Sectio caesarea bij à terme stuitligging? Evaluatie van beleidsverandering na de Term Breech Trial

G.H.M.VERBURGT[1], R. DE VOS[3], D.N.M. PAPATSONIS[2] EN M.J. TEN KATE- BOOIJ[2]

1 KLINISCH VERLOSKUNDIGE, AMPHIA ZIEKENHUIS BREDA, AFDELING OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE

2 GYNAECOLOOG, AMPHIA ZIEKENHUIS BREDA, AFDELING OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE

3 KLINISCH EPIDEMIOLOOG, ACADEMISCH MEDISCH CENTRUM, UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM, AFDELING KLINISCHE EPIDEMIOLOGIE EN BIOSTATISTIEK

INLEIDING

Stuitligging komt voor in ongeveer drie tot vier procent van de à terme zwangerschappen.[1] In Nederland was het beleid bij een stuitbevalling erop gericht de bevalling vaginaal te laten verlopen, tenzij er een medische reden was voor een primaire sectio caesarea. Zo luidde in 1998 de NVOG-richtlijn over stuitligging:
'het routinematig uitvoeren van een sectio caesarea enkel en alleen op indicatie van een stuitligging is ongewenst.[2] In oktober 2000 werd de Term Breech Trial van Hannah et al. gepubliceerd.[3] De studie toonde aan dat een primaire sectio caesarea bij stuitligging een significant lagere neonatale morbiditeit en mortaliteit gaf (relatief risico 0.33; 95% betrouwbaarheidsinterval 0.19–0.56). Er werd geen verschil gevonden in ernstige maternale morbiditeit en mortaliteit. De studie werd nogal bekritiseerd o.a. vanwege het lage percentage geïncludeerde vrouwen in sommige centra en het ontbreken van gegevens van niet geïncludeerde vrouwen. Selectiebias was daarom niet uit te sluiten. In juli 2001 werd naar aanleiding van de uitkomsten van de trial de richtlijn 'stuitligging' van de NVOG aangepast door het schrappen van bovengenoemde regel. Dit liet de mogelijkheid open voor een vaginale stuitbevalling, maar impliciet suggereerde de richtlijn dat het uitvoeren van een sectio caesarea enkel op indicatie stuitligging verdedigbaar was. Uit de Landelijke Verloskundige Registratie 2e lijn (LVR-2) blijkt dat in het eerste jaar na publicatie van de trial het percentage primaire sectio caesarea bij à terme eenlingzwangerschappen in stuitligging was toegenomen tot 61 percent.[4-5] Een sectio caesarea is niet zonder meer een veilige vorm van bevallen. Uit studies is gebleken dat een eerdere sectio caesarea een verhoogde maternale en neonatale morbiditeit en mortaliteit geeft in een volgende zwangerschap (o.a. uterusruptuur, placenta praevia/ increta).[6-11] Wij onderzochten in de regio Breda-Oosterhout in hoeverre de aangepaste NVOG-richtlijn wordt opgevolgd en wat de uitkomsten zijn van een à terme stuitbevalling.

