!).

Normalisatie van het hCG treedt in het algemeen binnen 16-20 weken na evacuatie op. Na evacuatie van de mola is het hCG-gehalte na 11 weken in 50% van de gevallen en na 19 weken in 90% van de gevallen genormaliseerd. Indien gedurende 6 maanden na normalisatie het hCG beneden de normaalwaarden blijft is een nieuwe zwangerschap verantwoord, terwijl dit reeds direct nagestreefd mag worden bij normalisatie na een partiële mola. De kans dat zich een persisterende trofoblast dan wel choriocarcinoom ontwikkelt is ca. 15%. Vroegtijdige herkenning leidt in de overgrote meerderheid der gevallen tot genezing met behulp van chemotherapie. Zie verder bij de [richtlijn persisterende trofoblast en choriocarcinoom](#).

The American College of Obstetricians and Gynecologists adviseert hCG controles gedurende 6 a 12 maanden na normalisatie van het hCG. Een recente studie waarbij 320 patiënten na een molazwangerschap zijn vervolgd meldt dat geen van de patiënten na normalisatie van het hCG een persisterende trofoblast ontwikkelde. In een soortgelijke Nederlandse studie wordt in 265 patiënten na een spontane regressie van het hCG slechts 1 recidief gevonden⁸.

Geadviseerd wordt om bij de op de mola volgende zwangerschap vroegtijdig een echoscopie te verrichten en circa 6 weken na beëindiging van de zwangerschap één maal een hCG-bepaling te verrichten. Over de noodzaak van histologisch onderzoek van de placenta bestaat geen consensus en dit wordt daarom niet geadviseerd.

De kans op een tweede mola hydatidosa in een volgende zwangerschap is ongeveer 10x verhoogd ten opzichte van de situatie na een normale zwangerschap, namelijk 1%. Een tweede mola heeft een sterk verhoogde neiging, namelijk in 50% der gevallen, tot persisteren. Behoudens de iets verhoogde kans op opnieuw een mola is er bij een volgende zwangerschap géén verhoogde kans op miskraam c.q. vroeggeboorte, noch op aangeboren afwijkingen.

Voorlichting

Patiënte dient geïnformeerd te worden over de procedure, het belang en de beperkingen van de follow up. Na normalisatie van het hCG dient voor patiënten met een complete mola een zwangerschap vermeden te worden gedurende een periode van 6 maanden. Anticonceptie wordt derhalve dringend aanbevolen voor die periode. Een uitzondering kan gemaakt worden voor partiële mola; na hCG normalisatie volgend op een partiële mola is zwangerschap direct verantwoord. Patiënte dient voorgelicht te worden over de te verwachten kans op een normale volgende zwangerschap.

Communicatie

Bij stijging of onvoldoende daling van het hCG of twijfel daarover wordt overleg geadviseerd via wt@nvog.nl.

Referenties

1 - M.J. ten Kate-Booij

M.J. ten Kate-Booij, R.H.M. Verheijen, L.F.A.G. Massuger, C.A.R. Lok en N.E. van Trommel. Trofoblastziekten. Ned Tijdschr Geneeskd 2008;152:2219-24

2 - V. Soto- Wright

V. Soto- Wright, M. Bernstein, D.P. Goldstein et al. The changing clinical presentation of complete molar pregnancy. [Obstet. Gynecol 1995;86:775](#)

3 - R.S. Berkowitz

R.S. Berkowitz, Z.S. Tuncer, M.R. Bernstein, D.P. Goldstein. Management of gestational trophoblastic diseases: subsequent pregnancy experience. [Semin. Oncol. 2000;27:678](#)

4 - K.A. Yedema

K.A. Yedema, R.H. Verheijen, P. Kenemans, C.P. Schijf, G.F. Borm, M.F. Segers, C.M. Thomas. Identification of patients with persistent trophoblastic disease by means of a normal human chorionic gonadotropin regression curve. [Am. J. Obstet. Gynecol. 1993;168:787](#)

