

PRAKTIJKERVARING EN TRAININGEN MOETEN EXPERTISE WEER OP PEIL BRENGEN

Vaginale stuitbevalling ten onrechte in onbruik geraakt

Het aantal primaire sectio's bij stuitligging is sinds 2000 enorm gestegen. Hierdoor neemt de expertise voor het begeleiden van een vaginale stuitbevalling steeds meer af. En dat is niet wenselijk, vinden Marijke Kingma en collega's.

In Nederland werden in 2015 152.067 eenlingen à terme geboren. Hiervan lagen 4891 (3,2%) kinderen in stuit. Dit percentage valt iets hoger uit als ook meerlingen en prematuren worden meegerekend (4,6%). Van alle eenlingen die na 22 weken werden geboren in stuitligging werd 64,6 procent per primaire sectio geboren, 16,6 procent per secundaire sectio en 18,8 procent vaginaal.¹ Vóór 2000 was het percentage vaginale stuitbevallingen veel hoger dan nu, maar in 2000 sloeg dat om. De Term Breech Trial (TBT) werd toen gepubliceerd, met als conclusie: kinderen geboren in stuitligging kunnen het veiligst per geplande sectio geboren worden.² Nog nooit eerder had een studie zo'n impact op het obstetrisch beleid. In Nederland steeg het aantal primaire sectio's vanwege stuitligging in twee maanden tijd van 50 naar 80 procent.³ Hetzelfde gebeurde in de ons omringende landen.

Kritiek

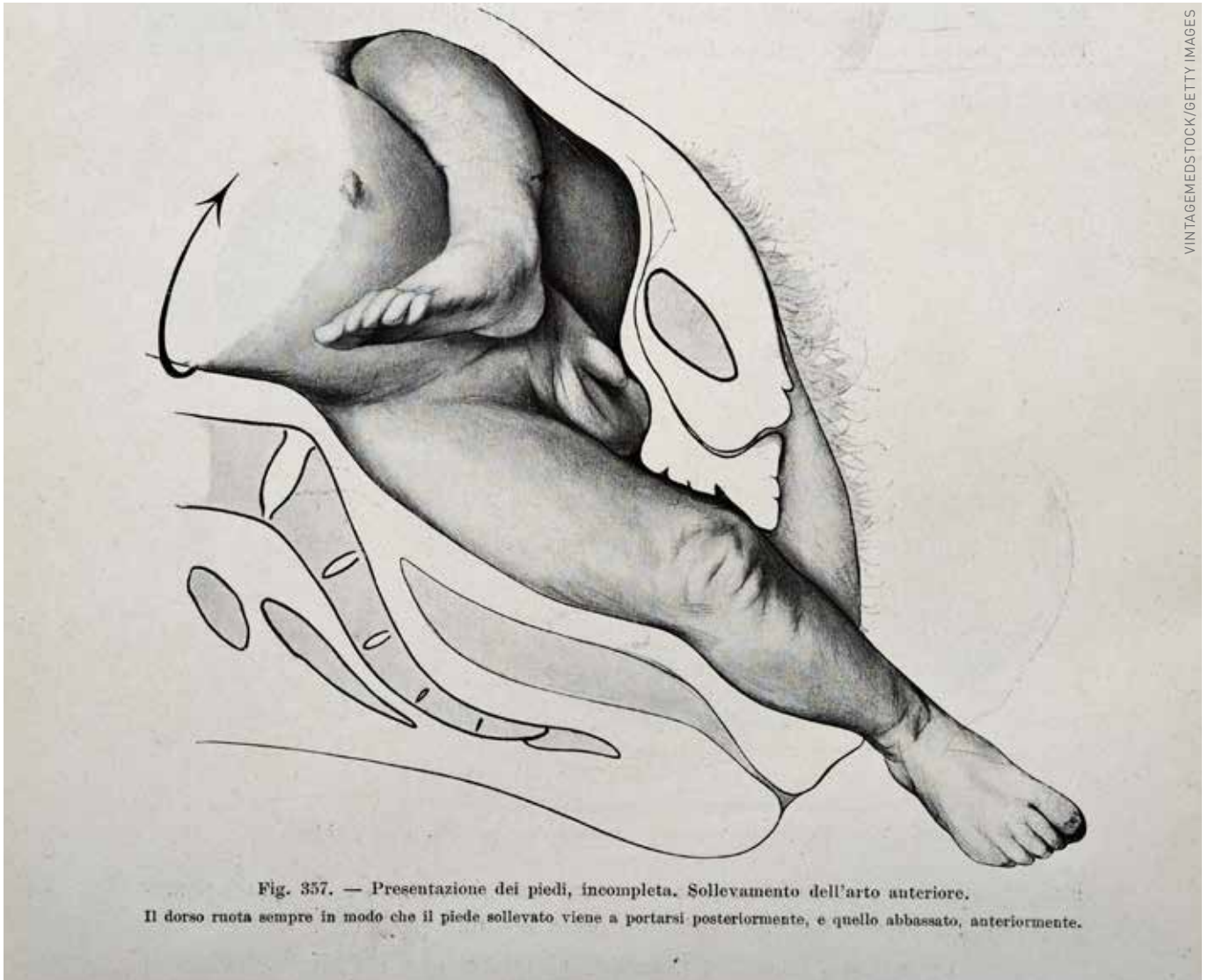
Maar was dit terecht? De trial kreeg ook kritiek: onder andere dat de standaardzorg in verschillende centra onverschillijk-

