

# STUITLIGGING: KIND VERSUS MOEDER

WETENSCHAP

Aterme stuitligging 3

Dit commentaar op de artikelen van Scherjon en Van Roosmalen [1], en Verhoeven et al [2], is geschreven door auteurs die deels in dezelfde ziekenhuizen werken. De soms wat andere conclusies die wij trekken, tonen nadrukkelijk het dilemma waarvoor de hedendaagse obstetrie zich geplaatst vindt: wordt er gekozen voor het kind of voor de moeder en wat is de prijs die daarvoor betaald wordt?

G.H.A. Visser, C.C.Th. Rietberg,  
D. Oepkes en F.P.H.A. Vandenbussche

## Het kind

### Langetermijnmorbiditeit

Met betrekking tot de langetermijnmorbiditeit van het kind na een vaginale stuitgeboorte wordt in beide commentaren aangegeven dat deze niet duidelijk verschilt van die van kinderen in stuitligging die geboren zijn via een keizersnede<sup>[1,2]</sup>. Follow-upgegevens van een deelpopulatie uit de 'Term breech trial' (TBT) tonen inderdaad geen verschillen in langetermijnmorbiditeit<sup>[3]</sup>. Scherjon en Van Roosmalen stellen, volgens ons terecht, dat eventuele verschillen hooguit in zeer grote onderzoeken gevonden worden, aangezien in het follow-uponderzoek met betrekking tot langetermijnmorbiditeit voor de meeste parameters het relatieve risico circa 1 bedroeg<sup>[1]</sup>. Totdat hierover mogelijk meer bekend wordt, moeten wij ons dus richten op verschillen in perinatale sterfte, zoals Verhoeven et al.<sup>[2]</sup>

### Perinatale sterfte

Scherjon en Van Roosmalen vermelden dat in de oorspronkelijke TBT<sup>[4]</sup> geen verschil is gevonden tussen de perinatale sterfte in de electieve sectiogroep (0%) en in de geplande vaginale groep (0,6%) in landen met een met Nederland vergelijkbare lage perinatale sterfte<sup>[1]</sup>. Evenmin was er in het follow-uponderzoek een statistisch significant verschil in sterfte (0,4 en 1,3% respectievelijk; RR: 0,3 (95%-BI: 0,1-1,7)). Hier wrekt zich dat de

onderzoeksgroepen klein waren. Het verschil in perinatale sterfte van circa 0,5% is in een dergelijke populatie niet statistisch significant. Reeds 18 jaar geleden hebben Bingham en Lilford berekend dat de oversterfte ten gevolge van een vaginale stuitgeboorte waarschijnlijk ongeveer 0,4% bedraagt.<sup>[5]</sup> Dat wil zeggen dat circa 250 keizersneden verricht moeten worden om 1 geval van sterfte ten gevolge van een vaginale stuitgeboorte te voorkomen. Eerder publiceerden wij een retrospectieve populatiestudie betreffende de directe neonatale uitkomst van alle 33.824 aterme stuitbevallingen die in Nederland plaatsvonden in de jaren 1995-1999<sup>[6]</sup>. Deze gegevens zijn beschikbaar in de landelijke perinatale registratie. Sterfte na een vaginale geboorte of spoedsectio durante partu was 2 maal zo hoog als die na een electieve sectio in verband met de stuitligging (0,39 en 0,17% respectievelijk).

Op grond van die getallen is uit te rekenen dat, indien in Nederland alle aterme kinderen in stuitligging per electieve sectio caesarea geboren zouden worden, 330 extra sectio's verricht zouden moeten worden om 1 geval van perinatale sterfte te voorkomen. De werkelijkheid bleek iets gunstiger. Direct na publicatie van de TBT steeg het sectiopercentage bij aterme stuitligging in ons land per acuut van 50 naar 80, om daarna stabiel te blijven<sup>[7]</sup>. De perinatale sterfte, voorheen stabiel op 0,35%, daalde tot 0,18%. Op grond hiervan berekenden wij dat door

dit gewijzigde beleid circa 175 extra sectio's 1 perinatale sterfte deden voorkomen. Dit komt overeen met de eerdere calculatie van Lilford en ook met de niet-statistisch significante bevindingen van de TBT en de follow-upgegevens van die trial. Een toename van sectio's leidt dus wel tot een statistisch significante daling van de perinatale sterfte. Door het nieuwe beleid wordt jaarlijks in Nederland het leven gered van 12 kinderen<sup>[7]</sup> (en niet, zoals Verhoeven et al. schrijven, 19 kinderen in 4 jaar)<sup>[2]</sup>.