5 - DS Kim

DS Kim, KT Moon, YJ Moon, YY Hwang. Effects of prophylactic chemotherapy for persistent trophoblastic disease in patients with complete hydatiform mole. [Obstet Gynecol 1986;67:690](#)

6 - C.M. Feltmate

C.M. Feltmate, J. Batorfi, V. Fulop, D. Goldstein, J. Doszpod, R.S. Berkowitz. Human chorionic Gonadotropin follow-up in patients with molar pregnancy: time for reevaluation. [Obstet Gynaecol 2003;101:732](#)

7 - J.T. Soper

J.T. Soper. Gestational Trophoblastic Disease. [Obstet Gynecol 2006; 108:176](#)

8 - L.G. Kerkmeijer

L.G. Kerkmeijer, S. Wielsma, L.F. Massuger, F.C. Sweep, C.M. Thomas. Recurrent gestational trophoblastic disease after hCG normalization following hydatidiform mole in The Netherlands. [Gynecol Oncol 2007; 106:142](#)

Bijlagen

1. Pathologisch-anatomische diagnoses

Pathologisch-anatomische diagnoses

Histopathologisch worden de volgende tumoren onderscheiden:

- a. De villose tumoren (chorion villi aanwezig): complete (= klassieke) mola en partiële mola
- b. De non-villose tumoren: choriocarcinoom en placental site trofoblastic tumoren

Met behulp van flow-cytometrie en immunohistochemische analyse (p57kip2) zijn mola hydatidosa, partiële mola en hydropische miskraam van elkaar te differentiëren.

In de literatuur worden de volgende histopathologische diagnoses gebruikt in het kader van de trofoblastziekten: aan de ene zijde van het spectrum staat de mola hydatidosa, aan de andere zijde de maligne varianten de persisterende invasieve trofoblasttumoren, het choriocarcinoom en de placental site trofoblast tumor. Een mola zwangerschap ontstaat altijd uit placentavlokken en derhalve moet hieraan een conceptie en zwangerschap vooraf zijn gegaan. Choriocarcinoom wordt in de meerderheid van de gevallen voorafgegaan door een mola hydatidosa maar kan ook optreden na een normale zwangerschap of zelfs los daarvan als een kiemceltumor (zie aldaar). Placental site trofoblast tumoren en de nog veel zeldzamere epitheloide trofoblastaire tumoren treden eigenlijk alleen op na een voldragen zwangerschap; zij zijn zeer zeldzaam en worden hier verder niet besproken. Omdat in het huidige tijdsgewricht alleen het persisteren van het serum hCG gehalte de diagnose persisterende trofoblast tumor bepaalt, zal de onderliggende PA diagnose veelal niet bekend zijn.

2. Commissie

Commissieleden WOG Commissie Richtlijnen Gynaecologische Oncologie

Voorzitter:

W.J. van Driel, gynaecologisch oncoloog

Leden:

M.E.L. van der Burg, internist-oncoloog

C.L. Creutzberg, radiotherapeut-oncoloog

H. Hollema, patholoog

I.M. Jürgenliemk-Schulz, radiotherapeut-oncoloog

G.G. Kenter, gynaecoloog

R.F.P.M. Kruitwagen, gynaecologisch oncoloog

L.C.H.W. Lutgens, radiotherapeut-oncoloog

L.F.A.G. Massuger, hoogleraar

M.J.E. Mourits, gynaecologisch oncoloog

P.B. Ottevanger, internist-oncoloog

E. Pras, radiotherapeut-oncoloog

B.F.M. Slangen, gynaecologisch oncoloog

E.M. van der Steen-Banasik, radiotherapeut-oncoloog

B. van Triest, radiotherapeut-oncoloog

J. van der Velden, gynaecologisch oncoloog

P.O. Witteveen, internist-oncoloog

Extra leden:

A.C. Ansink, gynaecologisch oncoloog

M.J. ten Kate-Booij, gynaecologisch oncoloog

C.P.T. Schijf, gynaecologisch oncoloog

R.H.M. Verheijen, gynaecologisch oncoloog

3. Onderzoek

Onderzoek

De in het verleden wel beschreven typische positieve discongruentie hoeft zeker niet aanwezig te zijn, al was het alleen maar vanwege het feit dat vroeg zal zijn vastgesteld dat de zwangerschap abnormaal

verloopt. Wordt wel een langere amenorrhoe bereikt dan valt juist de wisselende grootte van de uterus op. Bij het dan niet kunnen detecteren van foetale hartactie, ondanks aanwezigheid van subjectieve zwangerschapskenmerken, rijst de verdenking op een mola hydatidosa.