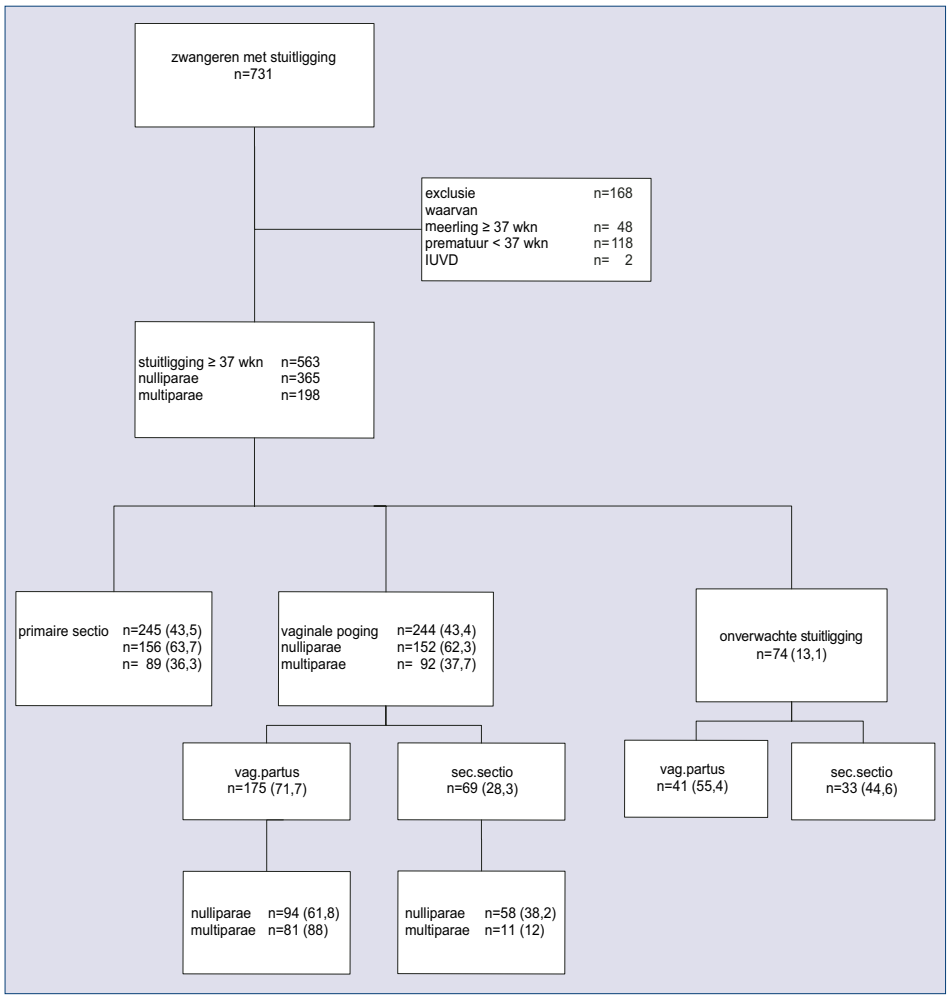
PATIËNTEN EN METHODEN

Ter evaluatie van de beleidsverandering rondom de NVOG-richtlijn 'stuitligging' voerden wij een retrospectief cohort onderzoek uit van alle à terme eenlinggeboorten in stuitligging in het Amphia Ziekenhuis te Breda-Oosterhout, van 1 januari tot en met 31 december 1999, de periode *voor* de Term Breech Trial, en van 1 januari 2002 tot en met 31 december 2003, de periode *na* de Term Breech Trial en na de aanpassing van de NVOG-richtlijn 'stuitligging'. Gegevens uit het jaar 2000 en 2001 zijn buiten beschouwing gelaten, omdat dit publicatiejaren waren van respectievelijk de Term Breech Trial en de aangepaste richtlijn en wij de lange termijneffecten van de aanpassing wilden meten.
Patiënten werden geïdentificeerd aan de hand van de ziekenhuisdatabase MOSOS en de Landelijke Verloskundige Registratie 2e lijn (LVR-2). Bevallingen werden gecategoriseerd als primaire sectio caesarea en geplande vaginale poging. Vaginale poging werd onderscheiden in vaginale partus en secundaire sectio caesarea. Primaire sectio caesarea's werden gepland bij een amenorroeduur van 38–39 weken, waarbij de ligging van het kind echografisch werd gecontroleerd. De primaire sectio caesarea vond plaats onder spinaalanesthesie (95,5%) en bij uitzondering onder algehele narcose (4,5%). Indien voor de geplande datum van de primaire sectio caesarea patiënte in partu kwam of gebroken vliezen kreeg, werd aansluitend overgegaan tot het verrichten van een primaire sectio caesarea.
Voor de dataverzameling werden alle medische dossiers en de hierin vermelde gegevens, zoals wijze van bevallen, demografische gegevens en maternale en neonatale gezondheidsuitkomsten gebruikt. Neonatale uitkomsten waren: Apgarscore, pH en het zuurbase evenwicht. Een Apgar < 7 na 5 minuten werd als neonatale complicatie gedefinieerd.

