

Master Physician Assistant - Klinisch Verloskundige

Abstractenboek

Groep sep15
2015 - 2018



overtref jezelf



Inhoudsopgave

| | |
|---|----|
| Inventarisatie naar het huidige gebruik van Remifentanil in de verloskunde: een kwantitatief observationeel survey onderzoek | 3 |
| Vitale parameters bij epidurale anesthesie durante partu: een prospectief observationeel cohort onderzoek | 4 |
| Heeft de implementatie van het protocol 'Inductie van de baring bij verdenking macrosomie' de perinatale morbiditeit gereduceerd? Een retrospectief cohortonderzoek | 5 |
| Ceri-Casa Studie: een vergelijkend onderzoek naar de veiligheid en effectiviteit van twee protocollen 'inleiden middels Foley catheter: een retrospectief cohortonderzoek | 6 |
| Leidt het Noorse trainingsprogramma tot een vermindering van het aantal obstetrische anale sfincter letsels? Een prospectief cohortonderzoek met historische vergelijkingsgroep | 7 |
| De medio-laterale episiotomie: een nieuwe instructie betere resultaten? Een non-clinical randomized controlled trial. | 8 |
| LESS studie: Klinische vergelijking van Lactate Pro™ en StatStrip Lactate voor gebruik in microbloedonderzoek: Een prospectieve observationele studie. | 9 |
| Visa Versie: Evaluatie van de implementatie van een gestructureerd versie spreekuur in het Diaconessenhuis Utrecht: een casestudie | 10 |
| Diabetes gravidarum: oude of nieuwe afkapwaarden bij de glucosetolerantietest? Een retrospectief dossieronderzoek | 11 |
| Risicofactoren voor insulinegebruik bij GDM: een retrospectieve case control studie | 12 |
| DiaGraM studie: een retrospectieve cohortstudie..... | 13 |
| Happy met een hypo? Een statusonderzoek | 14 |
| Bishop score als voorspeller van ongunstige uitkomsten bij electieve inleidingen: een retrospectieve cohortstudie..... | 15 |
| Leidt een electieve inleiding vaker tot een section caesarea? Een retrospectieve cohortstudie. | 16 |
| Behoeftte aan voorlichting bij zwangere vrouwen die naderend serotien zijn: een kwalitatieve studie..... | 17 |
| CSCA-studie: Counseling bij Sectio Caesarea in de Anamnese.: een prospectieve cohortstudie met historische vergelijkingsgroep. | 18 |

Inventarisatie naar het huidige gebruik van Remifentanil in de verloskunde: een kwantitatief observationeel survey onderzoek

E.E.J.N. van de Ven – Hoenen, PA klinisch verloskundige Zuyderland Ziekenhuis
Heerlen

Achtergrond en doelstelling

Remifentanil is in Nederland een methode van medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling. Het behoort tot de groep opiaten en heeft een halfwaardetijd van drie tot tien minuten. Als voordelen worden pijnverlichting en de tevredenheid hiervan gezien. Als nadelen is er vooral sprake van sedatie en ademhalingsproblematiek. Om de risico's op deze complicaties te verkleinen is de Standard Operating Procedure (SOP) Remifentanil Patient-controlled Analgesia in 2014 uitgegeven.

Het doel van dit onderzoek was het inventariseren van de protocolnaleving en implementatie van de SOP Remifentanil Patient-controlled Analgesia in Nederland en te toetsen of er aan de vereisten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg werd voldaan.

Methode

Er is gekozen voor een kwantitatief observationeel survey onderzoek. Er werd een community survey uitgevoerd waarbij alle 82 ziekenhuizen in Nederland, welke obstetrische zorg verlenen, werden benaderd. De vragenlijst was opgesteld met als leidraad de Standard Operating Procedure. De data-analyse werd gedaan met behulp van Statistical Package for the Social Sciences.

Resultaten

Tussen 1 januari en 4 oktober 2017 werden alle ziekenhuizen benaderd met een respons van 100% (n=82). Het bleek dat 75% (61/82) van de ziekenhuizen gebruik maakte van Remifentanil. Er werden grote verschillen gezien in het naleven van de leidraad. Er was landelijk overeenkomst in het meten van de maternale zuurstofsaturatie, hartfrequentie en bloeddruk tijdens het gebruik van Remifentanil. Verschillen waren zichtbaar in alle andere punten van de SOP. Scholing van het personeel vond plaats in 75% (46/61) van de ziekenhuizen, in 72% (44/61) van de ziekenhuizen had de patiënt een vrije keuze voor Remifentanil, volledige counseling vond plaats in 46% (28/61) van de ziekenhuizen, dosering middels het bolussysteem vond plaats in 89% (54/61) van de gevallen, bij 46% (28/61) van de ziekenhuizen verlaagde men de bolusdosering bij een maternale zuurstofsaturatiedaling of afname van de ademfrequentie en in 41% (25/61) van de ziekenhuizen vond er (zelden) gelijktijdig gebruik van Remifentanil en epidurale analgesie plaats. Weigering van het gebruik van Remifentanil door de afdeling anesthesiologie of het feit dat Remifentanil als onveilig en potentieel risicovol werd beschouwd, werden aangedragen als belangrijkste redenen in 21 ziekenhuizen om geen Remifentanil te gebruiken.

Conclusie en aanbevelingen

Als conclusie kan er gesteld worden dat het merendeel van de ziekenhuizen in Nederland Remifentanil als pijnbehandeling tijdens de bevalling gebruikt op de verloskamers. Uit dit onderzoek bleek dat de SOP Remifentanil Patient-controlled Analgesia niet strikt wordt nageleefd in Nederland. Het wordt aanbevolen om kwalitatief onderzoek te verrichten naar de mogelijke barrières die verhinderen dat de SOP Remifentanil Patient-controlled Analgesia wordt nageleefd. Tevens lijkt een registratie en inventarisatie van calamiteiten in Nederland bij Remifentanil gebruik tijdens de bevalling relevant om zo te beoordelen of deze strikte richtlijn in de toekomst gehandhaafd moet blijven.

Contactgegevens:

Naam: Eefje van der Ven – Hoenen
Email: eefje_hoenen@msn.com

Vitale parameters bij epidurale anesthesie durante partu: een prospectief observationeel cohort onderzoek

L. Creemers – PA- klinisch verloskundige Erasmus MC, Rotterdam

Achtergrond en doelstelling

In onderzoek is gevonden dat epidurale analgesie de bloeddruk verlaagt, een verhoogd risico geeft op hypotensie, en dat de lichaamstemperatuur kan stijgen. Er is geen onderzoek verricht naar het effect van epidurale analgesie op de maternale hartfrequentie. Tegenwoordig is er een andere vorm van epidurale analgesie die in toenemende mate wordt gebruikt, de patient-controlled epidurale analgesie (PCEA). Bij deze vorm van epidurale analgesie wordt een lagere basisdosering gebruikt en krijgt de zwangere de kans om, indien nodig, zichzelf een bolus toe te dienen. Er is bij deze vorm van epidurale analgesie nog geen onderzoek beschreven naar de mate waarin deze de maternale vitale parameters beïnvloedt. In hoeverre kunnen we stellen dat patient-controlled epidurale analgesie veilig is om te gebruiken als de effecten op de bloeddruk, maternale hartfrequentie en zuurstofsaturatie bij gezonde zwangere vrouwen niet bekend is?

Het doel van dit onderzoek was het beschrijven van het verloop van de maternale hartfrequentie, bloeddruk en zuurstofsaturatie direct na het toedienen van PCEA durante partu. De onderzoeksvraag luidde: "Wat is het verschil in maternale hartfrequentie, bloeddruk en zuurstofsaturatie tussen de 35 minuten voor en de eerste 35 minuten na het starten van patient-controlled epidurale analgesie durante partu, met Ropivacaïne 1,00 mg/ml met Sufentanil 1,00 mcg/ml, bij gezonde zwangeren?".