### Sterfte door uterusruptuur

Met Verhoeven et al. zijn wij het eens dat ten gevolge van een uterusruptuur bij een volgende zwangerschap circa 1 extra kind per jaar zal komen te overlijden, en ook dat is inmiddels in ons land gebleken. Op grond van de incidentie van uterusrupturen na een voorgaande sectio concludeerden wij recent in een discussie in de British Journal of Obstetrics and Gynaecology dat voor ieder kind dat momenteel 'gered' wordt door de hogere sectiofrequentie in ons land 1 vrouw een uterusruptuur in een volgende zwangerschap krijgt; daarbij zal in 1 op de 10 gevallen de baby overlijden<sup>[8]</sup>. Dat is van belang bij de counseling van vrouwen met een kind in stuitligging.

*Prof. dr. G.H.A. Visser is gynaecoloog en verbonden aan UMCU, locatie Wilhelmina Kinderziekenhuis, afdeling Obstetrie en Gynaecologie;*

*Mw. C.C. Th. Rietberg is gynaecoloog en verbonden aan het Vlietland Ziekenhuis, afdeling Gynaecologie te Vlaardingen;*

*Dr. D. Oepkes en dr. F.P.H.A. Vandenbussche zijn gynaecologen en verbonden aan het LUMC, afdeling Gynaecologie te Leiden;*

*Dit artikel stond eerder in NTvG 2005, 1 oktober 2005;149 (40):2211-2214.*

## WETENSCHAP

**tabel 1.** Manier van bevallen bij atermen stuitligging in Nederland vóór en na de 'Term breech trial'<sup>4 7</sup>

manier van bevallen	aantal (%) geboorten vóór de trial na de trial		gedurende 25 maanden <sup>7</sup> per jaar	
	gedurende 33 maanden <sup>7</sup>	per jaar	gedurende 25 maanden <sup>7</sup>	per jaar
geplande keizersnede	4 486 (24)	1 631	8 682 (61)	4 167
spoedkeizersnede	4 776 (26)	1 737	2 731 (19)	1 311
vaginale bevalling	9 454 (51)	3 438	2 835 (20)	1 361
totaal	18 716 (100)	6 806	14 248 (100)	6 839

**De moeder**

Verhoeven et al. uiten hun zorgen over de toename van het aantal keizersneden en de effecten hiervan op de gezondheid van de moeder. Het door de TBT geïnduceerde nieuwe beleid heeft in Nederland geleid tot een toename van het aantal keizersneden. Men zou dan kunnen concluderen dat dit gepaard moet gaan met een toename van maternale mortaliteit en morbiditeit. Een dergelijke redenering houdt echter geen rekening met het feit dat bij een aanzienlijk percentage (in de TBT 43,3%) van de vrouwen die vaginaal proberen te bevallen van een kind in stuitligging alsnog tijdens de partus met spoed een keizersnede wordt ver-

richt<sup>9</sup>. De maternale sterfte bij een dergelijke spoedkeizersnede is ongeveer 2 maal zo hoog als bij een geplande keizersnede<sup>5,10,11</sup>.

**Maternale sterfte**

In werkelijkheid heeft het nieuwe beleid weliswaar geleid tot een toename van het totale aantal keizersneden, maar tevens tot een verschuiving waarbij minder spoedkeizersneden en minder vaginale stuitbevallingen nodig waren. Wij hebben in tabel 1 en 2 uitgerekend wat de meest waarschijnlijke effecten zijn van het nieuwe beleid op de maternale mortaliteit in Nederland<sup>9</sup>. Hiervoor maakten wij gebruik van gegevens uit de landelijke perinatale registratie in de periode van 33 maanden vóór en

25 maanden na de publicatie van de TBT, zoals gepubliceerd door Rietberg et al<sup>7</sup>. Tevens maakten wij gebruik van aan de ingreep gerelateerde maternale mortaliteitscijfers, zoals gepubliceerd in de 2 recentste rapporten hierover uit Engeland<sup>10,11</sup>.