De pH en het zuurbase-evenwicht werden verdeeld in twee categorieën: arteriële pH (pHa) < 7.0 en pHa 7.0-7.10 en Basentekort (BE) van >15 mmol/l en 10-15 mmol/l. Geboortetrauma's werden geëvalueerd zoals, laesie van de plexus brachialis, intracraniële bloeding, claviculafractuur of humerusfractuur. Opnames op de afdeling Neonatologie met indicatie 'slechte start' werden geanalyseerd. Slechte start werd gedefinieerd wanneer een volgens de kinderarts dusdanige klinische conditie van de neonaat direct postpartum opname noodzakelijk maakte. Bij ontslag werd bepaald voor welke neonaat naast het standaardonderzoek van de heupen, extra nazorg noodzakelijk was.
Maternale morbiditeitsparameters waren: (sub)totaalruptuur van het perineum, geschat bloedverlies ≥ 1000 ml, trombo-embolische complicaties, wondinfectie, antibioticatoediening (meer dan eenmalige gift), nacurettage i.v.m. placentarest en een opnameduur > 5 dagen op moederlijke indicatie.[12] Complicaties tijdens de sectio caesarea, zoals blaaslaesie en overige complicaties werden geëvalueerd.

ANALYSE

Ter evaluatie van de beleidsverandering werden de percentages primaire sectio caesarea, vaginale poging resulterend in een vaginale partus of secundaire sectio caesarea met elkaar vergeleken. Daarna werden de medische indicaties voor primaire en secundaire sectio caesarea in verband gebracht met de aanpassing van de richtlijn. Verschillen in proporties tussen de onderzoeksperioden 1999, 2002 en 2003 werden geanalyseerd met behulp van de Chi-kwadraattoets (SPSS 11.0, Chicago USA).
Ter evaluatie van het risicoverschil tussen een primaire sectio caesarea en een vaginale poging, werden de absolute verschillen in proporties berekend met het 95% betrouwbaarheidsinterval (CIA 2.0.0. Southampton UK 2000). Een p-waarde < 0,05 (tweezijdig getoetst) werd als significant beschouwd.



Figuur 1. Vrouwen naar voorgenomen wijze van bevallen bij de á terme stuitligging (%).

kenmerk totaal n=563	primaire sectio n=245	vaginale poging n=244	p-waarde #
	n (%)	n (%)	
– leeftijd moeder			
< 35 jaar	178 (73)	191 (78)	
≥ 35 jaar	67 (27)	53 (22)	
– pariteit			
nullipara	156 (64)	152 (62)	
multipara	89 (36)	92 (38)	
– amenorrhoeduur			
< 41 weken	244 (99,6)	235 (96,3)	
≥ 41 weken	1 (0,4)	9 (3,7)	p < 0,01
– type stuitligging			
onvolkomen	191 (78)	190 (78)	
volkomen	48 (20)	47 (19)	
anders	6 (2)	7 (3)	
– geboortegewicht			
< 2500gr	10 (4)	21 (9)	
2500-4000gr	215 (88)	208 (85)	
> 4000gr	20 (8)	15 (6)	

Tabel 1. Kenmerken van zwangeren met een a terme stuitligging onderverdeeld in primaire sectio en geplande vaginale poging.
 # niet significant tenzij vermeld. (%)

