

# Perinatale sterfte (3): Stuitligging a terme

T. DE NEEF EN A. FRANX MET MEDEWERKING VAN C.C.T. RIETBERG

## INLEIDING

In onze huidige analyses met LVRin-sight zoomen we in op verschillende aspecten van perinatale sterfte. We hebben in eerdere afleveringen laten zien dat bij voldragen kinderen het risico op sterfte ante partum vergelijkbaar is met het sterfterisico tijdens en na de baring en dat de perinatale sterftetekans het kleinst is rond week 40. Electieve inleidingen en sectio's blijken relatief veilig te zijn. Ditmaal onderzoeken we de perinatale sterfte van atermen kinderen in stuitligging.

## 2000: HANNAH'S IMPACT

Tien jaar geleden publiceerden Hannah et al. de resultaten van de zogenaamde *Term Breech Trial*, een spraakmakend gerandomiseerd onderzoek waarin de uitkomsten werden vergeleken van een in opzet vaginale geboorte versus een geplande sectio caesarea voor atermen eenlingen in stuitligging.<sup>1</sup> De studie toonde aan dat de kans op perinatale sterfte of ernstige perinatale morbiditeit significant lager was bij een geplande sectio in vergelijking met een in opzet vaginale baring (relatief risico 0,33; 95%-betrouwbaarheidsinterval 0,19-0,56), zonder significant verschil in ernstige morbiditeit van de moeder. Dit nieuws haalde de landelijke pers en de NVOG liet in de richtlijn *Stuitligging* opnemen dat aanstaande moeders moesten worden voorgelicht over de uitkomsten van het onderzoek van Hannah. Het resultaat daarvan is geweest dat het landelijk percentage primaire sectio's bij stuitliggingen in zeer korte tijd toenam van 23% naar 62%. Sindsdien is dat percentage vrijwel constant gebleven. De

discussie over de *Term Breech Trial* en de stuitbevalling is zowel in de literatuur als in de beroepsgroep nooit verstomd. In Nederland werd gewezen op de prijs die men betaalt voor het beleid om atermen kinderen in stuitligging door middel van een geplande sectio geboren te laten worden: om het leven van één kind in stuitligging te redden zouden ongeveer 200 sectio's extra moeten worden gedaan, resulterend in gemiddeld één extra uterusruptuur in een volgende zwangerschap.<sup>2</sup>

## WINST VOOR HET KIND

Onze aandacht gaat uit naar voldragen (meer dan 37 volle weken) eenlingzwangerschappen. We excluderen casus met letale congenitale afwijkingen en casus waarbij het kind al dood was bij het eerste onderzoek vóór het begin van de partus. We beperken ons verder tot de baringen waarbij de tweede lijn betrokken werd vóór de uitdrijving begon. In die groep zitten in de periode 1996-2008 bijna 87.000 stuitbevallingen en ruim een miljoen kinderen in hoofdligging. Omdat er in het jaar 2000 een grote beleidsverandering plaatsvond, sluiten we dat jaar uit; we vergelijken de jaarmiddelen van de vier jaar vóór 2000 en de acht jaar erna. Wat betreft de kans op perinatale sterfte (tot en met zeven dagen post partum) zijn de kinderen erop vooruitgegaan. In de vier jaar vóór 2000 stierf 0,64% van de kinderen in stuitligging vóór, tijdens of na de geboorte en in de acht jaar na 2000 0,36%. Bijna een halvering! De winst treedt zowel op bij de antepartumsterfte als bij sterfte tijdens/na de geboorte, zoals figuur 1 laat zien. De cijfers zijn gecorrigeerd voor de

onderrapportage van postpartumsterfte in de LVR2.

Perinatale sterfte lijkt überhaupt af te nemen met de jaren. Daarom presenteren we in dezelfde figuur de corresponderende percentages voor kinderen in hoofdligging, met overigens dezelfde selectiecriteria. Voor hen is het sterfterisico met bijna een kwart gereduceerd (van 0,31% tot 0,24%).