Methode

Er werd een prospectief observationeel onderzoek verricht op de verloskunde afdeling van het Erasmus MC te Rotterdam. Vrouwen werden geïnccludeerd tussen 1 mei 2017 en 11 november 2017. Metingen werden volgens protocol uitgevoerd met een interval van 5 minuten gedurende de 35 minuten voor en 35 minuten na het starten van PCEA durante partu. Met behulp van beschrijvende statistiek werd de onderzoeksvraag beantwoord.

Resultaten

Er werden in totaal 138 vrouwen geïnccludeerd. In de onderzoeksgroep werd een significante daling van zowel de gemiddelde systolische als diastolische bloeddruk gevonden van 7,2%, waarbij de nadir van de systolische bloeddruk werd gevonden op 35 minuten na starten van de PCEA. De maternale hartfrequentie liet een daling zien na de start van de PCEA, echter deze was niet significant. De zuurstofsaturatie werd niet beïnvloed door de PCEA.

Conclusie en aanbevelingen

Gezien alleen bij de bloeddruk een significant verschil werd gevonden na starten van de PCEA en de andere vitale parameters niet of in kleine mate werden beïnvloed, kan overwogen te worden om de frequentie, duur en welke vitale parameters worden gemeten in het huidige protocol in het Erasmus MC aan te passen.

Contactgegevens

Naam: Lieke Creemers

E-mail: l.creemers@erasmusmc.nl

Telefoon: 010 7037663 (dienstdoend verloskundige Erasmus MC)

Heeft de implementatie van het protocol 'Inductie van de baring bij verdenking macrosomie' de perinatale morbiditeit gereduceerd? Een retrospectief cohortonderzoek

A. Wolfs- Wijering, PA- klinisch verloskundige Zuyderland Ziekenhuis Heerlen

Achtergrond en doelstelling

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de incidentie van de maternale en neonatale morbiditeit bij het inleiden van de baring bij verdenking op macrosomie in vergelijking met baringen die niet werden ingeleid bij een verdenking op macrosomie. Tevens werd gekeken naar de mate van overeenkomst van neonaten waarbij er tijdens de zwangerschap een verdenking was op macrosomie ten opzichte van het daadwerkelijk aantal macrosome pasgeborenen postpartum.

Methode

Het betreft hier een retrospectief cohortonderzoek met een historische controlegroep. Voor de controlegroep (2014/2015) werden vrouwen geïncludeerd waarbij er middels een biometrie (EFW/FAC >P95) in het 3^e trimester en/of uitwendig zwangerenonderzoek, verdenking was op macrosomie en waar vervolgens een expectatief beleid is gevoerd. Voor de intention-to-induction groep (2016) zijn vrouwen geïncludeerd waarbij er op basis van een biometrie in het 3^e trimester (EFW/FAC >P95) een verdenking was op macrosomie en waarbij de baring werd ingeleid volgens het nieuwe protocol.

Resultaten

De totale onderzoeksgroep bestond uit 296 zwangeren. In beide groepen waren de basiskarakteristieken gelijk, met uitzondering van diabetes gravidarum zonder medicatie. Er waren significant meer zwangeren met diabetes gravidarum in de controlegroep. De amenorroeduur was bij de intention-to-induction groep korter ($p < 0.001$). De maternale uitkomsten lieten minder secundaire sectio's in de intention-to-induction groep zien (OR 0.425, 95%BI 0.238-0.756, $p = 0.004$) ook na correctie voor confounding op inleiding en pariteit (OR 0.230, 95%BI 0.119-0.444, $p < 0.001$) en een beschermend effect op het aantal episiotomieën (OR 0.594, 95%BI 0.368-0.960, $p = 0.033$). De neonatale uitkomsten lieten een gemiddeld geboortegewicht in de controlegroep zien van 4337 gram (SD 356 gram) en 3945 gram (SD 347 gram) in de intention-to-induction groep. Er was een afname van het aantal macrosome neonaten in de intention-to-induction groep (OR 0.08, 95%BI 0.04-0.14, $p < 0.001$) en een reductie van het aantal schouderdystocieën bij inductie van de baring ($n=7$) in vergelijking met de controlegroep ($n=16$) (OR 0.29, 95%BI 0.116-0.736, $p = 0.009$). Er was een verdenking op macrosomie op basis van een echo biometrie bij 59 (49.2%) zwangerschappen in de controlegroep en bij 158 (92.3%) zwangerschappen in de intention-to-induction groep. Postpartum waren er in de controlegroep 43 (72.9%) neonaten macrosoom en 30 (21.7%) neonaten in de intention-to-induction groep.

Conclusie en aanbevelingen

In dit onderzoek zijn er aanwijzingen gevonden dat het inleiden van de baring bij verdenking op macrosomie, positief geassocieerd is met een vaginale baring en een reductie van samengestelde neonatale morbiditeit (asfyxie $pH < 7.10$ of Apgar Score < 7 na 5 minuten; schouderdystocie; noodzaak tot NICU opname) en samengestelde maternale morbiditeit (sectio, HPP, OASIS). Het inleiden van de baring is ook negatief geassocieerd met de kans op een episiotomie en schouderdystocie. De opsporing van macrosomie op basis van biometrie metingen in het derde trimester is matig.

Het advies voor de klinische praktijk op basis van dit onderzoek is om de baring in te leiden indien er een verdenking is op macrosomie. Verder onderzoek naar het optimaliseren van de validiteit van de echoscopische gewichtsschatting (biometrie) wordt sterk aanbevolen.

Contactgegevens

Naam: Alexandra Wolfs-Wijering
Email: a.wijering@zuyderland.nl
Telefoon: 06-15023157

Ceri-Casa Studie: een vergelijkend onderzoek naar de veiligheid en effectiviteit van twee protocollen 'inleiden middels Foley catheter: een retrospectief cohortonderzoek

H. van den Burg – PA klinisch verloskundige St. Annaziekenhuis Geldrop

Achtergrond en doelstelling

Inductie van de baring is een obstetrische interventie die het beëindigen van de zwangerschap initieert. Voor vrouwen met een onrijpe cervix begint inleiden van de baring met cervixrijping. Er bestaan verschillende aanbevelingen over de methode van cervixrijping. In Nederland lijkt het rijpen na de publicaties van de PROBAAT studies voornamelijk te gebeuren door middel van de Foley catheter, ondanks dat de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie geen voorkeursmethode benoemd. In het St. Anna Ziekenhuis vindt cervixrijping plaats door middel van een met 30 cc steriel water gevulde Foley catheter plus prostaglandine E2 gel. In het Catharina Ziekenhuis wordt cervixrijping verricht middels enkel een met 50 cc gevulde Foley catheter. Het feit dat gezondheidsorganisaties verschillende - wellicht verouderde - visies hebben over het gebruik van de Foley catheter is de aanleiding voor dit onderzoek. Het doel van dit onderzoek is de veiligheid en effectiviteit van de protocollen 'inleiden middels Foley catheter' van het St. Anna Ziekenhuis en het Catharina Ziekenhuis te vergelijken, waarin het percentage sectio caesarea de primaire uitkomstmaat is.

Methode

Het betrof een kwantitatief retrospectieve cohort onderzoek, en data werden verzameld uit patiëntdossiers. De vrouwen met een onrijpe cervix (Bishop score ≤ 6), die voldeden aan de inclusiecriteria werden geïncludeerd.

