

# WETENSCHAP VERLOSKUNDIGEN

## ZIJN GEEN HULPJES

### VAN DE DOKTER

Hans van Maanen

*Wat is de afgelopen vijftig jaar het meest veranderd in de verloskunde?*

De diagnostiek, bijvoorbeeld van foetale nood, groeiachterstand en afwijkingen van de foetus. Iemand die nu in het vak wordt opgeleid, kan zich nauwelijks indenken hoe het was toen ik begon, in de jaren zestig. Geen echoscopie; naar de harttonen van het kind kon je alleen met een houten stethoscoop luisteren. Geen vruchtwateronderzoek. En als het kind te vroeg was geboren of te klein was, ging het in een couveusekistje, waar het vooral zuurstof, warmte en liefdevolle aandacht van de zuster kreeg. De meest voorkomende behandeling was de wisseltransfusie bij resusensibilisatie. Daarvan hadden we er elke week wel een of meer — dat is nu onvoorstelbaar.

*Maar je kon groeiachterstand dus wel diagnosticeren.*

Dat was moeilijk. Je kon, met je handen, vaak wel voelen dat een kind niet goed groeide, maar je wist alleen dat er dan statistisch kans op problemen was. Je wist niet of en wanneer dit kind problemen zou krijgen, alleen dat foetale nood vaker voorkwam bij kinderen met groeiachterstand. Een keizersnede vóór een zwangerschapsduur van 36 weken deden we nooit, want het kind zou dan kunnen overlijden aan ademhalingsproblemen. Dankzij de echoscopie en de cardiotocografie is nu groeivertraging en foetale nood veel exacter te herkennen, waardoor je alleen op indicatie hoeft in te grijpen. Echoscopie biedt bovendien de mogelijkheid afwijkingen van de foetus vast te stellen; vroeger



© Klaas Kloppe, Amsterdam

*Professor Dr. Pieter E. Treffers is emeritus hoogleraar Verloskunde en Gynaecologie*

merkten we die afwijkingen meestal al pas op na de geboorte.

*Technische vooruitgang leidt tot meer interventies?*

Onvermijdelijk. Therapeutische interventies in de verloskunde komen vaak neer op het afbreken van de zwangerschap of het beëindigen van de baring. Vooral in de Verenigde Staten is het aantal sectio's enorm toegenomen — daar wordt zeker een kwart van de zwangerschappen beëindigd met

een keizersnede. In Nederland bleef het percentage nog lang onder de acht. Maar de laatste jaren is het aantal sectio's sterk gestegen; in 2004 was het volgens Perinatale Registratie Nederland al 14,8 procent. Een belangrijke factor

*Hans van Maanen is freelance wetenschapsjournalist.*

*Dit interview verscheen eerder in Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2007 6 januari; 151 ev.*

bij die stijging is het toegenomen aantal sectio's bij stuitligging, na de publicatie van een trial in 2000. Nu is dat al ongeveer 80 procent. Op die trial is veel kritiek, maar die beïnvloedt het sectiopercentage nauwelijks.

De cardiocografie is een belangrijk hulpmiddel om foetale nood te ontdekken, zowel tijdens de zwangerschap als tijdens de baring. Een probleem is dat de sensitiviteit van de cardiocografie hoog is, maar de specificiteit laag: vrijwel alle gevallen van foetale nood kunnen worden herkend, maar er gaat ook nogal eens een vals alarm af. Hoe minder foetale nood in een bepaalde populatie voorkomt, hoe groter de kans dat je ten onrechte ingrijpt. Een CTG moet daarom nog steeds alleen op indicatie worden toegepast, in een populatie met verhoogd risico. Het is onjuist om iedere zwangere aan de apparatuur te leggen.

#### *Typisch Nederlands.*

Ja, we hebben hier nog steeds die uitstekende scheiding tussen eerstelijns- en tweedelijnszorg. De huisarts en de verloskundige vormen een goede drempel, het uitgangspunt blijft gelukkig nog altijd dat een zwangerschap zonder verhoogd risico niet bij de specialist thuishoort.

Er is naar de kwaliteit van de eerstelijns zorg in de loop van de tijd veel onderzoek gedaan, en de inzet is groot om die kwaliteit te behouden. Dat geldt bijvoorbeeld voor de opleiding van verloskundigen, die is sterk geprofessionaliseerd. De verloskundigen hebben de weten-

schappelijke ontwikkelingen uitstekend bijgehouden; in Nederland zijn verloskundigen geen hulppersoneel van de dokter.

#### *En wat is er veranderd in therapeutisch opzicht?*

Tijdens de zwangerschap kunnen we nog steeds weinig doen. De intra-uteriene bloedtransfusie bij ernstige vormen van resus-sensibilisatie. Maar die aandoening is al grotendeels verdwenen dankzij de resusproylaxe bij de baring. In de verloskunde zijn therapeutisch kleine vorderingen gemaakt, zoals

al de ademhalingsproblemen van te vroeg geboren: door de beademingstechniek en de toediening van surfactant is de sterfte zeer sterk gedaald.

#### *De grens schuift op?*

In de jaren zestig lag de grens van levensvatbaarheid nog bij 28 weken, nu schuiven we door naar 24 weken. Dat zijn wel erg immature kinderen. Het gevolg is wel dat daardoor meer kinderen een handicap overhouden. Aanvankelijk dacht men daarbij vooral aan ernstige neurologische

## NEDERLAND PRIJST ZICH TERECHT GELUKKIG MET ZIJN VERLOSKUNDE, MEENT PIETER TREFFERS. MAAR DE TECHNOLOGIE EN DE SECTIO'S RUKKEN OP EN WAAKZAAMHEID BLIJFT GEBODEN.

toediening van corticosteroiden bij dreigende vroeggeboorte ter voorkoming van ademhalingsproblemen na de geboorte. Maternale aandoeningen, zoals pre-eclampsie, kunnen wat beter worden behandeld, hoewel we de oorzaak daarvan nog steeds niet precies kennen. Maar de allerbelangrijkste therapeutische aanwinsten zijn verkregen na de geboorte, bij de neonatologie. Daar zijn de behandelmogelijkheden enorm uitgebreid. De neonatologen en andere pediatische specialisten hebben een enorm arsenaal aan mogelijkheden erbij gekregen. Neem alleen

schade, bijvoorbeeld spasticiteit. Maar uit het landelijke POPS-onderzoek, waarbij te vroeg geboren kinderen vanaf 1983 worden gevolgd, blijkt dat ook subtielere hersenschade kan worden aangericht, waardoor bijvoorbeeld veel kinderen op de basisschool al ernstige leerproblemen blijken te hebben. Enige terughoudendheid is dus op zijn plaats. In de Verenigde Staten probeert men alle kinderen vanaf 24 weken hoe dan ook te behouden. In Nederland krijgen kinderen vanaf 25 à 26 weken maximale behandeling; vóór die tijd alleen als het kind het uitzonderlijk goed doet. □