

Grondige discussie nodig over *number needed to treat*

Risico's sectio bij stuitligging onderschat



dr. Arno Verhoeven,
vrouwenarts niet praktiserend

dr. Tjeerd Huisman,
gynaecoloog, HagaZiekenhuis,
Den Haag

dr. Hans van Huisseling,
gynaecoloog, Groene Hart
Ziekenhuis, Gouda

dr. Jan Sporken,
gynaecoloog-perinatoloog,
Canisius Ziekenhuis, Nijmegen

Correspondentieadres:
atmverhoeven@planet.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

beeld: ANP Photo

De uitkomst van een trial uit 2000 veroorzaakte een enorme stijging van het aantal sectio's wegens stuitligging. Hoewel de risico's voor de vrouw en haar eventuele volgende kinderen groot zijn, lijkt de sectiohype nog lang niet voorbij.

De publicatie van de Term Breech Trial (TBT) over atermen stuitgeboorten was geruchtmakend.¹⁻³ Voor een kind in stuitligging zou een keizersnede beter zijn dan een stuitgeboorte. De gevolgen waren groot: binnen een maand verdrievoudigde het percentage electieve sectio's wegens atermen stuitligging.⁴ (zie grafiek)

Sectiolawine

De keus van de vrouwen had meerdere oorzaken. De gynaecologische beroeps cultuur had meer oog voor evidence dan voor experience.^{2 3 5 6} Verder was sprake van eenzijdige publiciteit, een maatschappelijk klimaat van toenemende risicoaversie, en onzekerheid bij de vrouw en haar arts.

Onder protest van een substantieel deel van de beroepsgroep veranderde de NVOG de richtlijn in die zin dat een 'sectio verantwoord werd geacht'. Ondanks wereldwijd vernietigende kritieken, vervolgstudies die de TBT-conclusies weerlegden en de gebleken sectorisico's, bleef de sectiolawine bestaan. In de huidige richtlijnen geeft de motivering van de vrouw en de arts de doorslag.^{2 3 5 7-9}

De controversen bestaan nog steeds, omdat nog geen fundamentele discussie heeft plaatsgevonden over het *number needed to treat*.¹⁰

Nadelen

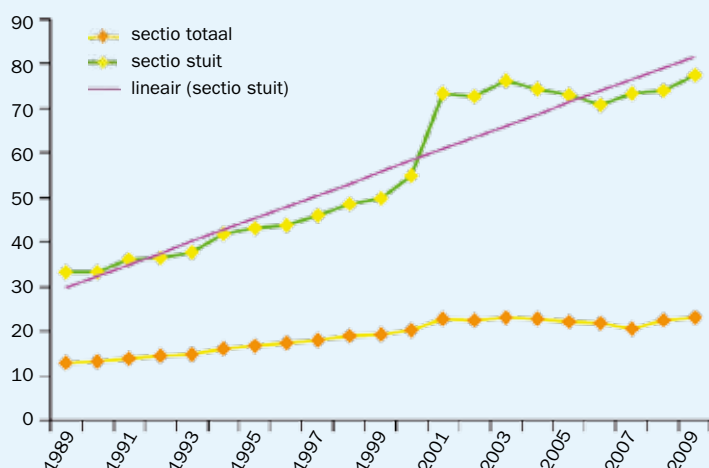
Wat is het langetermijneffect van die sinds 2000 extra verrichte electieve keizersnedes alléén wegens een ongecompliceerde stuitligging? De voorlichtingsbrochure over de keizersnede vermeldt slechts een 'Gering hogere kans op complicaties tijdens een volgende bevalling'. Het kader 'Langetermijneffecten' laat de gevolgen zien.

We hebben de gegevens van de Perinatale Registratie Nederland (PRN) en de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR2) geëxtrapoleerd. In deze registraties is geëffectueerd obstetrisch beleid vastgelegd. De extrapolatie van de gegevens van de PRN en de LVR2 gaat uit van 22.500 extra electieve sectio's alléén wegens een ongecompliceerde stuitligging sinds 2000 in vergelijking met het aantal voor 2000.¹² Tegenover de daling van de perinatale mortaliteit door de electieve sectio staat een stijging van de maternale sterfte en morbiditeit door de ingreep, zowel direct als bij toekomstige zwangerschappen. Daarnaast zal door het sectiolitteken bij toekomstige zwangerschappen een aantal kinderen overlijden of door asfyxie levenslang gehandicapt zijn. De vraag is dan ook of het voordeel van de winst in perinatale mortaliteit opweegt tegen de nadelen.

