

ATERME STUITLIGGING: WETENSCHAP STANDAARD GEADVISEERDE KEIZERSNEDE UITEINDELIJK NIET VEILIGER VOOR HET KIND

In oktober 2000 is de 'Term breech trial' verschenen, een gerandomiseerde studie naar de verschillen in uitkomsten tussen behandeling met een electieve keizersnede en een electieve vaginale bevalling bij een aterm kind in stuitligging, waarbij een lagere perinatale sterfte en kinderlijke morbiditeit werden aangetoond in de electieve sectiegroep^[1]. Een beleid waarmee een primaire sectio werd nagestreefd verminderde statistisch significant het percentage met een slechte perinatale uitkomst, van 5,0 naar 1,6, met een voor de moeder gelijkblijvende uitkomst met betrekking tot morbiditeit. Dit verschil is vooral ontstaan door een overmaat aan kortdurende neonatale morbiditeit in de geplande vaginale groep. In de hele studie was er 1 geval van maternale sterfte in de primair vaginale groep, gerelateerd aan reeds vóór de bevalling bestaand levernierfalen. Sinds het verschijnen van deze studie is het sectiepercentage in Nederland voor de aterm stuitligging gestegen van 50 tot 80^[2,3].

S.A.Scherjon en J.van Roosmalen

Korte termijn uitkomsten

In Nederland is destijds door sommige obstetrici twijfel geuit over de conclusies van dit onderzoek, onder meer volgend op een commentaar in dit tijdschrift^[4], met name ten aanzien van de voorafdefinitie van de uitkomstvariabelen en de interpretatie van deze uitkomsten^[5]. In de studie werd er tussen de twee groepen geen verschil gevonden in perinatale sterfte (0,6% in de geplande vaginale groep en 0% in de electieve sectiegroep) in landen met een voor Nederland vergelijkbare lage perinatale sterfte. De definitie van 'kinderlijke morbiditeit' omvatte ook als niet ernstig te kenmerken morbiditeit, zoals het bij een vaginale stuitbevalling logischerwijze veel vaker vóórkomen van huidlaceraties en gezwollen genitalia externa. Er waren twijfels over de korte termijn van de gerapporteerde uitkomsten (een plexus-brachialislaesie vereist een langere follow-up dan 6 weken),

over de relevantie van de gebruikte uitkomstmaten (zoals 'gezwollen labia', 'uitdroging' of 'hypotonie') en over het combineren van uitkomstresultaten^[6]. In ieder geval zijn, naar de opvatting van sommigen, niet alle destijds als slecht gerapporteerde uitkomsten kenmerkend voor ernstige neonatale morbiditeit. Ook was er kritiek op de opzet van de studie. De externe validiteit was in het geding, omdat, onterecht naar onze opvatting, de moeders en kinderen in zoveel verschillende landen en in zoveel verschillende klinieken aan wie zorg werd geboden als één homogene groep geanalyseerd werden^[6]. Een recent gepubliceerde Nederlandse studie, gebaseerd op gegevens van een groot cohort stuitbevallingen uit de tweedelijns Landelijke Verloskunde Registratie (LVR-2), laat overigens wel zien dat een primaire sectio betere neonatale uitkomsten geeft (zowel wat betreft de perinatale sterfte als de neonatale uitkomsten, zoals een Apgar-score < 7 of het voorkomen

van een geboortetrauma)^[2]. Deze studie vergelijkt de uitkomsten van het beleid vóór en na het tijdstip waarop de gegevens van de 'Term breech trial' werden gepubliceerd en de daarmee gelijklopende, exceptioneel snelle toename van het electieve sectiepercentage bij aterm kinderen in stuitligging^[2]. Echter, ook voor deze studie geldt het gedeeltelijke bezwaar dat naast de perinatale en neonatale sterfte alleen de kortetermijnuitkomsten vermeld worden.

