

instructies voor de ouders zijn te lezen op www.vuyk.nl^[16]. De bij geleverde muts camoufleert het gespalkte en afgeplakte oor. Ear Buddies™ zijn voor ouders eenvoudig aan te brengen en comfortabel genoeg om 24 uur per dag gedragen te worden tot de oren gecorrigeerd zijn. Bij huidirritatie moet de behandeling tijdelijk worden gestaakt. Als de ouders goed geïnstrueerd zijn, kunnen zij heel goed zelf de spalk vervangen. Het overgrote deel van de ouders bleek deze behandeling goed vol te houden^[14].

Samenvatting

Aangeboren oorschelpafwijkingen kunnen samengaan met andere afwijkingen en moeten niet als een op zichzelf staand geheel worden gezien^[18]. Er moet naar andere mogelijk hiermee samenhangende afwijkingen worden gezocht die dan zonodig behandeld kunnen worden.

Een conservatieve behandeling van oorschelpafwijkingen zoals spalken is eenvoudig, effectief en kan zonder anesthesie en tegen lage kosten gedaan worden. Aangeboren vormveranderingen moeten daarom niet chirurgisch, maar conservatief behandeld worden in een vroege postnatale periode, lang voordat het kind zich bewust wordt van de afwijking. Daarmee kunnen emotionele problemen van kinderen met dergelijke oorschelpafwijkingen^[19] en de noodzaak van chirurgische correctie in de toekomst, grotendeels worden voorkomen.

Aangeboren vormveranderingen zijn niet zozeer een chirurgisch probleem als wel een probleem dat thuis hoort in de kindergezondheidszorg. Daarom dienen verloskundigen, neonatale kinderartsen, gynaecologen, huisartsen en consultatie bureau artsen te worden aangemoedigd om deze afwijkingen te onderkennen en adequaat te laten behandelen, zodat deze conservatieve therapie breder ingang zal vinden. Graag wil de polikliniek Keel-,Neus-,Oorheilkunde, Plastische en reconstructieve aangezicht chirurgie, Tergooiziekenhuizen, Blaricum een snel verwijstraject aanbieden, om kinderen met specifiek vervormde oren volgens een voorgesteld protocol te kunnen behandelen.

Dankwoord

Ik wil Dr. David Gault, plastische chirurg, te Londen, en Dr Hadé Vuyk, KNO arts, hartelijk danken voor de begeleiding en aanmoediging en voor het gebruik van fotomateriaal voor dit artikel. ■

De literatuurverwijzingen treft u aan op pag. 15a van de digitale versie van dit tijdschrift.

De veiligheid van de thuisbevalling

Referaat

Fanny Bertens

De laatste maanden is er in Nederland veel te doen geweest over de veiligheid van de thuisbevalling. Verklaart ons unieke systeem nou echt die relatief hoge perinatale sterfte, of is die toch te wijten aan andere oorzaken? In deze studie van Ank de Jonge et al, die eerder werd gepubliceerd in het *British Journal of Obstetrics and Gynecology*^[1], wordt voor het eerst grootschalig onderzoek gedaan naar de veiligheid van de thuisbevalling, door gebruik te maken van LVR-gegevens.

Inleiding

De laatste 50 jaar vinden de meeste bevallingen in de westerse wereld plaats in het ziekenhuis, zonder dat er duidelijk bewezen is dat dit de veiligste plaats van bevallen is. In het verleden zijn enkele pogingen gedaan om de veiligheid van thuis- en ziekenhuisbevallingen te vergelijken, maar deze waren bijna altijd gebaseerd op kleine of fundamenteel verschillende groepen. In deze vroegere onderzoeken werden wisselende resultaten gevonden: sommige wezen op een hogere perinatale sterfte bij thuisbevallingen, andere studies vonden geen verschil. Vanwege de methodologische beperkingen van voornoemde onderzoeken werd besloten een grootschalig onderzoek uit te voeren naar de veiligheid van de thuisbevalling. Door het verloskundige systeem wat we in Nederland hanteren, en dan vooral door onze eerstelijns, was het in Nederland gemakkelijk om vergelijkingen te maken tussen thuispartus en poliklinische partus. Het is van belang voor de veiligheid van en de voorlichting aan cliënten om duidelijk te krijgen hoe veilig de thuisbevalling is. Ideaal zou zijn om een gerandomiseerd onderzoek hiernaar uit te voeren, maar vrouwen hebben te kennen gegeven dat zij de plaats van bevalling niet aan het lot willen overlaten. Daarom is voor een observationele studie gekozen.