Eén kind redden

Door 22.500 extra electieve sectio's in tien jaar tijd zijn circa 77 kinderen minder perinataal

Toename aantal sectio's



Binnen een maand na de publicatie van de Term Breech Trial verdrievoudigde het percentage electieve sectio's wegens atermen stuitligging van 16 tot 48. Het sectiopercantage bij stuitligging steeg daarmee van 50 naar 80.

Bron: Landelijke Verloskunde Registratie

Langetermijneffecten

Perinatale mortaliteit. Het verschil in perinatale mortaliteit (intrapartale sterfte of sterfte binnen een week post partum) tussen een geplande vaginale baring en een electieve sectio alléén wegens een stuitligging, bedroeg zowel voor als na de TBT-publicatie tot en met 2002 in ons land 0,22 procent: bij een geplande vaginale baring 0,39 procent en bij een geplande sectio 0,17 procent.⁴ In de periode 2000 t/m 2007 bedroeg het verschil in sterfte 0,34 procent (1 op 294) ten gunste van de geplande keizersnede alleen wegens een stuitligging.¹³ Dit betekent dat door de toegenomen frequentie van electieve sectio's in de afgelopen tien jaar circa 77 (22.500/294) kinderen in leven zijn gebleven die voordien rond de geboorte overleden zouden zijn.

Maternale sterfte. In de jaren 2000-2010 zijn in Nederland vijf vrouwen overleden na en in samenhang met een electieve keizersnede op de indicatie 'stuitligging'. Bij twee vrouwen was een longembolie de doodsoorzaak, samenhangend met obesitas en onvoldoende gewichtsgelateerde tromboseprofylaxe; bij twee een infectie, van wie bij de ene antibioticaprofylaxe achterwege bleef en bij de andere een verbloeding optrad.^{14 15} Een spoed-uterusextirpatie wegens uterusruptuur, placenta accreta of placenta praevia zal nodig zijn bij 68 vrouwen (3 op 1000 vrouwen met een sectiolitteken). Hierbij is de moedersterfte hoog: 4 procent.¹⁶ Twee vrouwen zullen dus alsnog overlijden aan de late gevolgen van het sectiolitteken. Bij vrouwen met een sectio in de voorgeschiedenis is de sterfte bij een volgende electieve sectio (5,6 per 100.000) 3,6 maal zo hoog als bij vrouwen met een proefbaring na een voorafgaande sectio (1,6 per 100.000).¹⁷

Perinatale morbiditeit. Het neonatale morbiditeitsverschil tussen een geplande vaginale baring en een geplande sectio wegens stuitligging is 0,76 procent: 171 gevallen zijn voorkomen.¹⁸ Die zogenaamde 'ernstige neonatale morbiditeit' is echter meestal niet blijvend.⁷

Maternale morbiditeit. Ernstige acute maternale morbiditeit komt 1,7 maal zo vaak voor bij een electieve sectio als bij een geplande vaginale baring. Vrouwen met een sectiolitteken hebben een driemaal zo hoog risico op morbiditeit in een volgende zwangerschap.¹⁹ Bij een volgende baring na een sectio krijgt circa 2,5 procent van de vrouwen een ernstige en potentieel levensbedreigende complicatie door bloedingen, placenta praevia, placenta increta, solutio placentae, uterusrupturen of spoedeisende peripartale uterusextirpaties.¹⁶ Dat betreft 350 vrouwen. Van de 22.500 vrouwen met een electieve sectio alleen wegens een stuitligging was 64 procent nullipara. Volgens CBS-cijfers (www.cbs.nl/infoservice) zullen bij die 22.500 vrouwen nog ruim 20.000 zwangerschappen volgen; van hen ondergaan 14.000 vrouwen een trial of labour:

2,5 procent van 14.000 is 350 vrouwen. Dit afgezien van de 3300 vrouwen met evidente maternale kortetermijncomplicaties van de sectio.

