

Perinatale sterfte (2): Begin van de baring

T. DE NEEF EN A. FRANX, MET MEDEWERKING VAN G.H.A. VISSER

INLEIDING

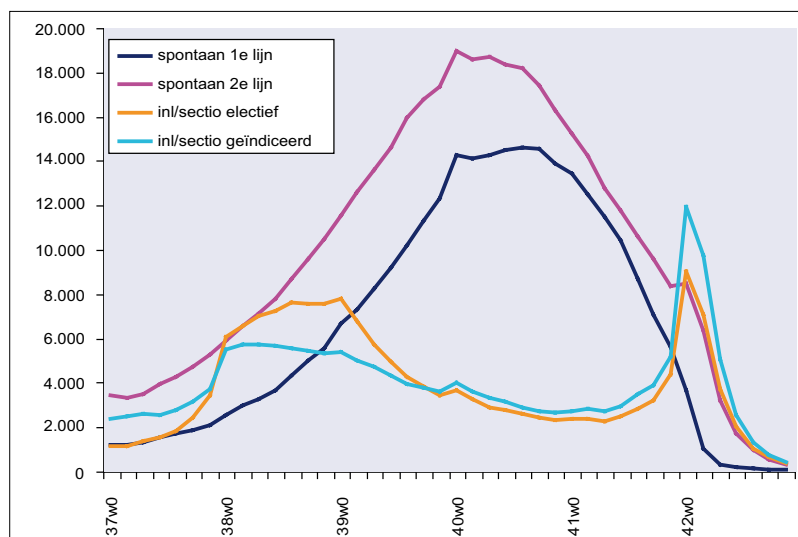
Onze huidige analyses met LVRin-sight zoomen in op perinatale sterfte. We hebben in de vorige aflevering gezien dat de kans op sterfte van het kind bij voldragen zwangerschap vóór de baring vergelijkbaar is met die tijdens/na de partus. Het sterfterisico is het laagst rond week 40 en neemt daarna vrij sterk toe. Ditmaal analyseren we de risico's die samenhangen met de wijze waarop de baring begint.

BEGIN VAN DE BARING

We beschouwen alleen eenlingen, zonder letale congenitale afwijkingen, die zijn geboren na een zwangerschapsduur van 37 complete weken. Bovendien sluiten we alle casus uit waarbij het kind reeds ante partum was overleden. In de periode 1999-2008 zijn er ruim 1 miljoen bevallingen in de LVR2 die aan deze criteria voldoen. Als sterftekans definiëren we de fractie van deze kinderen die tot zeven dagen na de geboorte overleden.

Tweederde van deze tweedelijns-bevallingen begon spontaan, waarvan 40% in de eerste lijn. Bij eenderde begon de baring door een interventie (inleiding of primaire sectio caesarea); volgens de registratie was de helft van de interventies 'electief' en de helft geïndiceerd vanwege de conditie van de moeder en/of het kind. De verdeling van deze categorieën is uiteraard afhankelijk van de zwangerschapsduur. Figuur 1 laat dat duidelijk zien.

Opmerkelijk is dat de aantallen electieve en geïndiceerde interventies aan het begin van de baring een vrijwel identiek patroon hebben



Figuur 1. Begin van de baring bij à terme eenlingen zonder letale congenitale afwijkingen, die in de tweede lijn werden geboren, 1999-2008.

tussen 37 en 43 weken. De 'overmaat' electieve ten opzichte van geïndiceerde interventies tussen 38+0 en 39+3 weken is volledig toe te schrijven aan stuitliggingen. De pieken bij 42 complete weken wijzen op een landelijk beleid om bij deze termijn de zwangerschap te beëindigen.

Het sterfterisico dat geassocieerd is met deze vier verschillende categorieën voor het begin van de bevalling is weergegeven in figuur 2. Dat risico is – niet zo verwonderlijk – het grootst in de groep van vrouwen die op indicatie worden ingeleid of een primaire sectio krijgen. De piek bij 41 volle weken is gerelateerd aan de instroom van patiënten uit de eerste lijn met een moederlijke conditie die aanleiding is voor een interventie. Verder valt op dat een bevalling die in de eerste lijn begint maar in de tweede lijn eindigt, geassocieerd is met een hogere kans op perinatale sterfte dan een baring met een spontaan

begin in de tweede lijn. Opmerkelijk is het lage sterfterisico bij een electieve inleiding of sectio caesarea na 38 complete weken, waarbij er overigens geen noemenswaardig verschil in risico is tussen sectio's en inleidingen.

