

# UITZUIGEN

## WETENSCHAP

# 'IN DE VULVA' OVERBODIG

Uitzuigen in de vulva bij meconiumhoudend vruchtwater was altijd het devies, maar hoe lang nog? Een groot Argentijns-Amerikaans onderzoek geeft aanleiding tot heroverweging van deze algemeen en internationaal gehanteerde praktijk en herziening van richtlijnen op dit gebied.

Dit onderzoek, onder ruim 2500 vrouwen, bewijst dat het uitzuigen van de mond en de neus voor de geboorte van het kind geen effect heeft op het aantal kinderen dat het meconium aspiratie syndroom (MAS) ontwikkelt of daarbij meer complicaties heeft.

*Josien de Boer, Marianne Prins en Kristel Zeeman*

Sinds jaar en dag leren verloskundigen bij meconiumhoudend vruchtwater om de neus en mond nog in de vulva uit te zuigen, voordat de schouders geboren zijn. Hiermee tracht men te voorkomen dat er postpartum meconium in de luchtwegen komt bij de eerste inspiratie, als dit niet al prenataal gebeurd is door ademhalingsbewegingen bij ernstige hypoxie<sup>[2]</sup>. Deze praktijk is gebaseerd op publicaties uit de jaren tachtig, maar eigenlijk is nooit goed onderzocht of deze handelswijze het levensbedreigende meconium aspiratie syndroom (MAS) voorkomt.

### Onderzoek

Vain et al publiceerden in de *Lancet* een grote gerandomiseerde klinische trial. Zij onderzochten de effectiviteit van het uitzuigen voor de geboorte van de schouders ter voorkoming van MAS. 2514 'low risk' zwangere vrouwen met meconiumhoudend vruchtwater werden geïncludeerd. Zij werden gerekruteerd in 11 ziekenhuizen in Argentinië en in één Amerikaans ziekenhuis en werden door loting toegewezen aan de onderzoeksgroep of de controlegroep. In de onderzoeksgroep werden mond en neus uitgezogen voor de geboorte van de schouders. De baby's in de controlegroep werden niet voor de geboorte uitgezogen. Uitzuigen na

de geboorte gebeurde alleen bij die kinderen (uit beide groepen) waar bij een arts ademhalingsproblemen constateerde en dan altijd endotracheaal.

### Resultaten

De onderzoekers waren vooral geïnteresseerd of vroeg uitzuigen MAS voorkomt en of er verschillen zouden zijn in de neonatale conditie tussen de twee groepen. Uit het onderzoek komt naar voren dat de incidentie van MAS in beide groepen gelijk was, namelijk bij 4% van de kinderen. Ook de behoefte aan (positieve druk) beademing was in beide groepen gelijk. De onderzoekers vonden geen verschil in de gemiddelde periode dat kinderen met MAS zuurstof gebruikten, de duur van de beademing en de ziekenhuiszorg die zij nodig hadden. Tenslotte vonden zij geen verschillen in de frequentie van andere ademhalingsproblemen, gevallen van pneumothorax en de Apgarscores na 1 en 5 minuten. 10% van de kinderen met MAS overleed en deze kinderen waren gelijk verdeeld over de onderzoeks- en controlegroep.

Om te verifiëren of de consistentie van het meconiumhoudend vruchtwater (diffuus of dik en taai) van invloed is, keken de onderzoekers ook naar verschillen in morbiditeit tussen deze groepen. Zelfs in de hoogrisicogroep met dikke meconium vonden zij geen verschillen tussen de baby's die wel of niet werden

uitgezogen voor de geboorte. Complicaties ten gevolge van uitzuigen in de vulva werden niet geconstateerd.

### Conclusie

De onderzoekers concluderen op basis van dit onderzoek dat uitzuigen voor de geboorte het aantal gevallen van MAS niet omlaag brengt en ook de hoeveelheid zorg die er na de geboorte nodig was, niet vermindert.

Zorgvuldig zoeken de auteurs naar allerlei verklaringen voor het feit dat ze geen verschillen vinden. Van te voren maakten zij een power berekening om voldoende aantallen kinderen te includeren voor het aantonen van een significant verschil. De onderzoeksgroep was dus voldoende groot. Daarna bespreken zij de definities van MAS die in de diverse onderzoeken tot nu toe gebruikt zijn en die soms afwijken van de definitie die zij hanteerden. Toch lijkt het ook daar niet aan te liggen.

