

Perinatale sterfte: een n=1-studie

J. van Roosmalen

Dinsdagavond 13 juli 2010 vond om 21.01 uur in het LUMC een geboorte plaats met perinatale sterfte. Het ging om een gravida 5 para 2 met een sectio (in Irak) en een ongecompliceerde vaginale partus (in Nederland) in de obstetrische voorgeschiedenis. Bij een zwangerschapsduur van 23+3 weken was er sprake van een dreigende vroeggeboorte en om die reden werd in de ochtend van 13 juli tocolyse gestart in een tweedelijnsziekenhuis. Er werd zelfs een begin gemaakt met corticosteroiden. Met de vraag of alsnog een rescue cerclage zou kunnen worden aangelegd werd patiënte naar het derdelijnscentrum overgeplaatst.

Bij aankomst in het LUMC om 12.00 uur was de conditie van patiënte goed en waren er ook geen contracties meer. Bij inwendig onderzoek werd geconstateerd dat de foetus in stuitligging al tot en met de heupen door de cervix heen was en werd een cerclage niet zinvol geacht. Het CRP-gehalte bedroeg 81 mg/l. Het echtpaar werd verteld dat een partus niet meer was tegen te houden en tocolyse dus niet meer zinvol. Afgesproken werd het verdere beloop af te wachten, ook om het echtpaar te laten wennen aan deze nieuwe situatie. Om 16.53 uur bleek een voet geboren te zijn en had patiënte drukgevoel. Er was echter nog maar 5 cm ontsluiting. De vliezen leken nu ook gebroken. Er werd een oxytocine-infuus gestart om de geboorte te bespoedigen en uiteindelijk werd om 21.01 uur een jongen van 480 gram geboren met een apgarscore van 1, die na enkele minuten insliep. In de vaginakweken werden zowel enterokokken als E. coli gekweekt.

Er is veel te doen over de hogere perinatale sterfte in Nederland. In Vlaanderen doen ze het veel beter, is een boodschap die ons via NOVA wordt aangeboden. Daar wordt niet bijgezegd dat pasgeborenen met een gewicht < 500 gram daar niet in de perinatale sterfte worden opgenomen. Ook is de perinatale sterfte buiten kantooruren in Nederland statistisch significant hoger. Dat zal overigens in veel andere landen niet heel anders zijn. Als verklaring wordt aangedragen dat

er dan geen gekwalificeerd personeel per acuut beschikbaar is. Echter, als de gynaecoloog in het eerste ziekenhuis ook had ingeschat dat cerclage niet meer mogelijk was en om die reden, mede gezien de termijn, de extreme vroeggeboorte had geaccepteerd en dus geen tocolyse was gestart, dan zou de bevalling ongetwijfeld hebben plaatsgevonden tijdens 'kantooruren'. Als wij bovendien in plaats van afwachten bij opname de vliezen zouden hebben gebroken en/of meteen een oxytocine-infuus zouden hebben gestart, zou de partus naar alle waarschijnlijkheid eveneens hebben plaatsgevonden voor het invallen van de avond. Naar mijn mening zouden we dan tekort zijn geschoten in de begeleiding op weg naar het aanvaarden van extreme vroeggeboorte en perinatale sterfte. Er zijn ongetwijfeld veel meer van dergelijke n=1-studies in Nederland. Deze gegevens nuanceren het 'onderzoeksresultaat' dat de zorg in de avonduren slechter is dan overdag. Een en ander betekent dat ieder geval van perinatale sterfte een zorgvuldige audit verdient. Dat zal ons aangrijpingspunten geven op basis waarvan we verbetering van zorg kunnen nastreven. In dit verband is het lezen van Jan Vandenbroecke's *Observational research, randomised trials and two views of medical science* (PLOS 2008; 5: 330-43) zeer aanbevolen. Als het gaat om het verklaren van verbanden staan bijvoorbeeld case reports en series hoger in de hiërarchie dan gerandomiseerd onderzoek waarvan we allemaal weten dat dát de gouden standaard is als het gaat om effecten van behandeling.

Auteur

Jos van Roosmalen, gynaecoloog, afdeling Verloskunde, Leids Universitair Medisch Centrum

Correspondentieadres

Prof. dr. J.J.M. van Roosmalen
E-mail: j.j.m.van_roosmalen@lumc.nl