

Thema uterusruptuur

dr. Jeroen van Dillen gynaecoloog & UHD Onderwijs, Radboudumc Nijmegen, voorzitter perinatale audit regio Nijmegen

Janneke Otten-van Rossum klinisch verloskundige Radboudumc Nijmegen

dr. Joost Zwart gynaecoloog Deventer Ziekenhuis, voorzitter lokale auditteam

dr. Ageeth Rosman lector audit en registratie, Perined Utrecht

In deze nieuwe serie 'Wat komt er uit de PAN?' geven we in de vorm van een dubbelpublicatie in NTOG en TvV terugkoppeling van de auditthema's van de perinatale zorgverlening in de periode 2017-2023. Ditmaal het thema 'Uterusruptuur'.

De Perinatale Audit Nederland (PAN) bestaat in Nederland sedert 2010. Twee keer per jaar worden in elk Verloskundig Samenwerkingsverband casussen onder begeleiding van een externe voorzitter besproken. Het doel van deze bespreking is het identificeren van verbeterpunten en stimuleren van lokale actie hierop.

PERINED is in 2015 ontstaan uit de fusie van PAN en PRN (Perinatale Registratie Nederland) en heeft als doel om de kwaliteit van de perinatale zorgverlening te vergroten. Vanuit PERINED worden elke drie jaar nieuwe auditthema's vastgesteld en de regionale auditteams gefaciliteerd en geïnspireerd. Tenslotte verzamelt PERINED alle (geanonimiseerde) geaggregeerde gegevens van alle perinatale audits voor evaluatie van terugkerende of overstijgende verbeterpunten en voor disseminatie hiervan.

Casus (fictief)

Mw. Ö is een 35-jarige G3P2 afkomstig uit Syrië. Ze spreekt matig Nederlands. De obstetrische voorgeschiedenis vermeldt een secundaire sectio bij 41+3 in verband met niet vorderende baring. De huidige zwangerschap verloopt ongecompliceerd met controles in de eerste lijn. Bij 24 weken vindt een telefonisch informatie gesprek over de modus partus plaats en wordt patiënte verwezen naar de keuzehulp VBAC (www.degynaecoloog.nl). Bij 34 weken vindt overname van de zorg plaats met een counselinggesprek waarbij de medische kansen en risico's worden besproken en wordt gekozen voor een vaginale proefbaring. Bij 40+3 wordt een inleiding gestart in verband met milde hypertensie en na

AROM volgt oxytocine bijstimulatie en epidurale pijnstilling. Rond de avond-overdracht wordt tijdens de uitdrijving bij een abnormaal CTG en een indaling op Hodge 3 gekozen voor termineren middels vacuümextractie. Na twee trachten zonder vordering en persisterende bradycardie wordt besloten tot een spoedsectie waarbij een uterusruptuur wordt gediagnosticeerd. Een zoon wordt geboren met redelijke start (Apgar 5,7,9 en pH 7,05) en hij wordt opgenomen op de NICU. Moeder en kind worden op dag 5 in goede conditie ontslagen.

Bij de audit werden de volgende verbeterpunten gedocumenteerd: 1. suboptimale documentatie met name van proces gezamenlijke besluitvorming rondom keuze VBAC, 2. suggestie om tolkentelefoon te gebruiken bij counseling, 3. specifiek omtrent de uterusruptuur werd benoemd dat er onvolledige overdracht was rondom de dienstwissel waardoor niet alle teamleden alert waren dat het een patiënte met een eerdere sectio betrof.

Bespreking

Bijna 20 jaar geleden werden in een landelijke cohortstudie tussen 2004 en 2006 (LEMMoN-studie), 210 casussen van uterusruptuur gediagnosticeerd, met een incidentie van 5,9 per 10.000 zwangerschappen. Ruim 87% van deze vrouwen had een sectio in de obstetrische voorgeschiedenis en 70% had een spontane start van de baring. Inleiding, epidurale pijnstilling, niet-westerse achtergrond, abnormaal CTG en buikpijn waren geassocieerd met uterusruptuur.¹ Vanuit de PAN was uterusruptuur van 2017 tot en met 2019 een van de thema's.² In deze periode werden 114 casussen: van uterusruptuur ge-audit in lokale audit teams met gemiddeld 40-60 deelnemers per audit. Van deze vrouwen was 97% multipara en had 94% een sectio in de obstetrische voorgeschiedenis. Bij de lokale audits werden 178 verbeterpunten en 200 aan-

bevelingen geïdentificeerd. In 6% van de verbeterpunten vond de lokale audit dat er sprake was van een zeer waarschijnlijke en in 18% een waarschijnlijke relatie tot de uitkomst uterusruptuur. Verbeterpunten betroffen inadequate communicatie en documentatie, vertragen in de diagnose uterusruptuur en suboptimaal management tijdens de baring. De aanbevelingen betroffen vijf categorieën: 1. organisatie van zorg, 2. scholing, 3. richtlijnen en protocollen, 4. documentatie en 5. communicatie. Specifieke aanbevelingen met betrekking tot het thema uterusruptuur betroffen 'speak up' bij vermoeden van een uterusruptuur, opschalen van zorg door een gynaecoloog te betrekken in de besluitvorming en het verbeteren van het herkennen van een afwijkend CTG, alle onderdelen van principes van Crew Resource Management en teamtraining (skills and drills).

Conclusie

De landelijke perinatale audit van uterusruptuur heeft belangrijke verbeterpunten en aanbevelingen opgeleverd die lokaal zijn geïmplementeerd. Zoals onze fictieve casus maar ook de oudere LEMMoN-studie en de recente landelijke audit laten zien, zijn belangrijke verbeterpunten het uitspreken van vermoeden van ruptuur (met zorg voor een veilige omgeving voor alle aanwezigen) en optimale communicatie met de zwangere, overdracht tussen zorgverleners, en adequate documentatie in het dossier.

Referenties

1. Zwart JJ, Richters JM, Ory F, de Vries JJ, Bloemenkamp KW, van Roosmalen J. Uterine rupture in The Netherlands: a nationwide population-based cohort study. BJOG. 2009;116:1069-78
2. Rosman AN, van Dillen J, Zwart J, Overtoom E, Schaap T, Bloemenkamp K, van den Akker T. Lessons learned from the perinatal audit of uterine rupture in the Netherlands: A mixed-method study. Health Sci Rep. 2022;5:e664.