

WETENSCHAP VERLOSKUNDIGE ONDERZOEKT EFFECT VAN BELEIDSVERANDERINGEN NA TERM BREECH TRIAL

Kristel Zeeman

Toen de resultaten van de TBT ook in Nederland het beleid beïnvloedden, besloten tweedelijns verloskundige Truus Verburgt en collega's de effecten ervan in hun kliniek, het Amphia ziekenhuis te Breda, te onderzoeken. De NVOG veranderde in 2001 de indicatiestelling voor een sectio caesarea (SC) in de richtlijn 'stuitligging'. Een SC enkel op indicatie 'stuitligging' werd vanaf dat moment verdedigbaar geacht. Hierdoor kwam het landelijke percentage primaire SC bij stuitligging op 61% (LVR-2, 2002).

De retrospectieve studie van Verburgt ea^[1] bestudeerde alle eenlinggeboorten in stuitligging en

hun indicaties in het jaar 1999 en vergeleek ze met die in het jaar 2002 en 2003. De resultaten laten zien dat de TBT en de richtlijn van de NVOG een substantiële beleidsverandering teweeg brachten in Breda. Het aantal primaire SC verdubbelde bijna, van 27% in 1999 naar resp. 52% (2002) en 48% (2003). De indicatie 'wens van de vrouw' steeg significant, tegenover een daling van de indicatie 'hoogstaande stuit' ($p < 0,01$) en bekkenproblematiek. De auteurs veronderstellen dat, wanneer een vrouw eenmaal kiest voor een primaire SC, medische risicofactoren voor een vaginale baring minder vaak worden onderzocht.

De vrouwen die een vaginale baring planden, bevielen daarentegen wel vaker vaginaal. Het percentage secundaire SC in deze groep daalde van 36% in 1999 naar 32% in 2002 en 17% in 2003. De belangrijkste oorzaak van deze daling lag in de afname van het aantal SC op indicatie 'niet vorderende ontsluiting' (van 52 naar 17%; $p < 0,01$). Een verklaring voor dit opmerkelijke resultaat zoeken de auteurs in een mogelijk verscherpte risico-

selectie in de zwangerschap, waardoor vrouwen met mogelijke risicofactoren voor gecompliceerde geboorte eerder een primaire sectio aangeraden werd, cq daarvoor kozen na counseling. De uitkomsten van onverwachte stuiten, hun aantal was constant rond de 13% over de verschillende jaren, werden niet in de analyse meegenomen, omdat deze anders kunnen zijn dan die van een vooraf geplande baring.

In tegenstelling tot de bevindingen van de TBT vinden Verburgt ea geen verschil in neonatale morbiditeit na een primaire SC of een vaginale poging, behalve waar het een lage pHa-waarde en metabole compensatie betrof. Deze kwamen meer voor in de groep 'vaginale poging'. De verschillen in extreem lage pHa-waarden ($< 7,0$) en $BE > 15$ waren niet significant. Deze zijn belangrijk voor gevolgen op de lange termijn. De indicatoren voor maternale morbiditeit 'bloedverlies $> 1000\text{cc}$ ' en 'opname van langer dan vijf dagen op maternale indicatie', waren hoger in de groep 'primaire SC'. Verburgt concludeert dat, op basis van deze gegevens en de maternale morbiditeit op lange termijn, het verrichten van een SC enkel op indicatie stuitligging heroverwogen moet worden. □

Referentie

[1]. Verburgt, GHM ea. *Sectio caesarea bij aterre stuitligging? Evaluatie van beleidsverandering na de Term Breech Trial. NTOG 2006; 119:16-23.*

