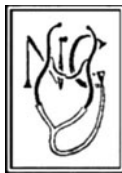


# huisarts en wetenschap



MAANDBLAD

VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

## *Een duizendtal bevallingen in een huisartsenpraktijk*

DOOR DR J. Z. S. PEL EN J. PEL-MELLINK, HUISARTSEN TE MIDDELBURG

Het hieronder volgende verslag heeft betrekking op de „eerste” duizend partus, door ons in onze — onderling gescheiden — praktijken verricht.

Het eerste kind in deze reeks werd geboren op 1 oktober 1949, het laatste op 14 oktober 1961. Het bereiken van deze „mijlpaal” was de aanleiding dit obstetrisch materiaal — voorzover de beknopte gegevens dit toelieten — nader te bewerken.

De cijfers hebben uitsluitend betrekking op patiënten uit eigen praktijk, die zich voor verloskundige hulp primair tot de huisarts wendden. Patiënten, die voor hun bevalling primair hetzij naar een vroedvrouw hetzij naar een vrouwenarts gingen, zijn dus niet meegerekend. Wel zijn meegeteld de bevallingen, welke op medische indicatie door de specialist-obstetricus werden overgenomen en eveneens die, welke tijdens onze afwezigheid door een andere huisarts als waarnemer werden gedaan.

Bij deze reeks van duizend bevallingen waren in totaal 627 vrouwen betrokken. Wij deden:

bij 360 vrouwen	één maal een bevalling
bij 188 vrouwen	twee maal een bevalling
bij 57 vrouwen	drie maal een bevalling
bij 18 vrouwen	vier maal een bevalling
bij 3 vrouwen	vijf maal een bevalling
bij 1 vrouw	zes maal een bevalling.

*Meervoudige zwangerschap.* In deze reeks kwam elf maal een tweelingzwangerschap voor, dat wil zeggen één maal op 91 bevallingen. Er werden dus in totaal 1011 kinderen geboren. Hieronder waren 497 jongens en 508 meisjes; van zes kinderen was het geslacht niet aangetekend.

*Aard der verlossing en ligging van het kind.* Hier- van geeft tabel 1 een overzicht. De cijfers tussen

haakjes geven aan het aantal malen dat de partus op medische indicatie door een specialist werd getermineerd.

Aangetekend dient te worden, dat wij hierbij zijn uitgegaan van de ligging van het kind, c.q. de stand van het hoofd, op het moment van de geboorte, respectievelijk op het moment dat de baring kunstmatig werd beëindigd.

Onder spontane geboorte rekenen wij ook alle gevallen, waarbij door kleine ingrepen — zoals uitwendige expressie, wegmasseren van een ontsluitingsrand, oprekken van het perineum, digitale correctie van de stand van het hoofd, enzovoort — actief werd meegeholpen de baring vlotter te doen verlopen. Daar de aantekeningen over het verloop van de baring vaak onvoldoende gedetailleerd waren, hebben wij er vanaf moeten zien de achterhoofdsliggingen verder onder te verdelen naar de stand van de kleine fontanel. Om dezelfde reden hebben wij geen verdeling gemaakt in volkomen en onvolkomen stuitligging en evenmin onderscheid gemaakt tussen kruinligging en achterhoofdsligging-met-verkeerde-spildraai, een differentiatie, welke in de praktijk niet altijd even eenvoudig is. Alle schedelliggingen, waarbij de grote fontanel vóór en de kleine achter stond, hebben wij tot de kruinliggingen gerekend.

Tweemaal kwam er durante partu een dwarsligging voor, die wij „volgens het boekje” konden corrigeren. Daar in beide gevallen de vochtblaas intact bleef, kon bij ongeveer volkomen ontsluiting een uitwendige versie op de stuit worden gedaan. Na fixatie van het voorliggend deel in de bekkeningang werden de vliezen gebroken, waarna het kind spontaan in stuitligging werd geboren.

