

Inleiding van de baring thuis bij dreigende serotiniteit

Een observatieonderzoek in de huisartspraktijken op Urk

C.J. DEKKER
F. WOLFSWINKEL
J.G. AARNOUDSE

Dekker CJ, Wolfswinkel F, Aarnoudse JG.
Inleiding van de baring thuis bij dreigende serotiniteit. Een observatieonderzoek in de huisartspraktijken op Urk. Huisarts Wet 1999; 42(6):251-3.

Doel Nagaan of het inleiden van de baring thuis bij bijna-serotiene zwangeren door middel van amniotomie kan leiden tot een thuisbevalling, voordat de vrouw serotien is geworden.

Methode In de periode 1994-1996 werden op Urk 34 bijna-serotiene laagrisico-zwangeren met een potentieel goede inleidbaarheid (Bishop-score ≥ 5) volgens een geprotocolleerd gynaecologisch consult (cardiotocografie, echoscopie, vaginaal toucher) onderzocht op het voorkomen van risicoverhogende factoren. Bij afwezigheid hiervan werden deze vrouwen thuis ingeleid door middel van amniotomie.

Resultaten Er werden 34 vrouwen in het onderzoek opgenomen. Vijf vrouwen raakten in partu vóór het geplande gynaecologisch consult; zij bevielen probleemloos thuis. Bij zes vrouwen werden risicoverhogende factoren vastgesteld; zij werden verder in de tweede lijn begeleid. Na het gynaecologisch consult raakten alsnog vier vrouwen spontaan in partu; ook zij bevielen probleemloos thuis. Negentien zwangeren (5 nulliparae en 14 multiparae) werden thuis ingeleid. Allen raakten binnen acht uur na amniotomie in partu. Durante partu werden drie vrouwen verwezen wegens niet vorderende uitdrijving. Zestien vrouwen bevielen thuis. Post partum vonden twee verwijzingen plaats, eenmaal wegens hemorragie post partum en eenmaal wegens een hoge vaginapruur. Perinatale problematiek deed zich niet voor.

C.J. Dekker, huisarts te Urk; F. Wolfswinkel, medisch student, Academisch Ziekenhuis Groningen, afdeling Obstetrie; prof.dr. J.G. Aarnoudse, obstetricus, Academisch Ziekenhuis Groningen, afdeling Obstetrie. Correspondentie: C.J. Dekker, Grote Fok 29, 8321 VZ Urk.

Inleiding

Onder serotiniteit verstaat men een zwangerschapsduur van meer dan 293 dagen, gerekend vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie.¹ Een serotiene zwangerschap brengt verhoogde risico's met zich mee; zo is de perinatale sterfte hoger dan bij à terme geboorten: de extra sterfte bedraagt ongeveer 2 per 1000, onder meer als gevolg van placenta-insufficiëntie.^{2,3} Daarnaast is er een toegenomen perinatale morbiditeit, onder meer in de vorm van meconiumaspiratie en asfyxie.⁴ Daarom is de serotiene zwangerschap in de Herziene Verloskundige Indicatielijst ondergebracht in de C-categorie: 'Tweedelijns verloskundige zorg. De situatie is van dien aard, dat de verloskundige begeleiding daarbij in de tweede lijn door de gynaecoloog dient plaats te vinden'.⁵

Het aandeel van de serotiniteit in de totale verwijsstroom naar de tweede lijn bedraagt circa 8 procent. Er zijn hierbij geen noemenswaardige verschillen tussen huisartsen en verloskundigen.⁶

De huidige opvatting is dat slechts bij een klein deel van de serotiene zwangerschappen placenta-insufficiëntie als gevolg van 'veroudering' optreedt, waardoor een verhoogd risico ontstaat. Bij het merendeel van de vrouwen zou het om een onschuldige biologische variatie gaan. Het beleid bij serotiniteit varieert daarom van afwachten onder regelmatige controle van de conditie van het kind tot het inleiden van de baring rond de 42e week.

Op Urk heerst een cultuur van thuisbevalen; men wil het liefst in de eigen, vertrouwde omgeving baren. Een verwijzing naar het ziekenhuis bij een verder probleemloos verlopen zwangerschap wordt dan ook als teleurstellend ervaren: men was liever thuis gebleven.

