

tact verschilt enorm in vergelijking met Nederland. Vrouwen zijn aanvankelijk terughoudend maar kunnen enorm dankbaar zijn. Dat maakt het werken hier leuk. Geloof en traditionele geneeswijzen spelen een belangrijke rol. Een mevrouw met pre-eclampsie wilde pas opgenomen worden nadat zij thuis een geestelijk bad had genomen. De reactie na een intra-uteriene vruchtdood of perinatale sterfte is (naar buiten toe) veel gelatener dan in Nederland. Nazorg is er niet of nauwelijks. Vrouwen verwachten niet veel empathie. Met een snufje van wat ik gewend ben, kom je ver.

En soms is er dan ineens een vlaag van efficiëntie. Gehoord op een zaal met acht zwangeren: verpleegkundige: "Wie heeft er vandaag nog niet gepoept?" De lijsten zijn in een mum van tijd bijgewerkt. Aan het pallet veel voorkomende obstetrische problemen zijn anemie en onbekende termijn toegevoegd. Nooit gedacht dat het laatste zo frustrerend kan zijn. Vrouwen uit het binnenland zijn van mening dat dok-

ters in het ziekenhuis snel naar het mes grijpen. Om een groot kind (en een sectio) te voorkomen, eten ze een soort klei met als gevolg resorptiestoornissen van onder meer foliumzuur, ijzer en vitamine B₁₂. Een Hb onder de 4 verbaast niet meer.

Wat een ervaring is het werken hier. Niet alleen voor mij maar ook voor mijn collega's!

Auteur

Giel van Stralen, gynaecoloog,
's Lands Hospitaal
Henck Arronstraat 64
Paramaribo
Suriname

Correspondentieadres

Giel van Stralen
E-mail: gielvs@gmail.com

Wat ons opvalt in de LVR2

Serotiniteit is uit

T. de Neef en A. Franx,

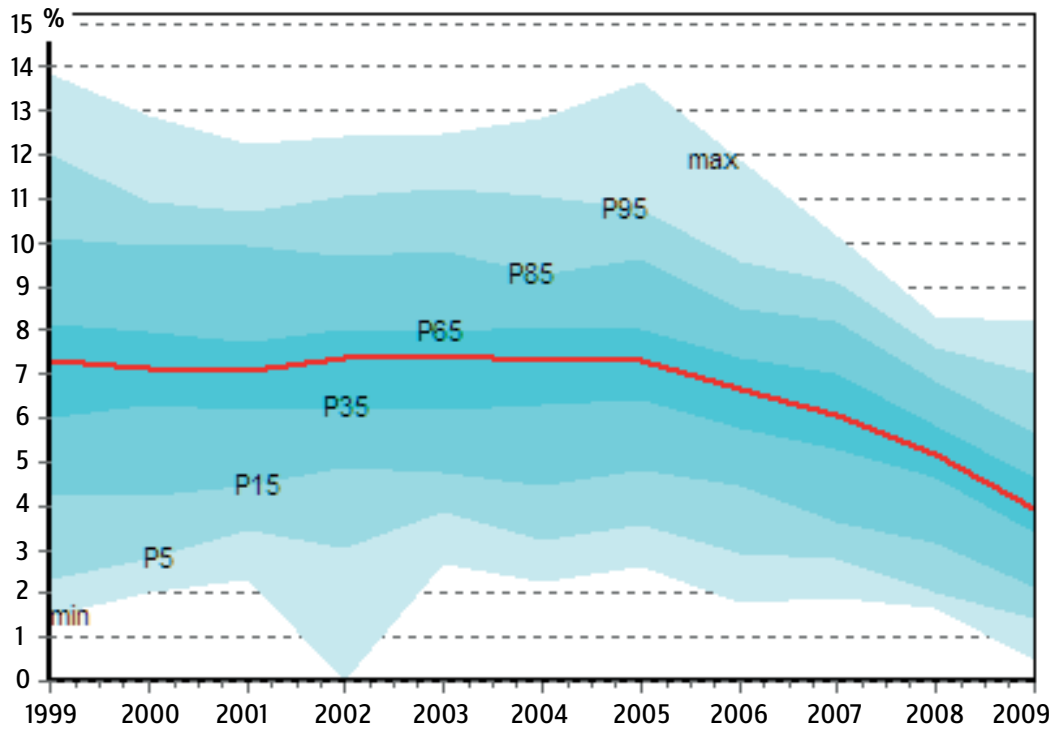
met medewerking van J.A.M. van der Post

Inleiding

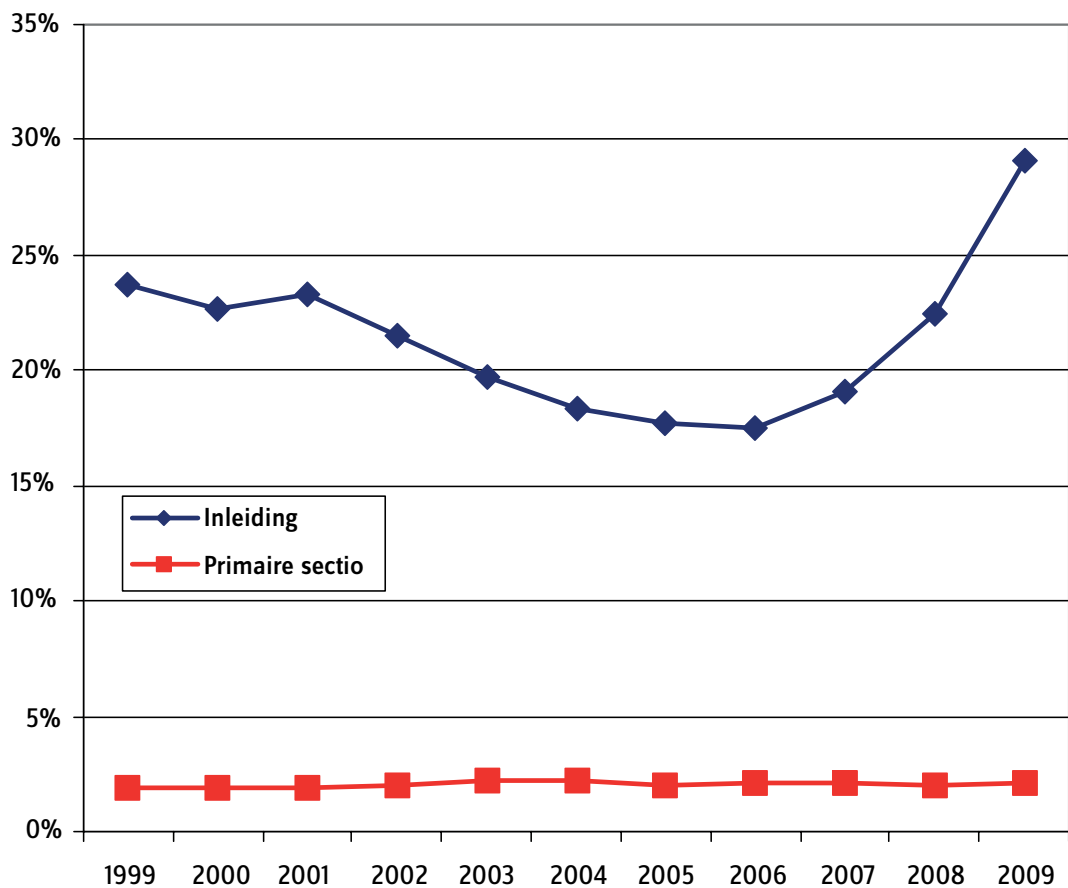
In juni 2007 accordeerde de algemene ledenvergadering van de NVOG de *Richtlijn Serotiniteit*. Deze richtlijn geeft ruimte voor electieve inleiding van de baring in de 42e week van de zwangerschap. Een van de kernaanbevelingen luidt: "Als bij een zwangerschapsduur tussen de 41 en 42 weken de ouders verzoeken om inleiden van de baring zonder dat risicofactoren aanwezig lijken, kan de zwangerschap worden beëindigd door inleiden van de baring na voorlichting over inleiding. Dit leidt niet tot meer kunstverlossingen en mogelijk tot minder sectio's." Wij onderzochten met LVRinsight wat de Nederlandse praktijk is met betrekking tot interventies aan het begin van de baring in de 42e zwangerschapsweek.

Serotiniteit

Serotiniteit of postterme zwangerschap is gedefinieerd door WHO en FIGO als een zwangerschapsduur ≥ 42 0/7 week (≥ 294 dagen), gerekend vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie. Dit komt overeen met de uitgerekenende of atermen datum vermeerderd met veertien dagen. In de afgelopen elf jaar (1999-2009) is dat ruim 86.000 keer geregistreerd in de LVR2. Op een paar dozijn na betreft het allemaal eenlingzwangerschappen. Het percentage serotiene bevallingen neemt de laatste jaren aanzienlijk af. Tot 2005 schommelde dit percentage rond 7%; in 2009 was het gedaald tot 4%. Figuur 1 toont deze trend. De percentielbanden laten zien dat de afname van serotiniteit breed wordt gedragen: ook in praktijken met relatief veel serotiene bevallingen neemt het percentage beduidend af. Mogelijk was de richtlijn - waar-



Figuur 1. Percentage zwangerschappen die ≥ 42 weken duren. Landelijk gemiddelde en spreiding over alle tweedelijspraktijken.