Corrigerend voor de verbeteringen in de referentiegroep (de kinderen in hoofdligging), schatten we dat 0,15%-0,20% minder atermen kinderen in stuitligging sterven na de substantiële toename van het aantal geplande sectio's in 2000. Vertaald naar aantallen: per maand sterft één kind in stuitligging minder als gevolg van 200 extra geplande sectio's.

Tabel 1 resumeert op welke wijze stuitbevallingen in de gekozen selectie de laatste jaren (2001-2008) beginnen en eindigen en wat de corresponderende risico's zijn van sterfte tijdens en na de bevalling.

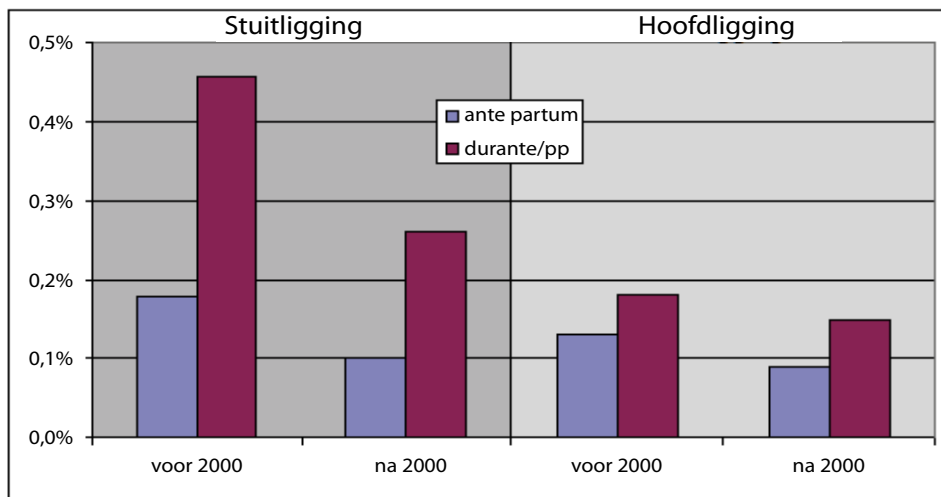
De sterfte durante en post partum bij een in opzet vaginale stuitbevalling (0,5%) is vijfmaal hoger dan onder kinderen die door middel van een geplande sectio geboren worden (0,1%). En ook rond viermaal zo hoog als bij een vergelijkbare groep in hoofdligging. De tabel laat zien dat relatief de meeste sterfte bij stuitligging optreedt bij de vaginaal geëindigde bevallingen. Het risico van sterfte durante en post partum na een inleiding bij stuitligging (een paar honderd per jaar) is maar liefst 1,3%.

De prijs die de moeder en het volgende kind betalen voor een beleid van geplande sectio caesarea bij

aterme stuitligging is moeilijk vast te stellen. De kans op maternale sterfte als gevolg van een sectio is erg laag. Helaas is op dit moment de LVR2 nog niet ingericht om de perinatale sterfte en morbiditeit en de maternale morbiditeit na een eerdere sectio caesarea te kunnen analyseren.

