

KEIZERSNEE BIJ WETENSCHAP

STUITLIGGING; ZO GEK NOG NIET?

Ilona van Putten

Uiteraard stond de sectio bij stuitligging op het programma van het symposium *Keizersnede: dé wijze van bevallen in het 3e millennium*. Door de studie van Hannah en collega's uit 2000^[1] is het aantal sectio's bij stuitligging in Nederland gestegen van 50 naar 80%, in twee maanden tijd. Wie denkt dat deze stijging voortkwam uit een schrikreactie komt bedrogen uit. Het cijfer is sindsdien stabiel gebleven. Het is uitzonderlijk dat een publicatie een dergelijke radicale omslag in de praktijk teweeg brengt. Meestal duurt het jaren voordat gedragspatronen aangepast worden na het verschijnen van een nieuw inzicht. Komt dat doordat de gynaecologen blij waren eindelijk met onderbouwing mensen te kunnen adviseren te kiezen voor een keizersnee, omdat ze eigenlijk zelf bang waren voor een vaginale stuitpartus? Sceptici riepen direct dat de cijfers in Nederland vast niet hetzelfde waren. We konden Nederland toch niet vergelijken met alle andere landen waarin het onderzoek gedaan was?

Weg illusies

Doordat de omslag zo snel plaatsvond, kunnen de mortaliteit en morbiditeit bij kinderen in stuitligging goed vergeleken worden voor en na deze omslag. Drs. C.C. Rietberg^[2] keek naar de LVR-2 cijfers van 1995 tot 2000 en nam de geboortes van 33.824 kinderen die in stuitligging lagen. Ze verdeelde ze in primaire sectio's, secundaire sectio's en vaginale geboortes. De cijfers zijn gecorrigeerd voor geboortegewicht, pariteit en amenorrhoeëduur. Uit de resultaten blijkt dat

Nederland het in niets beter doet dan andere landen. Ook hier blijkt de neonatale sterfte tweemaal hoger bij een vaginale partus of secundaire sectio in vergelijking met de primaire sectio. Een lage Apgar score na 5 minuten neemt met een factor 7 toe bij een vaginale partus of secundaire sectio en geboortetraumata met een factor 3. Weg illusies over onze superieure zorg.

Maar is het dan zoveel beter gegaan nadat het aantal primaire sectio's gestegen is met 30%?

Ook hiernaar heeft Rietberg gekeken^[3]. Ditmaal vergeleek zij de uitkomsten van de stuitpartus in de 33 maanden voor en de 25 maanden na publicatie van de Term Breech Trial. Zij verdeelde deze kinderen in twee groepen, groter (N= 2429) en kleiner (N=33,024) dan 4000 gram bij de geboorte. In de groep kinderen kleiner dan acht pond bleek de mortaliteit significant gedaald van 0,35% naar 0,18%. Apgar score <7 na 5 minuten daalde van 2,4% naar 1,1% en het aantal kinderen met geboortetraumata van 0,29% naar 0,08%. De groep kinderen groter dan 8 pond liet eenzelfde trend zien. Er was geen verschil tussen multi- en primiparae. Het 'number needed to treat' was 180. Dit betekent dat er 180 primaire sectio's verricht moeten worden om één kindersterfte te voorkomen.

De kinderarts die op het symposium sprak, joeg de zaal nog wat angst aan met plaatjes van hersenbloedingen en concludeerde dat de sectio, voor het kind althans, de beste optie was.

Ilona van Putten is eerstelijns verloskundige

De Term Breech Trial^[1] is een groot, internationaal opgezet onderzoek, gepubliceerd in 2000 door Mary Hannah en collega's. Het vergelijkt de uitkomsten van twee groepen vrouwen die bevielen van een kind in stuitligging. De ene groep plande een vaginale baring (VB) en bevielen vaginaal of per spoedsectio, de andere groep kreeg een geplande sectio caesarea (SC). Zowel de perinatale mortaliteit als de ernstige neonatale morbiditeit waren in de geplande SCgroep lager dan in de geplande VBgroep. De mater-nale uitkomsten vertoonden geen significante verschillen. Deze resultaten leidde tot de aanpassing van de richtlijn 'stuitligging' van de NVOG in juli 2001. Niet langer gold het standpunt dat een geplande keizersnee met als enige indicatie 'stuitligging' ongewenst was. Cliënten kregen zelf de keuze tussen een sectio en een vaginale baring en dienden ter ondersteuning van die keuze geïnformeerd te worden over de resultaten van de Term Breech Trial.