Tabel 1 Aard der verlossing en ligging van het kind

	spontaan	forcipale extractie	stuit-extractie	versie en extractie	sectio caesarea	totaal	percentage
achterhoofdsligging ..	892 (17)	28 (6)	—	1 (1)	7 (7)	928 (31)	91,8
kruinligging .....	29 (1)	5 (1)	—	—	—	34 (2)	3,4
voorhoofdsligging .....	—	—	—	1 (—)	—	1 (—)	0,1
aangezichtsligging ...	3 (—)	—	—	—	—	3 (—)	0,3
stuitligging .....	41 (4)	—	3 (3)	—	1 (1)	45 (8)	4,4
totaal .....	965 (22)	33 (7)	3 (3)	2 (1)	8 (8)	1011 (41)	100,0
percentage .....	95,4	3,3	0,3	0,2	0,8	100,0	

*Pariteit.* Tabel 2 geeft een overzicht van de pariteit.

Tabel 2 Pariteit

eerste maal .....	339
tweede maal .....	311
derde maal .....	183
vierde maal .....	78
vijfde maal .....	40
zesde maal .....	21
zevende maal .....	16
achtste maal en meer .....	11
onbekend .....	1
totaal .....	1000

Hierbij zijn voorafgaande miskramen niet meegerekend. Door in deze tabel een komma voor het laatste cijfer te plaatsen krijgt men het percentage.

*Duur der bevalling.* Tabel 3 geeft de tijdsduur der bevalling weer, waarbij een scheiding is gemaakt tussen primiparae en multiparae.

Bij een-derde van de primiparae en bij driekwart van de multiparae was het kind twaalf uur na het begin van de baring geboren. Na 24 uur was dit het geval bij 70 procent van de primiparae en bij 96 procent van de multiparae.

*Geboortegewicht.* De gewichten van de pasgeborenen, gesplitst naar die van primiparae en multiparae worden weergegeven in tabel 4.

Tabel 3 Duur der bevalling

tijdsduur	primiparae	multiparae
tot 6 uur .....	21	215
6—12 uur .....	79	227
12—18 uur .....	72	89
18—24 uur .....	54	35
24—30 uur .....	31	14
30—36 uur .....	20	5
langer dan 36 uur .....	33	3
onbekend .....	29	73
totaal .....	339	661

Tabel 4 Geboortegewicht

gewicht	primiparae		multiparae	
	aantal	percentage	aantal	percentage
tot 1500 g .....	2	0,6	1	0,1
1500—2000 g ....	5	1,5	4	0,6
2000—2500 g ....	14	4,2	8	1,2
2500—3000 g ....	49	14,9	54	8,5
3000—3500 g ....	118	35,8	200	31,5
3500—4000 g ....	105	31,8	250	39,5
4000—4500 g ....	35	10,6	89	14,0
boven 4500 g ....	2	0,6	29	4,6
	330	100,0	635	100,0
onbekend .....	11		35	
totaal .....	341		670	

Het laagste geboortegewicht in deze reeks bedroeg 1125 gram. De lengte van dit kind, dat drie maanden te vroeg werd geboren, was 38 cm. Hoewel het nog tot onder de 1000 gram afviel, bleef het in leven; het heeft zich later volkomen normaal ontwikkeld.

*Plaats der bevalling.* Van de duizend bevallingen vonden er 772 plaats in de eigen woning (77,2 procent). Van zeven werd de plaats der bevalling niet aangetekend. De resterende 221 bevallingen vonden plaats in het ziekenhuis, waarvan 84 op medische indicatie (8,4 procent). Hierbij zijn de moeders, die na de geboorte van het kind alsnog werden opgenomen, gerekend tot degenen die thuis zijn bevallen.

*Begin der baring.* In deze reeks van duizend bevallingen werd de baring 31 maal kunstmatig op gang gebracht (3,1 procent). In 22 gevallen werd de baring chemisch ingeleid en wel twee maal bij een gemacereerd kind, waarbij het lange „nutteloze” afwachten zulke psychische spanningen opriep, dat hieraan een einde moest worden gemaakt. In de overige twintig gevallen bestond de indicatie uit een serotiniteit van tenminste twee weken. In al deze twintig gevallen werd een levend en gezond kind geboren.