RESULTATEN

Over de periode van drie jaar werden in het Amphia ziekenhuis in totaal 731 kinderen geboren in stuitligging (figuur 1). Geëxcludeerd werden 168 zwangere vrouwen wegens meerlingzwangerschap (n=48), prematuriteit (n=118) en intra-uteriene vruchtdood (n=2). De analyse betrof in totaal 563 à terme eenlingen in stuitligging, waarvan 365 nulliparae en 198 multiparae.
245 (43,5%) vrouwen ondergingen een primaire sectio caesarea, waarvan 156 nulliparae (63,7%) en 89 multiparae (36,3%). Een geplande vaginale poging vond plaats bij 244 vrouwen (43,4%), waarvan 152 nulliparae (62,3%) en 92 multiparae (37,7%). Bij 74 vrouwen (13.1%) ging het om een durante partu gediagnostiseerde stuitligging .Van deze 74 vrouwen met een onverwachte stuitligging eindigden 41 (55,4%) pogingen in een vaginale partus en 33 (44,6%) in een secundaire sectio. Deze onverwachte stuitliggingen zijn in de verdere analyses buiten beschouwing gelaten.
Van de 244 geplande vaginale pogingen eindigden er 175 (71,7%) in een vaginale partus, waarvan 94 nulliparae (53,7%) en 81 multiparae (46,3%) en de overige 69 (28,3%) in een secundaire sectio, waarvan 58 nulliparae (84%) en 11 multiparae (16%) (figuur 1). De demografische kenmerken van de zwangere vrouwen die een primaire sectio caesarea of een vaginale poging ondergingen, staan vermeld in tabel 1.
Na de aangepaste NVOG-richtlijn steeg het percentage primaire sectio caesarea van 27% in 1999 naar 52% in 2002; het bedroeg 48% in 2003. Het patroon van de vaginale poging over die periode was tegengesteld. Het percentage vaginale partus na counseling voor een geplande vaginale poging steeg van 64% in 1999 naar 68% in 2002 en naar 83% in 2003 en het percentage secundaire sectio caesarea daalde van 36% in 1999 naar 32% in 2002 en naar 17% in 2003.
Na het aanpassen van de NVOG-richtlijn in 2001 is de indicatie voor de primaire sectio significant gewijzigd wat betreft 'wens van de vrouw en hoogstaande stuit'. De indicatie 'wens van de vrouw' nam significant toe en de indicatie 'hoogstaande stuit' nam significant af (tabel 2).
De indicatie voor een secundaire sectio caesarea veranderde niet, behalve voor de niet-vorderende ontsluiting en/of indaling. Deze is van 1999 tot 2003 significant gedaald van 52 naar 17% (tabel 3).
Wat betreft de neonatale morbiditeit is er een significant verschil voor pHa 7.0-7.1 en basentekort (BE) 10–15 mmol/l, ten gunste van de primaire sectio caesarea (figuur 2). De verschillen zijn niet significant voor extreem lage pH (pHa < 7,0) en BE > 15 mmol/l. Het verschil in percentuele maternale morbiditeit is gelijk voor beide groepen, behalve voor geschat bloedverlies ≥ 1000 ml en opname langer dan vijf dagen op maternale indicatie, welke significant hoger waren bij de primaire sectio caesarea dan bij de vaginale poging.

indicatie	1999 (n=43) n(%)	2002 (n=98) n(%)	2003 (n=104) n(%)	p-waarde #
wens vrouw	6 (14)	70 (71)	70 (67)	p < 0,01
maternale indicatie				
bekkenpathologie	11 (26)	10 (10)	7 (7)	
status na sectio	6 (14)	2 (2)	7 (7)	
hoogstaande stuit	9 (21)	4 (4)	1 (1)	p < 0,01
maternale conditie	3 (7)	2 (2)	4 (4)	
anamnese	2 (5)	2 (2)	2 (2)	
foetale indicatie				
hoofdomtrek > p 95	3 (7)	4 (4)	9 (9)	
gewicht < p5	2 (5)	2 (2)	1 (1)	
andere reden	1 (2)	2 (2)	3 (3)	

Tabel 2. Indicaties voor primaire sectio per jaar (n=aantal primaire sectio's bij stuitligging per jaar) periode voor en na aanpassing NVOG richtlijn vergeleken.
 # niet significant tenzij vermeld. (%)