4. Laboratoriumonderzoek

Laboratoriumonderzoek

Het hCG is een placentair glycoproteïne bestaande uit een alpha- en een betaketten. In de lengte van de beta-keten onderscheidt het hCG zich van hormonen zoals LH, FSH en TSH. Alle moderne testen voor hCG richten zich dan ook specifiek op deze beta-keten via welke het gehalte aan (intact) hCG wordt bepaald, zodat kruisreactie nagenoeg uitgesloten is. Voorts dienen hCG-testen, gebruikt bij de diagnostiek van trofoblasttumoren, niet alleen het complete intacte hCG te meten doch tevens de vrije betaketens mee te bepalen, welke verantwoordelijk kunnen zijn voor 15% van de immunoactiviteit bij een trofoblasttumor.

Naast testen die gebruik maken van radioactieve labels (RIA, IRMA) bestaan er ook testen die niet-radioactieve methoden gebruiken (ELISA, IFMA). De hCG concentratie wordt als regel uitgedrukt in internationale eenheden (IU) refererend aan een der WHO standaarden. De thans meest gebruikte standaarden zijn de 2e en 3e International Reference Preparation for hCG (IRP-hCG). De Nederlandse hCG regressiecurve na een molazwangerschap, is gebaseerd op de Nijmeegse hCG test, die uitgaat van de 1^e International Reference Preparation for hCG. Van belang is dat de uitkomsten van de verschillende testen niet zonder meer met elkaar vergelijkbaar zijn en dus zeker niet bij één en dezelfde patiënte door elkaar gebruikt mogen worden!

5. Beeldvormende diagnostiek

Echoscopie

Echoscopisch wordt een beeld gezien van wisselend grote transsoniteiten in tamelijk echorijk weefsel in het cavum uteri, dat trilt bij kloppen op het abdomen van de patiënte. Dit is nagenoeg pathognomonisch voor een mola hydatidosa. Men moet erop bedacht zijn dat bij het vinden van een (intacte) foetus een (partiële) mola hydatidosa niet is uitgesloten. Veelal zal echter geen foetale hartactie gezien worden.

6. Aanmeldingsformulier CMR

Het aanmeldingsformulier CMR kunt u [hier](#) downloaden.

7. Zuigcurettage

Zuigcurettage

Zogenaamde priming of dilatatie met zwellende stiften van de cervix voorafgaande aan de curettage is niet nodig en moet afgeraden worden. Overigens wordt elk gebruik van prostaglandinen en ook van oxytocine vóór de curettage afgeraden in verband met de hierdoor mogelijk geïnduceerde hematogene disseminatie.

8. Adjuvante behandeling

Adjuvante behandeling

Adjuvante chemotherapie met en eenmalige toediening van methotrexaat en leucovorin verkleint het risico op een persisterende trofoblast. Indien er echter sprake is van een persisterende trofoblast na adjuvante behandeling, blijkt zich vaker therapieresistentie ontwikkeld te hebben, in die zin dat meer kuren noodzakelijk zijn bij voorbehandelde patiënten t.o.v. niet voorbehandelde patiënten.

Er wordt geen verschil in remissiepercentages van persisterende trofoblastziekte gevonden tussen wel of niet adjuvant behandelde mola patiënten. Daarom is adjuvante behandeling niet geïndiceerd.

In Nederland wordt (pas) in geval van onvoldoende daling van het hCG, dus bij peristerende trofoblast, gestadieerd.

9. Instructies gebruik hcgverdwijningscurve

Instructies voor het gebruik van de grafiek van de Nijmeegse hCG-verdwijningscurve

Indien er een nieuwe patiënte is met een mola-graviditeit dient eerst het algemene bestand 'Mola' te worden geopend. Dit is een alleen-lezen-bestand, en kan dus niet onder dezelfde naam worden opgeslagen.