Negen maal werd de baring mechanisch ingeleid door middel van een condoor-catheter of metreurynter. Uit de aard der zaak werden deze negen bevallingen door de gynaecoloog overgenomen. Vier maal bestond ook hier de indicatie uit een overdragen zwangerschap, waarbij in alle gevallen een gezond levend kind werd geboren. Vier maal werd de indicatie gevormd door een nephropathia gravidarum. De resultaten voor het kind waren in dit laatste groepje zeer slecht: van de zes kinderen (twee maal gemelli) overleden er drie: één kind stierf durante partu, één kind overleed na 24 uur ten gevolge van een hyaliene-membraan-pneumonie en één kind, dat door een versie en extractie ter wereld was gebracht, overleed de negende dag post partum, waarschijnlijk ten gevolge van een hersenbloeding. Tenslotte werd de baring één maal mechanisch ingeleid wegens zeer sterke toenemende oedemen van de moeder bij een tweelingzwangerschap. Er werd aangenomen dat deze oedemen het gevolg waren van een myocarditis (afwijkingen in het E.C.G.). Het tweede kind werd na de geboorte in toenemende mate benauwd en overleed vier uur post partum.

*„Kind in bed”.* Drie procent der bevallingen vond plaats buiten aanwezigheid van de arts. Indien men de verantwoording voor het leiden van een bevalling op zich heeft genomen, is het een buitengewoon onaangename verrassing wanneer het kind bij aankomst van de medicus reeds blijkt te zijn geboren. In deze reeks is ons dit dertig maal overkomen, in een deel der gevallen buiten onze schuld, maar voor een ander deel het gevolg van een beoordelingsfout onzerzijds.

Eén van de dertig kinderen was bij de geboorte

gemacereerd; van de 29 levend geboren kinderen zijn er twee in de eerste levensweek gestorven. Van één kind, dat na een voldragen zwangerschap in achterhoofdsligging werd geboren en dat de derde dag post partum overleed onder het klinische beeld van een hyaliene-membraan-pneumonie, is het zeer onwaarschijnlijk dat het overlijden een gevolg is van deze „natuurlijke” geboorte. Dit geldt echter niet voor het andere kind, dat elf weken prematuur met een gewicht van 1500 gram werd geboren. De uitdrijving ging, hoewel het een primipara was, zo snel dat men met recht van een „Sturzgebur” kon spreken. Het kind overleed tien uur post partum. In dit geval is het zelfs zeer waarschijnlijk dat de zeer snelle uitdrijving (mede) oorzaak van de dood is geweest.

Van deze dertig moeders was het perineum bij dertien intact, zeven hadden een eerste graads ruptuur en acht een tweede graads ruptuur. Van twee moeders was de toestand van het perineum niet aangetekend.

*Het gebruik van weeënmiddeelen.* Wij zijn niet in staat nauwkeurige cijfers te geven over het gebruik van weeënmiddeelen in de vorm van intramusculaire injecties van hypofyse-achterkwab-extracten. Wel kunnen wij een cijfer geven over het gebruik van deze preparaten in de vorm van een intraveneus infuus. Dit werd in deze reeks bevallingen 24 maal (2,4 procent) toegepast. Hierbij werd de bevalling zestien maal door de specialist overgenomen; in de overige acht gevallen bleven wij de baring zelf leiden. Negentien maal kwam de baring hierna spontaan tot een einde, twee maal was een stuitextractie nodig, twee maal een forcipale extractie, terwijl één maal de moeder door middel van een keizersnede moest worden verlost. In alle 24 gevallen werd een levend kind geboren.

*Verwijzing naar een specialist.* In 39 gevallen (3,9 procent) werd de bevalling door ons aan de specialist-obstetricus overgedragen (zie ook tabel 1). De geboorte van de 41 hierbij betrokken kinderen (twee tweelingzwangerschappen) verliep 22 maal spontaan, terwijl 19 maal operatief verloskundig werd ingegrepen, te weten:

- 7 maal een forcipale extractie;
- 3 maal een stuitextractie;
- 1 maal een versie en extractie;
- 8 maal een keizersnede (0,8 procent).