Resultaten

Beide onderzoeksgroepen, met elk 99 vrouwen die bevielden in 2016, waren vergelijkbaar in basiskarakteristieken. Er werd in dit onderzoek geen verschil van 8% gevonden in het sectio caesarea percentage tussen beide groepen; 20% in de St. Anna ziekenhuis groep versus 24% in de Catharina ziekenhuis groep (OR 0.79; 95%CI 0.40-1.55). Er werd wel een verschil gevonden in de indicatie tot het verrichten van een sectio caesarea: in de St. Anna ziekenhuis groep werd vaker een sectio caesarea verricht in verband met foetale nood (45% versus 15%; $p < 0.05$), en minder vaak op basis van een niet vorderende baring (20% versus 80%; $p < 0.05$). Er was minder vaak sprake van meconiumhoudend vruchtwater in de St. Anna ziekenhuis groep (9% versus 13%; $p < 0.05$). De cervix was vaker rijp bij het eerste onderzoek na gebruik van de Foley catheter plus prostaglandine E2 gel dan wanneer enkel de Foley catheter was gebruikt (OR 5.70; 95%CI 3.05-10.71). In het St. Anna ziekenhuis werd minder vaak aanvullende cervixrijping toegediend (OR 0.16; 95%CI 0.06-0.42). Dit had geen invloed op de mediane tijdsduur tot geboorte, zowel gekeken naar alle baringen, als ook alleen de vaginale baringen. Ook was er geen verschil in 'daytime obstetrics', in geboorten tussen 7:30 en 18:00 uur.

Conclusie en aanbevelingen

In dit onderzoek werden geen aanwijzingen getoond dat er een verschil van 8% was in sectio caesarea percentage tussen vrouwen die cervixrijping kregen met een Foley catheter plus prostaglandine ten opzichte van vrouwen cervixrijping kregen met enkel de Foley catheter. Wel was de indicatie tot het verrichten van een sectio caesarea verschillend.

Contactgegevens

Naam: Hetty van den Burg
Email: H.vanden.Burg@st-anna.nl
Telefoon: 06-13164443

Leidt het Noorse trainingsprogramma tot een vermindering van het aantal obstetrische anale sfincter letsels? Een prospectief cohortonderzoek met historische vergelijkingsgroep

L. de Meutter – PA- klinisch verloskundige Ikaziaziekenhuis Rotterdam

Achtergrond en doelstelling

Obstetric anal sphincter injuries (OASIS) zijn een ernstige complicatie van een vaginale bevalling. Om de incidentie van OASIS te doen dalen werd in Noorwegen in 2005 met succes een landelijk trainingsprogramma geïmplementeerd. Het doel van het huidige onderzoek was om het effect van een 'hands on' handgreep tijdens de uitdrijvingsfase, geïnspireerd door het Noorse trainingsprogramma, op de incidentie van OASIS in het Ikazia ziekenhuis te onderzoeken.

Methode

Een prospectief cohortonderzoek met historische vergelijkingsgroep in een groot perifeer opleidingsziekenhuis (Ikazia Ziekenhuis, Rotterdam). Drie expert verloskundigen en één gynaecoloog werden opgeleid door een verloskundige uit Noorwegen. Deze vier trairden de andere zorgverleners binnen het obstetrische team. Onderzoeksgegevens werden prospectief verzameld uit obstetrische ICT programma's Mosos en Mirador. Toepassing van de Noorse handgreep in individuele bevallingen werd bijkomend geregistreerd.

De incidentie van OASIS werd onderzocht tijdens drie tijdsperiodes: het jaar voorafgaand aan het trainingsprogramma, de opleidingsperiode van 7 maanden en het jaar na de opleidingsperiode, respectievelijk tijdsperiode 1, 2 en 3. Vaginale baringen vanaf 37 weken amenorroeduur, inclusief de vaginale kunstverlossingen, werden geïnccludeerd. Sectio caesareae, premature bevallingen, stuitbevallingen en bevallingen van meerlingen werden geëxcludeerd.

Resultaten

Tijdens de opleidingsperiode daalde de incidentie van OASIS significant van 2,0% naar 0,7% (aOR 0,34; 95%CI 0,15-0,76). Deze daling was consistent in subgroepen van vrouwen naar pariteit, modus partus en type zorgverlener. Er was geen verandering in 1^e en 2^e graadsrupturen en labiumrupturen.

In de derde tijdsperiode steeg de incidentie van OASIS weer tot 1,7%. Tijdens deze periode werd de 'hands on' handgreep uitgevoerd in 72,7% van de bevallingen. Met name bij de kunstverlossingen werd de handgreep minder uitgevoerd. Toch toonden data tijdens de derde tijdsperiode een significant positieve impact van de Noorse handgreep op de incidentie van OASIS. Bij spontane bevallingen was er 1,0% OASIS wanneer het perineum ondersteund werd en 5,3% wanneer er geen perineumsteun gegeven werd. Bij kunstverlossingen was dit respectievelijk 2,5% en 7,9%. Multivariate logistische regressie analyse met correctie voor risicofactoren voor OASIS toonde dat het risico op OASIS 83% lager was wanneer de Noorse handgreep uitgevoerd werd (aOR 0,17; 95%CI 0,07-0,39).

Conclusie en aanbevelingen

Een 'hands on' trainingsprogramma geeft een daling van de incidentie van OASIS. Continue verificatie en herhaalde training is nodig, met speciale aandacht voor kunstverlossingen uitgevoerd door gynaecologen. Verdere implementatie van het programma in meerdere ziekenhuizen in Nederland is aanbevolen, met betrekking van de eerste lijn.

Contactgegevens

Naam: L. De Meutter
Email: l.de.meutter@ikazia.nl
Telefoon: 0102975994

De medio-laterale episiotomie: een nieuwe instructie betere resultaten? Een non-clinical randomized controlled trial.

J. Schellekens – PA klinisch verloskundige St. Antoniusziekenhuis Nieuwegein

Achtergrond en doelstelling

De episiotomie wordt in Nederland frequent toegepast (9,9% in de eerste lijn en 30,7% in de tweede lijn). Sfincterletsel is de meest beschreven complicatie (prevalentie 1,5%-16,7%). Het ontstaan van sfincterletsel brengt aanzienlijke gevolgen met zich mee, zoals evident meer pijnklachten postpartum en meer dyspareunie. Tevens ontwikkelt 30-50% van de vrouwen met sfincterletsel een blijvende vorm van fecale incontinentie na het ontstaan van sfincterletsel.

Nederland kent geen duidelijke instructie ten aanzien van de uitvoering van de episiotomie. Internationaal wordt aanbevolen een medio-laterale episiotomie op 60° te plaatsen. Het beschermend effect van een medio-laterale episiotomie ter voorkoming van sfincterletsel is gerelateerd aan de incisiehoek. Onderzoeken laten zien dat 12,7% tot 15,0% van de verloskundige zorgverleners een medio-laterale episiotomie correct plaatst. Het uitvoeren van een incisiehoek op 60° blijkt in de praktijk moeilijk uitvoerbaar en te visualiseren. Er ontbreekt een duidelijke instructie van de medio-laterale episiotomie waarmee een consistente adequate uitvoering van de incisiehoek op 60° gewaarborgd kan worden. Doel van het onderzoek is het onderzoeken welke instructie leidt tot de meest adequaat geplaatste episiotomieën.

Methode

Een non-clinical randomized controlled trial waarbij het uitvoeren van een medio-laterale episiotomie met behulp van de vier uur op de analoge klok instructie (groep 1, N=70) werd vergeleken met de 60° instructie (groep 2, N=70). Het onderzoek vond plaats op een trainingsmodel. Inclusie vond plaats in april en mei 2017. Inclusiecriteria: eerstelijns verloskundigen, klinisch verloskundigen, arts-assistenten (ANIOS/AIOS) en gynaecologen, werkzaam in Nederland, die baringen begeleiden. Exclusiecriteria: minder dan 1 jaar werkervaring, verloskundig actieve huisartsen en alle verloskundige zorgverleners die vooraf bekend waren met de inhoud van het onderzoek.

Resultaten

Er werden in totaal 148 deelnemers benaderd waarvan 140 werden geïncludeerd. Beide groepen waren vergelijkbaar wat betreft basiskarakteristieken. Zonder instructie plaatsten 15,7% een adequate episiotomie en na het krijgen van een instructie (ongeacht welke) plaatsten 25,0% een adequate episiotomie ($p=0,05$). Gekeken naar een bredere range plaatsten 49,3% met instructie ten opzichte van 27,9% zonder instructie een incisiehoek tussen de 55° en 65° ($p<0,01$). In groep 1 plaatsten 11,4% zonder instructie een adequate episiotomie ten opzichte van 22,9% met 60° instructie ($p=0,07$). In groep 2 plaatsten 20,0% zonder instructie een adequate episiotomie ten opzichte van 27,1% met behulp van de vier uur op de analoge klok instructie ($p=0,31$). De vier uur op de analoge klok instructie resulteerde in meer adequaat geplaatste episiotomieën (22,9%) ten opzichte van de 60° instructie (27,1%, $p=0,56$).