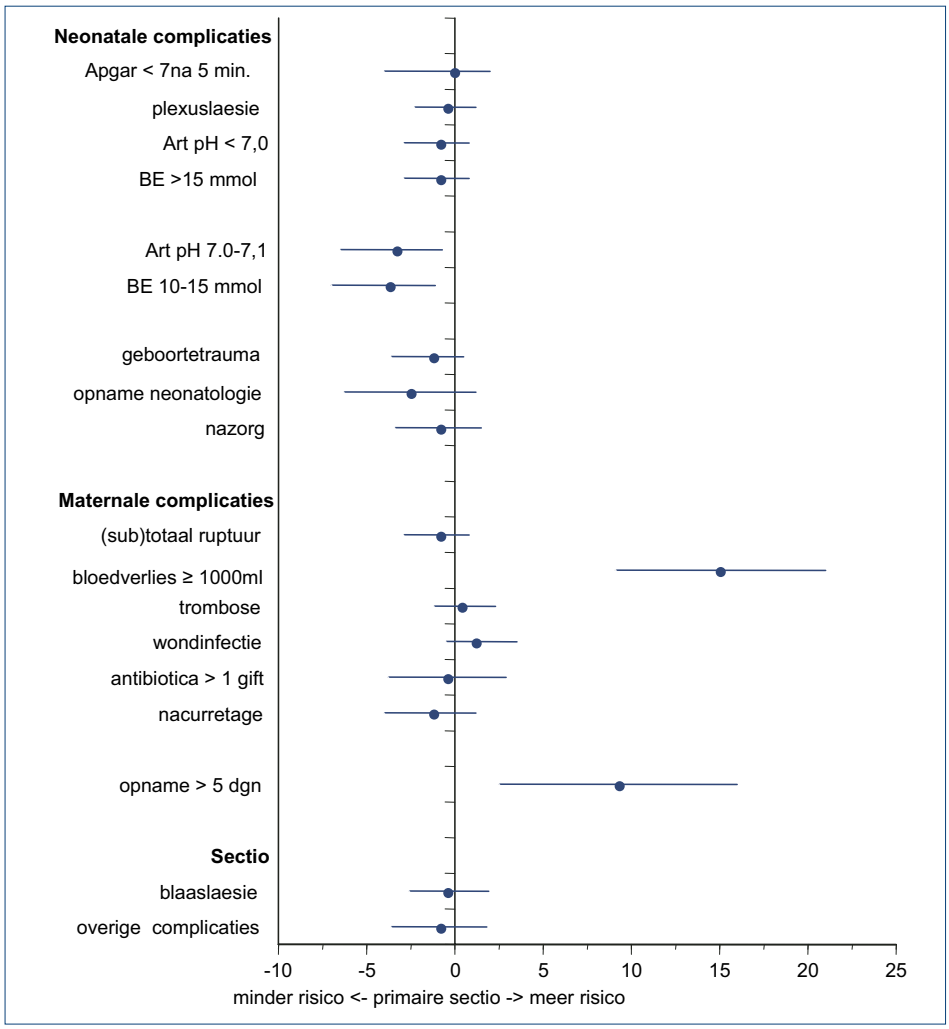
indicatie	1999 (n=42) n(%)	2002 (n=31) n(%)	2003 (n=29) n(%)	p-waarde #
alsnog wens vrouw	0	5 (16)	4 (14)	
maternale indicatie				
niet vorderende ontsluiting	22 (52)	9 (29)	5 (17)	p < 0,01
niet vorderende uitdrijving	15 (36)	12 (39)	9 (31)	
foetale indicatie				
foetale indicatie	3 (7)	3 (10)	6 (20)	
uitgezakte navelstreng	2 (5)	1 (3)	2 (7)	
andere reden	0	1 (3)	3 (10)	

Tabel 3. Indicaties voor secundaire sectio per jaar (n=aantal secundaire sectio's bij stuitligging per jaar) periode voor en na aanpassing NVOG richtlijn vergeleken.
 # niet significant tenzij vermeld. (%)

DISCUSSIE

Dit onderzoek laat zien dat de aanpassing van de NVOG-richtlijn na de Term Breech Trial in onze kliniek een substantiële beleidsverandering teweegbracht bij de à terme stuitligging. Het percentage primaire sectio is minder hoog (52%) dan gemiddeld in Nederland in dezelfde periode (2002) werd gezien in de LVR-2-registratie (61%). De neonatale morbiditeit na een vaginale poging is gelijk aan die na een primaire sectio, behalve waar het lage arteriële pH-meting en metabole compensatie betrof. Na een primaire sectio waren maternale complicaties, zoals geschat bloedverlies