Na deze overwegingen stellen de auteurs dat er onvoldoende basis is om voort te gaan met de huidige richtlijnen die intrapartum uitzuigen voorschrijven.

### Kritiek

Het onderzoek is groot en degelijk opgezet. De methode van onderzoek is goed beschreven en de statistische analyse is op basis van *intention to treat*. Bijzonder aan de

*Josien de Boer is psycholoog-onderzoeker en beleidsmedewerker Richtlijnontwikkeling bij de KNOV, Marianne Prins is beleidsmedewerker aan de Verloskunde Academie te Amsterdam en Kristel Zeeman is verloskundige, medisch antropoloog, beleidsmedewerker van de KNOV en lid van de redactie*

## WETENSCHAP



studie is dat ook de *compliance*, de mate waarin de hulpverleners zich aan het onderzoeksprotocol houden, wordt beschreven. Zo weten we dat de kinderen echt volgens het protocol behandeld zijn, waardoor vertekening van de resultaten waarschijnlijk beperkt zal zijn. Bij de publicatie van de resultaten ontstond commotie over de *informed consent* procedure. In dit onderzoek werd een *waiver of informed consent* gehanteerd. Dit betekent dat er is afgeweken van de normale toestemmingsprocedure onder de deelnemers van de studie. De onderzoekers lieten deelnemende vrouwen een toestemmingsformulier tekenen tijdens prenatale controles, terwijl sommige vrouwen zich pas bij het ziekenhuis meldden ten tijde van de partus. Zij werden niet meer over het onderzoek geïnformeerd. Dit is ethisch gezien alleen toegestaan in uitzonderlijke gevallen, wanneer het praktisch gezien onmogelijk is om toestemming te vragen en het onderzoek om die reden niet door zou kunnen gaan. De belangrijkste voorwaarde is dat er geen of slechts een minimaal risico bestaat op schade voor de deelnemers. De onderzoekers kon-

den in het geval van deze studie onmogelijk zeker weten dat de onderzoeksgroep geen of weinig gevaar liep. Bovendien ging het om pasgeborenen, een zeer kwetsbare groep, die risico liepen het levensbedreigende meconium aspiratie syndroom te krijgen. Toestemming van alle ouders tijdens de bevalling is in dit geval noodzakelijk, is de mening van critici<sup>[3,4]</sup>. Ook in Nederland is het ondenkbaar dat een ethische commissie toestemming zou geven voor een dergelijke consentprocedure. De critici zeggen overigens wel expliciet dat deze ethische kanttekeningen niets afdoen aan de resultaten van de studie.

### Implicaties

De resultaten roepen de vraag op of het Nederlandse beleid ten aanzien van uitzuigen bij meconiumhoudend vruchtwater moet worden aangepast en zo ja, op welke manier. Deze studie toont overtuigend aan dat uitzuigen van mond en neus na de geboorte van het hoofd, voor de geboorte van de schouders geen verlaging geeft van neonatale complicaties. Maar wat er gedaan moet worden nadat het hele kind geboren is, is minder duidelijk. In de studie

van Vain et al werd alleen postpartum uitgezogen bij baby's met ademhalingsproblemen. Postpartum uitzuigen was echter geen onderwerp van onderzoek en zal dus eerst nader onderzocht moeten worden. KNOV werkt momenteel samen met de Nederlandse vereniging voor kindergeneeskunde aan de ontwikkeling van een standpunt 'reanimatie van de pasgeborenen in een eerstelijnssetting' waarbij uitzuigen tijdens de partus (routinematig en bij meconiumhoudend vruchtwater) aan de orde zal komen. □

### Verwijzingen

- [1] Vain, NE et al. *Oropharyngeal and nasopharyngeal suctioning of meconium-stained neonates before delivery of their shoulders: a multicentre, randomised controlled trial. Lancet (2004) 14;364:597-602.*
- [2] Heineman e.a. (eds) *Obstetrie en gynaecologie. De voortplanting van de mens. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2004:450.*
- [3] Cuttini, M. *Intrapartum prevention of meconium aspiration syndrome. Lancet (2004) 14;364:560-561.*
- [4] Hugill, K. *MIDIRS comments. MIDIRS (2004) 14;4:501-502.*