baar was, patiënten pas tijdens de baring werden geïncludeerd en dat neonatale morbiditeit en mortaliteit ten onrechte werden toegeschreven aan de modus partus.⁴⁻⁷ En er verscheen een vervolgstudie waarin de helft van de kinderen van de oorspronkelijke onderzoeksgroep na twee jaar werd onderzocht en hierbij werd geen verschil gevonden tussen beide groepen wat betreft ontwikkeling en gezondheid.⁸ Daarnaast publiceerden meerdere landen hun data in reactie op de trial. Drie studies – vergelijkbaar met de TBT wat betreft vaginaal versus sectio – in Finland, Oostenrijk en België/Nederland vonden geen uitgesproken voordeel voor de primaire sectio op basis van neonatale uitkomsten.⁹⁻¹¹ In 2006 verscheen de Premoda-studie (*presentation et mode d'accouchement*) uit Frankrijk en België, met daarin een vergelijking van de neonatale uitkomsten na een geplande vaginale partus en na een geplande primaire sectio. De auteurs concludeerden dat daar waar ruime ervaring met vaginale stuitbevallingen bestaat, een vaginale partus begeleid door een ervaren gynaecoloog een veilige optie is.¹²

Bekwaamheid

Door de daling van het aantal vaginale stuitbevallingen, is een 'ervaren gynaecoloog' echter moeilijk te vinden. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de 'kunst en kunde' van de vaginale stuitbevalling toch op peil blijft? Zodat een zwangere vrouw twee opties heeft die allebei veilig zijn. Het behouden van de bekwaamheid is mogelijk, maar dit vraagt wel initiatief. Niemand weet hoeveel bevallingen iemand bekwaam maken, noch voor een hoofdligging, noch voor een stuitligging. Er zijn enkele enquêtes gehouden over stuitbevallingen, onder andere bij aiossen gynaecologie in het buitenland.

Training van een stuitbevalling kan op dezelfde manier als reanimatietraining



Door de daling van het aantal vaginale stuitbevallingen, is een 'ervaren gynaecoloog' moeilijk te vinden.

In Australië voelde na gemiddeld twaalf stuitbevallingen 50 procent van de aiossen zich bekwaam.¹³ In het Verenigd Koninkrijk had 63 procent meer dan tien stuitbevallingen bijgewoond en voelde maar liefst 80 procent zich bekwaam.¹⁴ Dit verschil werd onder andere verklaard doordat de aiossen in Engeland meer jaren werkervaring hadden. Wat ook opviel, is dat er in de Engelse groep veel praktische training was geweest voor een vaginale stuitbevaling tijdens scenario-onderwijs en hands-on training. Er is niet bekend hoeveel stuitbevallingen Nederlandse aiossen bijwonen of hoe bekwaam zij zich voelen. De hoeveelheid werkervaring vergroten is erg lastig in de praktijk, maar zoals bij de Engelse aiossen kan er wel worden geïnvesteerd in meer onderwijs.