Wij vroegen Gerard Visser om commentaar:

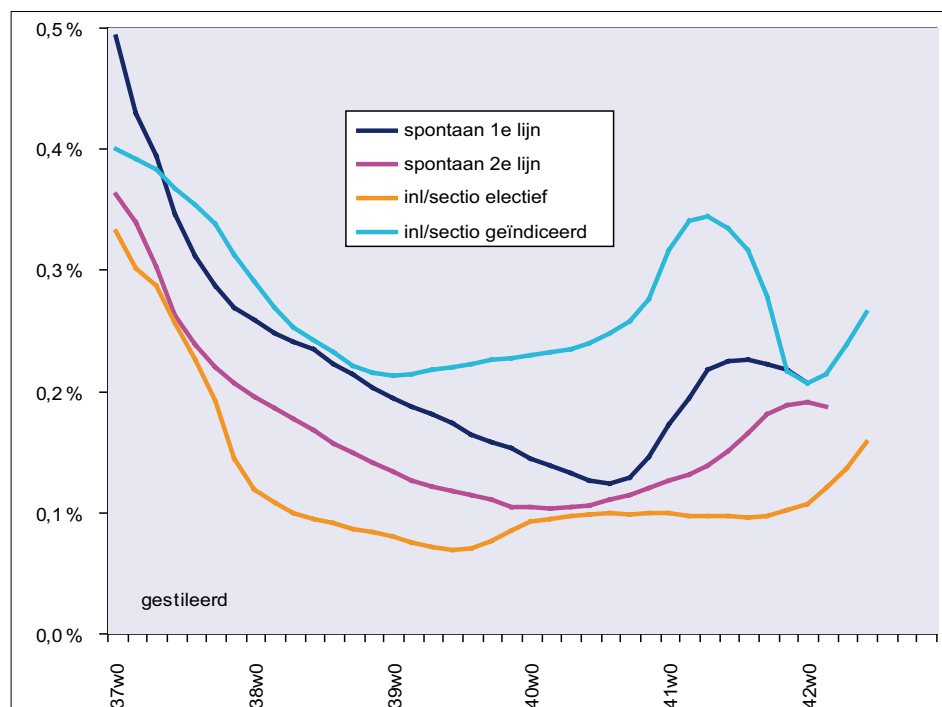
Vorbij 37 weken is de sterfte ante partum groter dan de sterfte durante partu en neonatale sterfte tezamen (55%). Het mag duidelijk zijn dat daar dan ook de grootste winst te behalen is door betere risicoselectie en daar waar nodig eerder medisch ingrijpen. Ook de getallen van sterfte durante partu en neonatale sterfte, zoals nader toegelicht in deze bijdrage, rechtvaardigen een soortgelijke conclusie: wachten op problemen zowel thuis als in de tweedelijns populatie geven de slechtste uitkomst. Dus... als het ietsje eerder mag...? Boeiend is de piek in perinatale sterfte bij de

geïndiceerde inleiding of primaire sectio bij 41 weken, die zou berusten op een instroom van eerstelijns-patiënten met een zieke moeder. Ook daar kan weer sprake zijn van een niet-adequate risicoselectie.

Gegevens van perinatale audits tonen vooral vermijdbare standaardfactoren bij patiënten verwezen van de eerste naar tweede/derde lijn, met een hogere incidentie van die factoren bij de tweede en derde lijn. De hier gepresenteerde cijfers tonen dat gynaecologen een verwijzing durante partu als hoogrisico dienen te beschouwen, bijna vergelijkbaar met een tweedelijns zwangere bij wie ingegrepen dient te worden.

Twee publicaties uit eigen land en meerdere buitenlandse onderzoeken tonen dat een electieve sectio caesarea niet vóór 39 weken uitgevoerd zou moeten worden, vanwege een aanzienlijk hoger risico op neonatale longproblemen. Bij de stuitligging hebben we ons daar de afgelopen 10 jaar blijkbaar onvoldoende aan gehouden. Sommige (buitenlandse) gynaecologen verdedigen een vroege electieve sectio – vóór 39 weken – met het argument dat het kind dan tenminste niet meer ante partum dood kan gaan. Maar een dergelijke agressieve benadering gaat zelfs mij te ver.

Tot slot, als je uiteindelijk in de tweede lijn dient te bevallen, zorg dan dat je electief ingeleid wordt, ergens in de veertigste week. Dat kan natuurlijk niet uit deze gegevens geconcludeerd worden, want het zijn slechts observationele gegevens, maar ze komen wel overeen met gegevens van gerandomiseerde



Figuur 2. Kans op perinatale sterfte bij tweedelijnsbevallingen, naar plaats/wijze waarop de baring begon bij à terme eenlingen zonder letale congenitale afwijkingen, 1999-2008

onderzoeken. Bovendien, als je ingeleid wordt dan kan je niet meer ante partum dood gaan. Genoeg voer dus voor nadere analyses. Een nadere analyse of verdieping is ook nodig met betrekking tot het onderscheid tussen electieve en geïndiceerde interventies. Voorbij 42 weken is de helft van de inleidingen en sectio's blijkbaar electief, terwijl 42 weken toch een algemeen aanvaarde indicatie is voor geïndiceerd ingrijpen.

TEN SLOTTE

Onze dank gaat uit naar Stichting Perinatale Registratie Nederland voor de kwantitatieve verificatie van de berekeningen. Sterfte in de eerste week na de geboorte wordt onvolledig gere-

gistreed in de LVR2. De onderrapportage is circa 50%. Op basis van gegevens uit de LNR hebben wij de cijfers gecorrigeerd.

AUTEURS

T. de Neef, fysicus, onafhankelijk auteur van VOKS2i en LVRinsight

A. Franx, voorzitter Commissie Indicatoren, lid bestuur Stichting Perinatale Registratie Nederland (namens de NVOG) en gynaecoloog-perinatoloog, Sint Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg

G.H.A. Visser, gynaecoloog-perinatoloog, hoogleraar verloskunde, Universitair Medisch Centrum, Utrecht

CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: tdeneef@qolor.nl