

Stuitligging*

Inleiding. Dit hoofdstuk handelt over stuitligging, niet over stuitgeboorte. Tussen deze begrippen bestaat enig verschil. Zo behoort een geboorte door middel van een keizersnede, welke werd verricht wegens stuitligging, wèl tot dit hoofdstuk, terwijl anderzijds een versie en extractie wel als „stuitgeboorte” kan worden beschouwd, maar desalniettemin niet in het hoofdstuk „stuitligging” kan worden opgenomen.

Voorts is het van belang er op te wijzen dat de stuitligging vaak niet meer is dan een complicerende factor bij bestaande pathologische verhoudingen. Zo is de ligging van het kind bij monstervormingen en bij andere met het leven onverenigbare congenitale afwijkingen veelal tamelijk onbelangrijk.

Het is bekend, dat bij toenemende zwangerschapsduur het aantal hoofdliggingen toeneemt ten koste van het aantal stuitliggingen. Bij een premature geboorte in stuitligging moet daarom de prematuriteit méér dan de stuitligging als pathologisch worden beschouwd.

Tweelingkinderen, en met name tweede tweelingkinderen, worden relatief vaak in stuitligging geboren.

Al het bovenstaande is van belang bij het vaststellen van de frequentie van en de perinatale sterfte bij stuitligging. In de literatuur wordt vaak niet duidelijk aangegeven welke gevallen al of niet werden uitgesloten bij de berekening van deze waarden.

Frequentie. Zoals mede op grond van het bovenstaande is te verwachten, vindt men in de literatuur tamelijk sterk uiteenlopende cijfers met betrekking tot de frequentie van stuitliggingen. Hoge cijfers zal men vooral kunnen aantreffen in publikaties, die uitsluitend betrekking hebben op klinische bevalingen, daar zich hieronder veel pathologie, en dus ook een relatief groot aantal stuitliggingen zal bevinden.

De Snoo geeft voor primiparae 2,1 procent en voor multiparae ruim 4 procent stuitliggingen op. In het nieuwe verloskundige leerboek vermeldt *Ten Berge* voor alle pariteiten tezamen een frequentie van 3½ procent. *Meurer* vond 3 procent voor enkel- en meervoudige geboorten tezamen en 2,7 procent voor enkelvoudige geboorten. *De Haas-Posthuma* komt tot een frequentie van ongeveer 2 procent. *Muller* vond in eigen, dat is specialistisch, materiaal 3½ procent; na eliminering van gevallen met bekkenvernaauwing, tweelingzwangerschap, placenta praevia en anencefalie daalde dit percentage tot 1,95. Dezelfde schrijver vond in de literatuur de

volgende (gezuiverde) cijfers: Roos van den Berg (kliniek Prof. Kouwer) 1,8 procent; Verhage (kliniek Prof. De Snoo) 1,37 procent; Hecker 2 procent; Van der Hoeven (voor kliniek en polikliniek tezamen) 1,3 procent. Anderen vonden in ten dele sterk geselecteerd materiaal hogere percentages tot zelfs 11. (*Muller* deelt verder mee, dat Van der Hoeven zijn lage percentage gedeeltelijk meende te moeten toeschrijven aan het niet verrichten van uitwendige kering, omdat bij deze handgreep zijns inziens de kans zou bestaan, dat van een niet als zodanig herkende hoofdligging een stuitligging wordt gemaakt).

Daar wij beschikken over praktisch ongeselecteerd materiaal leek het van enig belang de frequentie van de stuitliggingen bij ons onderzoek zo nauwkeurig mogelijk vast te stellen. Wij hebben dit op de volgende wijze gedaan: a voor het totale materiaal, inclusief de gemelli; b voor de enkelvoudig geborenen; c voor de enkelvoudig geborenen met uitsluiting van de prematuren; d voor de enkelvoudig geborenen met uitsluiting van de prematuren en de kinderen, die vóór het begin van de partus reeds waren overleden en/of aan een niet met het leven verenigbare congenitale afwijking leden.