De indicaties voor deze laatste ingreep waren:

- 3 maal een zwangerschapstoxicose;
- 2 maal een placenta praevia centralis;
- 1 maal een stuitligging bij een primipara met een licht vernauwd bekken, bij wie de baring begon met het breken van de vliezen;
- 1 maal een vernauwd bekken waarbij de vorige maal ook een sectio caesarea werd verricht;
- 1 maal gebroken vliezen en geen weeën bij een oude primipara.

*Perinatale sterfte.* In totaal zijn er in deze reeks 1011 kinderen geboren. Het aantal doodgeboren kinderen bedroeg negen; vijf hiervan waren gemacereerd, de overige vier stierven durante partu. In de eerste levensweek overleden er tien kinderen. De perinatale sterfte in deze reeks van duizend bevallingen bedraagt dus 18,8 promille.

Tabel 5 geeft een samenvatting van deze negentien sterfgevallen.

Het in deze tabel opvallend vaak ontbreken van het geboortegewicht is kunstmatig; het wegen of meten van doodgeboren of congenitaal zwaar misvormde kinderen blijft meestal kiesheidshalve achterwege.

Voor de beoordeling van tabel 5 dient men er rekening mee te houden, dat slechts bij één kind door een patholoog-anatoom obductie werd verricht, terwijl twee maal door de klinicus een partiële sectie werd gedaan.

Van deze negentien sterfgevallen waren er acht niet te vermijden, namelijk de nummers 1, 2, 4, 5, 11, 13, 16 en 18. In hoeverre de overige elf behalve theoretisch ook praktisch vermijdbaar waren, blijft speculatief. Alleen de gevallen 12 en 15, waarbij de dood waarschijnlijk het gevolg is van een technisch falen van de accoucheur, 9 welke misschien eerder kunstmatig had moeten worden ingeleid, en 17 waarbij op een achteraf onjuiste indicatie de partus zes weken te vroeg werd ingeleid, zijn vrij zeker als vermijdbaar te beschouwen.

In deze reeks vormt de aangeboren afwijking de meest voorkomende enkelvoudige doodsoorzaak (21 procent). Het „respiratory distress syndrome” was driemaal de klinische doodsoorzaak (16 procent), terwijl twee kinderen overleden als gevolg van een nephropathia gravidarum (11 procent).

Laten we de gemacereerde kinderen en de kinderen met een met het verdere leven onverenigbare aangeboren afwijking buiten beschouwing, dan resteert een „gezuiverde sterfte” van 10 kinderen. Van deze kinderen is er één in stuitligging en negen in achterhoofdsligging geboren. Uiteraard laten deze kleine getallen geen conclusies toe. Wij volstaan met te vermelden dat op het totaal aantal geboorten de verhouding stuitligging-achterhoofdsligging 1 op 20,6 bedroeg. Van de negentien perinataal gestorven kinderen verliep de bevalling achttien maal spontaan, één maal werd bij een zeer ernstig misvormd kind een forceps aangelegd. In deze reeks bevallingen heeft de kunstverlossing op zich zelf geen perinataal sterfgeval veroorzaakt. Eén kind, dat door middel van een versie en extractie werd geboren, overleed — waarschijnlijk ten gevolge van een hersenbloeding — op de negende levensdag.

Tenslotte zijn van deze negentien perinataal overleden kinderen negen prematuur geboren. Beperken we ons tot de „gezuiverde sterfte” van tien kinderen, dan waren vijf hiervan te vroeg geboren. In drie gevallen was de baring echter kunstmatig op gang gebracht. Het kunstmatig inleiden van een niet voldragen zwangerschap bleek in deze reeks een voor het kind zeer riskante ingreep te zijn.

*Zuigelingssterfte.* Daar men als huisarts uiteraard doorlopend geïnformeerd is over het levenslot van de kinderen uit de eigen praktijk, waren wij in staat de zuigelingssterfte — het aantal overledenen beneden het jaar per duizend levendgeborenen — te berekenen. Van 1 oktober 1949 tot 1 december 1960 waren er in onze reeks in totaal 909 kinderen levend geboren. Daarvan waren er tot 1 december 1961 zestien in hun eerste jaar overleden, van wie acht in de eerste levensweek. Uiteraard was een aantal kinderen door verhuizing uit de praktijk verdwenen; van 21 kinderen kon het huidige adres niet worden opgespoord. Wij komen zo tot een zuigelingssterfte van 16 op 888 (namelijk 909-21) of wel 18,0 promille.

