

en 21 laat-prematuur of à terme. Vijf van de à terme geboren kinderen met > 24 uur gebroken vliezen hadden infecties; bij vier van de moeders was meer dan 24 uur vóór de geboorte getoucheerd.

Het doet ons overigens genoeg dat Evers en Eskes, die onze argumentatie bestrijden, wel zo nadrukkelijk instemmen met de conclusie van die argumentatie: het vermijden van vaginaal onderzoek bij voortijdig gebroken vliezen.

*Literatuur:* ESKES, T. K. A. B., J. J. C. M. KORNMANN, R. S. G. M. BOTS e.a. (1980) *Europ. J. Obstet. Gynec. reprod. Biol.* 10, 41. — JUNGE, H. D. (1980) *Europ. J. Obstet. Gynec. reprod. Biol.* 10, 46.

Amsterdam, maart 1981

M. F. SCHUTTE  
P. E. TREFFERS  
S. SOEPATMI

### *Vermijdbare aspecten van perinatale sterfte; consequenties voor scholing en nascholing*

Het verloskundige beleid in Nederland berust nog steeds op de selectie van de zwangeren door huisarts en verloskundige. De criteria voor deze selectie zijn echter onduidelijk en worden slordig gebruikt, zeggen ESKES, KRAKERS en EVERS in hun artikel in het Tijdschrift (1980). Zij pleiten voor een verbetering van scholing en nascholing van huisarts en verloskundige, waar het de prenatale zorg betreft, en van die van de specialisten, op het gebied van de perinatale zorg.

Echter in het vervolg van het artikel lijken de auteurs niet deze criteria te onderzoeken, maar de vermijdbaarheid van de perinatale sterfte. Uitgaande van de gedachte, dat iedere arts (perinatale) sterfte tracht te vermijden, is de vraagstelling, zoals door de auteurs geformuleerd, ons niet duidelijk. Het komt ons voor dat de auteurs de vraag onderzochten of er een verlaging van de perinatale sterfte te bereiken is door de verloskundige hulp in het ziekenhuis te centraliseren. Daarmee dringt zich de gedachte op, dat de onderzoekers zich meer richten op een vergelijking van de verloskundige zorg in het ziekenhuis met die in de eerste lijn. Het is aannemelijk, dat de uitkomst zal zijn: „Wij doen het in ons ziekenhuis beter dan de eerste-lijnsverloskundigen.” Hiermede zou dan voorbij worden gegaan aan het principe van het verloskundige systeem in Nederland. Wij ontzeggen de auteurs niet het recht om kritisch naar het verloskundige systeem te kijken, maar wij vragen ons af of het gepresenteerde onderzoek daar het geschikte model toe is. Bovendien laten de gepresenteerde cijfers conclusies met betrekking tot dat systeem onzes inziens niet toe.

Het komt ons voor dat in het artikel een schuldvraag wordt gesteld, een schuldvraag die vooral gericht is tot huisartsen en verloskundigen. Op grond van bovenstaande overwegingen wilden wij enkele kanttekeningen plaatsen. Daarbij stellen wij vooraf dat wij, de beknoptheid van het artikel in aanmerking nemende, een aantal zaken interpretatief, dus subjectief, benaderden:

De criteria, zoals die uit het — gewijzigde — systeem van Hobel e.a. zouden volgen, worden ons na lezing van het artikel niet duidelijk. Wij menen daarom het desbetreffende artikel in het kort te moeten beschrijven. Hobel e.a. bestudeerden de zwangerschap en bevalling van 728 vrouwen en de morbiditeit en mortaliteit van de hieruit geboren 738 pasgeborenen in het Harbor General Hospital in Los Angeles. Zij maakten gebruik van drie lijsten met factoren die mogelijk een voorspellende waarde hadden ten aanzien

van zwangerschap, baring en levenskansen van de pasgeborene. Ieder der factoren kreeg op empirische gronden een bepaald gewicht. Hiermede konden de auteurs vier risicogroepen onderscheiden:

1. Low/low risk: laag antenataal en intra-partumrisico, laag perinataal risico.

2. High/low risk: hoog risico tijdens de zwangerschap en gering risico tijdens de baring. Het risico voor de pasgeborene bedroeg het dubbele van groep 1.

3. Low/high risk: gering risico tijdens de zwangerschap, verhoogd risico tijdens de baring. Het risico voor de pasgeborene bedroeg nu het dubbele van die in groep 2.

4. High/high risk: verhoogde bedreiging ante partum en intra partum. Het risico voor de foetus en de neonatus was hier het grootst.

Multipariteit, roken, voorafgegane neonatale sterfte en abnormale foetale ligging waren voor de laatste groep van grote invloed.

In de door Eskes e.a. gepubliceerde tabellen kunnen we de door Hobel genoemde criteria niet goed terugvinden. Dit nu betreuren wij, omdat daarmee het mee helpen opzetten van selectiecriteria voor goede (na-)scholing niet goed mogelijk is.