Training

De training van een vaginale stuitbevaling kun je op dezelfde manier benaderen als reanimatietraining. Ook daar doen de deelnemers succesvol vaardigheden op in een geënceneerde setting. De persoonlijke bekwaamheid van gynaecologen kan toenemen door het uitbreiden van het aantal simulatietrainingen, e-trainingen en het gebruik van moderne technieken, zoals reflecteren op filmopnames en onlinediscussiegroepen.

Echter: in een reanimatiesetting is iedere enigszins bekwame actie van meerwaarde, omdat de patiënt anders sowieso zal overlijden. Voor een vaginale stuit is dit niet genoeg. Een gynaecoloog moet niet enigszins maar volledig bekwaam zijn om een veilige situatie te creëren. Dit vraagt niet alleen om een bekwame gynaecoloog, maar ook om een bekwame afdeling. Er moet een dienstrooster zijn waarbij voor de stuitbevalling voldoende geschoolde en ervaren gynaecologen vlot opgeroepen kunnen worden. Als deze voorziening ontbreekt, moet dat voor de zwangere en eerstelijns-verloskundigen duidelijk zijn en moet bekend zijn waar deze zorg wel voorhanden is.

Wij pleiten voor het garanderen van 24/7 beschikbare expertise

Zorgvuldige afweging

De stuitligging is een niet vaak voorkomende, maar wel fysiologische variatie. In deze situatie moet zowel de zwangere vrouw als de zorgverlener een zorgvuldige afweging kunnen maken van bijkomende risico's. De zwangere moet hiervoor geïndividualiseerde counseling krijgen, waarbij ook wordt gekeken naar gevolgen voor volgende zwangerschappen. Zowel moeder als volgend kind loopt meer risico bij een nieuwe zwangerschap na een eerdere sectio.¹⁵

In retrospect lijken de snelle conclusies na de Term Breech Trial geen recht te doen aan de situatie in de praktijk noch aan de autonomie van de patiënte. In de praktijk heeft de TBT echter wel veel invloed op onze manier van handelen, waardoor veel 'kunst en kunde' van de vaginale stuitbevalling verloren gaat. Wij pleiten daarom voor het garanderen van 24/7 beschikbare expertise in centra die verloskunde in de volle breedte uitoefenen, zodat de zwangere haar keuze geïnformeerd en veilig kan maken. ■

contact

l.vanrheenen-flach@olvg.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

De voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

DE GGD DENKT MET U MEE

Omdat ik ten gevolge van een progressieve spieraandoening regelmatig problemen ondervind bij het zelfstandig bereiken van locaties in karakteristieke binnensteden, wat mij onder meer beperkt in het volgen van nascholingen, besloot ik in overleg met de revalidatie-arts mij te wagen aan het aanvragen van een invalidenparkeerkaart.

Binnen een week ontving ik een uitnodiging voor een keuring door een GGD-arts, vergezeld van een folder Sociaal Medisch Advies Gehandicapten Parkeerkaart met verhelderende informatie:

'Wat zijn de criteria voor een kaart of plaats?

...

U voldoet aan de criteria voor een bestuurderskaart als u op basis van een aandoening aantoonbaar niet in staat bent om in redelijkheid maximaal 100 meter aaneengesloten zelfstandig te lopen, al dan niet gebruikmakend van een hulpmiddel.'

In de folder gevouwen zit ook een routebeschrijving naar het GGD-gebouw:

'Openbaar vervoer

Indien u per trein komt, loopt u aan de centrumzijde het station uit en houd(!) links aan; u steekt over bij de stoplichten en gaat rechtdoor de S...weg op. Na circa 200 meter, ter hoogte van de verkeerslichten, gaat u rechtsaf de P...weg in.'

Dat lijkt niet zo'n goede optie, gezien voorgaande informatie. Met de auto dan maar?

'Parkeren

... Wij wijzen u erop dat er naast het gebouw één invalidenparkeerplaats is, mits u in het bezit bent van een kaart. Het is niet altijd mogelijk om dicht bij het GGD-gebouw te parkeren. Als u slecht ter been bent, houdt u hier dan rekening mee door iemand mee te nemen als dat mogelijk is.'

Aha. Dus als dat niet lukt en ik alleen kom, heb ik meteen bewezen dat ik geen kaart nodig heb. Dat is nog eens een geraffineerde keuring.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl