CONCLUSIE TERM BREECH TRIAL MOET WORDEN INGETROKKEN

De afgelopen jaren heeft u veel kunnen lezen over de Term Breech Trial, de consequenties ervan en de kritiek erop. In het American Journal of Obstetrics and Gynaecology zet Marek Glezerman de bezwaren tegen de grote stuitenstudie nog eens kort op een rij en trekt hij zijn boute conclusie: Hannah et al moeten hun verantwoordelijkheid nemen en hun aanbevelingen intrekken.

Kristel Zeeman

Glezerman[1] bestudeerde uitgebreid de Term Breech Trial, de publicatie zelf, de opzet van het onderzoek en ook aanverwante studies en commentaren. Zijn analyse resulteert in de onderstaande methodologische en klinische bezwaren tegen de trial:

Schending van de inclusiecriteria

De studie neemt een loopje met de volgende inclusiecriteria

- **geplande bevalling**
  50% van de vrouwen in de 'geplande sectio' groep en 83% van de 'geplande vaginale baring' groep werden durante partu geworven.
- **geen hyperextensie van het foetale hoofd**
  Bij meer dan 30% van de geïncludeerde vrouwen werd geen echo gemaakt, zodat deze contra-indicatie voor een vaginale baring niet werd geverifieerd.
- **levende eenlingen**
  In de studie werden twee tweelingen, een anencefaal en twee dode foetussen onterecht geïncludeerd, waarschijnlijk doordat veel van de deelnemende centra geen toegang hadden tot routine-echoscopieën.
- **foetaal gewicht <4000gram**
  In de 'geplande vaginale baring'-groep werd 5,8% van de kinderen geboren met een gewicht van boven de 4000 gram, tegenover 3,1% in de sectiogroep. Dit komt doordat randomisatie plaatsvond bij week 37 en de geplande sectio bij 38 weken. Vrouwen, die planden om vaginaal te bevallen, bevielen vaker later, waardoor hun kinderen groter konden groeien.

Variatie in kwaliteit van zorg

De deelnemende centra verschilden in kwaliteit van zorg. 35% van de klinieken hadden de mogelijkheid binnen tien minuten een sectio te verrichten bij complicaties en beschikten over de mogelijkheid van reanimatie met zuurstof met masker en ballon en hadden daarvoor 24 uur/dag gekwalificeerd personeel in huis. De overige klinieken konden aan een of meerdere van deze voorwaarden niet voldoen. Daarnaast werd eenderde van de kinderen met significante morbiditeit geboren onder de handen van een hulpverlener zonder adequate expertise.

Bevalling geen oorzaak van perinatale mortaliteit

In de analyse van de TBT komt naar voren dat er significant meer perinatale sterfte voorkomt bij de groep die plande vaginaal te baren vergeleken met de geplande sectiogroep. Lang niet altijd was de bevalling echter de oorzaak van de sterfte. Glezerman herhaalt de Fisher's exact test met de 'juiste' sterfte aantallen en vindt geen significant verschil tussen beide groepen.

Alleen korte termijn neonatale morbiditeit

In de TBT werden alleen korte termijn effecten van de wijze van bevallen bij stuitligging gemeten. Wanneer naar de morbiditeit op lange termijn wordt gekeken vervalt het verschil in gezondheidsschade bij de kinderen in beide groepen.

Conclusie: Geen bewijs voor huidig beleid

Net als vele anderen denkt ook Glezerman dat de resultaten van de TBT door gynaecologen wereldwijd zijn opgepakt, omdat deze groen licht gaven voor een beleid waar de artsen feitelijk al op zaten te wachten. Alle kritiek op het onderzoek kon de massale sectio's bij stuitligging niet meer stoppen. Glezerman vreest dat *the point of no return* is bereikt en dat de vaginale stuitbevalling definitief op zijn retour is. Met alle consequenties van dien, zoals verlies van expertise en een toename van maternale morbiditeit op lange termijn. De auteurs van de TBT hebben volgens Glezerman met een rammelende studie bijgedragen aan deze ontwikkelingen. De gerenommeerde onderzoekers dienen daarom hun verantwoordelijkheid te nemen en hun conclusies in te trekken. □

Referentie

[1]. Glezerman, M. Five Years to the term breech trial: The rise and fall of a randomized controlled trial. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2006;194(1):20-25.

200515 - maart.pdf - pag.21
LET OP !!! Lage resolutie!
March 17, 2006