Het is ons uit het gepresenteerde materiaal niet duidelijk geworden uit welke (omvang, samenstelling) populatie de steekproef getrokken is. Tevens kregen wij de indruk, dat de steekproef niet aselekt is getrokken. Dit zou betekenen dat de uitkomsten niet generaliseerbaar zijn en uitspraken derhalve uitsluitend betrekking hebben op de lokale situatie.

In dit retrospectieve onderzoek wordt achteraf een scheiding aangebracht in het onderzoekmateriaal. Of de nu ontstane groepen representatief zijn voor de vermijdbaarheid van perinatale sterfte, wordt niet nader verklaard. Ook dit doet ons twijfelen over de generaliseerbaarheid van de uitkomsten.

De door de onderzoekers geformeerde groepen A en B lijken ons ongelijksoortig van samenstelling. Indien dit zo is, dan lijkt een vergelijking tussen de beide groepen ons geen zin te hebben.

Wij komen tot de conclusie dat de vraag, zoals hij door ons gepercipieerd is (criteria voor selectie), in het artikel niet duidelijk is beantwoord. Het komt ons tevens voor, dat op grond van de gepresenteerde gegevens, de conclusie van de auteurs (consequenties voor scholing en nascholing) niet getrokken kan worden. Overigens kunnen wij geheel met de auteurs meegaan als zij mogelijkheden zoeken om de verloskundige zorg in Nederland (verder) te verbeteren.

*Literatuur:* ESKES, T. K. A. B., R. TH. M. KRAKERS en J. L. H. EVERS (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1811.

Rotterdam, februari 1981

J. RIDDERIKHOFF  
H. J. DOKTER

De collegae Ridderikhoff en Dokter stellen dat, „uitgaande van de gedachte dat iedere arts (perinatale) sterfte tracht te vermijden”, het hun niet duidelijk is waarom wij de vermijdbaarheid van perinatale sterfte onderzochten. Mutatis mutandis zou men aldus kunnen stellen, dat waar iedere automobilist een aanrijding probeert te vermijden het onduidelijk is waarom iemand de vermijdbaarheid van verkeersongevallen wil onderzoeken. Zowel in het verkeer als in de verloskundige zorg zijn er nog steeds aspecten welke het rechtvaardigen om „kritisch naar het systeem te kijken”. Wij hebben dit gedaan in een groep zwangeren

wier graviditeit en (of) partus door de staf van een groot centrum voor perinatologie werd begeleid.

Het spijt ons indien bij sommigen de indruk is gerezen dat wij met betrekking tot de secundair aan onze zorg toevertrouwd de schuldvraag gesteld zouden hebben ten aanzien van het perinataal overlijden van een kind. Naar analogie van de analyse van moedersterfte door BOUT (1971) hebben wij 71 gevallen van perinatale sterfte geanalyseerd welke voorkwamen in zwangerschappen waarvan in ieder geval de partus zich in het Sint Radboudziekenhuis voltrok. In 16 gevallen werd de perinatale sterfte als vermijdbaar gekwalificeerd. Het betrof hier kinderen, geboren na een zwangerschapsduur variërend van 31 tot 41 weken, met een gewicht variërend van 710 tot 3000 gram. Alleen al door het tijdig induceren van de baring zou voor deze groep kinderen een statistische „overlevingskans” van 70% of hoger gegolden hebben. Aan te geven waar, *onzes inziens*, de boot gemist is om deze overleving ook inderdaad te bewerkstelligen, was het doel van ons onderzoek.

Bij toepassing (retrospectief) van de Hobel-score bleken alle 71 zwangerschappen tot de categorie high/high-risk te behoren met uitzondering van één ante partum en één intra partum als low-risk te kwalificeren zwangerschap. Helaas is dit in de definitieve versie van ons manuscript onvoldoende tot uitdrukking gekomen.

Onze conclusie was niet, zoals de collegae Ridderikhoff en Dokter suggereren, dat „wij het in ons ziekenhuis beter doen dan de eerste-lijnsverwerkers”, want daarover kunnen wij niet oordelen; onze conclusie was, dat er in beide echelons zowel goede als slechte chauffeurs rondrijden en dat vermeden dient te worden dat zij brokken maken. Dit is te verwezenlijken door een attente verloskundige zorg, door adequaat reageren op premature weeën, respectievelijk door het op het juiste moment induceren van de baring bij een bedreigd intra-uterien bestaan, door een goede opvang en intensieve begeleiding van het risico-kind door ervaren neonatologen en door een snelle behandeling van pasgeborenen in moeilijkheden. Het psychosociale welzijn van de moeder (én de vader, én het kind) dient extra aandacht te krijgen bij de zorg bij risico-zwangerschappen.