Uterusruptuur. Van de 20.000 vervolgzwangerschappen wordt bij 70 procent een vaginale baring nagestreefd: 14.000 vrouwen.²⁰ De prevalentie van een uterusruptuur bij hen is in Nederland 1,5 procent: 210 uterusrupturen (1,5% van 14.000 zwangerschappen).²¹ Van alle uterusrupturen treedt 4,1 procent voor de baring op. In de LEMMoN-studie, die alle ernstige maternale morbiditeit registreerde, zijn in twee jaar tijd 54 uterusrupturen gevonden bij vrouwen die een sectio alleen wegens een stuitligging in de anamnese hadden.⁹ (zie tabel.)

Uterusruptuur ²²

ICU-opname	109 (4,3% van alle ICU-opnamen)
uterusruptuur	54 (29% van alle uterusrupturen)
bloeding >3000 ml	33
packed cells >4	30
relaparotomie	3

Van de 109 vrouwen met in de anamnese een keizersnede wegens stuitligging deed zich bij de helft een uterusruptuur voor.



Perinatale sterfte door uterusruptuur treedt op bij 1,2 van 1.000 vaginale baringen na een sectio.²¹ Dit betekent dat later circa 17 kinderen zullen overlijden. Bovendien zullen nog zeven kinderen door asfyxie een blijvende hersenbeschadiging oplopen door een uterusruptuur bij een geplande vaginale baring na een sectio (0,46/1000 na een proefbaring).²³

Placenta praevia. Na een of meer sectio's bestaat een 2,6 maal zo hoog risico op placenta praevia bij een volgende zwangerschap. De kans neemt namelijk toe van 1 op 200 naar 1 op 77. Na twee sectio's is het risico 1 op 27.²⁴ Bij een placenta praevia is het risico op perinatale sterfte 2,6 maal zo hoog als bij een zwangerschap zonder placenta praevia.²⁵ Van de 20.000 vervolgzwangerschappen na een sectio zullen 260 vrouwen in die zwangerschap een placenta praevia hebben en zullen twee kinderen overlijden door deze complicatie van het sectiolitteken. (De sterfte in hoofdligging is immers 0,24-0,31%. Bij een 2,6-voudige sterfte wordt de sterfte 0,62-0,80%; gemiddeld 0,7%: 0,7% van 260 is twee kinderen.)

Sectio's wegens stuitligging

positief	negatief
58 extra levende kinderen op termijn	7 moedersterftes gerelateerd aan de sectio
bij 171 neonaten voornamelijk kortetermijnmorbiditeit voorkomen (fracturen, paresen, bloedingen)	350 vrouwen met ernstige complicaties bij volgende zwangerschappen door het uteruslitteken
	3300 vrouwen met evidente kortetermijncomplicaties van de sectio
	7 kinderen met blijvend hersenletsel als complicatie van het uteruslitteken
	100 extra baby's met een <i>wet lung</i>

De balans na de Term Breech Trial: in tien jaar tijd zijn 22.500 extra sectio's wegens een stuitligging verricht.

SAMENVATTING

- Tien jaar na de Term Breech Trial is een balans opgemaakt.
- De 22.500 extra keizersneden bij stuitligging voorkwamen per saldo 58 perinatale sterftes.
- Daartegenover stonden zeven mater-nale sterftes, negentien kindersterftes en 350 levensbedreigende complicaties bij volgende zwangerschappen.
- Om op termijn één kind te redden zijn 388 keizersneden nodig.
- Dit *number needed to treat* vraagt om een fundamentele discussie.

overleden. Daartegenover staan zeven moedersterftes en ook zullen circa negentien kinderen overlijden. Zeven kinderen zullen blijvend hersenletsel oplopen. Ongeveer 350 vrouwen zullen bij hun volgende zwangerschap geconfronteerd worden met ernstige complicaties door het uteruslitteken. De winst is dus geen 77, maar 58 kinderen. Het resultaat is dat sinds 2000 circa 388 (22.500/58) extra electieve sectio's zijn verricht om op termijn één kind te redden (zie *tabel*).