De gegevens van de acht kinderen, die overleden na één week en binnen het eerste levensjaar, zijn samengevat in tabel 6.

Ook bij de latere sterfte vormt in onze reeks de aangeboren afwijking in vijf van de acht gevallen de doodsoorzaak.

*Morbiditeit van de moeder.* Van de gevaren, die de moeder bedreigen, als gevolg van zwangerschap, baring en kraambed, was vroeger de infectie een der belangrijkste. Helaas zijn we niet in staat hierover gegevens te verschaffen, daar over het temperatuurverloop in het kraambed onvoldoende aantekeningen bewaard zijn gebleven. Uiteraard zijn er wel infecties in het kraambed voorgekomen. Door het snel toedienen en doelmatig doseren van antibiotica is het geïnfecteerde kraambed in deze reeks van duizend bevallingen nimmer een ernstig probleem geweest. Wij hebben dan ook nooit om deze reden een kraamvrouw moeten laten opnemen of onder specialistische behandeling moeten stellen. Hetzelfde geldt voor het vóórkomen van mastitis, waarover wij evenmin nauwkeurige aantekeningen hebben bewaard.

Twee maal ontwikkelde zich in het kraambed een trombose. Beide kraamvrouwen werden opgenomen; zij zijn zonder restverschijnselen genezen. Een oppervlakkige tromboflebitis zagen wij zes maal. In drie gevallen ontstonden de afwijkingen reeds in de zwangerschap. Vier maal werd de patiënt hiervoor opgenomen, waarvan twee maal ante partum.

*Zwangerschapstoxicose.* Eclampsie en pre-eclampsie kwamen in deze reeks van duizend bevallingen niet voor. Wel ontstond er bij tien zwangeren (1 procent van alle gevallen) een ernstige vorm van zwangerschapstoxicose, zodat in negen van deze tien gevallen ziekenhuisopname en specialistische behandeling nodig werd geacht. Daar het bijzonder moeilijk is een scherpe grens te trekken tussen wat in de zwangerschap nog normaal en wat beslist pathologisch is, hebben we alle grensgevallen, waarbij ons therapeutisch handelen beperkt bleef tot het voorschrijven van een zoutloos dieet, eventueel in combinatie met ten hoogste twee uur middagrust, verder buiten beschouwing gelaten en ons beperkt

Tabel 5 Samenvatting van de perinatale sterfte

	Obstetrische gegevens						Doodsoorzaak							Omschrijving	
	no.	pariteit	aard der bevalling	ligging	geboortegewicht	duur der graviditeit in weken	ziekte van de moeder	ziekte van de zwangerschap	moelijkheden v. d. baring	afwijkingen van placenta en navelstreng	geboortelid	aangeboren afwijking v. d. vrucht	ziekten van de vrucht		onbekend
doodgeboren gemacereerd	1	3e	Sp	A	3300	40			+ ?						2 x omstrengeld, placenta vol infarcten
	2	3e	Sp	A	—	40			+ ?						omstrengeling
	3	2e	Sp	A	—	36							+		rhesus-antagonisme?
	4	2e	Sp	A	—	31							+		trombose van de vena renalis (obductie)
	5	1e	Sp	A	—	33				+ ?					omstrengeling
durante partu	6	2e	Sp	A	—	40							+		geen oorzaak aan te geven
	7	2e	Sp	A	2500	36		+							ernstige nefropathie, ingeleid met condoom-catheter
	8	1e	Sp	A	1300	34		+							hypertensie, placenta vol infarcten
	9	1e	Sp	A	—	43								+	serotiniteit?
overleden in de eerste levensweek	10	1e	Sp	A	1500	29					+ ?				zeer snelle uitdrijving
	11	1e	Sp	Aa	—	34							+		anencefaal
	12	1e	Sp	A	3250	40			+ ?						moeilijke ontwikkeling van de schouders
	13	1e	F	K	3500	40							+		sterk congenitaal misvormd kind
	14	3e	Sp	A	3500	40								+	hyaliene-membraan-pneumonie
	15	4e	Sp	S	—	40					+ ?				mogelijk ten gevolge van hersenbloeding
	16	2e	Sp	A	3000	40								+	mongoloïde idiotie + duodenum-atresie
	17	2e	Sp	A	2300	34								+	partus kunstmatig ingeleid; hyaliene-membraan-pneumonie
	18	2e	Sp	S	—	29								+	zeer sterk congenitaal misvormd kind
	19	2e	Sp	A	2100	36								+	ingeleid met condoom catheter wegens myocarditis (?) moeder; gemelli; hyaliene-membraan-pneumonie
Totaal . . . . .							—	2	1	3	2	4	5	2	