Langetermijnuitkomsten

Met het recent bekend worden van de langeretermijnuitkomsten van de kinderen en moeders van de 'Term breech trial'^[7,8] zou men een hernieuwde discussie verwachten over de veiligste weg van bevallen voor het aterm kind in stuitligging. Het naonderzoek heeft plaatsgevonden bij de centra die aannamen dat ze ongeveer 80% van de kinderen, bij een leeftijd van 2 jaar, konden lokaliseren. Wij denken dat deze selectiebias (er werd hierdoor maar ongeveer 55% van de kinderen beoordeeld) mogelijk voor de interpretatie van de gegevens zelfs wenselijk is, omdat de uitkomsten nu gaan over klinieken en landen met een vergelijkbaar organisatie- en gezondheidsniveau als Nederland. Een gevalideerde

Dr. S.A. Scherjon en Dr. J. van Roosmalen, gynaecologen. LUMC, afdeling Verloskunde (K6-27). Postbus 9600, 2300 RC Leiden;

Dit artikel stond eerder in NTVG 2005, 1 oktober 2005;149 (40):2204-2206.

WETENSCHAP

Uitkomsten 2 jaar na een stuitbevalling; weergegeven zijn het aantal (%) kinderen of moeders*

uitkomst	electieve keizersnede (n = 457)	electieve vaginale bevalling (n = 463)	relatief risico (95%-BI)	p
kind				
overleden	2 (0,4)	6 (1,3)	0,3 (0,1-1,7)	0,29
neurologische achterstand	12 (2,6)	7 (1,5)	1,74 (0,7-4,4)	0,24
abnormale grove motoriek	10 (2,4)	6 (1,4)	1,7 (0,6-4,7)	0,32
abnormale fijne motoriek	15 (3,6)	15 (3,5)	1,0 (0,5-2,1)	1,0
afwijkende ASQ-uitkomst	40 (9,6)	38 (8,6)	1,1 (0,7-1,7)	0,72
kind loopt, rent, of klimt niet als leeftijdsgenoten	25 (6,0)	30 (7,0)	0,9 (0,5-1,4)	0,58
medische problemen in de afgelopen maanden	86 (20,8)	63 (14,8)	1,4 (1,1-1,9)	0,02
moeder				
'het is eenvoudig je een moeder te voelen'	306 (71,5)	310 (69,5)	1,0 (0,9-1,4)	0,41
borstvoeding ten tijde van afname van de ASQ	35 (7,7)	24 (5,3)	1,5 (0,9-2,4)	0,14
pijn	96 (21,0)	102 (22,2)	0,9 (0,7-1,2)	0,69
urine-incontinentie	81 (17,8)	100 (21,8)	0,8 (0,6-1,1)	0,14
dyspareunie	41 (10,0)	43 (10,4)	1,0 (0,6-1,4)	0,85
depressie	47 (10,5)	53 (11,6)	0,9 (0,6-1,3)	0,60

ASQ = 'Ages and stages questionnaire', met vragen over de motoriek van het kind.

*Van een aantal uitkomstmaten waren de gegevens niet compleet.

motorische vragenlijst – de 'Ages and stages questionnaire' (ASQ) – werd toegezonden en indien deze afwijkend was werd het kind neurologisch onderzocht.

In de groep waar de follow-up heeft plaatsgevonden was het relatief risico (RR) op perinatale sterfte in de sectiegroep 0,20 (95%-BI: 0,03-1,30), identiek aan het RR in de oorspronkelijke studie (0,23; 95%-BI: 0,07-0,81). Van de 18 kinderen met een slechte neonatale uitkomst die beschikbaar waren voor langetermijnfollow-up, afkomstig van de oorspronkelijke groep van 24 kinderen met een slechte uitkomst op de leeftijd van 6 weken, had er slechts 1 ook op de leeftijd van 2 jaar geen goede uitkomst; het ging om een kind afkomstig uit de vaginale groep (dit kind overleed overigens na een gecompliceerde infectie volgend op

een operatie voor een subglottisstenose op de leeftijd van 42 maanden). Van deze 18 kinderen waren er 14 afkomstig uit de oorspronkelijk vaginale groep en 4 uit de primaire sectiegroep. De resterende kinderen met direct na de geboorte een slechte uitkomst hadden nu een normale uitkomst.