*Wij vroegen Christine Rietberg om commentaar:*

Deze cijfers zijn in lijn met hetgeen ik in mijn proefschrift<sup>3</sup> kon rapporteren. De publicatie van Hannah et al. heeft geleid tot een resolute verandering in ons interventiebeleid en dat beleid is daarna niet meer aangepast. De afname in sterfterisico bij stuitligging blijkt – getuige de figuur – aanzienlijk groter dan de afname bij hoofdligging. De figuur toont mooi dat het niet alleen de handeling van de sectio is die de winst brengt. Een deel van de winst zit immers ook in de afname van antepartumsterfte doordat bevallingen gemiddeld een paar weken ‘naar voren’ zijn gehaald. Dit zou een onderbouwing kunnen zijn voor het argument dat Gerard Visser eerder in deze rubriek in algemene zin hanteerde:<sup>4</sup> ingrijpen is altijd gunstig ter voorkoming van antepartumsterfte. Waar ik een beetje van schrik is dat de sterfte bij stuitliggingen met een spontaan begonnen baring nog steeds ruim 0,4% is. Dat was in het verleden niet veel anders. Je zou toch denken dat de extra sectio’s die we sinds de beleidsverandering doen, worden gedaan bij de casus met de grootste risico’s. De groep die spontaan begint, moet in dat geval gemiddeld een lager sterfterisico hebben dan vroeger. Dat dit niet blijkt, betekent dat we misschien niet erg goed zijn in het inschatten van de individuele risico’s van een partus met stuitligging. Of wellicht maken we sinds de beleidsverandering in 2000 wél een betere risicoselectie maar is onze collectieve ervaring in de begeleiding van een vaginale stuitbevalling aanzienlijk verslechterd ten gevolge van de kleinere aantallen. Hierop doorredenerend: gynaecologisch Nederland zou best een beleid kunnen afspreken waarbij stuitbevallingen in principe altijd via een primaire sectio behoren te verlopen. Zo’n rigoureuze beleid zou betekenen dat we per jaar 1300 extra primaire sectio’s verrichten (en 1175 secundai-



Figuur 1. Sterfte bij stuit- en hoofdliggingen vóór en na 2000.

Einde	Geplande sectio	Ongeplande sectio	Ingreep*	Spontaan	Totaal
<b>Begin</b>					
Geplande Sectio	3950 / 0,1%				3950 / 0,1%
Inleiding		100 / 0,2%	7 / 5%	175 / 1,7%	282 / 1,3%
Spontaan		1075 / 0,3%	40 / 3%	1075 / 0,5%	2190 / 0,4%
<b>Totaal</b>	3950 / 0,1%	1175 / 0,3%	47 / 3%	1250 / 0,7%	6422 / 0,2%

Tabel 1. Gemiddelde aantallen partus per jaar sinds 2000, en het sterfterisico durante en post partum naar wijze van het begin en het einde van de partus, voor voldragen eenlingen in stuitligging zonder letale congenitale afwijkingen.

\* Ingreep= forcipale extractie, vacuümextractie, versie en extractie, primaire stuitextractie.

re sectio’s vervuilen voor primaire) waardoor zo’n twaalf kinderen minder sterven rond de geboorte. Dus ruim 100 sectio’s per extra ‘gered’ kind. Dit zou nauwelijks tot discussie hoeven leiden. In 2000 immers besloten we al dat een extra kind redden wel 200 sectio’s mag kosten. Volgens mij zou het zeer nuttig zijn als binnen de Koepel Kwaliteit op grond van deze cijfers het interventiebeleid aangaande atermen stuitligging opnieuw geëvalueerd wordt.

## TEN SLOTTE

Onze dank gaat uit naar Stichting Perinatale Registratie Nederland voor de kwantitatieve verificatie van de berekeningen.

## Literatuur

- Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. *Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised*

*multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet 2000;356:1375-83.*

- Visser GH, Rietberg CC, Oepkes D, Vandebussche FP. *Stuitligging: kind versus moeder. Ned Tijdschr Geneesk 2005;149:2211-4.*
- Rietberg CCT. *Term breech delivery in the Netherlands. Proefschrift Universiteit Utrecht, 2006.*
- Neef T de, Franx A, Visser GHA. *Wat ons opvalt in de LVR2 – Perinatale sterfte (2): Begin van de baring. NTOG 2010;123:74-5.*

## 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  
**C.C.T. Rietberg**, gynaecoloog, Zuwe Hofpoort Ziekenhuis, Woerden

## CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: tdeneef@qolor.nl