Ten aanzien van een klein aantal gevallen bestond twijfel over de vraag of het betreffende kind al of niet vóór het begin van de baring was overleden. In deze gevallen werd het kind wel in onze statistiek opgenomen. In overeenstemming met de internationaal geaccepteerde regel werden als prematuur beschouwd kinderen met een geboortegewicht beneden 2500 gram. Indien het gewicht niet bekend was — hetgeen met betrekking tot 2,9 procent der kinderen het geval was — werd een zwangerschapsduur van 36 weken (252 dagen) als criterium aangehouden.

Voor alle pariteiten tezamen werd voor enkelvoudig en meervoudig geborenen tezamen een frequentie gevonden van 3,4 procent (*tabel 1a*); na zuivering daalt dit tot 2,5 procent.

Hoog is het aantal stuitliggingen onder tweelingen. Wij vonden onder 240 tweelingkinderen niet minder dan 63 stuitliggingen of 26 procent. Voor de eerste tweelingkinderen bedroeg dit percentage 14, en voor de tweede tweelingkinderen zelfs 38. (Als men bedenkt dat onder deze tweede tweelingkinderen bovendien zes dwarsliggingen en vijf kruinliggingen werden geregistreerd, dan blijkt ook hier het door *De Snoo* gesignaleerde verband, namelijk het optreden van liggingsafwijkingen wanneer het achterhoofd de normale steun in de bekkenring mist).

Uit de aan tabel 1 ten grondslag liggende gegevens kan gemakkelijk worden berekend, dat de frequentie van stuitligging onder prematuren hoog

* Onderzoek met financiële steun van de Gezondheidsorganisatie T.N.O. en statistische medewerking van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde.

was, namelijk 9 procent (primiparae 7, multiparae 11 procent).

Uit dezelfde tabel blijkt verder, dat in ons totale materiaal, dus inclusief de gemelli, het percentage stuitliggingen bij primiparae 3,6 bedroeg en bij multiparae 3,3. Bij voortgaande zuivering van het materiaal daalt deze frequentie tot 3,1 procent bij primiparae en 2,2 procent bij multiparae (tabel 1 d).

Tenslotte wordt duidelijk, dat in het algemeen gesproken, de stuitligging bij oudere vrouwen vaker werd waargenomen dan bij jongere (toets tegen verloop, $P < 0,01$). Wellicht kunnen slapper wordende buikspieren, een groter aantal aangeboren afwijkingen en een wat hogere frequentie van bekenvernauwingen (rachitis!) bij oudere kraamvrouwen hiervoor aansprakelijk worden gesteld.

Stuitliggingen komen gewoonlijk vooral voor bij

„grandes multipares” en bij primiparae. Bij deze laatsten zijn het vooral de onvolkomen stuitliggingen, waarvan terugdraaiing tot hoofdligging wordt bemoeilijkt door de (te) stevige buikspieren. De geleidelijke daling van het aantal „grandes multipares” doet het percentage stuitliggingen onder multiparae dalen. Mogelijk is dit de oorzaak, dat in ons materiaal de frequentie onder multiparae lager is geworden dan onder primiparae.

Tussen „stad” en „platteland” werd met betrekking tot de frequentie van stuitliggingen geen verschil gevonden.

Perinatale sterfte. De sterftecijfers, die men in de literatuur vindt, zijn niet alleen afhankelijk van de zuivering, welke men heeft toegepast, maar bovendien van de duur van de postnatale periode, waar-

Tabel 1. Aantal stuitliggingen per 100 geboren, naar leeftijd en pariteit van de moeder. Tussen haakjes de aantallen, waarop de percentages betrekking hebben.