≥ 1000 ml en opname langer dan 5 dagen, significant hoger.
Het door ons uitgevoerde onderzoek was retrospectief van opzet. Het percentage onverwachte stuitligging in de drie onderzochte jaren was constant (± 13%). In het meest optimale geval zouden ook zwangere vrouwen met een onverwachte stuitligging de mogelijkheid moeten hebben voor een geplande primaire sectio, maar voor een aantal is de baring te ver gevorderd om die keuze nog weloverwogen te kunnen maken. Uitgaande van de veronderstelling dat de maternale en neonatale complicaties onder deze omstandigheden mogelijk anders zijn dan bij een meer geplande bevalling, zijn de uitkomsten van onverwachte stuitligging niet in de analyse opgenomen. Deze studie evalueerde het bestaande beleid in één kliniek. Er zijn ons geen gegevens bekend uit andere vergelijkbare klinieken; het percentage primaire sectio caesarea in ons ziekenhuis is na de richtlijnaanpassing belangrijk lager dan het gemiddelde gemeld in de LVR-2 (61%). Een verklaring kan zijn dat het beleid in de richtlijn ruim is geformuleerd en zowel een primaire sectio als een vaginale poging verdedigbaar is. Uit onze resultaten naar de verschuiving van indicatiestelling door de jaren heen blijkt dat de wens van de vrouw voor een primaire sectio belangrijk is toegenomen. De zwangere vrouw bepaalt zelf mede de keuze van de wijze van bevallen bij een stuitligging.
De overige maternale indicaties voor een primaire sectio vertoonden een daling waarbij de meest opvallende indicaties 'bekken' en 'hoogstaande stuit' waren. Wanneer een zwangere eenmaal kiest voor een primaire sectio worden medische risicofactoren voor een vaginale poging waarschijnlijk minder vaak onderzocht.
Aangezien de primaire sectio caesarea werd gepland rond de à termedatum, is het aantal vrouwen met een amenorroeduur ≥ 41 weken significant lager in de primaire sectio caesarea-groep.
Opvallend in onze resultaten is dat onder zwangere vrouwen met een kind in stuitligging na counseling voor een vaginale poging tot bevallen, het aantal vaginale partus toeneemt en het aantal secundaire sectio's daalt. Deze verschillen zijn niet statistisch significant, maar groot genoeg om te zoeken naar een verklaring. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat er een betere risico selectie is, alvorens een vaginale poging wordt aangegaan. In ons onderzoek zagen we meer neonatale complicaties bij een vaginale poging en meer maternale morbiditeit bij een primaire sectio. Opgemerkt moet worden dat de cijfers van vaginale pogingen de uitkomsten reflecteren van zowel de vaginale partus als de secundaire sectio. In dit licht is het opvallend dat de morbiditeit feitelijk beperkt is. Het risicoverschil rondom zuurbase-evenwicht was significant, maar niet wat betreft extreme lage pH-meting. Alleen daarvan is bekend dat dit leidt tot neurologische, cardiovasculaire en respiratoire complicaties direct post partum.[13] De tendens naar meer neonatale morbiditeit na een vaginale poging moet niet worden gebagatelliseerd, zoals ook blijkt uit eerdere Nederlandse studies.[12,15-17]
De korte termijn maternale complicaties na een primaire sectio werden in onze studie gevonden voor geschat bloedverlies ≥ 1000ml en verlengde opnameduur op moederlijke indicatie. In eerder onderzoek is het toegenomen risico voor moeder en kind in een zwangerschap volgend op een sectio aangetoond.[6-8] Resultaten zoals gevonden in de Term Breech Trial konden in ons onderzoek niet worden bevestigd.[3] De meest recente studie van Hannah, twee jaar na de Term Breech trial, vindt geen lange termijn risicoverschillen in kinderen na primaire sectio of vaginale poging.[14]



Figuur 2. Absolute risicoverschillennaprimairesectioen vaginalepogingtot baring.

CONCLUSIE

Het verrichten van een primaire sectio enkel en alleen op indicatie 'stuitligging' kan in het licht van deze nieuwe informatie uit de Bredase kliniek worden heroverwo-

gen, mede gelet op de kans van verhoogde maternale morbiditeit. Bij een volgende zwangerschap is er voor de vrouw met een sectiolitteken een verhoogde kans op een uterusruptuur of een placenta praevia. Onze resultaten laten zien dat er plaats is voor een vaginale poging bij stuitligging, overigens na goede risicoselectie en voorlichting aan de patiënte.