De verschuiving naar meer geplande keizersneden en minder vaginale bevallingen en minder spoedkeizersneden leidt in tabel 2 tot een verschil in maternale sterfte, variërend tussen een afname met 1 maternale sterfte per 14 jaar (gebaseerd op de Engelse getallen van 1997-1999)<sup>10</sup> tot een toename met 1 maternale sterfte per 6 jaar (gebaseerd op de getallen van 2000-2002)<sup>11</sup>. Op basis van deze berekening is te

**tabel 2.** Maternale sterfte bij atermen stuitbevalling in Nederland, vóór en na publicatie van de 'Term breech trial' in 2004, zoals te verwachten op basis van de twee recentste CEMD-rapporten<sup>10 11\*</sup>

manier van bevallen	wijziging in aantal geboorten/jaar <sup>7</sup>	maternale sterfte per 1 000 000 bevallingen volgens			
		CEMD 1997-199910		CEMD 2000-200211	
		n	wijziging per jaar <sup>†</sup>	n	wijziging per jaar <sup>†</sup>
geplande keizersnede	+2 536	38	+0,096	136	+0,345
spoedkeizersnede	-426	203	-0,086	208	-0,089
vaginale bevalling	-2 077	40	-0,083	48	-0,100
totaal	+33 <sup>‡</sup>		-0,073		+0,156

\* CEMD = 'Confidential enquiries into maternal deaths': dit zijn jaarlijkse rapporten over moedersterfte in Engeland.

† De wijziging in aantal maternale sterftegevallen per jaar is het resultaat van 'wijziging in aantal geboorten/jaar' x 'maternale sterfte per 1 000 000 bevallingen', gedeeld door 1 000 000.

‡ Het verschil tussen 2536 en 426 + 2077 is 33 en niet 0, omdat er 6806 atermen stuitbevallingen per jaar waren in 1998/00 (33 maanden) en 6839 per jaar in 2000/02 (25 maanden); zie tabel 1.

verwachten dat het nieuwe beleid geen of een zeer gering effect heeft op de maternale sterfte. Op grond van deze gegevens is het dus niet waarschijnlijk dat een toename van electieve sectio's, bij een afname van spoedsectio's durante partu, zal leiden tot een stijging van direct aan de sectio gerelateerde moedersterfte.

#### **Maternale morbiditeit**

Ook voor maternale morbiditeit is aangetoond dat deze bij een geplande keizersnede lager is dan bij een spoedkeizersnede en bij een vaginale kunstverlossing<sup>[12]</sup>.

#### **Problemen bij volgende zwangerschappen**

Anders is het met betrekking tot langetermijnconsequenties voor de moeder en daar wordt terecht door Verhoeven et al. op gewezen<sup>[2]</sup>. Dit betreft een volgende zwangerschap en heeft betrekking op uterusruptuur, placenta praevia en placenta increta, met als mogelijk gevolg ernstig bloedverlies en peripartale hysterectomie. De getallen die Verhoeven et al. daarbij aanhalen, zijn afkomstig uit ons land en daarmee realistisch. Wel is er een hoge incidentie van uterusrupturen in ons land bij vrouwen met een sectio in de voorgeschiedenis. Dit komt onder andere door frequent gebruik van prostaglandinen en oxytocine, wat momenteel ontmoedigd wordt<sup>[13]</sup>.

#### **Gevolgen van de TBT voor het Nederlandse verloskundige beleid**

Binnen 1 maand na publicatie van de TBT, in oktober 2000, was het Nederlandse sectiopercentage in geval van een atermestuitligging gestegen van 50 naar 80, om in de daaropvolgende 4 jaren stabiel te blijven. Dit is mede het gevolg van een advies van het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, dat stelde dat de resultaten van deze

trial met de patiënte besproken dienden te worden.