Welke de plaats in dit systeem is van de eerste-lijnsverloskunde kan pas worden bepaald na onderzoek van veel meer gegevens dan ons bij dit onderzoek ter beschikking stonden. De basis daartoe zal gelegd moeten worden in een uniforme wijze van verslaglegging (de zwangerschapskaart van Meuwissen?), een vroegtijdige begroting van de risicofactor van een zwangerschap (de Hobel-score?) en de daaraan gekoppelde secundaire uitbreiding van de prenatale zorg, óf in de vorm van een specialistisch consult, óf in de vorm van een intra-uteriene overplaatsing van het bedreigde kind naar een centrum voor intensieve perinatale begeleiding. Verbetering van scholing en nascholing, intensivering van het onderling overleg en voorlichting aan het publiek dienen evenzeer deel uit te maken van zulk een aangepast systeem van verloskundige zorg als een adequaat en gedegen vervolgonderzoek van de overlevende risico-kinderen.

Ook wij zijn van mening dat de verkeersveiligheid er niet mee gediend is als een ieder zich voortaan per pantserwagen op straat zal begeven.

*Literatuur:* BOUT, J. (1971) *Moedersterfte in Nederland*. Proefschrift Vrije Universiteit, Amsterdam.

Nijmegen, februari 1981

T. K. A. B. ESKES  
J. L. H. EVERS  
R. PH. M. KRAKERS

## *Heeft uitwendige kering bij stuitligging zin?*

Het artikel van MENSINK en HUISJES (1980) is een bijdrage in de discussie over het nut van uitwendige kering bij stuitligging. Toch twijfelen wij aan de juistheid van de gevolgtrekking „routinematige kering” niet meer uit te voeren. Allereerst dringt de vraag zich op wanneer de schrijvers toch tot kering – zij het niet routinematig – adviseren, mede op grond van hun aanbeveling versies na de 37e week onder tocolyse en cardiografische controle op de operatiekamer uit te voeren. Belangrijker lijkt het ons, dat er op de voordelen van kering te weinig nadruk wordt gelegd, waardoor men geen keuze kan maken. Daartoe zou het volgen kunnen dienen.

Uit de getallen blijkt dat in de verschillende categorieën (groep met contra-indicatie; controlegroep; (poging tot) versiegroep) in 1/3 à 3/5 een spontane kering optrad (resp. 7/20, 32/52 en 21/50), dus grofweg de helft. In de versiegroep lukten 11 van de 40 pogingen. Als we aannemen – wat uiteraard niet helemaal zeker is – dat ook bij de helft van deze patiënten een spontane kering alsnog zou hebben plaatsgevonden, wil dat zeggen dat de andere helft in hoofd- i.p.v. in stuitligging is bevallen. Dat zijn vijf patiënten. We lezen ook, dat in de versiegroep bij persisterende stuitligging veel vaker een keizersnede werd uitgevoerd dan bij hoofdligging. Dit kan betekenen, dat bij één à twee patiënten door de uitwendige kering een keizersnede is voorkomen!

De indicatie tot keizersnede bij stuitligging wordt in de literatuur zeer verschillend beoordeeld, zowel bij premature als bij mature partus. Sommigen nemen een zeer liberaal standpunt tegenover de keizersnede in. De morbiditeit en de mortaliteit bij keizersnede (zowel op korte als op lange termijn) moeten worden gesteld tegenover de kans op complicaties door de uitwendige kering, vooral solutio placentae. Ook wij zagen deze complicatie eens in 20 jaar routinematige versie, en wel onmiddellijk na een kering in narcose. Hoe groot de kans op solutio placentae is, is geheel onbekend. Hetzelfde geldt voor de andere complicaties; evenmin is bekend of er omstandigheden zijn aan te wijzen waarbij deze kans het grootst is; als zodanig worden wel narcose, dysmaturitas en een voorwand-placenta genoemd. Pas als deze vragen goed zijn beantwoord kan men oordelen over de waarde van de uitwendige kering.

*Literatuur:* MENSINK, W. F. A. en H. J. HUISJES (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1828.

Tilburg, februari 1981

P. J. H. VAN VUGT

Wij zijn collega Van Vugt erkentelijk voor zijn reactie op ons artikel, maar kunnen ook na zorgvuldige overweging zijn twijfel aan onze conclusie niet delen. Wij achten routinematige pogingen tot uitwendige versie vanaf de 32-34e week niet zinvol, omdat uit ons onderzoek bleek dat het effect van deze maatregel in het niet valt bij de natuurlijke neiging tot spontane versie. Een veel intensievere versiepoging tegen de à terme-datum, met eventueel aansluitend inleiden van de baring is een heel andere procedure, waarover wij geen onderzoek hebben verricht. Daarvoor geldt onze uitspraak dan ook niet en op grond van de gegevens van anderen zou dit heel goed aan te bevelen kunnen zijn.

De door collega Van Vugt voorgestelde manipulaties met de getallen lijken ons niet toelaatbaar. Het is niet geoor-