

Reactie op artikel:

Wat ons opvalt in de LVR2 - Perinatale sterfte (3): Stuitligging a terme (NTOG, mei 2010, pagina 143-144)

Wat ons niet opvalt in de LVR2: perinatale sterfte (3) stuitligging a terme

Pleidooi voor thematische perinatale audit

A.T.M. VERHOEVEN, J.P. DE LEEUW EN T.W.A. HUISMAN

De commentator van *Perinatale sterfte: stuitligging a terme* meent "dat het nauwelijks tot discussie hoeft te leiden als gynaecologisch Nederland een stuitbevalling altijd via een primaire sectio laat verlopen"¹ Dat is juist wél discutabel om de volgende redenen:

De auteurs vinden "de prijs die de moeder en het volgend kind daarvoor betalen moeilijk vast te stellen". Onze berekening maakte aannemelijk:

1. Dat bij een primaire sectio de maternale sterfte en ernstige maternale morbiditeit groter was dan bij een geplande vaginale baring.²⁻⁴ Voor maternale sterfte is het RR 2,8 bij een electieve sectio, en 4,3 bij een spoedsectio: opgeteld voor alle sectio's een RR van 3,7.[1]
2. Dat er na 2000 in Nederland 850 extra electieve sectio's nodig waren om op termijn een extra levend kind 'te redden'. Dit nog daargelaten de kinderen die blijvend hersenletsel opliepen ten gevolge van asfyxie bij een latere uterusruptuur.²⁻⁴

Ad 1: Maternale morbiditeit

Er is ontegenzeggelijk een dramatische toename in maternale morbiditeit bij de sectio in vergelijking met de vaginale baring: endomyometritis 10,3 maal zo vaak (95% c.i. 5,9-17,9), wondinfecties 1,7 maal zo vaak, en toename van urineweginfecties en niet letale trombo-emboliën. Dit leidt tot een verdubbeling van de kosten.^{5,6} Op lange termijn

zijn er ook meer chronische buikpijnklachten door adhesievorming en littekenneuropathie.⁷

De met onze mededelingen gelijktijdig verrichte landelijke studie naar ernstige acute maternale morbiditeit (Severe Acute Maternal Morbidity, SAMM), de LEMMoN/studie in de jaren 2004-2006,⁸ bevestigde onze berekeningen en registreerde het volgende:

Voor de korte termijn bleek de incidentie van SAMM bij de electieve sectio wegens atermen stuitligging nauwelijks kleiner (4,4 per 1000) dan bij de geplande vaginale baring (5,7 per 1000) (OR 0,8; 95% CI 0,5-1,3).⁹ Voor de lange termijn bleken echter 109 van de op de Intensive Care opgenomen vrouwen (4,3%:109/2552) in hun obstetrische voorgeschiedenis een primaire sectio wegens een ongecompliceerde stuitligging te hebben: 54 daarvan hadden een uterusruptuur; en 33 een atone nabloeding > 3000 cc, waarvan 8 in beide groepen vallen: totaal dus 79 casus. De overige 30 vrouwen kregen 4 of meer eenheden packed cells getransfundeerd. Daar zitten nog ernstige littekengerelateerde complicaties tussen: 3 ondergingen een relaparotomie wegens fluxus, en een vrouw kreeg 8 eenheden packed cells en 5 eenheden fresh frozen plasma bij een placenta increta met een geschat bloedverlies van 2500 cc. Van de uterusrupturen in deze studie trad ruim 29% (54/183) op bij vrouwen met als enige indicatie voor de electieve sectio een onge-

compliceerde stuitligging.¹⁰

De stijgende incidentie van SAMM vormt opnieuw een waarschuwing dat de kwaliteit van zorg niet gebaat is bij een stijgend sectiopercentage.

Ad 2: Number needed to treat

Er overlijden in Nederland jaarlijks meer kinderen als gevolg van sectiolittekens dan er 'gered' worden door electieve sectio's wegens een ongecompliceerde stuitligging.¹¹ De commentator rekent zich rijk met een jaarlijks geschatte opbrengst van 12 kinderen door alle extra electieve sectio's, en het doen van "slechts 100 sectio's per extra gered kind". Zij negeert daarbij dat de langetermijnresultaten van het door haar gepropageerde beleid negatief beïnvloed worden doordat op termijn 47% van de winst aan geredde kinderen teniet wordt gedaan door de sterfte van volgende kinderen door de littekenuterus: met als oorzaken uterusruptuur, placenta praevia en solutio placentae.² Dan blijven jaarlijks slechts 5 à 6 extra kinderen over.

Bovendien veronachtzaamt zij het feit dat een derde van de stuitbevallingen atermen begint vóór de 39e week, de termijn waarop een primaire sectio alleen wegens een stuitligging verantwoord wordt met het oog op de anders verdubbelde neonatale pulmonale risico's, en het feit dat ook internationaal 10% van

[1] J.van Roosmalen, "Sectio: de ziekte van het 3e millennium" 18.2.2005, Utrecht.

de vrouwen met geplande sectio's vaginaal bevalt voor de geplande datum van die sectio's.

