

Risico op perineumlet om zittend bevallen af

Myrte de Geus

Om vrouwen een tevreden gevoel over hun bevalling te geven, is een gevoel van controle belangrijk. Dit kan onder meer worden versterkt door vrouwen zelf een bevallingshouding te laten kiezen. Hiervoor dienen ze wel goed voorgelicht te worden over de mogelijke consequenties. Ank de Jonge e.a. hebben daarom onderzocht of er verschillen zijn in perineumletsel afhankelijk van de gekozen bevallingshouding.

Eerdere onderzoeken waren hier niet eensluidend over; sommige toonde een toename van letsel bij liggende posities, andere juist bij zittende posities. De meeste van deze studies maakten echter geen verschil tussen houdingen tijdens de uitdrijvingsfase en de houding op het moment van geboorte. Mede hierdoor was er nog steeds geen duidelijk beeld. Bovendien includeerden veel onderzoekers ook vrouwen met een interventie, waardoor hun risico op letsel toenam. Tot slot was de begeleiding in handen van verschillende typen zorgverleners; verloskundigen en gynaecologen. Dit maakte uiteraard ook verschil voor de uitkomsten.

Onderzoekspopulatie

Deze tekortkomingen konden worden ondervangen door een onderzoekspopulatie te nemen, die zonder interventies door één type zorgverlener begeleid werd. De onderzoeksgroep bestond daarom uit 1646 vrouwen die in Nederland bevielen onder leiding van een verloskundige. Het betrof daarmee een laag-risicopopulatie die beviel zonder medische interventie als inleiding, epiduraal, bijstimulatie of kunstverlossing. Er deden zeventig eerstelijnsverloskundigen mee uit twintig verloskundigenpraktijken door heel Nederland.

De vrouwen waren in eerste instantie van 1 mei 1995 tot 1 september 1996 geïnccludeerd voor een onderzoek naar actief leiden van het derde tijdperk. De gegevens van dat onderzoek zijn gebruikt voor deze secundaire analyse.

Methode

Het perineumletsel werd onderverdeeld in: geen letsel,

sel geen argument te raden

Referaat

eerste- en tweedegraads rupturen, rupturen met sfincterletsel (derde- en vierdegraads), mediane en mediolaterale episiotomieën en labiumrupturen. Om van letsel te spreken, moest er minimaal één hechting nodig zijn. Per vr ouw konden er meerdere soorten letsel geregistreerd worden. Er werden voorts drie bevallingshoudingen onderscheiden; rugligging (hiertoe behoorde ook zijligging), halfzittend en zittend. Hierbij betrof het dus de houding die de vrouw had ten tijde van de geboorte van het kind. Bij bivariate en multivariate analyse werd alle gradaties rupturen als één categorie beschouwd. Dit gold ook voor de twee soorten episiotomieën. Uit eerdere onderzoeken bleek dat naast baringshouding ook leeftijd, etnische achtergrond, pariteit, uitdrijvingsduur en geboortegewicht invloed hadden op het soort en de mate van perineumletsel. Deze factoren werden daarom meegenomen als confounders in de analyse.

Resultaten

De meeste vrouwen bevielden in een liggende houding (60,3%), gevolgd door half-zittend (36,8%) en zittend (7,2%). Van alle vrouwen had 28,2% een gaaf perineum, 43,8% een eerste- of tweedegraads ruptuur, 22,8% een episiotomie en 1,9% een sfincterletsel. Een labiumruptuur kwam bij 9,3% van de vrouwen voor.

Een intact perineum kwam significant minder voor bij primiparae, bij een uitdrijvingsduur van meer dan zestig minuten en bij een geboortegewicht hoger dan 3500 gram. De baringshouding bleek geen invloed te hebben op het intact blijven van het perineum. Er waren wel significante verschillen tussen de baringshoudingen wat betreft het soort perineumletsel. Vrouwen in een zittende positie hadden minder kans op een episiotomie (OR 0,29; 95% BI 0,16-0,54) en meer kans op een ruptuur (OR 1,83; 95% BI 1,22-2,73) dan vrouwen in een liggende positie. Vrouwen in een half-zittende positie hadden meer kans op een labiumruptuur dan vrouwen in een liggende positie (OR 1,43; 95% BI 1,00-2,04). Dit gold niet voor vrouwen in een zittende positie.

Discussie

Dat bij de zittende vrouwen minder episiotomieën werden gezet, kan te maken hebben met beleid van de verloskundige om een vrouw naar een liggende positie te laten

wisselen voor deze interventie. Het zou daarom interessant zijn om een onderzoek uit te voeren waarbij alle houdingen tijdens de uitdrijving worden geïnventariseerd. Dan wordt duidelijk in hoeverre de uitkomsten vertekend worden door beleid van de verloskundige.

Er was maar een kleine groep niet-Nederlandse vrouwen geïnccludeerd, aangezien het kunnen lezen van de Nederlandse taal een voorwaarde voor deelname was. Het is daarom mogelijk dat vrouwen met een andere etnische achtergrond andere resultaten zouden laten zien, hier zou nader onderzoek voor nodig zijn. De incidentie van derde- en vierdegraads rupturen verschilde niet bij de verschillende baringshoudingen. Er is echter een grotere studie nodig om significante verschillen aan te kunnen tonen bij deze weinig voorkomende complicatie.

Conclusie

De studie toonde geen verschil aan in vóórkomen van perineumletsel bij de verschillende baringshoudingen. Zittende en half-zittende houdingen hoeven dan ook niet afgeraden te worden om perineumletsel te vermijden. Vrouwen kunnen worden aangemoedigd om een houding te kiezen die ze zelf het meest comfortabel vinden.

Literatuur

De Jonge A, Van Diem M Th, Scheepers PLH, Buitendijk SE, Lagroo Janssen ALM. (2010). Risk of perineal damage is not a reason to discourage a sitting birthing position: a secondary analysis. *Int J Clin Pract*, 64, 5, 611-618. ■