Conclusie en aanbevelingen

15,7% van de Nederlandse verloskundige zorgverleners plaatst een adequate episiotomie. De resultaten geven aanwijzingen dat de vier uur op de analoge klok instructie tot meer correcte episiotomieën leidt dan de 60° instructie. Tevens geeft dit onderzoek aanwijzingen dat het geven van een instructie een belangrijke factor is in het verbeteren van de uitvoering van de episiotomie.

Patiëntgebonden vervolgonderzoek met een grotere studiepopulatie. Daarnaast is het (herhaaldelijk) trainen van de episiotomie aanbevolen.

Contactgegevens

Naam: Janine Schellekens
E-mail: schellekensjanine@gmail.com
Telefoonnummer: 06-42732145

LESS studie: Klinische vergelijking van Lactate Pro™ en StatStrip Lactate voor gebruik in microbloedonderzoek: Een prospectieve observationele studie.

M. van Rijn – PA klinisch verloskundige OLVG Oost Amsterdam

Achtergrond en doelstelling

Microbloedonderzoek (MBO) is een veelgebruikte diagnostische test om bij een afwijkend cardiocogram (CTG) vast te stellen of er sprake is van hypoxie/acidose. Hierbij wordt door middel van een kleine incisie bloed uit de foetale hoofdhuid afgenomen. Het meten van de pH wordt beschouwd als de gouden standaard maar gaat gepaard met praktische en technische moeilijkheden. Er is relatief veel bloed nodig (30-90µL) waardoor de meting vaak mislukt (10-20%). De bepaling van lactaat in het MBO is vanuit technisch en praktisch oogpunt een goed alternatief. Met Point of Care (POC) meters is zeer weinig bloed nodig (0,7-5 µl), de uitslag snel beschikbaar (binnen 60 sec) tegen een lage mislukingskans (1-2%). Een grote Randomized Controlled Trial (RCT), welke lactaat met de pH in het MBO heeft vergeleken, liet geen verschil zien in de modus partus en neonatale uitkomsten. De lactaatmeting is echter niet gestandaardiseerd, wat leidt tot verschillen in absolute lactaatwaarden. Dit betekent dat voor gebruik in MBO, voor elk systeem andere referentiewaarden voor interventie gelden. De Lactate Pro™ (LP) is de enige POC-lactaat meter die gebruikt is in een RCT en hierdoor als gouden standaard wordt beschouwd. Echter de productie van dit apparaat is gestopt. Een andere POC lactaatmeter, de StatStrip Lactate (SSL) is ook voor gebruik in MBO onderzocht en geschikt bevonden. Het doel van deze studie is te onderzoeken hoe de lactaatmetingen op de SSL zich verhouden tot die op de LP, om een formule te verkrijgen waarmee de referentiewaarden van de LP kunnen worden omgerekend naar de SSL.

Methode

Er is een prospectieve observationele studie verricht in het OLVG Oost Amsterdam in de periode van April 2017 tot Oktober 2017. Bij het verrichten van een MBO werd parallel gemeten op de LP en de SSL. Het verloskundig beleid werd gevoerd op basis van de LP-uitslag. Middels lineaire regressie en Bland-Altman analyse werd bekeken hoe beide metingen zich tot elkaar verhouden en zijn referentiewaarden voor de SSL berekend.

Resultaten

Tijdens de studieperiode bevielen 1291 vrouwen. Bij 181 van hen werd een MBO verricht. Tweehonderdzeventig samples bleken geschikt voor analyse. De range van de lactaatwaarden gemeten met de LP was 1,0 - 10,2 mmol/L (mediaan 3,2 mmol/L). Met de SSL was dit 0,9 - 10,7 mmol/L (mediaan 3,2 mmol/L). De lactaatwaarden gemeten met beide methoden vertoonden onderling een sterk lineair verband ($R^2=0.88$ 95% CI 0,78-0,93). De Bland-Altman analyse toonde geen systematisch verschil, maar wel ruime random variatie in meetwaarden tussen de twee methoden. Met behulp van lineaire regressie werd een omrekeningformule van; $SSL = -0.046 + 1.017 \times LP$ verkregen. De voorgestelde SSL-referentiewaarden zijn: normaal $\leq 4,2$ mmol/L. pre-acidose 4,3-4,9 mmol/L en acidose $\geq 5,0$ mmol/L.

Conclusie

De metingen op de SSL en de LP vertoonden over de gehele linie een sterke correlatie maar ruime variatie in gemeten waarden. Dit betekent dat lactaatwaarden gemeten met een POC meter moeten worden gezien als een waarde op een relatieve schaal en niet als een exacte meting van een concentratie. Gebaseerd op gemodelleerde lineaire regressie worden de volgende SSL-referentiewaarden voor gebruik in MBO voorgesteld: normaal, $\leq 4,2$ mmol/L, pre-acidose, 4,3 - 4,9 mmol/L en acidose $\geq 5,0$ mmol/L.

Contactgegevens

Naam: Marloeke van Rijn
Email: m.vanrijn@olvg.nl

Visa Versie: Evaluatie van de implementatie van een gestructureerd versie spreekuur in het Diaconessenhuis Utrecht: een casestudie

W. Wesseling- Doornbos – PA klinisch verloskundige Diaconessenhuis Utrecht

Achtergrond en doelstelling

De uitwendige versie bij stuitligging is een obstetrische interventie die heeft bewezen het aantal stuitliggingen en sectio's te verminderen. Dit is wenselijk aangezien deze ingrepen worden geassocieerd met een toename aan neonatale morbiditeit en mortaliteit in de huidige of volgende graviditeit.

“Het professionaliseren van de zorg omtrent de uitwendige versie middels het ontwikkelen van een nieuw protocol en het evalueren van de implementatie van een gestructureerd versiespreekuur in het Diaconessenhuis te Utrecht met als doel het slagingspercentage van de uitwendige versie te verhogen en de patiënt tevredenheid te verbeteren”.

Methode

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is er een casestudie uitgevoerd binnen het Diaconessenhuis te Utrecht. De casestudie bestond uit vier deelonderzoeken uitgevoerd in twee fasen. Fase 1 februari, maart 2017: Ontwikkeling van een nieuw protocol 'Uitwendige versie' waarvoor een literatuuronderzoek en een (vereenvoudigde) Delphi-methode werd uitgevoerd.

Fase 2 april tot november 2017: Evaluatie van de implementatie van een gestructureerd versiespreekuur waarvoor een prospectief observationeel onderzoek en een surveyonderzoek naar de patiënttevredenheid is uitgevoerd.

Resultaten

Op basis van wetenschappelijke literatuur van de afgelopen tien jaar over de effectiviteit en veiligheid van de uitwendige versie kon een concept protocol 'Uitwendige versie' worden ontwikkeld. Na toetsing aan een expertgroep middels een vereenvoudigde Delphi-methode, kon in drie rondes 100% consensus voor het protocol worden bereikt en werd het protocol definitief aangenomen. Op basis van dit protocol, waarbij de uitwendige versies worden uitgevoerd door een speciaal daarvoor getraind team, op een speciaal daarvoor ingericht spreekuur met oog voor rust en ontspanning, werd per één april 2017 een gestructureerd versiespreekuur geïmplementeerd.

In de onderzoeksperiode werden 70 uitwendige versies uitgevoerd bij 64 zwangeren. Het slagingspercentage bedroeg 47%. Er werden geen ernstige complicaties geregistreerd. Het sectio percentage in de geslaagde versie groep was aanzienlijk lager dan in de niet geslaagde versie groep (19 versus 82%; Odds ratio 0,05 95% BI 0,01-0,2). De patiënttevredenheid over het gestructureerd versie spreekuur was hoog.