Literatuur

1. *Hickok DE, Gordon DC, Milberg JA, Williams MA, Daling JR. The frequency of breech presentation by gestational age at birth: a large population-based study. Am.J. Obstet.Gynecol. 1992;166:851-52.*
2. *Richtlijn Stuitligging juli 2001. NederlandseVereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)*
3. *Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet 2000;356:1375-83.*
4. *Molkenboer J.F.M., Bouckaert P.X.J.M., Roumen F.J.M.E. Recent trends in breech delivery in the Netherlands. BJOG 2003;110:948-951*
5. *Stichting Perinatale Registratie Nederland. Bilthoven 2005*
6. *Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: a metaanalysis. Am.J.Obstet. Gynecol. 1997;177:1071-78.*
7. *Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. NEJM 2001;345:3-8.*
8. *van Ham MA, van Dongen PW, Mulder J. Maternal consequences of caesarean section. A retrospective study of intra-operative and postoperative maternal complications of caesarean section during a 10-year period. Eur.J.Obstet. Gynecol. Reprod.Biol.1997;74(1):1-6.*
9. *Irion O, Hirsbrunner Almagbaly P, Morabia A. Planned vaginal delivery versus elective caesarean section: a study of 705 singleton term breech presentations. Br.J.Obstet.Gynaecol. 1998;105(7):710-7.*
10. *Lydon-Rochelle M, Holt VL, Martin DP, Easterling TR. Association between method of delivery and maternal rehospitalization. JAMA 2000;10;283(18):2411-6.*
11. *Schuitemaker N, van Roosmalen J, Dekker G, van Dongen P, van Geijn H,Gravenhorst JB. Maternal mortality after cesarean section in The Netherlands.Acta Obstet.Gynecol. Scand.1997; 76(4):332-4.*
12. *Reijnders E.P.J. en Roumen F.J.M.E. Meer matige neonatale morbiditeit bij niet-gerandomiseerde vaginale bevalling van een a term kind in stuitligging. NTVG 2001;145(32):1558-1561*
13. *van den Berg PP, Nelen WL, Jongsma HW, Nijland R, Kollee LA, Nijhuis JG,Eskes TK. Neonatal complications in newborns with an umbilical artery pH < 7.00. Am.J.Obstet.Gynecol. 1996;175(5): 1152-7.*
14. *Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, et al. Term Breech Trial Collaborative Group. Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. Am.J.Obstet.Gynecol.2004; 191(3):864-71.*
15. *Brouwer W.K.,Veenstra van Nieuwenhoven A.L. en Santema J.G.Neonatale uitkomst na een in opzet vaginale bevalling bij aterme stuitligging: geen verband met pariteit of geboortegewicht, maar wel meer geboorteletsels dan bij primaire keizersnede. NTVG 2001; 145(32):1554-1557.*
16. *Rietberg CC, Elferink-Stinkens PM, Brand R, van Loon AJ, Van Hemel OJ, Visser GH. Term breech presentation in The Netherlands from 1995 to 1999: mortality and morbidity in relation to the mode of delivery of 33824 infants. BJOG 2003;110(6):604-9*
17. *Rietberg CC, Elferink-Stinkens PM, Visser GH. The effect of the Term Breech Trial on medical intervention behaviour and neonatal outcome in The Netherlands: an analysis of 35,453 term breech infants. BJOG. 2005 Feb;112(2):205-9.*

SAMENVATTING

Doel. Analyse van de invloed op het obstetrisch beleid en de maternale en neonatale uitkomsten na het aanpassen van de NVOG-richtlijn 'stuitligging' naar aanleiding van de publicatie van de Term Breech Trial.

Opzet. Retrospectief cohortonderzoek.

Methode. Het onderzoek betrof de uitkomsten van alle à terme eenlinggeboorten in stuitligging in het Amphia Ziekenhuis te Breda-Oosterhout van 1 januari tot en met 31 december 1999, de periode voor de Term Breech Trial en van 1 januari 2002 tot en met 31 december 2003, de periode na de Term Breech Trial en na de aanpassing van de NVOG-richtlijn 'stuitligging'. De wijze van bevallen werd onderverdeeld in primaire sectio caesarea of geplande vaginale poging resulterend in vaginale partus of secundaire sectio caesarea.