Heftige discussie over de validiteit van het onderzoek (zie het interview met professor Keirse hierna) en de toepasbaarheid in Nederland volgde (zie hiervoor bijvoorbeeld TvV 2001;3:178-195), maar het aantal sectio's bij een stuitligging is sindsdien in het hele land enorm toegenomen, getuige de cijfers in dit artikel. Recentelijk verscheen het follow-up onderzoek dat de Term Breech groep in 2002 deed.^[4]

WETENSCHAP

Opmerkelijk

De onderzoekers van de Term Breech Trial hebben in de tussentijd ook niet stil gezeten. Zij besloten de moeders en kinderen uit de trial te volgen^[4,5]. De moeders kregen twee jaar na de partus een vragenlijst opgestuurd.

De moeders (N=917).

De onderzoekers vonden geen verschil in borstvoedingscijfers, de relatie met hun kind of partner, pijn, het opnieuw zwanger worden, incontinentie, depressie, urine-, menstruatie- of seksuele problemen, moeheid en nare herinneringen aan de partus. De primaire sectio werd wel geassocieerd met een hoger risico op obstipatie.

De kinderen (N=923).

Hierbij werd door middel van een vragenlijst beoordeeld of de ontwikkeling van het kind normaal was. Bleek uit de vragenlijst dat dit niet zo was, dan volgde een neurologisch onderzoek. Hierbij bleek geen verschil te bestaan in mortaliteit en neurologische achterstand tussen de kinderen uit de geplande vaginale groep ten opzichte van de kinderen in de geplande sectio groep. Dit is een opmerkelijk resultaat, want het zou betekenen dat de slechtere neonatale uitkomsten na een vaginale baring of spoedsectio niet leiden tot grotere problemen in de eerste jaren na de geboorte.

Een kanttekening bij de resultaten van de follow-up is dat het onderzoek niet genoeg 'power' had.

Anders gezegd: het aantal participanten was niet groot genoeg om een vermindering in mortaliteit en ernstige morbiditeit te vinden die groot genoeg is om statistisch relevant te zijn. Bij een grotere onderzoeksgroep (in het geval van de kinderen was een groep nodig van >4000) waren er wellicht wel problematische verschillen aan het licht gekomen. Je kunt je echter



afvragen of het überhaupt haalbaar is nog grotere aantallen te rekruteren voor een follow-up onderzoek.

Maternale risico's

Het follow-up onderzoek van Hannah en collega's liet zien dat het met de maternale risico's wel meevalt. Toch overlijdt 1 op de 2000 vrouwen na een sectio, waarvan 1 op de 8000 door toedoen van de sectio, zo rekende prof Dr Visser ons voor. Dit betekent dat 1 moeder overlijdt voor 40 'geredde' kinderen in stuitligging door toedoen van de sectio. Een sectio heeft meer vervelende nadelen. Hoe meer sectio's hoe meer kans op placenta praevia en placenta accreta. Een uterusruptuur

treedt op bij 6 van de 1000 proefbaringen na een sectio, met ernstige gevolgen voor moeder én kind. In Nederland resulteert bijna 77% van deze proefbaringen in een vaginale partus.

Ook in dit symposium kwam geen pasklaar antwoord op de vraag wat het beste is bij een stuitligging. Het blijft wikken en wegen. Er zijn veel redenen om een primaire sectio te doen bij stuitligging, maar er zijn ook genoeg redenen om een vaginale baring te stimuleren. De wens van de ouders en het informed consent zijn hierin erg belangrijk, en met name de wens om meer kinderen te krijgen. Als iemand een

Lees verder op pag 22.