Leeftijd in jaren	Primiparae	Multiparae	Primiparae + multiparae
a Totale materiaal, inclusief gemelli.			
—24	2,6 (1137)	2,8 (506)	2,7 (1643)
25—29	3,6 (1353)	1,9 (2056)	2,6 (3409)
30—34	4,1 (416)	3,7 (2216)	3,8 (2632)
35—39	9,8 (102)	4,2 (1385)	4,6 (1487)
40 en ouder	15,- (20)	4,8 (517)	5,2 (537)
Onbekend	3,6 (28)	1,4 (73)	2,0 (101)
Totaal	3,6 (3056)	3,3 (6753)	3,4 (9809)
b Enkelvoudig geboren.			
—24	2,6 (1129)	2,7 (490)	2,6 (1619)
25—29	3,2 (1327)	1,6 (2018)	2,3 (3345)
30—34	3,9 (406)	2,7 (2132)	2,9 (2538)
35—39	9,- (100)	3,1 (1345)	3,5 (1445)
40 en ouder	15,- (20)	4,2 (505)	4,6 (525)
Onbekend	3,6 (28)	1,4 (69)	2,1 (97)
Totaal	3,4 (3010)	2,5 (6559)	2,8 (9569)
c Enkelvoudig geboren, exclusief prematuren.			
—24	2,4 (1084)	2,1 (474)	2,3 (1558)
25—29	3,1 (1269)	1,6 (1973)	2,2 (3242)
30—34	3,9 (389)	2,3 (2066)	2,6 (2455)
35—39	9,9 (91)	2,9 (1301)	3,4 (1392)
40 en ouder	12,5 (16)	3,5 (484)	3,8 (500)
Onbekend	3,8 (26)	1,5 (68)	2,1 (94)
Totaal	3,2 (2875)	2,3 (6366)	2,6 (9241)
d Enkelvoudig geboren, exclusief prematuren, intra-uterine vruchtdood en met het leven onverenigbare congenitale afwijkingen.			
—24	2,4 (1082)	2,1 (473)	2,3 (1555)
25—29	2,9 (1259)	1,5 (1963)	2,0 (3222)
30—34	3,9 (386)	2,2 (2053)	2,5 (2439)
35—39	8,9 (90)	2,8 (1294)	3,2 (1384)
40 en ouder	13,3 (15)	3,4 (476)	3,7 (491)
Onbekend	3,8 (26)	1,5 (68)	2,1 (94)
Totaal	3,1 (2858)	2,2 (6327)	2,5 (9185)

over men deze cijfers berekent. *Hoogveen* vond sterftecijfers, die uiteenliepen van 1,0 tot 12,1 procent, en Muller van 9 tot 26 procent. De Snoo vermeldt in zijn leerboek een „kindersterfte” van 10,0 procent onder eerstgeborenen en van 3,5 procent onder latergeborenen. In het nieuwe leerboek geeft *Plate* een sterfte op van 10 procent. Meurer kwam tot een ongezuiverde sterfte van 17 procent en een gezuiverd cijfer van 8,1 procent (eerstgeborenen 10,9, latergeborenen 2,6 procent). Muller vermeldt in eigen materiaal 8,5 procent. *Kloosterman* vond in zijn buitendienst tijdens een elfjarige periode bij vrouwen, wier bevalling thuis begon, onder eerstgeborenen een ongezuiverde perinatale sterfte van 5 procent en onder latergeborenen van 11,8 procent. Na zuivering (twaalf gevallen van foetus maceratus en zeven met ernstige congenitale afwijkingen) daalden deze cijfers tot respectievelijk 1 en 4,6 procent. In de kliniek (Wilhelmina Gasthuis, 1958-1962) vond dezelfde schrijver een ongezuiverde sterfte van 17 en een gezuiverde van 0,6 procent (1 op 163).

In *tabel 2* vindt men de perinatale sterfte in ons eigen materiaal, naar leeftijd en pariteit van de vrouw en onderscheiden naar dezelfde categorieën

als in *tabel 1* vermeld. De totale, dat is ongezuiverde sterfte bedraagt 15 procent (14 procent voor eerstgeborenen en 16 procent voor latergeborenen). Vergelijking van *tabel 2 a* met *tabel 2 b* leert, dat door eliminering van de gemelli de sterfte niet daalde, doch eerder toenam. Onder 63 in stuitligging verkerende tweelingkinderen werden dan ook slechts vier sterfgevallen (6 procent) waargenomen.

Bij voortgaande zuivering daalt de sterfte aanzienlijk, waardoor tenslotte een eindcijfer van 7 procent voor eerstgeborenen en 9 procent voor latergeborenen (voor beiden tezamen 8 procent) wordt gevonden. Aan het verschil tussen deze percentages mag geen waarde worden toegekend.

Het blijkt, dat de sterfte hoger is, naarmate de vrouw ouder is. Ook dit verschijnsel is echter niet significant.

Beperken wij ons verder tot het gezuiverde materiaal, dan blijken slechts 18 sterfgevallen over te blijven. Dit aantal laat niet veel conclusies toe.