Vervolgens moeten naam, geboortedatum, patiëntnummer, molanr, evacuatiedatum worden ingevuld.

Hierna

worden de andere data automatisch gegenereerd.

Nu kan bij de juiste datum het hCG worden ingevuld. Op het Grafiek-blad wordt deze dan automatisch weergegeven, bij meerdere data als een lijn.

Uiteindelijk moet het bestand worden opgeslagen:

Klik op de werkbalk op het diskette-symbool (of klik Bestand-Opslaan). U wordt nu om een naam gevraagd. Type hier het nummer van de patiënt in en klik op OK. Om nu het bestand via het Mola-window te kunnen openen, moet u eerst het Mola-window openen. Klik nu op Bestand-Nieuw-Programma-OK-Bladeren, klik links-onder bij 'Bestandstypen' op 'Alle bestanden' en klik op het zojuist opgeslagen bestand (is C:\mola\??????.xls), daarna op OK en nogmaals op OK.

Disclaimer

Disclaimer:

De informatie op de website www.oncoline.nl en op afgeleide producten van deze website is met de grootst mogelijke zorgvuldigheid samengesteld. Het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) sluit iedere aansprakelijkheid voor de opmaak en de inhoud van de richtlijnen alsmede voor de gevolgen die de toepassing van de richtlijnen in de patiëntenzorg mocht hebben uit. Het IKNL stelt zich daarentegen wel open voor attendering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van de richtlijnen. Men neme daartoe contact op met de IKNL middels e-mail: oncoline@iknl.nl

Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen bevatten aanbevelingen van algemene aard. Het is mogelijk dat deze aanbevelingen in een individueel geval niet van toepassing zijn. Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen waardoor het wenselijk is dat in het belang van de patiënt van de richtlijn wordt afgeweken. Wanneer van een richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd gedocumenteerd te worden. De toepasbaarheid en de toepassing van de richtlijnen in de praktijk is de verantwoordelijkheid van de behandelende arts.

Houderschap richtlijn

De houder van de richtlijn moet kunnen aantonen dat de richtlijn zorgvuldig en met de vereiste deskundigheid tot stand is gekomen. Onder houder wordt verstaan de verenigingen van beroepsbeoefenaren die de richtlijn autoriseren. Het IKNL draagt zorg voor het beheer en de ontsluiting van de richtlijn.

Intellectuele eigendomsrechten

De intellectuele eigendomsrechten met betrekking tot de site www.oncoline.nl en afgeleide producten van deze website berusten bij het IKNL en houder van de richtlijn. Het is de gebruiker van deze site niet toegestaan de inhoud van richtlijnen (gedeeltelijk) te verveelvoudigen en/of openbaar te maken, zonder de uitdrukkelijke schriftelijke toestemming van het IKNL en houder van de richtlijn. U kunt een verzoek voor toestemming richten aan het IKNL, Postbus 19079, 3501 DB Utrecht. Het IKNL behandelt dit verzoek samen met de relevante houder van de richtlijn.

Het is toegestaan een deeplink op te nemen op een andere website naar de website www.oncoline.nl of naar richtlijnen op deze website. Tevens mag de informatie op deze internetsite wel worden afgedrukt en/of gedownload voor persoonlijk gebruik.

Externe links

De website www.oncoline.nl en afgeleide producten van deze website bevatten links naar websites die door andere partijen dan het IKNL worden aangeboden. Deze links zijn uitsluitend ter informatie. Het IKNL heeft geen zeggenschap over deze websites en is niet verantwoordelijk of aansprakelijk voor de daarop aangeboden informatie, producten of diensten.

Bescherming persoonsgegevens

Door gebruikers verstrekte persoonsgegevens ten behoeve van de mailservice of de inlogmogelijkheid van <http://www.oncoline.nl/> zullen door het IKNL vertrouwelijk worden behandeld. Gegevens zullen niet worden verstrekt aan derden.