Figuur 2. Interventies bij het begin van de baring in de 42e week.

van in 2007 de eerste effecten zichtbaar moeten zijn - de legitimering van een reeds ingezette trend.

Interventies

Als wordt ingegrepen teneinde serotiniteit te voorkomen, dan gebeurt dat in de 42e week. In die week is het percentage inleidingen de laatste jaren inderdaad explosief gestegen, getuige figuur 2.

Het (geringe) percentage primaire sectio's in de 42e week is niet veranderd sinds 1999. De toename van het aantal inleidingen in de 42e week lijkt geen gevolg te hebben gehad voor interventies aan het einde van de baring. Percentages vaginale kunstverlossingen (rond 20%) en secundaire sectio's (rond 17%) veranderen niet noemenswaardig en zijn overigens in lijn met interventietrends voor kortere zwangerschapsduren.

Sterfte onder kinderen die geboren worden ≥ 42 weken kan met LVRinsight niet zonder meer vergeleken worden met sterfte onder atermen kinderen, omdat de exacte noemer van de laatste groep niet kan worden afgeleid uit de LVR2. Immers, vrijwel alle sterfte wordt geregistreerd in LVR2 en vrijwel alle bevallingen ≥ 42 weken vinden plaats in de tweede lijn. Maar van de atermen bevallingen vindt maar twee derde plaats in de tweede lijn. LVRinsight toont derhalve bij de atermen groep het percentage sterfte van tweedelijnsbevallingen en bij de serotiene groep het percentage sterfte van alle Nederlandse bevallingen. Sterfteaantallen bij serotiene kinderen zijn overigens betrekkelijk klein en het percentage sterfte vertoont daardoor een grillig verloop met de jaren. Het schommelt tussen 0,1% en 0,2%.

Wij vroegen Joris van der Post - opsteller van de richtlijn - om commentaar:

De richtlijn serotiniteit heeft aanleiding tot veel discussie gegeven tijdens ontwikkeling en implementatie in de verloskundige samenwerkingsverbanden. Het voorkomen van sterfte door inleiden van de baring in de 42e week is alleen effectief als er veel inleidingen worden gedaan (NNT rond de 500). Selectie speelt hierbij een grote rol. Een groot deel van de zwangerschappen is namelijk niet bedreigd. Het alleen selecteren op zwangerschapsduur als risico

is een beperkt instrument om de gevolgen van een relatieve placenta-insufficiëntie te voorkomen. De overige parameters die hierbij gebruikt worden als CTG en echoscopisch onderzoek zijn ook beperkt. De zorg van eerste en tweede lijn was bij het implementeren van de richtlijn dat het aantal interventies durante partu sterk zou toenemen. Het is goed dat er vanuit LVRinsight terugkoppeling is.

Het aantal interventies in de ingeleide groep is hoog met 37% kunstverlossingen en secundaire sectio's. Het aantal interventies verschilt zoals verwacht weliswaar niet van inleidingen bij kortere zwangerschapsduren, maar de reden van inleiden blijft onbekend. Een goede vergelijking is niet mogelijk met behulp van deze cijfers. Randomisatie van patiënten om meer helderheid over dit vraagstuk te krijgen en een goed prospectief cohort op te bouwen is dan ook aangewezen. Dit zal data toevoegen aan bestaande cohorten om de effectmaat van de interventie beter te schatten en maakt het mede mogelijk een predictiemodel te ontwerpen voor deze groep zwangeren. Dat het percentage serotiene (42 weken en meer) zwangere vrouwen daalt in Nederland, kan naast het inleiden van de baring voor 42 weken, ook te maken hebben met het feit dat de atermen datum tegenwoordig wordt bepaald door echoscopisch onderzoek vroeg in de zwangerschap in plaats van door de eerste dag van de laatste menstruatie. Dit alleen al kan leiden tot een daling van serotiniteit van enkele procenten.

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, hoogleraar verloskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht

J.A.M. van der Post, gynaecoloog-perinatoloog, hoogleraar verloskunde, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Correspondentieadres

T. de Neef

E-mail: tdeneef@qolor.nl