Fanny Bertens is eerstelijns verloskundige en redactrice van dit tijdschrift

Methode

Vanuit de LVR werden alle vrouwen geïnccludeerd die tussen 1 januari 2000 en 31 december 2006 in de eerste-lijn aan de bevalling begonnen. Vrouwen werden ingedeeld naar het 'intention to treat' principe: wanneer ze hadden gepland om thuis te bevallen maar durante partu, om wat voor reden dan ook, alsnog naar het ziekenhuis gingen, werden ze meegenomen in de geplande thuisgroep. Van sommige vrouwen was de plaats van bevalling vooraf niet duidelijk: soms was de verloskundige vergeten dit in te vullen, maar er waren ook vrouwen die pas durante partu besloten waar ze hun kind ter wereld wilden brengen. Vrouwen met langdurig gebroken vliezen, een intra-uteriene vruchtdood of een kind met een aangeboren afwijking werden uigesloten van deelname. De volgende uitkomsten werden vergeleken: sterfte durante partu, sterfte durante partu en binnen 24 erna, sterfte durante partu en neonatale sterfte tot 7 dagen post partum, en opname op een NICU.

Relatieve risico's werden berekend voor alle bovengenoemde uitkomsten, en op basis hiervan werden vergelijkingen gemaakt tussen de groep vrouwen die vooraf plande om thuis te bevallen en de vrouwen die kozen voor een poliklinische bevalling. Vrouwen van wie de geplande plaats van bevalling onbekend was, werden meegenomen in de thuisgroep. Er werd gecontroleerd op pariteit, zwangerschapsduur, maternale leeftijd, etnische achtergrond en sociaal-economische status.

Resultaten

Van de 529.688 geïnccludeerde vrouwen kozen 321.307 (60.7%) op voorhand voor een thuisbevalling. 30.8% (163.261 vrouwen) koos voor een poliklinische partus, en van 45.120 vrouwen (8.5%) was de plaats van bevalling vooraf onbekend. Vrouwen kozen vaker voor een thuisbevalling indien ze ouder waren dan 25, van Nederlandse afkomst waren, multipara waren en een hogere socio-economische status hadden.

Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de twee groepen wat betreft perinatale en neonatale sterfte, en opname op een NICU. Vrouwen, ouder dan 35 met een zwangerschapsduur van 37 of 41 weken, en primipara hadden meer kans op zowel perinatale en neonatale sterfte, als op opname op een NICU. De kans op opname van het kind op de intensive care was ook verhoogd voor vrouwen van niet-Nederlandse afkomst, en voor vrouwen met een lagere socio-economische status. Er werden geen interactie-effecten gevonden.

Discussie

In deze studie werden geen verschillen in risico's op perinatale en neonatale sterfte en NICU-opname gevonden tussen vrouwen die verwachtten thuis te bevallen en vrouwen die voor een poliklinische partus kozen. Hoewel verschillende demografische factoren invloed hadden op de risico's, werd geen interactie gevonden met geplande plaats van bevalling.

Een sterk punt van de studie is de grootte van de steekproef. Tekortkomingen in de studie die worden genoemd zijn missing values en de onduidelijke classificering van socio-economische status (gebaseerd op het gemiddelde inkomen van de buurt waarin de zwangere woonde). De auteurs beweren dat de studie uitwijst dat de verhoogde perinatale sterfte in Nederland niet wordt veroorzaakt door de thuisbevalling. Zij noemen enkele andere mogelijkheden voor deze verhoogde sterfte, die overeenkomen met de factoren die werden genoemd in de laatste Peristat-verslaggeving. Tot slot moedigen zij vrouwen aan om te bevallen in hun eigen omgeving, geleid door een professionele verloskundige. ■

Referentie

1. De Jonge A, van der Goes B, Ravelli A, Amelink-Verburg M, Mol B, Nijhuis J, Bennebroek Gravenhorst J, Buitendijk S. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529.688 low-risk planned home and hospital births. BJOG 2009; DOI: 10.1111/j.1471-0528.2009.02175.x.

Pensioen?
Goed geregeld bij SPV
 Kijk voor meer informatie op:
www.pensioenfondsverloskundigen.nl