tot de duidelijke gevallen van een nephropathia gravidarum.

Enkele van de belangrijkste gegevens van deze tien gevallen zijn samengevat in tabel 7.

De in tabel 7 vermelde waarden van bloeddruk en albuminurie berusten op eigen waarneming en bestonden dus voor of op het tijdstip dat de behandeling door de specialist werd overgenomen. (De gegevens van patiënten 2 en 3 waren als gevolg van hun verhuizing niet meer te achterhalen).

De verhoogde kans op een zwangerschapstoxicose bij een meervoudige zwangerschap komt in deze tabel duidelijk tot uiting, evenals de ongunstige invloed van deze aandoening op de kinderlijke mortaliteit; drie van de twaalf hierbij betrokken kinderen bleven niet in leven.

*Bloedverlies in de tweede helft van de zwangerschap.* Bloedverlies als gevolg van een lage inplanting van de placenta kwam in deze reeks bevallingen in totaal vier maal voor. Deze vier gevallen werden klinisch specialistisch behandeld. Twee maal bestond er een placenta praevia centralis; in beide gevallen werd het kind door middel van een keizersnede geboren. In de twee overige gevallen bestond er een placenta praevia lateralis, respectievelijk marginalis, waarbij de partus spontaan verliep.

Een voortijdige loslating van de placenta kwam in deze reeks niet voor.

*Vastzittende placenta.* Hieronder verstaan wij die gevallen waarbij de placenta, niettegenstaande een of twee maal crederen, twee uur post partum nog

Tabel 6 Overzicht van acht kinderen, overleden in het tijdvak van een week tot een jaar na de geboorte

no.	pariteit	duur der graviditeit	aard der bevalling	ligging	geboortegewicht	leeftijd bij overlijden	doodsoorzaak
1	4e	40 wk.	spontaan	A	2800	30 dagen	congenitale afwijkingen
2	1e	34 wk.	spontaan	St	—	21 dagen	hersenvloeding?
3	1e	40 wk.	spontaan	A	3150	3½ maand	pancreas-fibrose
4	2e	40 wk.	versie en extractie	A	—	9 dagen	hersenvloeding?
5	2e	40 wk.	spontaan	A	3380	4 maanden	acute leukemie
6	1e	40 wk.	spontaan	K	3800	6 weken	spina bifida
7	2e	40 wk.	spontaan	A	—	6 maanden	encephalo-meningocele
8	2e	40 wk.	spontaan	A	2550	4½ maand	luchtweginfectie bij mongoloïde idiotie + vitium cordis

Tabel 7 Gegevens van tien patiënten met een ernstige zwangerschapstoxicose

no.	pariteit	hoogste bloeddruk	maximale albuminurie	oedemen	duur der graviditeit	opname in ziekenhuis	aard der verlossing	toestand kind	bijzonderheden
1	2e	155—90	7 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	+	37 wk.	1 dag a.p.	1. stuit-extr. 2. versie-extr.	goed † 9 dg. p.p.	gemelli; in begin graviditeit nierextirpatie; nier-t.b.c.
2	2e	?	9 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	+	36 wk.	4 wk. a.p.	condoom-cath.; spontaan	† durante partu	zeer snel ontstaan
3	1e	?	?	?	34 wk.	1 dag a.p.	sectio caesarea	goed	
4	1e	190—100	—	++	40 wk.	4 wk. a.p.	forcipale extr.	goed	
5	1e	170—100	11 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	+	40 wk.	1 wk. a.p.	forcipale extr.	goed	
6	2e	180—130	1½ <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	sp	40 wk.	1 dag a.p.	sectio caesarea	goed	
7	1e	170—120	spoor	+	40 wk.	2 dg. a.p.	forcipale extr.	goed	
8	2e	195—120	9 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	+	35 wk.	3 wk. a.p.	sectio caesarea	goed	
9	1e	190—100	spoor	sp	34 wk.		spontaan	† durante partu	
10	2e	160—100	7 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	+	40 wk.	2 dg. a.p.	condoom-cath.; 1. spontaan 2. spontaan	goed goed	gemelli