Conclusie en aanbevelingen

In dit onderzoek zijn aanwijzingen gevonden dat de implementatie van een gestructureerd versie spreekuur op basis van een vernieuwd protocol, heeft bijgedragen aan een stijging van het slagingspercentage van de uitwendige versie en hoge patiënttevredenheid. Indirect heeft het professionaliseren van de zorg omtrent de uitwendige versie in het Diaconessenziekenhuis geleid tot gezondheidswinst voor de zwangere vrouw met een stuitligging en een kostenbesparing voor de gezondheidszorg vanwege een daling van het sectiopercentage.

Contactgegevens

Naam: Willemijn Wesseling-Doornbos

Email: wwesseli@diakhuis.nl

Telefoon: 088-2505404 (bereikbaar op dinsdag, donderdag en vrijdag)

Diabetes gravidarum: oude of nieuwe afkapwaarden bij de glucosetolerantietest? Een retrospectief dossieronderzoek

B. Bosman, PA-klinisch verloskundige Slingeland ziekenhuis Doetichem

Achtergrond en doelstelling

Onbehandelde zwangerschapsdiabetes of gestational diabetes mellitus (GDM) kan leiden tot zwangerschapscomplicaties zoals macrosomie, schouderdystocie en hypertensieve aandoeningen. GDM verloopt vaak asymptomatisch. Screenen is daarom noodzakelijk en gebeurt door een orale glucosetolerantietest (OGTT), waarbij verschillende afkapwaarden worden gehanteerd. De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) adviseert een nuchtere waarde van $\geq 7,0$ en/of een 2-uurswaarde van $\geq 7,8$ mmol/l te gebruiken voor de diagnose GDM. Sinds 2013 adviseert de Wereldgezondheidsorganisatie waarden van respectievelijk $\geq 5,1$ en/of $\geq 8,5$ mmol/l te hanteren. Deze waarden zijn gebaseerd op onderzoek bij zwangeren en diagnosticeren beter vrouwen die meer risico op bovengenoemde complicaties hebben. Het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) de Slinge werkt sinds 2014 met een protocol voor GDM. Vrouwen met risicofactoren voor GDM krijgen een OGTT waarbij de oude afkapwaarden gehanteerd worden. De internisten zien veel vrouwen met marginaal afwijkende OGTT-waarden, normale dagcurven en normaal grote kinderen. Mogelijk vindt er overdiagnostiek en overbehandeling plaats.

Het doel van deze studie is de prevalentie van afwijkende dagcurven, insulinegebruik en macrosomie te beschrijven bij vrouwen gediagnosticeerd met GDM in het VSV de Slinge. Tevens worden de maternale, foetale en neonatale uitkomsten vergeleken van vrouwen die volgens de oude en nieuwe afkapwaarden gediagnosticeerd worden met GDM.

Methode

Er werd een retrospectief dossieronderzoek verricht bij vrouwen die in 2015 en 2016 een OGTT ondergingen binnen VSV de Slinge. De zwangerschaps- en partusgegevens van zowel de eerste als de tweede lijn werden opgevraagd. De statistische analyse werd uitgevoerd met SPSS. Bij normaal verdeelde data werd de t-toets gebruikt en bij niet-normaal verdeelde data de Mann-Whitneytoets. Categorische data werden geanalyseerd met de Chi²-toets of Fisher's exact-test (<5 casus). Logistische regressie werd uitgevoerd voor de relatie van de OGTT-uitslag met macrosomie. Een p-waarde <0.05 werd als statistisch significant beschouwd.

Resultaten

In de onderzoeksperiode kregen 892 vrouwen een OGTT. Na exclusie bleven 852 vrouwen over voor analyse, van wie er 538 volgens de oude noch de nieuwe afkapwaarden GDM hadden, 120 volgens beide, 47 volgens de oude wel en nieuwe niet en 147 vrouwen volgens de oude niet en de nieuwe wel. Tien procent van de vrouwen die GDM hadden, startte met insuline vanwege te hoge waarden op de dagcurven. Deze vrouwen hadden, op een na, allen GDM volgens de oude én de nieuwe afkapwaarden. Macrosomie was significant gerelateerd aan de nuchtere waarde bij de OGTT ($p < 0.001$). Van de vrouwen met GDM volgens alleen de nieuwe afkapwaarden, hadden er 86 (59%) een BMI boven 30 kg/m², kregen 33 vrouwen (22%) een macrosoom kind en hadden 21 vrouwen (14%) een fluxus post partum (>1 liter), alle significant vaker dan de vrouwen zonder GDM (N=211, 39%, N=60, 11% en N=48, 9%). De vrouwen die met alleen de oude afkapwaarden GDM hadden, hadden alleen vaker een schouderdystocie (N=3, 8%) dan de vrouwen zonder GDM (N=5, 1%, $p < 0.001$) maar verschilden verder niet in basiskarakteristieken of uitkomsten van deze vrouwen.

Conclusie en aanbevelingen

Deze studie laat zien dat als de nieuwe OGTT-afkapwaarden gehanteerd zouden worden, meer vrouwen gediagnosticeerd en behandeld zouden zijn voor GDM. Bij deze vrouwen kwamen vaker complicaties van hyperglykemie voor. Het lijkt dus zinvol om over te stappen naar de nieuwe afkapwaarden voor de OGTT omdat hiermee vrouwen correcter worden geïdentificeerd.

Contactgegevens

Naam: Bianca Bosman
Email: b.bosman@slingeland.nl
Telefoon: 0650940934

Risicofactoren voor insulinegebruik bij GDM: een retrospectieve case control studie

A. Veenhuizen, PA-klinisch verloskundige Waterlandziekenhuis Purmerend

Achtergrond en doelstelling

Wereldwijd hebben meer dan 422 miljoen mensen diabetes. Een van de vormen van diabetes is diabetes gravidarum (GDM). Mensen met diabetes gravidarum hebben een groter risico op complicaties tijdens de graviditeit en durante partu. Een deel van de zwangeren met GDM kan de glucose onder controle houden met een dieet en een kleiner deel moet hiervoor insuline gebruiken.

Met verschillende voorspellende factoren kan men op basis van de literatuur een risicoprofiel maken, maar de evidence hiervoor is nog niet sterk.

In het Waterland ziekenhuis te Purmerend loopt het aantal patiënten met GDM in de loop van de jaren steeds meer op. Hierbij is er besloten dat de patiënten met GDM met dieet eerstelijns verloskundige zorg ontvangen en patiënten met insulinebehoefte tweedelijns verloskundige zorg. Hieruit voortvloeiend is de vraag ontstaan, of er antenataal bepaald kan worden welke patiënten een verhoogd risico hebben om met insuline te moeten starten. Als dit bepaald kan worden kunnen de patiënten met dit verhoogd risico meer aandacht krijgen in het multidisciplinair overleg.

De vraagstelling van dit onderzoek was: Welk risicoprofiel hebben de zwangeren met GDM die insuline moeten gaan gebruiken in het VSV Waterland.

Methode

Er is een retrospectieve case-control studie gedaan. Alle zwangeren met GDM van het VSV Waterland in de periode jan 2016- juli 2017 werden geïncludeerd.

Resultaten

De incidentie van GDM in het VSV waterland was 7%. Daarvan had 85% alleen dieet nodig en 15% moest insuliner therapie gebruiken. Tussen beide groepen zat geen verschil in basiskarakteristieken. De mediane BMI bij de groep die alleen een dieet nodig had was 27 kg/m² (IQR 23-31) en bij de groep die uiteindelijk insuline nodig had 28 kg/m² (IQR 23-36). Dit verschil is niet statistisch significant (p=0.577). Na bivariate analyse kwamen macrosomie in de anamnese, de 2 uurs waarde van de 75 grams OGTT test, de HbA1C bij de diagnose en een macrosoom in de huidige zwangerschap als statistisch significant verschillend tussen beide groepen naar voren. Na multivariabele regressie analyse waren macrosomie in de anamnese (p=0.009) en macrosomie in de huidige graviditeit nog statistisch significant (p=0.048).