Er blijven dan dus op termijn jaarlijks hoogstens 5 'te redden' kinderen over.

Bovendien moet bedacht worden dat in een met ons vergelijkbaar land, Engeland, niet de stuitligging, maar substandard care tijdens de baring verreweg de belangrijkste oorzaak is van perinatale sterfte bij stuitgeboorte.¹² In alle gevallen waar een CTG beschikbaar was, waren er klinische aanwijzingen voor hypoxie voor de geboorte en in driekwart van de gevallen een verlate reactie van de medische en verpleegkundige staf op deze foetale hypoxie: een delay van 0,5 tot 10 uur. Onervaren obstetrici op het moment van de partus versterkten in meerdere gevallen nog eens extra het risico op asfyxie. Een geboortetrauma was slechts eenmaal de doodsoorzaak. Soortgelijke ongepubliceerde ervaringen zijn ons bekend van de Nederlandse medische aansprakelijkheidsverzekeraars.

Op grond van bovenstaande feiten en overwegingen pleiten wij ervoor om – in plaats van een ongebreidelde toevlucht tot de primaire sectio te propageren – bij voorrang alle gevallen van atermen perinatale sterfte in de jaren 2001-2009 te onderwerpen aan een thematische perinatale audit.

Pas na zo'n analyse kan men beoordelen of onze veronderstelling juist is dat, indien men de vaginale stuitbevalling normaal zorgvuldig had begeleid, een even grote daling van de perinatale sterfte zou zijn

opgetreden als nu door het verrichten van al die extra sectio's.²

Als ook bij ons die substandard care zou blijken, is er dan nog een weg terug?

Ja, gelukkig zijn er ook bij ons nog klinieken waar twee derde van de atermen stuitgeboorten veilig vaginaal eindigen met de geboorte van een gezond kind.^[2] In de Frans-Belgische prospectieve PREMODA/studie waarin 2526 geplande vaginale stuitbevallingen vergeleken werden met 5579 geplande sectio's bleek er geen verschil in sterfte of ernstige foetale morbiditeit.¹³ Commentators' "schrik over de hoge sterfte en het verlies van collectieve ervaring in de begeleiding van een vaginale stuitbevalling door de kleinere aantallen" vormt een extra argument die vaardigheden te onderhouden door frequentere fantoomoefeningen dan thans gebruikelijk is. Een ervaren obstetricus blijkt immers een voorwaarde voor een veilige vaginale partus in stuitligging.

Literatuur:

1. Neef T de, Franx A, mmv Rietberg CCT. Wat ons opvalt in de LVR2, Perinatale sterfte(3):Stuitligging a terme. *Ned Tijdschr Obst Gyn* 2010;123:143-4.
2. Verhoeven ATM, Leeuw JP de, Bruinse HW. Atermen stuitligging: onterechte keus voor de electieve keizersnede als standaardbehandeling vanwege te hoge risico's voor de moeder en haar volgende kinderen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149: 2207-10.
3. Verhoeven ATM, Leeuw JP de, Bruinse HW. Stuitligging: kind versus moeder (ingezonden). *Ned Tijdschr Geneesk* 2006;150:61-3.
4. Leeuw JP de, Verhoeven ATM, *Tijd voor bezinning. Medisch Contact* 2006;43:1700-3.
5. Burrows LJ, Meyn LA, Weber AM. Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2004;103:907-12.
6. Williams *Obstetrics*, 20e Ed 1997, Prentice Hall International, London.
7. Loos MJA, Scheltinga MRM, Roumen RMH. De Pfannenstiel-incisie als frequente oorzaak van chronische pijnklachten in de onderbuik. *Ned Tijdschr Obst Gyn* 2008;121:258-62
8. Zwart J. *Safe Motherhood: Severe Maternal Morbidity in the Netherlands, The LEMMoN study*, 2009, Dissertatie Universiteit Leiden.
9. Dillen J van. *Safe Motherhood, Obstetric audit in Namibia and the Netherlands*. 2009 Dissertatie Universiteit Leiden.
10. Zwart J. *Schriftelijke mededeling*, 2 oktober 2007.
11. Visser GHA. *Congresmededeling* 2009.
12. *Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy*. 7th Annual report London: Maternal and Child Health Research Consortium; 2000. {www.cemach.org.uk/publications/7th Report/pdf} Ref 34 in RCOG Guideline No 20b The management of breech presentation. RCOG, December 2006.
13. Goffinet F, Carayol M, Foidart JM et al. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective study in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:1002-11.

GEMELDE (FINANCIËLE) BELANGENVERSTRENGELING
Organisatie Cursus Stuitligging en Schouderdystocie

AUTEURS
Dr. A.T.M. Verhoeven, vrouwenarts n.p.
Dr. J.P. De Leeuw, gynaecoloog, Rijnland Ziekenhuis, Leiderdorp
Dr. T.W.A. Huisman, gynaecoloog, Westfries Gasthuis, Hoorn

CORRESPONDENTIEADRES
A. Verhoeven
Van Heemstralaan 9
6814 KA Arnhem
E-mail: atmverhoeven@planet.nl

[2] Westfries Gasthuis te Hoorn