Van 62 kinderen (21 eerstgeborenen en 41 latergeborenen) werd vermeld, dat de geboorte spontaan verliep. Bij deze gevallen werd geen sterfte geregistreerd. Onder de 149 gevallen (59 primiparae en 90 multiparae), die als „stuit ontwikkeld” werden

Tabel 2. Perinatale sterfte per 100 stuitliggingen naar leeftijd en pariteit van de moeder. Tussen haakjes de aantallen, waarop de percentages betrekking hebben.

Leeftijd in jaren	Primiparae	Multiparae	Primiparae + multiparae
a Totale materiaal, inclusief gemelli.			
—24	10 (30)	14 (14)	11 (44)
25—34	14 (66)	15 (123)	14 (189)
35 en ouder	15 (13)	18 (83)	18 (96)
Onbekend	100 (1)	— (1)	50 (2)
Totaal	14 (110)	16 (221)	15 (331)
b Enkelvoudig geboren.			
—24	10 (29)	15 (13)	12 (42)
25—34	14 (59)	19 (90)	17 (149)
35 en ouder	17 (12)	21 (63)	20 (75)
Onbekend	100 (1)	— (1)	50 (2)
Totaal	14 (101)	19 (167)	17 (268)
c Enkelvoudig geboren, exclusief prematuren.			
—24	4 (26)	— (10)	3 (36)
25—34	9 (54)	14 (80)	12 (134)
35 en ouder	18 (11)	16 (55)	17 (66)
Onbekend	100 (1)	— (1)	50 (2)
Totaal	10 (92)	14 (146)	12 (238)
d Enkelvoudig geboren, exclusief prematuren, intra-uterine vruchtdood en met het leven onverenigbare congenitale afwijkingen.			
—24	4 (26)	— (10)	3 (36)
25—34	6 (52)	8 (75)	7 (127)
35 en ouder	10 (10)	12 (52)	11 (62)
Onbekend	100 (1)	— (1)	50 (2)
Totaal	7 (89)	9 (138)	8 (227)

genoteerd, bedroeg de sterfte 11 procent (primiparae 8, multiparae 12 procent). Het verschil ten opzichte van de spontaan geboren en is significant. Wij menen echter dat hieraan geen te grote betekenis mag worden gehecht, in de eerste plaats omdat de grens tussen „spontaan” en „ontwikkeld” niet scherp is (tot welke categorie heeft men de handgreep volgens Bracht gerekend?) en vervolgens omdat de groep van de spontaan geboren en voor het overgrote deel zal hebben bestaan uit relatief gemakkelijke bevallingen.

Onder 15 via sectio caesarea geboren en werden twee sterfgevallen geregistreerd. Eénmaal werd een stuitligging forcipaal getermineerd.

Kritische beschouwing. Verschillende schrijvers uit en bij tijd en wijle de wenselijkheid alle bevallingen, waarbij moeilijkheden kunnen worden verwacht, in het ziekenhuis door een specialist te laten leiden. Onlangs heeft Kloosterman dit met betrekking tot stuitligging nogmaals naar voren gebracht.

De stuitligging wordt echter herhaaldelijk eerst durante partu gediagnostiseerd. Zo vermeldt Kloosterman, dat Meurer in de Amsterdamse Vroedvrouwenschool vond, hoe van 1933 tot 1941 58 procent van de stuitliggingen vóór het begin van de partus niet als zodanig was herkend. In de periode 1958-1962 bedroeg dit percentage in het Wilhelmina Gasthuis 26. Men mag daarom aannemen, dat ook de huisarts herhaaldelijk pas tijdens de baring de diagnose zal kunnen stellen.

Voor al ten plattelande zal vervoer naar het ziekenhuis durante partu vaak op moeilijkheden stuiten. Kloosterman raadt aan om alleen dan tot overbrenging naar het ziekenhuis te besluiten, indien de kans op geboorte tijdens het vervoer zeer klein moet worden geacht. Wordt aan deze voorwaarde

niet voldaan, dan zal de huisarts kunnen trachten tijdig specialistische hulp ten huize van de kraamvrou aan te trekken.