Conclusie en aanbevelingen

Doordat er na de multivariabele regressie analyse nog twee variabele statistisch significant waren was het niet mogelijk om een risicoprofiel te maken voor de zwangeren met GDM die insuline moeten gaan gebruiken in het VSV Waterland.

Als voorspellende factoren voor insuline gebruik bij GDM zijn in dit onderzoek macrosomie in de anamnese en macrosomie in de huidige graviditeit gevonden. Verdere associaties werden in dit onderzoek niet gevonden.

Op basis van de 75 grams OGTT kan er geen onderscheid gemaakt worden wie wel of niet besproken worden in het multidisciplinair overleg van het VSV. Hiervoor is de sensitiviteit en specificiteit niet hoog genoeg.

Aanbevolen wordt om een prospectieve cohort studie op te zetten in meerdere VSV om zo tot grotere inclusie aantallen te komen, vooral in de insuline groep, om eventuele associaties te kunnen vinden. Dan is het mogelijk om een risicoprofiel te ontwikkelen.

Contactgegevens

Naam: Afke Veenhuizen
Email: aveenhuizen@wlz.nl
Telefoon: 0299-457466

DiaGraM studie: een retrospectieve cohortstudie

S. van Weelden, PA-klinisch verloskundige Maxima Medisch Centrum Veldhoven

Achtergrond en doelstelling

Sinds de revisie van het DG Protocol (december 2015) wordt de zwangere terugverwezen naar de eerstelijns verloskundige indien de glucose streefwaarden niet overschreden worden en er geen verdenking is op macrosomie. Het advies is om poliklinisch te bevallen en maximaal tot 41 weken af te wachten. Het ontbrak echter aan inzicht in de maternale en neonatale uitkomsten van vrouwen met DG in het VSV-Veldhoven sinds de invoering van dit nieuwe DG protocol.

Het doel van dit onderzoek was het krijgen van inzicht in maternale en neonatale uitkomsten van vrouwen in de eerste en tweede lijn binnen het VSV-Veldhoven na het stellen van de diagnose DG. Daarnaast was het doel om te onderzoeken of de vrouwen die na diagnose DG retour naar de eerstelijns verloskundige konden, laagrisico patiënten bleven en of er factoren mogelijk geassocieerd waren met de uitkomsten.

Methode

Het betrof een retrospectieve cohort studie. De onderzoeksgroep bestond uit vrouwen, zwanger van een eenling, met DG waarvoor dieet en/of insuline was voorgeschreven en die tijdens het MDO-Diabetes binnen het Máxima Medisch Centrum waren besproken in de periode van januari 2016 tot en met augustus 2017. Er werden twee groepen geanalyseerd: vrouwen met DG die glucose normaalwaarden bereikten met het voorgeschreven dieet zonder verdenking op macrosomie en die retour gingen naar de eerste lijn en vrouwen met DG onder controle van de tweede lijn na diagnose DG. Er zijn in totaal 196 vrouwen geanalyseerd.

Resultaten

Van de gehele onderzoeksgroep die aan het begin van de zwangerschap onder controle was van de eerste lijn (n=161), werden 144 vrouwen (89.4%) verwezen naar de tweede lijn. Van de vrouwen (n=71) die retour eerste lijn gingen, bleven er 17 (23.9%) tot na geboorte kind onder controle van de eerste lijn wat lager ligt dan het percentage in het MMC (26.7%) en landelijk (30.0%) in 2016.

Conclusie en aanbevelingen

Bij vrouwen die na diagnose DG retour naar de eerste lijn gingen, kwamen niet minder maternale complicaties voor dan bij vrouwen onder controle van de tweede lijn (n=20,28.2% vs. n=37,29.6%;p=0.832). Ook waren er niet minder foetale en neonatale complicaties (n=17,23.9% vs. n=44,35.2%;p=0.102). Er zijn geen factoren gevonden die mogelijk geassocieerd waren met maternale, foetale en neonatale complicaties bij DG.

Aanbevolen wordt om vrouwen na diagnose DG niet alleen te counselen over het risico op maternale en neonatale complicaties maar ook over de verhoogde kans om alsnog doorverwezen te worden naar de tweede lijn. Dit zodat de zwangeren een geïnformeerde beslissing kunnen maken bij het kiezen van hun zorgverlener met als doel dat zij een eventuele verwijzing naar de tweede lijn later in de zwangerschap niet als traumatisch zullen ervaren. Het advies blijft om poliklinisch te bevallen.

Contactgegevens

Naam: Sofie van Weelden
Email: s.vanweelden@mmc.nl
Telefoon: 040-888 8380 (poli gynaecologie)

Happy met een hypo? Een statusonderzoek

A. Buurma – PA klinisch verloskundige Elkerliekziekenhuis Helmond

Achtergrond en doelstelling

Hypoglykemie is een van de meest voorkomende metabole problemen in de neonatale geneeskunde. Voorbijgaande lage bloedsuikerspiegelconcentraties zijn in de meerderheid van de gezonde pasgeborenen reflecties van een normale metabole aanpassing na de geboorte. Toch bestaat bezorgdheid of langdurige of terugkerende episoden van lage bloedsuikerspiegels kunnen leiden tot acute systemische effecten en langetermijneffecten met neurologische en andere ontwikkelingsstoornissen. De algemeen gehanteerde grens waaronder wordt gesproken van een hypoglykemie bij de neonaat is een glucosewaarde van 2,6 mmol/L. Een beperkte glycogeenreservaat, zoals het geval kan zijn bij intra-uteriene groeivertraging, vormt een risicofactor.

In de eerste en tweede lijn van de verloskundige zorg in de regio Helmond wordt verschillend beleid toegepast met betrekking tot glucosecontroles bij dysmatuur (<P 10) pasgeborenen. Hiervan is sprake ondanks reeds bestaande integrale zorg.

De doelstelling van dit onderzoek was om het huidige glucosecontrolebeleid te evalueren bij de atermen dysmatuur neonaten en daarmee een eensluitend advies uit te brengen voor het gehele verloskundig samenwerkingsverband (VSV). De primaire vraagstelling was: Wat was de incidentie van hypoglykemie bij atermen dysmatuur neonaten die in het Elkerliek Ziekenhuis geboren en opgenomen zijn in de periode van 2012 tot en met 2015? Subvragen waren: Welke neonatale en maternale factoren zijn geassocieerd met hypoglykemie bij de dysmatuur neonaten in het Elkerliek Ziekenhuis? Wat is de relatie tussen het optreden van hypoglykemie en de mate van dysmaturiteit onderverdeeld naar de percentielcohorten <P 2,3, P 2,3-5 en P 5-10. Wat is de protocolnaleving binnen het Elkerliek ziekenhuis bij dysmatuur neonaten, werd bij elke dysmatuur <P 10 een glucosebepaling verricht?

Methode

In het uitgevoerde statusonderzoek tussen 2012 en 2015 voldeden 510 dysmaturen aan de inclusiecriteria. Van dertien van de dysmaturen was niet geregistreerd of sprake was van een hypoglykemie. De incidentie van een hypoglykemie lag gemiddeld over de vier onderzochte jaren op 42,5%. Hypoglykemie kwam voor in alle percentielcohorten met betrekking tot het geboortegewicht, P 5-10, P 2,3-5 en <P2,3. Er was in de onderzochte periode een hoge mate van protocolnaleving, namelijk 96,5%.

Resultaten

Er is een bivariate analyse verricht met als significante factoren: termijn ($p=0.007$), mannelijk geslacht ($p=0.032$), maternale diabetes ($p=0.041$), matернаal medicatiegebruik ($p=0.03$), symptomen ($p<0.001$), opnameduur ($p=0.03$), bijvoeding ($p<0.001$) en laagst gemeten temperatuur ($p=0.001$). Na de multivariate logistische regressieanalyse waren nog significant geassocieerd met een hypoglykemie: mannelijk geslacht (OR 1.47; 95% CI 1.02-2.13) en de laagst gemeten temperatuur (OR 1.98/0,1°C; 95% CI 1.18-3.31).

