

Episiotomie in een low-risk populatie in Nederland

Referaat

Joke Koelewijn

Seijmonsbergen-Schermer AE, Geerts CC, Prins M, Diem MT van, Klomp T, Lagro-Janssen, ALM, Jonge A de. The Use of Episiotomy in a Low-Risk Population in The Netherlands: A Secondary Analysis. Birth 2013; 40(4):247-255.

Een episiotomie is een van de meest verrichte operatieve ingrepen bij vrouwen. In veel landen is de incidentie van episiotomieën afgenomen sinds duidelijk is dat het routinematig zetten van een episiotomie geen derde- of vierdegraads rupturen voorkomt, maar wel klachten geeft op korte en op langere termijn^[1]. Desondanks is het opvallend dat er een flinke variatie in incidenties blijft bestaan: van 86% in Spanje tot 10% in Zweden^[2]. Verloskundigen zetten minder episiotomieën dan obstetricki en zij doen dit minder vaak bij thuis dan bij in het ziekenhuis geplande bevallingen: in Canada bij 3,1-4,3% van de geplande thuisbevallingen versus 5,9-6,8% van de ziekenhuisbevallingen^[3]. In Engeland waren deze percentages onder low-risk barenden 5,4% bij geplande thuisbevallingen, 8,6-13,1% in door verloskundigen geleide geboortecentra en 19,3% in een ziekenhuissetting^[4]. In het licht van deze cijfers is het opmerkelijk dat in een Nederlands onderzoek in '95/'96 onder verloskundigen een episiotomiepercentage werd gevonden van 22,8% (35,2% onder nulliparae en 14,4% onder parae)^[5]. Om meer inzicht te krijgen in de achtergrond van deze (hoge) percentages is een secundaire analyse verricht van data

Methode

De studie naar baringshoudingen onderzocht de associatie tussen de baringshouding en ervaringen van vrouwen. Hiervoor werden data verzameld in 54 verloskundigenpraktijken van oktober 2005 tot december 2007. Zowel vrouwen als verloskundigen vulden een vragenlijst in. Voor deze analyse over episiotomieën werden gegevens gebruikt van de 1.154 vrouwen die uiteindelijk bevielen onder begeleiding van de verloskundige. In de DELIVER-studie werden van augustus 2009 tot april 2011 data verzameld in 20 verloskundigenpraktijken, met als doel de kwaliteit van de verloskundige zorg te evalueren. Voor de analyse over episiotomieën werden gegevens gebruikt van de 2.250 vrouwen die bevielen onder begeleiding van een eerstelijns verloskundige.

Resultaten

De incidentie van episiotomie was 10,8%; bij primiparae 20,9% en 6,3% bij multiparae. In de studie naar baringshouding was deze 13,9% (primiparae 25,6%; multiparae 7,6%), in de vier jaar later verrichte DELIVER-studie 9,2% (primiparae 18,0%; multiparae 5,7%). Na correctie voor de andere risicofactoren bleek bij zowel primiparae als multiparae de kans op een episiotomie significant toe te nemen met de duur van de uitdrijving: bij multiparae was de OR voor een episiotomie bij een uitdrijving van ≥ 30 minuten 2,8 (95%-BI 1,7-4,6) vergeleken met een uitdrijving minder dan 30 minuten;

In het licht van deze cijfers is het opmerkelijk dat in een Nederlands onderzoek in '95/'96 onder verloskundigen het hoge episiotomiepercentage werd gevonden van 22,8% (35,2% onder nulliparae en 14,4% onder parae)

uit de DELIVER-studie, gecombineerd met data uit een studie naar de baringshouding. In deze analyse werd, apart voor primiparae en multiparae, gekeken naar risicofactoren voor een episiotomie, naar de indicatie hiervoor en naar maternale morbiditeit gerelateerd aan de episiotomie^[6].

bij primiparae was de OR voor een uitdrijving van 30-59 minuten 2,1 (95%-BI 1,3-1,6), voor 60-89 minuten 5,2 (95%-BI 3,0-9,0) en voor ≥ 90 minuten 12,1 (95%-BI 6,0-24,2) vergeleken met een uitdrijving minder dan 30 minuten. Alleen bij multiparae was de kans op een episiotomie hoger bij een poliklinische bevalling (OR 1,8; 95%-BI

1,2-2,5). Moederlijke leeftijd, etniciteit, geboortegewicht en Apgarscore (deze laatste was alleen bekend in de DELIVER-studie) waren niet geassocieerd met de kans op een episiotomie. Bij multiparae was de kans op bloedverlies van meer dan 500 ml lager bij een gaaf perineum (OR 0,4; 95%-BI 0,3-0,6) en bij een ruptuur (OR 0,6; 95%-BI 0,4-0,9) dan na een episiotomie. Bij primiparae was de kans met name bij intact perineum lager, maar niet significant (OR 0,7; 95%-BI 0,4-1,1). In de DELIVER-studie werd ook gevraagd naar perineumklachten. Zowel primiparae als multiparae met een intact perineum of een ruptuur rapporteerden minder klachten gedurende de eerste drie weken postpartum: de OR's voor intact perineum ten opzichte van een episiotomie waren voor primiparae en multiparae 0,06 (95%-BI 0,03-0,1) respectievelijk 0,03 (95%-BI 0,02-0,05), en voor een ruptuur in vergelijking met een episiotomie 0,35 (95%-BI 0,2-0,6) respectievelijk 0,22 (95%-BI 0,1-0,3). Tussen drie en zes weken post partum hadden alleen vrouwen met een intact perineum nog minder klachten met OR's voor primiparae van 0,2 (95%-BI 0,04-0,7) en voor multiparae van 0,09 (95%-BI 0,03-0,2).