Wij hebben ons afgevraagd, of de uitkomsten van ons onderzoek al of niet steun geven aan Kloosterman's opvattingen. Bij ons onderzoek waren 9569 enkelvoudige en 120 tweelingzwangerschappen betrokken. Laten wij de tweede tweelingkinderen buiten beschouwing, dan vormde bij het begin van de partus de stuit in 285 gevallen het voorliggend deel. Deze 285 stuitliggingen kan men als volgt verdelen:

17 maal (6 procent) bij eerste tweelingkinderen; 30 maal (11 procent) bij prematuriteit, waarvan achtmaal (3 procent) bij prematuriteit, gepaard gaande met intra-uterine vruchtdood en/of ernstige, met het leven onverenigbare, congenitale afwijkingen;

238 maal (84 procent) bij voldragen zwangerschap, waarbij elfmaal (4 procent van 285) intra-uterine vruchtdood en/of met het leven onverenigbare congenitale afwijkingen bestonden en bovendien 18 (6 procent) kinderen door andere oorzaken overleden.

Beperken wij ons tot de voldragen, enkelvoudige zwangerschappen, dus tot de relatief gunstige groep, dan zien wij op 238 stuitliggingen 29 sterfgevallen (12 procent). Elf dezer kinderen (5 procent van 238) waren óf reeds bij het begin van de partus overleden, óf bleken te lijden aan met het leven onverenigbare congenitale afwijkingen; 18 (8 procent) stierven perinataal door andere oorzaken.

Het geheel vormt een weinig opwekkend beeld en de vraag rijst, welke gedragslijn de huisarts in deze situaties zal moeten volgen. Indien het kind reeds voor het begin van de partus is overleden, zal er gewoonlijk geen strikt-medische indicatie bestaan

Tabel 3. Stuitliggingen naar pariteit van de moeder en plaats en leiding van de baring (gezuiverd materiaal).

Plaats	Leiding	Primiparae	Multiparae	Primiparae + Multiparae
Thuis	Huisarts	36 = 84%	90 = 93%	126 = 90%
	Gynaecoloog	7 = 16%	5 = 5%	12 = 9%
	Geen verloskundige hulp	— = 0%	2 = 2%	2 = 1%
	Totaal	43 = 100%	97 = 100%	140 = 100%
Ziekenhuis	Huisarts	11 = 24%	13 = 32%	24 = 28%
	Gynaecoloog	34 = 74%	28 = 68%	62 = 71%
	Geen verloskundige hulp	1 = 2%	— = 0%	1 = 1%
	Totaal	46 = 100%	41 = 100%	87 = 100%
Thuis + ziekenhuis	Huisarts	47 = 53%	103 = 75%	150 = 66%
	Gynaecoloog	41 = 46%	33 = 24%	74 = 33%
	Geen verloskundige hulp	1 = 1%	2 = 1%	3 = 1%
	Totaal	89 = 100%	138 = 100%	227 = 100%
Totaal	thuis	43 = 48%	97 = 70%	140 = 62%
Totaal	ziekenhuis	46 = 52%	41 = 30%	87 = 38%
Totaal		89 = 100%	138 = 100%	227 = 100%

tot opname in de kliniek. Geheel anders is de situatie met betrekking tot een stuitligging, die gepaard gaat met prematuriteit. Deze combinatie vormt naar onze mening een zeer dringende indicatie tot klinische behandeling. Van de 30 tot deze groep behorende kinderen overleden er niet minder dan 17 (of 57 procent), waarvan acht reeds voor het begin van de partus of perinataal ten gevolge van met het leven onverenigbare congenitale afwijkingen.

Meer verschil van opvatting zal bestaan over de vraag betreffende plaats en leiding van de stuitligging bij voldragen zwangerschap. Bezien wij eerst de werkelijke gang van zaken in de praktijk, zoals deze uit tabel 3 blijkt. Wij beperken ons hierbij tot het gezuiverde materiaal (het ongezuiverde geeft overigens een overeenkomstig beeld te zien).