Wij vroegen ons af of er een eenvoudige methode is om de bevalling thuis in te leiden, kort voor de zwangere serotien wordt. De bevalling zou dan nog thuis kunnen plaatsvinden. Omdat circa één op de tien bevallingen op gang komt door het spontaan breken van de vliezen,¹ leek amniotomie hiervoor een veilige methode. Dit

bracht ons tot de volgende vraagstellingen:

- Is er een groep bijna-serotiene zwangeren die thuis zouden kunnen worden ingeleid door middel van een amniotomie?
- Wat zijn de resultaten van een dergelijke inleiding thuis door amniotomie?

Methoden

Het onderzoek vond plaats in de gemeente Urk, in de jaren 1994-1996. Urk heeft circa 15.000 inwoners en kenmerkt zich onder andere door een hoog geboortecijfer, circa 24 per 1000 inwoners. De zes Urker huisartsen zijn verantwoordelijk voor de volledige verloskundige zorgverlening in de eerste lijn. Er bestaat een hechte samenwerkingsrelatie met de Emmeloorder gynaecologen, naar wie circa 98 procent van alle verwijzingen plaatsvindt. Het protocol voor dit onderzoek is in samenspraak met hen opgesteld.

Bij dreigende serotiniteit werd in overleg met de zwangere gekozen tussen inleiding thuis en verdere begeleiding/inleiding door de tweede lijn. Om voor een inleiding thuis in aanmerking te komen, moest worden voldaan aan twee criteria:

- laagrisico-zwangerschap (A-categorie Verloskundige Indicatielijst);
- een te verwachten goede inleidbaarheid (Bishop-score ≥ 5 – tabel 1).

De vrouwen die niet aan de inclusiecriteria voldeden, werden bij een amenorroeduur van 41 weken en 4-5 dagen verwezen naar de tweede lijn; het beloop van deze zwangerschappen is niet nader onderzocht. De andere vrouwen werden bij een zwangerschapsduur van 41 weken en 3-5 dagen gezien door de gynaecoloog; deze vrouwen werden in het onderzoek opgenomen op het moment waarop de afspraak met de gynaecoloog werd gemaakt.

De gynaecoloog bepaalde, net als de huisarts, de Bishop-score en maakte een foetaal cardiotocogram en een echoscopie. Het cardiotocogram geeft een indruk van de conditie van het kind; de echoscopie levert informatie over de ligging van kind en placenta en de hoeveelheid vrucht-

Tabel 1 Gemodificeerde Bishop-score, gebaseerd op de belangrijkste variabelen die de effectiviteit van de inleiding beïnvloeden

Score	Ontsluiting	Lengte portio		Consistentie portio	Positie portio	Indaling
0	gesloten	3 cm	staand	stug	dorsaal	≤H1
1	1-2 cm	2 cm	licht verstrijkend	matig week	dorsocentraal	H1 à H2
2	3-4 cm	1 cm	fors verstrijkend	week	centraal	H2 à H3
3	>4 cm	0 cm	verstreken			≥H3

Bij een score van 7 of meer wordt een slagingskans voor de inleiding opgegeven van 80%; bij een score van 4-6 is dit 50% en bij een score van 0-3 10%.⁷

water (oligo- of polyhydramnion). Op grond hiervan adviseerde de gynaecoloog tot inleiding door middel van amniotomie thuis of overname en begeleiding door de tweede lijn.

Werd besloten tot inleiding thuis, dan gebeurde dit binnen 24 uur. Voor de amniotomie werd gebruik gemaakt van een disposable amniotoom.

Bij complicaties, zoals meconiumhoudend vruchtwater of niet op gang komen van de baring, werd, net als bij een gewone baring, gehandeld volgens de Verloskundige Indicatielijst.