Handvaardigheid

Anno 2011 bestaan grote verschillen in de counseling: indien de vrouwen en de gynaecologen daartoe gemotiveerd zijn, bevalt 66 procent van de betrokken vrouwen vaginaal. Daarentegen

een drastische afname van de vaginale stuitgeboorte geleid: jaarlijks nog slechts anderhalf per gynaecoloog (in 1990 nog zeven). Daardoor wordt het steeds moeilijker de vereiste handvaardigheid te bereiken en te onderhouden. Het is daarom noodzakelijk dat deze vaardigheden systematisch worden onderhouden op het fantoom. Daartoe zijn fantoomoefeningen geschikt, mits goed geïnstrueerd.²⁷

De kwaliteit van de gynaecologenopleiding voor de stuitgeboorte in Nederland is in 2005 als onvoldoende beoordeeld.²⁸ Anno 2010 acht slechts 40 procent van de aiossen in het laatste jaar van hun opleiding zich bekwaam genoeg om een vaginale stuitgeboorte te begeleiden.²⁹

Toch zal de handvaardigheid voor een stuitbevalling altijd nodig blijven: bij een onverwachte stuitgeboorte, op verzoek van de vrouw, bij een tweeling en bij prematuren. Ook bij de sectio: er ontstonden acht femurfracturen bij electieve sectio's alleen wegens een atermestuitligging en geen enkele bij de vaginale stuitgeboorte.³⁰

Het wordt hoog tijd dat bij de voorlichting aan de vrouw, juist ook in onze veelal door hypes gedreven publiciteitsmedia, meer aandacht wordt geschonken aan de keizersnedenrisico's voor de moeder en haar volgende kinderen en zo het misplaatste optimisme daarover wordt getemperd. Een fundamentele discussie over het *number needed to treat* voor majeure interventies als een keizersnede is wenselijk. 

Een gynaecoloog doet jaarlijks nog anderhalve vaginale stuitgeboorte

zijn er inmiddels zelfs universiteits- en TOP-opleidingsklinieken die de keuze van de vrouw voor een geplande vaginale baring niet meer honoreren. Het stuitgeboortekiesrecht van de vrouw is dus praktisch weer van de baan! Binnen één maatschap of vakgroep zijn er gynaecologen met 85 procent vaginale stuitbevallingen en gynaecologen met 85 procent sectio's.

De renaissance van de voordien zo omstreden uitwendige versie met succespercentages van wel 40 procent en de sectio-explosie hebben tot



Eerdere MC-artikelen over de bestrijding van perinatale sterfte vindt u in het dossier over dit onderwerp op www.medischcontact.nl. Hier vindt u bovendien de uitgebreide literatuurlijst bij dit artikel.

Naar de site

Em. prof. dr. H.W. Bruinse, em. prof. dr. G.G.M. Essed, em. prof. dr. H.P. van Geijn, dr. C.A.G. Holleboom, em. prof. dr. J.M.W.M. Merkus, prof. dr. B.W.J. Mol, prof. dr. J.J.M. van Roosmalen en prof. dr. J.A.M. van der Post gaven commentaar op de delen Balans en Langetermijneffecten (kader).
C. Hukkelhoven van de Stichting Perinatale Registratie Nederland verstrekke de LVR/LNR-gegevens 2000 t/m 2007.