Tabel 8 Overzicht van acht patiënten met een vastzittende placenta

no.	obstetrische gegevens				therapie					opmerkingen
	pariteit	aard der bevalling	ligging	plaats der bevalling	ziekenhuis-opname	Credé specialist	Credé onder narcose	manuele placenta-verwijdering	instrumentele verwijdering	
1	1	S	A	thuis	+	+				
2	1	S	A	ziekenhuis				+	+	nacurettage
3	1	S	A	ziekenhuis				+		
4	2	S	A	thuis	+					bij opname ziekenhuis lag placenta los
5	1	S	A	thuis	+				+	
6	2	S	A	thuis	+	+				
7	1	S	A	thuis	+			+		
8	2	S	A	thuis	+		+			
9	1	S	A	ziekenhuis				+		

Tabel 9 Overzicht van zeventien patiënten met een ernstige fluxus post partum

	no.	obstetrische gegevens				therapie					opmerkingen		
		pariteit	ligging	aard der bevalling	plaats der bevalling	ziekenhuis-opname	infuus	bloed-transfusie	manuele plac.-verw.	Credé		curettag	uterus-tamponade
nageboortetijdperk	1	3	A	spontaan	T		+			+			
	2	2	A	spontaan	T		+		+			ernstige shock	
	3	3	A	pit.-inf; forc.	Z		+			+			
	4	4	A	spontaan	T	+		+	+		+	Credé thuis mislukt	
	5	1	A	spontaan	Z		+	+					
	6	1	A	forcipaal	Z			+		+		zeer ernstige shock	
	7	1	A	spontaan	Z			+		+		diabetes van de moeder	
kraambed	8	1	A	spontaan	T		+					matig maar zeer langdurig bloedverlies	
	9	2	A	spontaan	T	+	+					fluxus ontstond pas 3 uur p. p.	
	10	4	A	pit.-inf; spontaan	Z			+					
	11	2	St	spontaan	Z		+					flinke cervix-scheur bdz.	
	12	2	St	spontaan	T	+		+					
	13	1	A	spontaan	T	+		+			+		
	14	2	A	spontaan	T	+		+				doorlopend bloedverlies; 4e dag p. p. opname gemelli	
	15	1	St	spontaan	T	+		+					
	16	3	St	spontaan	T	+		+			+	+	achtergebleven vliezen met placentatang verwijderd
	17	2	A	spontaan	T	+		+				+	

vast zit. Wij hebben ons altijd gehouden aan de stelregel, ons ingescherpt tijdens onze opleiding, dat na het verstrijken van deze termijn langer wachten niet meer geoorloofd is. In totaal kwam deze situatie in deze reeks negen maal voor, dus in 0,9 procent van alle bevallingen. De gegevens hierover zijn samengevat in tabel 8.

Bij alle negen gevallen werd de behandeling door de specialist overgenomen. Bij één patiënt lag de placenta na aankomst in het ziekenhuis los, twee maal kon of durfde de specialist harder crederen dan wij. Bij vijf van de negen patiënten was een intra-uterine ingreep nodig.

*Fluxus post partum.* Ook ten aanzien van het bloedverlies bij de partus is het moeilijk een grens af te bakenen tussen wat nog normaal en wat pathologisch is. We hebben daarom alle gevallen waarbij het bloedverlies door de normale routinemaatregelen kon worden bestreden, hier verder buiten beschouwing gelaten. Onder normale routinemaatregelen verstaan wij: het uitdrukken van de placenta, zó nodig crederen; het geven van piton- en ermetrine-injecties (na de geboorte van de placenta); uterus-massage en eventueel catheteriseren van de blaas. In onze reeks bevallingen was echter zeventien maal (1,7 procent van alle bevallingen) het bloedverlies post partum zo ernstig dat wij hiermee niet uitkwamen, maar onze toevlucht moesten nemen tot bijzondere maatregelen. Tabel 9 geeft hiervan een overzicht.