Resultaten

Er werden 34 vrouwen ingesloten, 12 nulliparae en 22 multiparae (tabel 2). Vijf van hen (twee nulliparae en drie multiparae) raakten nog voor het consult bij de gynaecoloog spontaan in partu; zij allen bevielden zonder complicaties thuis. Bij zes vrouwen (vier nulliparae en twee multiparae) adviseerde de gynaecoloog verdere begeleiding door de tweede lijn, om de volgende redenen: weinig vruchtwater (3×), onvoldoende rijpheid van de portio (Bishop <5) (2×), en stuitligging (1×). Nog eens vier vrouwen raakten spontaan in partu vóór de geplande amniotomie (een nullipara en drie multiparae); ook zij bevielden zonder complicaties thuis. Uiteindelijk bleven dus negentien vrouwen over, die thuis werden ingeleid door middel van amniotomie.

Alle vrouwen kwamen na de amniotomie in partu; het gemiddelde tijdsverloop tussen de amniotomie en het begin van de weeën bedroeg 126 minuten, met een variatie van 5 minuten tot 8 uur (tabel 3).

Tijdens de ontsluitingsfase vonden geen verwijzingen plaats. Tijdens de uitdrijvingsfase werd drie maal verwezen wegens niet vorderende uitdrijving (allen nullipara); de baring werd in die gevallen beëindigd door middel van een forcipale extractie. Post partum werd twee maal

verwezen: eenmaal wegens hemorragie post partum en eenmaal wegens een hoge vaginairuptuur.

Het tijdsverloop tussen amniotomie en geboorte varieerde van 80 minuten tot bijna 17 uur (gemiddeld 381 minuten), dit inclu-

Tabel 2 Samenstelling van de onderzoekspopulatie, betreffende leeftijd (in jaren) en pariteit

Pariteit / Leeftijd →	<20	21-25	26-30	31-35	36-40
0	1	6	4	1	
1		9	1		
2		1	2	1	
3			4	0	
4			1		
5				1	1
9					1

Tabel 3 Tijdsduur (in minuten) tussen amniotomie en het begin van de weeën

Tijdsduur	Nulliparae	Multiparae	Totaal
<120	4	10	14
121-240	1	0	1
241-360	0	2	2
361-480	0	2	2
Totaal	5	14	19

Tabel 4 Apgar-scores en aantal minuten tussen inleiding en geboorte. Gemiddelden en spreiding

	Aantal	Apgar na 1 min	Apgar na 5 min	Aantal minuten tussen inleiding en geboorte
Spontaan thuisbevallen	9	9,1 (8-10)	10	—
Verwezen na screeningsonderzoek	6	7,8 (5-9)	9,2 (7-10)	—
Thuisbevalling na amniotomie	16	9,4 (8-10)	9,9 (9-10)	366 (80-997)
Verwezen durante partu, na amniotomie	3	8,3 (7-9)	10	460 (290-730)

sief de vrouwen die durante en post partum waren verwezen (tabel 4).

Bij de thuis geboren kinderen deden zich geen problemen voor. De drie kinderen die per forcipale extractie in het ziekenhuis werden geboren, werden routinematig onderzocht door de kinderarts; daarbij kwamen geen bijzonderheden aan het licht.

Beschouwing

Van de 34 vrouwen die voldeden aan de inclusiecriteria, ondergingen er uiteindelijk 19 de geplande amniotomie – een interventie die naar onze mening is te betitelen als ‘de natuur een beetje helpen’. Alle negentien aldus ingeleide vrouwen raakten binnen 8 uur in partu. Dit wijst erop dat de gekozen maatstaf voor ‘goede inleidbaarheid’ voldeed. Van deze vrouwen werden er vijf durante of post partum verwezen; de overigen bevielden probleemloos thuis. Bij geen van de verwijzingen is er reden een relatie te veronderstellen met het gevoerde beleid; in de Landelijke Verloskunde Registratie wordt een overeenkomstig percentage verwijzingen durante en post partum vermeld.⁸

Uit dit onderzoek blijkt dat het – onder strikte voorwaarden – mogelijk is, te anticiperen op serotiniteit door bij bijna-serotiene vrouwen de baring in te leiden door middel van amniotomie, waardoor zij thuis kunnen bevallen. Overigens zijn ons geen onderzoeken bekend over de amniotomie als methode om de baring in te leiden bij (nog) fysiologische zwangerschappen in de thuissituatie.