Daarna barstte echter zowel terechte als onterechte kritiek op de TBT los. Een voorbeeld van het eerste is het feit dat voor inclusie van de 2088 kinderen in de trial 121 centra nodig waren. Afzonderlijke centra hebben dus heel weinig patiënten geïnccludeerd en het is daarmee twijfelachtig of de resultaten representatief zijn voor de gehele populatie. Minder overtuigend is de kritiek dat dit grotendeels buitenlands onderzoek betreft en dat wij het veel beter zouden doen. Ondanks deze kritiek is het sectiopercentage gestabiliseerd rond 80. Dit doet vermoeden dat ook psychologische factoren een rol spelen. Daarbij valt te denken aan onzekerheid bij de hulpverlener als het gaat om het begeleiden van een vaginale stuitgeboorte. Voor velen waren de uitkomsten van de TBT mogelijk een excuus om de patiënten te counsellen in de richting van een keizersnede.

Het is opvallend dat de uitkomst van de vaginale stuitbevalling na de publicatie van de TBT verbeterd is. Mogelijk komt dit doordat geplande vaginale baringen bij atermestuitligging nu worden begeleid door gemotiveerde gynaecologen, terwijl de betreffende zwangere vrouwen een sterke voorkeur hebben uitgesproken.

#### **Counsellen van de zwangere**

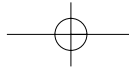
Het counsellen van de vrouw met een kind in stuitligging is er niet gemakkelijker op geworden, want de belangen van moeder en kind komen niet overeen. Toename van de sectiofrequentie heeft geleid tot een betere prognose voor het kind, maar er zijn circa 175-250 extra keizersneden nodig om 1 kind te redden. Tegenover elk extra gered kind staat 1 uterusruptuur in een volgende zwangerschap. Dit

betekent dat verwachtingen met betrekking tot de verdere reproductieve toekomst van de vrouw van belang zijn. Zo is de situatie bij een voltooid gezin of bij een eerste zwangerschap op oudere leeftijd anders dan bij een jonge primi gravida die nog meerdere zwangerschappen nastreeft. Motivatie ten aanzien van een vaginale stuitgeboorte speelt zowel bij de patiënt als bij de hulpverlener een rol. Al deze aspecten dienen zeker aan de orde te komen.

Een electieve sectio bij een stuitligging is geen standaardadvies, zoals Verhoeven et al. stellen. De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie heeft aangegeven dat de resultaten van de TBT betrokken moeten worden bij de counseling van de zwangeren. Inmiddels moeten de Nederlandse resultaten en de hiervoor genoemde overwegingen eveneens bij de counseling worden betrokken. □

#### **Literatuur**

- [1] Scherjon SA, Roosmalen J van. Atermestuitligging: standaard geadviseerde keizersnede uiteindelijk niet veiliger voor het kind. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2005;149:2204-6.
- [2] Verhoeven ATM, Leeuw JP de, Bruinse HW. Atermestuitligging: onterechte keus voor de electieve keizersnede als standaardbehandeling vanwege te hoge risico's voor de moeder en haar volgende kinderen. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2005;149:2207-10.
- [3] 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.
- [4] 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



# WETENSCHAP

*randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet. 2000;356:1375-83.*

*[5] Bingham P, Lilford RJ. Management of the selected term breech presentation: assessment of the risks of selected vaginal delivery versus cesarean section for all cases. Obstet Gynecol. 1987;69:965-78.*

*[6] Rietberg CC, Elferink-Stinkens PM, Brand R, Loon AJ van, Hemel OJ van, Visser GH. Term breech presentation in the Netherlands from 1995 to 1999: mortality and morbidity in relation to the mode of delivery of 33,824 infants. BJOG. 2003;110:604-9.*

*[7] 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.*

*[8] Rietberg CC, Visser GH. Authors' response to Vandebussche and Oepkes' comment [correspondence]. BJOG. 2005;112:1164.*

*[9] Vandebussche FP, Oepkes D. 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 [correspondence]. BJOG. 2005;112:1163.*

*[10] Hall MM. Cesarean section. In: Lewis G, editor. Why mothers die 1997-1999. The confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. Ch 22. Londen: RCOG press; 2001.*

*[11] Lewis G. Introduction and key findings 2000-2002. In: Lewis G, editor. Why mothers die 2000-2002. The confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. Ch 1. Londen: RCOG press; 2004.*

*[12] Allen VM, O'Connell CM, Liston RM, Baskett TF. Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with spontaneous onset of labor at term. Obstet Gynecol. 2003;102:477-82.*

*[13] Kwee A. Cesarean section in the Netherlands. Policy, prevention and long term consequences [proefschrift]. Utrecht [ter perse].*