Uit de onderste helft van deze tabel blijkt, dat de huisarts bij primiparae in 53 procent van de gevallen de partus leidt en bij multiparae zelfs in 75 procent. Voor alle pariteiten tezamen volgt hieruit een percentage van 66 procent voor de huisarts en 33 procent voor de gynaecoloog. De bevalling vond bij primiparae 43 maal (48 procent) thuis en 46 maal (52 procent) in een ziekenhuis plaats. Multiparae bevielen zelfs in 70 procent der gevallen thuis en in 30 procent in een ziekenhuis. Voor primi- en multiparae tezamen geldt, dat 140 bevallingen (62 procent) thuis plaats vonden. In het overgrote deel hiervan (126 of 90% van 140) was uitsluitend de huisarts bij de partus aanwezig. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de sterfte in deze laatste groep relatief laag was; zij omvat namelijk zeven gevallen of 6 procent van 126, tegenover 11 op 101 (11 procent) in de groep, die in het ziekenhuis, dan wel thuis door de specialist werd geleid. De cijfers wekken dus wel de indruk dat een groot deel van de stuitbevallingen, dat door de huisarts ten huize van de kraamvrouw werd geleid, een betrekkelijk gemakkelijk verloop had. Voor een misschien niet zeer gering deel hiervan was verwijzing naar de gynaecoloog niet meer mogelijk, of zelfs overbodig.

Wij zijn echter overtuigd geraakt van de wenselijkheid dat stuitliggingen bij voldragen zwangerschap veelvuldiger dan thans gebruikelijk is, aan de gynaecoloog dienen te worden overgedragen. Deze uitspraak wordt niet gesteund door lagere sterftecijfers bij stuitbevallingen, geleid door een specialist. Daar hem vooral de grotere risico's worden toevertrouwd, is het begrijpelijk dat in deze groep niet een lagere, maar juist een hogere perinatale sterfte werd geregistreerd dan bij de door de huisarts geleide bevallingen.

De boven vermelde uitspraak is gebaseerd op de volgende overwegingen. Zowel uit de literatuur als uit ons eigen onderzoek blijkt dat de bevallingen bij stuitligging een hoge perinatale sterfte hebben. Zelfs als men de tweelingen, de prematuren, de intra-uterien overledenen en de kinderen met ernstige aangeboren afwijkingen uit ons materiaal verwijdert, resteert een sterfte van 8 procent. Ter vergelijking diene, dat de totale perinatale sterfte, ongeacht de ligging en inclusief gemelli, prematuren

enzovoort in ons land in 1958 2,7 procent bedroeg.

De leiding van de geboorte bij stuitligging vereist ervaring. Zo vond Hoogeveen bij 184 stuitliggingen, geleid door het hoofd van de afdeling en door drie chefs de clinique, een perinatale sterfte van 2 procent, maar bij 178 baringen, geleid door in opleiding zijnde assistenten, een sterfte van 8 procent. Ook kan gewezen worden op het reeds vermelde onderzoek van Kloosterman. Deze vond een ongezuiverde sterfte van 17 procent, een percentage dat zeer wel overeenkomt met de in ons materiaal geregistreerde 15 procent. Na zuivering volgens vrijwel gelijke criteria daalde in het Amsterdamse materiaal de sterfte tot minder dan 1 procent, terwijl bij ons onderzoek een sterfte van 8 procent resteerde. Ook deze vergelijking pleit voor de betekenis van de verloskundige kwaliteiten van degenen, die een baring in stuitligging leidt.

Vrijwel geen enkele huisarts zal in de gelegenheid zijn zich de nodige ervaring te verwerven. Een ruwe berekening, gebaseerd op „de gemiddelde huisarts” maakt dit waarschijnlijk. Jaarlijks worden in ons land omstreeks 250.000 kinderen geboren. Rond 180.000 bevallingen vinden plaats ten huize van de kraamvrouw en ongeveer 70.000 in een ziekenhuis. Bij ruim de helft van de thuisbevallingen, dus omstreeks 100.000 in getal, wordt hulp verleend door ongeveer 4000 huisartsen. Dit betekent, dat „de huisarts” gemiddeld 25 bevallingen per jaar leidt. (Het zeer geringe aantal gevallen, waarbij de huisarts in een inrichting verloskundige hulp verleent, blijft hier buiten beschouwing). Gelet op de frequentie van de stuitligging onder niet-prematuren, namelijk ongeveer 2,5 procent of 1 op 40 bevallingen, kan worden geschat dat „de huisarts” gemiddeld eenmaal per anderhalf jaar een stuitligging zal aantreffen. Het komt ons voor, dat dit in het algemeen onvoldoende is voor het verkrijgen en in stand houden van de nodige ervaring. Tenslotte bedenken men dat ziekenhuis-outillage in bepaalde gevallen levensreddend kan zijn voor de jonggeborene.