Voetnoten

1. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Term Breech Trial Collaborative Group. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *The Lancet* 2000; 356: 1375-83.
2. Verhoeven ATM, de Leeuw JP, Bruinse HW. Aterme stuitligging: onterechte keus voor de electieve keizersnede als standaardbehandeling vanwege te hoge risico's voor de moeder en haar volgende kinderen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005; 149: 2207-10.
3. De Leeuw JP. De aterme stuitligging: keus voor keizersnede. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001; 145: 1533-6.
4. Rietberg CCT, Elferink-Stinkens PM, Visser HA. 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. *Br J Obstet Gynaecol* 2005; 112: 205-9.
5. Keirse MJNC. Evidence-based childbirth only for breech babies? *Birth* 2002; 29: 55-9.
6. Essed GGM. Aspecten van een beroeps cultuur. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2010.
7. Scherjon SA, van Roosmalen J. Aterme stuitligging: standaard geadviseerde keizersnede uiteindelijk niet veiliger voor het kind. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005; 149: 2204-5.
8. Goffinet F, Carayol, Foidart LM, et al. Is planned vaginal delivery for breech presentation still an option? Results of an observational prospective study in France and Belgium. *Am J Obstet Gyn* 2006; 194: 1002-10.
9. Zwart J, Richters JM, Öry F, de Vries JJP, Bloemenkamp KWM, van Roosmalen J. Severe maternal morbidity during pregnancy, delivery and puerperium in the Netherlands: a nationwide populationwide study of 371.000 pregnancies. *Br J Obstet. Gynaecol* 2008; 115: 842-50. Idem: Zwart J. Safe Motherhood. Severe maternal morbidity in The Netherlands. The LEMMoN study. Leiden; 2009.
10. Visser GHA, Rietberg CCT, Oepkes D, Vandenbussche FPHA. Stuitligging: kind versus moeder. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005; 149: 2211-4.
11. Legemate D, Legemate J. Het preoperatief informed consent. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010; 154: A2492.
12. Van 2001 t/m 2008 waren er jaarlijks gemiddeld 3950 geplande sectio's alleen wegens stuitligging; waarvan 78% electief alleen wegens een ongecompliceerde stuitligging: dus gemiddeld 3080 per jaar. (De Neef T, Franx A, met commentaar van C.C.T. Rietberg. Wat ons opvalt in de LVR2: Perinatale sterfte (3). Stuitligging aterme. *Ned Tijdschr Obstet Gynaecol* 2010; 123: 143-4.) Van 1995 t/m 1999 waren er jaarlijks gemiddeld 830 electieve sectio's op die indicatie. (Rietberg CCT, Elferink-Stinkens PM, Brand R, et al. Term breech presentation in the Netherlands from 1995-1999: mortality and morbidity in relation to the mode of delivery of 33,824 neonates. *Br J Obstet Gynaecol* 2003; 110: 604-9.) Jaarlijks waren er sedert november 2000 dus gemiddeld 2250 (3080 – 830) extra sectio's wegens ongecompliceerde stuitligging).
13. De PRN-cijfers van de LVR2/LNR; 2000 t/m 2007.
14. Schutte LM, Steegers EAP, Santema JG, Schuitemaker NEW, van Roosmalen J. Maternal deaths after elective caesarean section for breech presentation in the Netherlands. *Acta Obst Gyn Scand* 2007; 86: 240-3.
15. Van Roosmalen J. Schriftelijke mededeling. 3 november 2005.
16. Kwee A, Bots ML, Visser GH, Bruinse HW. Emergency peripartum hysterectomy: a prospective study in the Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 124: 187-92.
17. Wen SW, Rusen ID, Walker M, et al. Comparison of maternal mortality and morbidity between trial of labor and elective caesarean section among women with previous caesarean delivery. Maternal Health Study Group, Canadian Perinatal Surveillance System. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 263-9.
18. Rietberg C. Term breech delivery in The Netherlands [dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2006. p. 41.
19. Van Dillen J, Zwart J, Schutte J, Bloemenkamp KWM, van Roosmalen J. Severe acute maternal morbidity and the mode of delivery in the Netherlands. *Acta Obst Gynecol* 2010; 89: 1460-5.
20. Bais JMJ, van der Borden DMR, Pel M, Bonsel GJ, Eskes M, van der Slikke HJW, et al. Vaginal birth after caesarean section in a population with low overall caesarean section rate. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 96: 158-62.
21. Kwee A, Bots ML, Visser GH, Bruinse HW. Obstetric management and outcome of pregnancy in women with a history of caesarean section in the Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007; 132(2): 171-6. Idem: Kwee A. Caesarean Section in The Netherlands. Utrecht, Universiteit Utrecht; 2005.
22. Zwart J. Schriftelijke mededeling. Leiden; 2 oktober 2007. *BJOG* 2007; 114: 373-4. The end of vaginal breech delivery?, ref 4, *BJOG* 2009; 116: 1069-80.
23. Landon MB, Hauth JC, Leven KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with trial of labor after prior caesarean delivery. *N Engl J Med* 2004; 351: 2581-9.
24. Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The association of placenta previa with history of caesarean delivery and abortion: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 1071-8.
25. Sheiner E, Shokam-Vardi I, Hallak M, Hershkowitz R, Katz M, Mazor M. Placenta previa: obstetric risk factors and pregnancy outcome. *J Matern Fetal Med* 2001; 10: 414-9.
26. Augensen K. Schriftelijke mededeling. Universiteit Bergen, Noorwegen.
27. Ennen CS, Satin AJ. Training and assessment in obstetrics: the role of simulation. *Best practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*; doi: 10.1016/j.bpobgyn.2010.03003
28. De Leeuw JP, Verhoeven ATM. Tijd voor bezinning. Vaginale stuitbevalling veilig genoeg en voordeliger dan sectio. *Med Contact* 2006; 43: 1700-3.
29. Quick scan enquête Vereniging van Assistenten Gynaecologie-Obstetrie (VAGO); 11 november 2010.
30. PRN (LVR2/LNR); 2000-2007.