Resultaten. De incidentie primaire sectio caesarea bij à terme stuitligging bedroeg 27% in 1999, 52% in 2002 en 48% in 2003. De incidentie vaginale partus na een geplande vaginale poging bedroeg 64% in 1999, 68% in 2002 en 83% in 2003. De incidentie secundaire sectio caesarea na een geplande vaginale poging daalde van 36% in 1999, naar 32% in 2002 en 17% in 2003. Na het aanpassen van de NVOG-richtlijn is de indicatie voor een primaire sectio caesarea significant gestegen voor de indicatie 'wens van de vrouw' en significant gedaald voor de indicatie 'hoogstaande stuit'. De frequentie voor een secundaire sectio caesarea daalde significant voor de indicatie niet-vorderende ontsluiting en/of indaling van 52% in 1999 naar 17% in 2003. De neonatale morbiditeit is statistisch gelijk voor een primaire sectio caesarea vergeleken met die van een vaginale poging, behalve voor de arteriële navelstreng pH 7.0–7.10 en Basentekort 10–15 mmol/l. De maternale morbiditeit is statistisch ook gelijk, behalve voor fluxus postpartum (≥1000 ml) en opname > 5 dagen op moederlijke indicatie

welke hoger waren in de primaire sectio caesarea-groep.
Conclusie. Aanpassing van de richtlijn heeft geleid tot een significante verandering van de wijze van bevallen. Onze resultaten laten zien dat er na goede risicoselectie een mogelijkheid blijft bestaan voor een vaginale poging bij stuitligging.

ABSTRACT

Objective. The objective of this study was to evaluate obstetric practice in breech delivery after publication of the Term Breech Trial and modification of the NVOG guideline breech presentation with regard to neonatal and maternal outcomes.
Design. Retrospective cohort study.
Method. The study included the results of all singleton breech deliveries at term in the Amphia Hospital Breda-Oosterhout as from 1 January up to 31 December 1999; the period before the Term Breech Trial and from 1 January 2002 up to 31 December 2003; the period after the Term Breech Trial and the modification of the NVOG guideline. Method of delivery was subdivided in planned caesarean section and a planned vaginal birth.
Results. The incidence of elective caesarean section was 27% in 1999, 52% in 2002 and 48% in 2003.The incidence of a vaginal birth after a planned vaginal delivery showed an opposite tendency with an incidence of 64% in 1999, 68% in 2002, and 83% in 2003. The incidence of emergency caesarean section after a planned vaginal delivery decreased from 36% in 1999 to 32% in 2002 and 17% in 2003. After the modification of the NVOG guideline, the indication for elective caesarean section has not changed significantly, except for the wish of the pregnant woman herself and the not engaged breech. The indication for an emergency caesarean section has not altered, except for the indication failure to progress in the second stage of labour. Neonatal morbidity was similar for both groups except for cord-blood pH 7.0–7.10 and base deficit 10–15 mmol/l. Maternal morbidity was similar for both groups except for haemorrhage postpartum (≥ 1000 ml), and maternal hospital stay >5 days, which was significantly higher in the elective caesarean section group.
Conclusion. Implementation of the modified NVOG guideline has led to a significant change in the mode of delivery in case of term breech presentation . Our results show that counseling patients for a vaginal delivery in case of a term breech presentation is an option, after ruling out contraindications for a vaginal breech delivery.
Met dank aan de klinisch verloskundigen uit het Amphia Ziekenhuis en mw. K. van Antwerpen en mw. A. van Dortmund, destijds co-assistenten, voor de verleende hulp bij het verzamelen van de data.
Dit onderzoek werd verricht als onderdeel van de studie Master Opleiding Verloskunde, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam.

TREFWOORDEN:

Stuitligging à terme, Primaire sectio versus vaginale baring, NVOG-richtlijn 'stuitligging', Term Breech Trial, Amphia Ziekenhuis Breda, Beleidsverandering bij de à terme stuitligging.

VERKLARING BELANGENVERSTRENGELING:

Belangenverstrengeling: geen
Financiële ondersteuning: geen

CORRESPONDENTIEADRES:

mw. G.H.M. Verburgt
afdeling Obstetrie & Gynaecologie
Amphia Ziekenhuis Breda,
Langendijk 75,
4819 EV Breda
Email adres:
truusdoeleman@concepts.nl