Op 2-jarige leeftijd was er geen verschil in de incidentie van de vooraf afgesproken gecombineerde uitkomstmaat 'sterfte en/of ontwikkelingsachterstand' (3,1% in de primaire sectiegroep versus 2,8% in de primaire vaginale groep: RR 1,1; 95%-BI: 0,5-2,3; p = 0,9). Ook werden geen verschillen gevonden in abnormale uitkomsten van de ASQ op 2-jarige leeftijd bij de kinderen uit de primaire sectiegroep en de primair vaginale groep. Ook bij de vele moederlijke uitkomstvariabelen, waarvan slechts enkele

voorbeelden in de tabel gegeven zijn, worden geen evidente verschillen gevonden⁸¹.

In tegenstelling tot de auteurs verwachten wij niet dat het niet vinden van een verschil een gevolg is van de kleine onderzoeksgroep in de 2-jaarsstudie: met een RR van bijna 1 zal men mogelijk alleen bij zeer grote studies een ondergrens van het betrouwbaarheidsinterval vinden dat groter is dan 1. Daarbij is de tendens in het voordeel van de vaginale groep. De klinische relevantie van het nadeel van het verrichten van een sectio – ook op de langere termijn – weegt bij een dergelijk grote patiëntenpopulatie zwaar ten opzichte van het kleine gevonden verschil in neonatale morbiditeit. Opvallend is dat er alleen een verschil is in de inciden-

Lees verder op pagina 32

tie van 'medische problemen bij de kinderen in afgelopen maanden' na de bevalling (20,8 versus 14,8; RR: 1,41; 95%-BI: 1,05-1,89) ten nadele van de primaire sectiogroep. Een verklaring hiervoor kan zijn dat het primair verrichten van een sectio caesarea ook op de langere termijn nadelen heeft en zich voortzet in een verdere medicalisering, ook ten aanzien van andere gezondheidszorgaspecten bij het individuele kind.

Het is van belang om, naast gegevens verkregen uit grote databases (bijvoorbeeld de LVR-2) en grote gerandomiseerde studies (bijvoorbeeld de "Term breech trial"), ook retrospectieve studies met vooraf geselecteerde patiënten te beschouwen en te betrekken in de uiteindelijke oordeelsvorming^[6,9].

Een beleid met een primaire sectio bij aterme kinderen in stuitligging zal niet resulteren in een afname van de sterfte en niet in een verbetering van de ontwikkelings-neurologische uitkomst op 2-jarige leeftijd. Dit is het belangrijkste

gegeven dat besproken dient te worden met de ouders bij het counselinggesprek over de wijze van bevallen van een kind in stuitligging. □

Literatuur

[1] 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.

[2] Rietberg CC, Elferink-Stinkens PM, Visser GH. The effect of the Term Breech Trial on medical intervention behaviour and neonatal outcome in the Netherlands: an analysis of 35,453 term breech infants. *BJOG.* 2005;112:205-9.

[3] Molkenboer JF, Bouckaert PX, Roumen FJ. Recent trends in breech delivery in the Netherlands. *BJOG.* 2003;110:948-51.

[4] Roumen FJME, Nijhuis JG. De aterme stuitligging: keus voor keizersnede. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2001;145:1533-6.

[5] Verhoeven AthM. De aterme stuitligging: keus voor keizersnede [ingezonden]. *Ned Tijdschr Geneesk.*

2001;145:2100-1.

[6] Kotaska A. Inappropriate use of randomised trials to evaluate complex phenomena: case study of vaginal breech delivery. *BMJ.* 2004;329:1039-42.

[7] Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, et al. Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191:864-71.

[8] Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, et al. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191:917-27.

[9] Kayem G, Goffinet F, Clement D, Hessabi M, Cabrol D. Breech presentation at term: morbidity and mortality according to the type of delivery at Port Royal Maternity hospital from 1993 through 1999. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002;102:137-42.