In verband met het bovenstaande is het interessant te zien welke verschillen tussen stad en platteland bestaan met betrekking tot plaats en leiding van de baring bij stuitligging. In het gezuiverde materiaal komen 84 kraamvrouwen uit de stad voor en 143 van het platteland. In de stad werden 33 (39 procent) van deze 84 bevallingen door de huisarts ten huize van de kraamvrouw geleid (primiparae 24, multiparae 49 procent). Op het platteland echter bevielen niet minder dan 93 kraamvrouwen (65 procent van 143) thuis zonder specialistische hulp (primiparae 50, multiparae 75 procent). Opvallend is dat bij deze door de huisarts ten huize van de kraamvrouw geleide bevallingen in de stad geen perinatale sterfte voorkwam, terwijl op het platteland een sterfte van 8 procent (7 op 93) werd geregistreerd. Deze gegevens wekken de indruk dat de huisartsen in de stad een goede selectie hebben toegepast met betrekking tot de verwijzing naar een ziekenhuis, respectievelijk overdracht aan de specia-

list (al laten deze cijfers zich niet uit over de vraag of verwijzing steeds tijdig heeft plaatsgevonden). De plattelandsartsen hebben, behalve een aantal gemakkelijke, ook moeilijker verlopende geboorten in stuitligging moeten leiden.

Ten plattelande liggen de verhoudingen ongunstiger. De afstand tot het ziekenhuis is groter, het prenatale onderzoek wordt minder frequent verricht (De Haas-Posthuma) en, zoals ook uit andere hoofdstukken van onze studie waarschijnlijk wordt, de algemene instelling is er rustiger, men is minder gauw gealarmeerd.

Bezie men nu de totale sterfte bij geboorte in stuitligging, dus inclusief de bevallingen, die thuis door de specialist zijn geleid en die, welke in het ziekenhuis plaatsvonden, dan blijkt (tabel 4) dat zowel bij primiparae als bij multiparae op het platteland een hogere sterfte wordt aangetroffen dan in de stad. De gevonden verschillen zijn niet significant, zodat aan deze uitkomst geen grote waarde mag worden toegekend. Desgewenst kan men deze uitkomst echter beschouwen als het gevolg van een geringere mogelijkheid en/of neiging tot het aantrekken van specialistische hulp ten plattelande.

Tabel 4. Perinatale sterfte per 100 stuitliggingen naar woonplaats (stad/platteland) en pariteit (gezuiverd materiaal). Tussen haakjes de aantallen, waarop de percentages betrekking hebben.

	Pariteit	Stad Platteland
Primiparae	— (33)	11 (56)
Multiparae	8 (51)	9 (87)
Totaal	5 (84)	10 (143)

Samenvatting. De aard van ons onderzoek maakte het mogelijk de frequentie van stuitligging vast te stellen bij een groot en ongeselecteerd materiaal. Wij deden dit voor het totale cijfermateriaal, inclusief de gemelli en vonden 3,4 procent (primiparae 3,6, multiparae 3,3 procent); enkelvoudig geboren: 2,8 procent (primiparae 3,4, multiparae 2,5 procent); enkelvoudig geboren exclusief prematuren: 2,6 procent (primiparae 3,2, multiparae 2,3 procent); enkelvoudig geboren exclusief prematuren, intra-uterien overledenen en gevallen van met het leven onverenigbare congenitale afwijkingen: 2,5 procent (primiparae 3,1, multiparae 2,2).

Onder tweelingen was de frequentie 26 procent (eerste tweelingkinderen 14, tweede tweelingkinderen 38 procent).

Bij oudere vrouwen werd vaker een stuitligging waargenomen dan bij jongere.

De perinatale sterfte bedroeg in het totale materiaal 15 procent, en na zuivering 8 procent (primiparae 7, multiparae 9 procent).