Conclusie en aanbevelingen

Gezien het optreden van hypoglykemie in alle percentielcohorten met betrekking tot het geboortegewicht is het advies om bij neonaten met een geboortegewicht onder de P 10 glucosecontroles uit te voeren een, drie, zes en twaalf uur postpartum conform huidig protocol. Dit geldt ook voor neonaten die geboren zijn in de eerste lijn. Daarnaast kan de temperatuur gezien worden als een belangrijk geassocieerde factor waarbij hypoglykemie kan optreden bij de atermen dysmatuur neonaten.

Contactgegevens

Naam: Anouk Buurma
Email: a.buurma1@chello.nl
Telefoon: 06-10213822

Bishop score als voorspeller van ongunstige uitkomsten bij electieve inleidingen: een retrospectieve cohortstudie

F. Bond, PA-klinisch verloskundige Waterlandziekenhuis Purmerend

Achtergrond en doelstelling

In Nederland stijgt het totale aantal inleidingen van de baring door de jaren heen. Zo werd in 2008 in Nederland 15% van de baringen ingeleid. In 2015 was dit gestegen naar 22%. Ook in het Waterlandziekenhuis (WLZ) in Purmerend worden steeds meer baringen electief ingeleid: in 2013 werd van het totaal aantal inleidingen in 25% om electieve redenen ingeleid, in 2016 was dit aantal gestegen naar 42,2%.

Ongunstige neonatale en maternale uitkomsten van electieve inleidingen lijken geassocieerd met een ongunstige Bishop score. Een score die gebruikt wordt bij het beoordelen van de rijpheid van de cervix. In het WLZ wordt geen gebruik gemaakt van de bepaling van Bishop score bij het starten van een inleiding. Het is onduidelijk of er een verband bestaat tussen een 'ongunstige' Bishop score bij de start van een electieve inleiding binnen de populatie van het WLZ in Purmerend en meer ongunstige maternale en perinatale uitkomsten.

Het doel van dit onderzoek was dan ook het vinden van aanwijzingen voor een associatie tussen een 'ongunstige' Bishop score voorafgaand aan een electieve inleiding (al dan niet vooraf gegaan door priming) en secundaire sectio's en ongunstige perinatale uitkomsten. Hieruit werd de volgende vraagstelling geformuleerd: Is er bij electieve inleidingen in de à terme periode een associatie tussen een 'ongunstige' Bishop score op het moment van amniotomie en een secundaire sectio?

Methode

In een retrospectieve cohortstudie zijn gegevens van 304 vrouwen vanaf 1 januari 2013 tot en met 31 december 2016 verzameld vanuit Mosos-P, Mosos-CTG en partusboeken van het WLZ omtrent electieve inleidingen van a terme zwangerschappen. De Bishop score op het moment van amniotomie werd retrospectief berekend door de onderzoeker aan de hand van de genoteerde POVIAS. Er werd gekozen voor de volgende definities: een 'ongunstige' Bishop score ≤ 5 en een 'gunstige' Bishop score werd gedefinieerd als ≥ 6 .

Resultaten

Betreffende de primaire uitkomstmaat werd geen associatie gevonden tussen een onrijpe Bishop score op moment van AROM en secundaire sectio's. De enige voorspellende factor voor deze uitkomstmaat na multivariate regressie analyse bleek nullipariteit (OR 6,34; 95%CI 2,77-15,03). De secundaire uitkomstmaat (ongunstige perinatale uitkomsten) bleek wel in de bivariate analyse geassocieerd met onrijpe Bishop score op het moment van AROM (OR 2,39; 95%CI 1,29-4,43; $p=0,005$). Na multivariate analyse met correctie voor confounders als zwangerschapsduur, pariteit en priming bleek dit niet meer het geval en bleken zwangerschapsduur (OR 1,09; 95%CI 1,02-1,16; $p=0,014$) en nullipariteit (OR 3,63; 95%CI 1,73-7,59; $p=0,001$) de belangrijkste voorspellers voor het optreden van een ongunstige perinatale uitkomst na electieve inleiding.

Conclusie en aanbevelingen

Als aanbeveling zullen vrouwen beter voorgelicht moeten worden over de risico's van electieve inleidingen bij een onrijpe Bishop score. Daarnaast dient er zorgvuldiger te worden gedocumenteerd.

Contactgegevens

Naam: Francine Bond
E-mail: fbond@wlz.nl
Telefoon: 0299-457466

Leidt een electieve inleiding vaker tot een sectio caesarea? Een retrospectieve cohortstudie.

S. Tieken, PA-klinisch verloskundige BovenIJ Ziekenhuis Amsterdam

Achtergrond en doelstelling

De richtlijn "inductie van de baring" van de NVOG (2006) waarop de Nederlandse obstetrie zich richt, is verouderd. In het onderzoek, waar deze richtlijn voor een deel op gebaseerd is, is een (electieve) inleiding vergeleken met een spontaan begin van de baring geassocieerd met een verhoogd risico op een sectio, waarbij onrijpheid van de cervix de belangrijkste risicofactor was (OR 2,32; 95%CI 1,66-3,25). In recente literatuur zijn er wereldwijd verschillende resultaten te vinden met betrekking tot het krijgen van een secundaire sectio na het electief inleiden van de baring. In het BovenIJ ziekenhuis te Amsterdam wordt steeds vaker electief ingeleid waarbij er een afname van het aantal sectio's is te zien. Van 12% secundaire sectio's na een electieve inleiding in 2012 naar 9% in 2015.

De vraagstelling van deze studie was: Is een electieve inleiding van de baring geassocieerd met een secundaire sectio bij een a terme eenlingzwangerschap (37-42 weken) met een foetus in hoofdligging in het BovenIJ ziekenhuis te Amsterdam? Hierbij is de volgende doelstelling opgesteld: Het in kaart brengen van variabelen die geassocieerd zijn met een secundaire sectio in het BovenIJ ziekenhuis te Amsterdam en nagaan of één van die variabelen het electief inleiden van de baring is.

Methode

Er is een retrospectieve cohortstudie uitgevoerd over het jaar 2015. De data-analyse werd uitgevoerd met behulp van SPSS 23.0. De gehele onderzoeksgroep werd verdeeld in twee groepen: zwangeren die vaginaal bevielen (n=651) vergeleken met zwangeren die een secundaire sectio kregen (n=70). Daarnaast werd een tweede analyse gedaan voor alleen zwangeren die electief werden ingeleid. Deze werden tevens in twee groepen verdeeld, vaginaal (n=153) versus een secundaire sectio (n=20).

Resultaten

In het BovenIJ ziekenhuis is een electieve inleiding van de baring bij een a terme zwangerschap met een foetus in hoofdligging niet geassocieerd met een secundaire sectio (23,5% (vaginaal) versus 28,6% (secundaire sectio); p=0,35). Datzelfde gold voor een electieve inleiding van de baring tussen 37w0d tot en met 40w6d (79,1% versus 65,0%; p=0,16). De positief geassocieerde variabelen waren: niet Nederlands (OR 2,10; 95%CI 1,13-3,90; p=0,02), sectio in anamnese (OR 7,97; 95%CI 2,40-26,51; p=0,001), gecombineerd gebruik van epidurale analgesie en Remifentanyl (OR 1,32; 95%CI 1,20-1,53; p<0,001), de indicatie niet vorderen van de baring vergeleken met foetale nood (OR 3,63; 95%CI 1,52-7,69; p=0,004). Binnen de groep electieve inleidingen was multipariteit negatief geassocieerd met een secundaire sectio (OR 0,29; 95%CI 0,11-0,76; p=0,012).