In de studie naar baringshoudingen werd ook gevraagd naar de reden voor de episiotomie. Bij primiparae was een langdurige uitdrijving de meest genoemde reden (38,8% versus 10,5% bij multiparae), bij multiparae foetale nood (23,3% versus 21,9% bij primiparae). Het voorkomen van grote perineumschade was de indicatie bij 6,8% van de primiparae en 21,1% van de multiparae (veelal na een eerdere episiotomie). Een stug perineum werd genoemd bij 8,7% van de primiparae en 14,0% van de multiparae. Andere redenen (8,7% van de primiparae en 21,1% van de multiparae) waren bloedverlies, een verwacht groot kind, afwijkende stand van het hoofd of 'eigen verzoek'. Bij 14% van de episiotomieën werd de reden niet vermeld.

Het kan beter

De studie laat een incidentie van episiotomie in de eerstelijns verloskundige zorg in Nederland zien in 2009-2011 (DELIVER-studie) van 9,2%. Dat is een daling ten opzichte van de incidentie van 13,9% in 2005-2007 (studie naar baringshoudingen) en van de studie uit '95/'96 waarin een incidentie van 22,8% werd gevonden. De incidentie van 9,2% is vergelijkbaar met die onder low-risk barenden in Engeland, maar hoger dan in andere westerse landen, zoals Canada of Zweden. Het kan dus kennelijk beter!

Over foetale nood als indicatie voor een episiotomie bestaat consensus. Of een episiotomie geïndiceerd is bij langdurige uitdrijving of ter voorkoming van groot perineumletsel, met name bij multiparae, is echter de vraag. Aangezien een langdurige uitdrijving de meest

voorkomende indicatie is, lijkt het er volgens de auteurs op dat in andere landen minder vaak om deze reden een episiotomie wordt verricht. De studie laat verder zien dat een episiotomie tot meer bloedverlies leidt en meer klachten geeft, met name in de eerste drie weken post partum. Het is dan ook zaak een episiotomie zoveel mogelijk te vermijden. Er is evidence voor het effect van 'hands off' en voor antenatale perineummassage en ook voor het effect van training in 'perineummanagement' [7, 8].

Een punt dat de auteurs niet noemen is dat de studies zijn verricht in een beperkt aantal verloskundige praktijken, die zichzelf voor deelname hebben aangemeld, mogelijk dus een selecte groep, die wellicht minder snel een episiotomie zal zetten. In de PRN-tabellen van 2012 vinden we inderdaad een hoger percentage episiotomieën bij eerstelijns baringen: 22,2% bij primiparae (bijna één op de vier!) en 6,5% bij multiparae [9].

De cijfers uit andere landen laten zien dat er nog veel winst te boeken is. Uit PRNinsight is gebleken dat er ook binnen Nederland behoorlijke verschillen tussen praktijken bestaan, vooral bij nulliparae, met een variatie van 0 tot 55% [10]. Misschien tijd voor een eerstelijns audit over de episiotomie? ■

Referenties

1. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;1:CD000081.
2. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: An update. *Birth* 2005;32(3):219-223.
3. Hutton EK, Reitsma AH, Kaufman K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: A retrospective cohort study. *Birth* 2009;36(3):180-189.
4. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* 2011;343:d7400.
5. Jonge A de, Diem MT van, Scheepers PL, et al. Risk of perineal damage is not a reason to discourage a sitting birthing position: A secondary analysis. *Int J Clin Pract* 2010;64(5):611-618.
6. Seijmonsbergen-Schermer AE, Geerts CC, Prins M, Diem MT van, Klomp T, Lagro-Janssen, ALM, Jonge A de. The Use of Episiotomy in a Low-Risk Population in The Netherlands: A Secondary Analysis. *Birth* 2013;40 (4):247-255.
7. Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;12:CD006672.
8. Beckmann MM, Garrett AJ. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;1:CD005123.
9. Stichting Perinatale Registratie Nederland. Perinatale Zorg in Nederland 2012. Utrecht: Stichting Perinatale Registratie Nederland, 2013: table 5.1.2.
10. Offerhaus P. PRNinsight: verschillen in episiotomiepercentages tussen eerstelijns verloskundigenpraktijken. *Tijdschrift voor Verloskundigen* 2013;38(7):15-17.