In ons onderzoek ontbrak een controle-groep, waardoor geen vergelijking mogelijk is met andere beleidsopties, zoals het routinematig verwijzen naar de tweede lijn bij (bijna) serotiniteit. Wij hebben afgezien van randomisatie, omdat het ons niet wenselijk leek in een populatie waar iedereen iedereen kent, wezenlijk ver-

schillende behandelmogelijkheden aan te bieden. Ook zouden bij randomisatie de aantallen wel erg klein zijn worden. Uitgebreider – en gerandomiseerd – onderzoek zal uiteraard nodig zijn om de plaats en waarde van deze interventie nader te bepalen.

Daarbij zal ook aandacht besteed moeten worden aan een vraag van ethische aard: mag een medische interventie (amniotomie) plaatsvinden in een situatie waarin er in feite (nog) geen sprake is van een aandoening of stoornis? Daartegenover staat overigens het feit dat een niet onaanzienlijk aantal volstrekt probleemloze zwangerschappen alleen door het verstrijken van de tijd ‘pathologisch’ dreigt te worden, terwijl slechts bij een klein deel van deze serotiene zwangerschappen een verhoogd risico bestaat op placenta-insufficiëntie als gevolg van ‘veroudering’.

Dankbetuiging

Met dank aan dr. B. van der Wildt, gynaecoloog, voor zijn adviezen, en aan dr. H. Vonsee, O.P.M. van Soest en mw. I. Minkhorst, gynaecologen, voor hun welwillende medewerking en suggesties bij de totstandkoming van dit onderzoek.

Literatuur

- 1 Treffers PE, Heints APM, Keirse MJNC, Rolland R, redactie. Obstetrie en gynaecologie. De voortplanting van de mens. Utrecht: Bunge, 1993.
- 2 Crowley P. Post term pregnancy: induction or surveillance? In: Enkin M, Keirse MJNC, Chalmers I, editors. Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford: Oxford University Press, 1989.
- 3 Naeye RL. Causes of perinatal mortality excess in prolonged gestations. Am J Epidemiol 1978;108:429-33.
- 4 Freeman RK, Lagrew DC. Prolonged pregnancy. In: Obstetrics: normal and problem pregnancies. New York: Churchill Livingstone, 1991: 945-56.
- 5 Vademecum Verloskunde. Eindrapport Werkoverleg Verloskunde. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1999.
- 6 Dekker CJ. Inleiding baring thuis: Amniotomie

onder strikte voorwaarden. In: Verloskunde voor de huisarts. Leiden: Boerhaave commissie, 1995: 45-56.

- 7 Bishop EH. Pelvic score for elective induction. Obstet Gynecol 1964;24:266-8.
- 8 Verloskunde – Grote lijnen 1989-1993. Utrecht: Stichting Informatieverwerking in de Gezondheidszorg, 1995. ■

Abstract

Dekker CJ, Wolfswinkel F, Aarnoudse JG. Induction of labor at home in near post-term pregnancies. Huisarts Wet 1999;42(6): 251-3.

Objective To explore the potentials and risks of inducing labor at home by means of artificial rupture of the membranes in near post-term pregnancies.

Methods From 1994-1996, 34 women with low risk pregnancies near post-term, and a Bishop score ≥ 5 , were asked to participate in the study. Prior to induction, all visited the obstetrician at the district hospital to have a biophysical profile of the fetus. When no risk-raising factors were found, labor was induced at home by means of artificial rupture of the membranes.

Results After being included in the study, five women went spontaneously into labor and had an uncomplicated delivery at home. The obstetrical examination revealed that six women had an increased risk and were referred to the obstetrician. After being examined by the obstetrician, four women went spontaneously into labor, before the planned induction, and also delivered at home. Thus, 19 women were left for induction at home and all went into labor within 8 hours. Three of them had to be referred for insufficient progress of second stage, one because of postpartum haemorrhage and one because of a high vaginal tear. The remaining 14 women had an uneventful delivery at home.

Conclusions The results of the present study suggest that induction of labor at home by artificially rupturing the membranes in a selected low risk population of near post term pregnancies is possible. Larger studies are needed to validate this provisional conclusion.

Correspondence C.J. Dekker, MD, Grote Fok 29, 8321 VZ Urk, Netherlands.