Deze zeventien bevallingen betroffen vijftien kraamvrouwen (de nummers 1 en 10 hebben betrekking op dezelfde patiënte, evenals 5 en 11). In de eerstgenoemde zeven gevallen werd het bloedverlies manifest voordat de nageboorte was geboren. Bij één patiënt lag deze los en kon worden uitgedrukt, bij vier patiënten was de handgreep van Credé nodig, terwijl twee maal de placenta manueel moest worden verwijderd.

In de overige tien gevallen werd het bloedverlies pas manifest na de geboorte van de placenta. Eén maal kon een cervixscheur en één maal het vrijwel in toto achter blijven van de vliezen voor de nabloeding verantwoordelijk worden gesteld. Alle overige gevallen zullen waarschijnlijk het gevolg zijn geweest van een atonia uteri.

In het algemeen was het bloedverlies in het nageboortetijdperk veel gevaarlijker dan het bloedverlies dat in een latere fase ontstond. Vooral de patiënten 2, 4 en 6 kwamen in een kritieke toestand te verkeren. Gelukkig heeft geen enkele kraamvrouw blijvende schadelijke gevolgen hiervan ondervonden.

*Toestand van het perineum.* In onze reeks bevallingen is een derde-graads ruptuur — een inscheuring waarbij ook de sphincter ani wordt geledeerd — niet voorgekomen. In het algemeen maakten wij, wanneer het perineum begon of dreig-

de in te scheuren, een linkszijdige laterale episiotomie. Bij elke tangextractie en bij elke stuitgeboorte werd als routine een flinke episiotomie gegeven. De gegevens over het perineum in tabel 10 zijn gesplitst in die bij primiparae en bij multiparae.

Tabel 10 Toestand van het perineum

	primiparae	multiparae
intact . . . . .	74	359
eerste-graads ruptuur . . . .	20	66
tweede-graads ruptuur . . . .	22	36
episiotomie . . . . .	183	161
niet aangetekend . . . . .	40	39
<b>totaal . . . . .</b>	<b>339</b>	<b>661</b>

Uit deze tabel volgt, dat bij ongeveer een vierde deel van de primiparae het perineum intact bleef, terwijl bij ongeveer 60 procent het perineum werd ingeknipt; in de overige gevallen ontstond er een ruptuur. Bij de multiparae was de verhouding omgekeerd. Bij ongeveer 60 procent bleef het perineum intact, bij een kwart werd het ingeknipt, bij de overige ontstond er een ruptuur.

Hoewel er nog vele andere aspecten rond bevaling en kraambed het vermelden waard zouden zijn, hebben wij gemeend, ook vanwege het ontbreken van voldoende gedetailleerde gegevens, ons tot het bovenstaande te moeten beperken.

\* \* \*

De waarde van deze publikatie is uiteraard problematisch. Ze berust op een relatief gering aantal bevallingen, waarvan de gegevens verre van compleet zijn, terwijl persoonlijke en lokale factoren een vergelijking met andere reeksen bevallingen niet zonder meer mogelijk maken. Wij menen dan ook dat het materiaal zich kwalitatief en kwantitatief niet leent tot een verder gaande analyse. De vrijmoedigheid onze twaalf jaar obstetrische belevenissen in deze vorm mede te delen ontlent wij aan het vrijwel ontbreken van publikaties van reeksen bevallingen door Nederlandse huisartsen en aan de overtuiging dat „huisarts en wetenschap” ook een medium dient te zijn tot uitwisseling van ervaringen op het gebied der huisartsgeneeskunde, waarvan de verloskunde ons inziens een wezenlijk onderdeel vormt.

Beekenkamp, T. (1949) Ned. T. Verlosk. Gyn. 49, 191.  
Verhagen, H. A. J. (1960) huisarts en wetenschap 3, 221.