In dit hoofdstuk wordt uitvoerig ingegaan op de al of niet bestaande noodzaak stuitliggingen in het ziekenhuis door een gynaecoloog te doen behandelen. Het blijkt dat de niet zeldzame combinatie van stuitligging met prematuriteit een dringende indicatie vormt tot bevalling in de kliniek. Echter ook onder vldrigen, in stuitligging geboren kinderen is de perinatale sterfte zo hoog, dat de huisarts zich ernstig zal hebben af te vragen, of ook deze bevallingen niet beter aan de meer ervaren specialist kunnen worden overgedragen.

Daar stuitliggingen in een niet gering deel der gevallen

eerst durante partu worden gediagnostiseerd, zal het vooral ten plattelande niet altijd mogelijk zijn tijdig over specialistische hulp te beschikken. De praktijk toont dan ook aan, dat de meeste dezer kraamvrouwen, namelijk 62 procent (in de stad 49 procent, ten plattelande 70 procent) thuis bevallen. Bij 90 procent van deze 62 procent was uitsluitend de huisarts aanwezig. Voor zover laatsbedoelde bevallingen in de stad plaatsvonden, werd geen sterfte geregistreerd. Op het platteland echter, waar de omstandigheden moeilijker zijn, werd bij de door de huisarts aan huis van de kraamvrouw geleide bevallingen een (gezuiverde) perinatale sterfte van 8 procent waargenomen.

De wenselijkheid wordt bepleit om stuitliggingen veelvuldiger dan thans gebruikelijk is, aan de gynaecoloog over te dragen.

Summary. Breech presentation. Chapter from the 1958 study on „Obstetrics in general practice” by the Netherlands Society of General Practitioners. The nature of this study made it possible to determine the frequency of breech presentation in a large random sample. This was done for: the total material including twinbirths (3.4 per cent; primiparae 3.6 and multiparae 3.3 per cent); single births (2.8 per cent; primiparae 3.4 and multiparae 2.5 per cent); single births not including premature births (2.6 per cent; primiparae 3.2 and multiparae 2.3 per cent); single births not including premature births, intrauterine deaths and cases of congenital anomalies incompatible with life (2.5 per cent; primiparae 3.1 and multiparae 2.2 per cent).

The frequency in twinbirths was 26 per cent (firstborn 14 and lastborn 38 per cent).

Breech presentation was more frequently seen in older than in younger women.

The perinatal mortality in the total material was 15 per cent. After correction the percentage was 8 (primiparae 7 and multiparae 9 per cent).

The chapter deals in detail with the necessity or superfluosity of referring breech presentations to the hospital for treatment by a gynaecologist. It is found that the not uncommon combination of breech presentation and prematurity constitutes an urgent indication for hospitalization. But in children born in breech presentation at term, too, the perinatal mortality is so high that the general practitioner must seriously consider whether these cases are not better referred to the more experienced specialist.

Because in a not inconsiderable number of cases breech presentation is not diagnosed until parturition is in progress, it will not always be possible, especially in rural practices, to have specialists standing by for advice. Practical experience has shown that the majority of these women (62 per cent; in urban areas 49 and in rural areas 70 per cent) give birth at home. Of these 62 per cent of births, 90 per cent were attended solely by the general practitioner. In so far as the last-mentioned births took place in urban areas, no mortality was recorded. But in rural areas with their more difficult circumstances, deliveries attended by the general practitioner at the patient's home had a (corrected) perinatal mortality of 8 per cent.

A plea is made in favour of more frequent referral of breech presentations to the gynaecologist.

Haas-Posthuma, J. H. de (1962) Perinatale sterfte in Nederland. Van Gorcum & Comp., Assen.

Holmer, A. J. M., B. S. ten Berge, M. A. van Bouwdijk Bastiaanse en W. P. Plate (1958) Leerboek der verloskunde, Van Holkema en Warendorf, Amsterdam.

Hoogeveen, A. J. A. (1956) Over stuitliggingen, in het bijzonder over de behandeling volgens de methode van Bracht. Academisch proefschrift, Utrecht.

Kloosterman, G. J. (1964) Ned. T. Geneesk. 108, 505.

Meurer, R. Th. (1942) Ned. T. Geneesk. 86, 1535.

Muller, M. L. (1940) Ned. T. Geneesk. 84, 4020.

Snoo, K. de (1946) Leerboek der verloskunde, J. B. Wolters, Groningen.