Conclusie

Een electieve inleiding van de baring was niet geassocieerd met een secundaire sectio. Datzelfde gold voor een (electieve) inleiding van 37w0d tot en met 40w6d. Meer onderzoek naar de combinatie van epidurale analgesie en Remifentanyl zou klinisch relevant zijn. Specifiek voor het BovenIJ ziekenhuis is er wellicht toch een noodzaak om de nachtelijk epidurale analgesie in te voeren, zodat er direct een goede vorm van pijnstilling toegepast kan worden. Verder is het belangrijk dat een eenduidige definitie voor een electieve inleiding gebruikt gaat worden door alle verloskundig hulpverleners om overregistratie te voorkomen.

Contactgegevens

Naam: Saskia Tieken
Email: s.f.tieken@gmail.com
Telefoon: -

Behoeftte aan voorlichting bij zwangere vrouwen die naderend serotien zijn: een kwalitatieve studie.

S. Oomen – van Dun PA klinisch verloskundige Elisabeth Tweestedenziekenhuis
Tilburg

Achtergrond en doelstelling

Twee Nederlandse beroepsgroepen in de geboortezorg, KNOV en NVOG, hebben ieder een andere visie ten aanzien van inleiden bij 41 volledige weken. Echter beide geven aan dat het noodzakelijk is om zwangeren, bij 41 volledige zwangerschapsweken, voor te lichten over de voor- en nadelen van inleiden dan wel afwachten. Daarbij spreken ze zich niet uit over de praktische en inhoudelijke kant van deze voorlichting. Dit lijkt ter beoordeling van de individuele zorgverlener te zijn. Informeren van een patiënt behoort volgens de WGBO tot de taak en de verantwoordelijkheid van de behandelaar.

Doel van het onderzoek is inzicht verkrijgen in de informatiebehoefte van zwangeren uit Tilburg en omgeving zodat er in de toekomst beter aangesloten kan worden bij deze behoefte.

Methode

Explorerend kwalitatief onderzoek in het ElisabethTweestedenZiekenhuis, locatie TweeSteden, te Tilburg, Nederland van april tot en met september 2017 tot saturatie was verkregen middels twee longitudinale interviews met Nederlandstalige vrouwen die circa 41 weken zwanger waren van een eenling en een ongecompliceerde zwangerschap hadden. Het eerste interview vond plaats omstreeks 41 weken zwangerschap in aansluiting op de routine serotiniteitscontrole. Het tweede interview vier tot zes weken postpartum. Na transcriptie werden de interviews gecodeerd volgens de methode van Strauss en Corbin.

Resultaten

In totaal hebben elf vrouwen deelgenomen aan dit onderzoek en na analyse zijn twee hoofdthema's gevormd. Allereerst verwachtingsmanagement; de behoefte aan informatie bij de vrouwen in dit onderzoek was afhankelijk van de individuele verwachtingen die zij hadden. Verwachtingen die gebaseerd waren op zowel eigen en omgevingservaringen, als ook op reeds opgedane kennis gedurende de zwangerschap. Het tweede hoofdthema was shared decision making; alle zwangeren hadden de wens om door hun zorgverlener actief betrokken te worden bij de keuzes die er te maken zijn. Daarvoor dienden zij tijdig, en goed, geïnformeerd te worden over de keuzemogelijkheden die er waren. Zwangeren wensten daarbij gerespecteerd te worden in hun eigen voorkeuren.

Conclusie en aanbevelingen

De informatiebehoefte van zwangeren rondom 41 weken, is niet eensluidend. Voor iedere individuele zwangere wordt deze behoefte bepaald door eerder opgedane ervaringen en verwachtingen. Aan de zorgverlener is het de taak om zorg te dragen voor een tijdige afstemming tussen de ervaringen en verwachtingen van de vrouw enerzijds en het mogelijke toekomstige handelen van de zorgverlener anderzijds zodat keuzes gezamenlijk kunnen worden gedragen. Aanbevolen wordt om tijdig inzicht in de ervaringen, het kennisniveau en de verwachtingen van individuele zwangere te verkrijgen, zodat voorlichting op maat kan worden gegeven. Daarnaast is het geven van tijdig informatie over normale à terme periode en de kansen om te bevallen binnen en buiten deze periode van belang. Als laatste dient de zorgverlener zich bewust te zijn dat de zwangere niet bekend is met alledaagse logistieke processen in het ziekenhuis.

Contactgegevens

Naam: Sandra (A.M.) Oomen- van Dun
Email: s.vandun@etz.nl
Telefoon: 013-221000 (algemeen nummer) ,Dect-nummer dienstdoende verloskundige:
8464

CSCA-studie: Counseling bij Sectio Caesarea in de Anamnese.: een prospectieve cohortstudie met historische vergelijkingsgroep.

F. Koenraads- PA klinisch verloskundige Amphia Breda

Achtergrond en doelstelling

Al jaren is er een stijging van het sectiopercentage waarneembaar. Door dit stijgende percentage moeten steeds meer zwangeren bij een daaropvolgende zwangerschap de keuze overwegen tussen 'Vaginal Birth After Caesarean' (VBAC) of 'Elective Repeat Caesarean Section' (ERCS) na een eerdere sectio caesarea. Zwangeren met een sectio caesarea in de anamnese worden in de Nederlandse klinieken meestal eenmalig gecounseld rond de 36 weken zwangerschap waarbij de pro- en contra-indicaties van VBAC versus ERCS worden besproken.

Er zijn weinig gepubliceerde onderzoeken die de manier van counselen hebben onderzocht bij zwangeren met een voorgaande sectio caesarea en of dit invloed heeft op de keuze van modus partus. Doel van dit onderzoek is te onderzoeken of een gestructureerd en gefaseerd lopend protocol voor de counseling van zwangeren met een sectio caesarea in de anamnese voor een leidt tot een verschil in partus modus.

Methode

Het betrof een cohortstudie met een historische vergelijkingsgroep. De interventiegroep bestond uit zwangeren met een eenlingzwangerschap en een sectio caesarea in de anamnese. De interventiegroep ontving counseling volgens een nieuw protocol bij zowel 14-20 als bij 36 weken (gefaseerd). Het nieuwe protocol kwam tot stand na uitgebreide literatuurstudie over beïnvloedende factoren bij counseling van zwangeren met een sectio caesarea in de anamnese. Bij 37 weken zwangerschap werd ook een tevredenheids-enquête ingevuld. De historische vergelijking groep ontving counseling volgens oud protocol, namelijk een eenmalige niet gestructureerde counseling rond 36 weken.

Resultaten

De historische groep bestond uit 384 zwangeren, de interventie groep bestond uit 100 zwangeren. In deze studie koos de interventiegroep vaker voor VBAC in vergelijking met de historische groep, namelijk 77/99 (78%) versus 200/380 (53%) in de vergelijkingsgroep ($p < 0.001$). Vooral de zwangeren met een primaire sectio caesarea in de anamnese kozen vaker voor VBAC: (23/29 (79%) interventiegroep versus 55/117 (47%) historische groep; $p < 0.001$). Er werd een verschil gevonden tussen de groepen wat betreft het totaal aantal sectio caesarea. Het totaal aantal sectio caesarea in de interventiegroep nam met 28% af ten opzichte van de historische groep ($p < 0.001$). Er is geen verschil gevonden ($p = 0.78$) tussen de groepen wat betreft het aantal secundaire sectio caesarea. Zwangeren gecounseld volgens nieuw protocol gaven in tevredenheidsenquête aan tevreden te zijn.

Conclusie en aanbevelingen

Als Zwangeren met een sectio caesarea in de anamnese voor de komende modus partus gecounseld worden volgens een gefaseerd, gestructureerde en eenduidige protocol, zorgt dit voor een toename van het aantal zwangeren dat kiest voor VBAC. Een dergelijke counseling leidt tot daling van het sectiocijfer onder de zwangeren met een sectio caesarea in de anamnese. Het nieuwe protocol lijkt te leiden tot een grote tevredenheid bij deze zwangeren.

Contactgegevens

| | |
|----------------|--|
| Naam | Feikje Koenraads |
| Email | Feikjekoenraads@outlook.com |
| Telefoonnummer | 0648351736 |