

Die metode van stuitverlossing in Tygerberg-hospitaal

A. MOSTERT, H. S. CRONJÉ

Summary

In a retrospective descriptive study, all breech deliveries in Tygerberg Hospital from 1 October 1982 until 30 September 1983 are presented. The aim of the study was to determine the status of the method of breech deliveries in this hospital. There were 358 breech deliveries, all fetuses weighing 500 g or more. Of these, 80% were live born. Caesarean section accounted for 51,5% of the live births. These results correlate well with those reported in other series.

S Afr Med J 1987; 71: 249-250.

Die metode van stuitverlossing het gedurende die afgelope 15 jaar radikaal verander. Teen 1970 was die keisersnitsyfer vir stuitpresentasies ongeveer 5% en dit het gestyg tot 15,2% in 1978.¹ Ná 1978 het die insidensie van keisersnitte vir stuitpresentasies geweldig toegeneem, tot soveel as 50 - 80%, ten einde die perinatale mortaliteit laag te hou. Hierdie hoë keisersnitsyfer moet bevraagteken word, aangesien keisersnit nog steeds 'n risiko vir die moeder inhou. Die doel van hierdie studie is om die huidige tendens m.b.t. die metode van stuitverlossing vas te stel en dit te vergelyk met die huidige stand van sake in Tygerberg-hospitaal.

Pasiënte en metodes

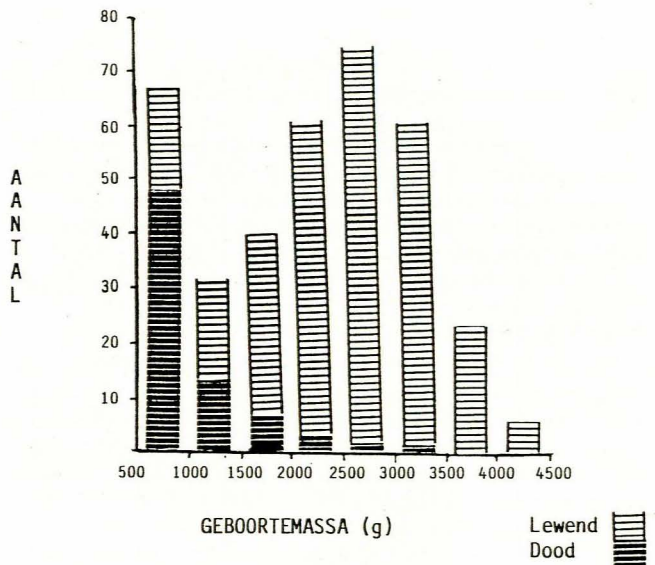
Alle rekords van stuitverlossings vanaf 1 Oktober 1982 tot 30 September 1983 in Tygerberg-hospitaal is retrospektief nagegaan. Benewens die roetinepasiëntdata is die Apgartelling, die geboortemassa (in 500 g-inkrement) en die metode van verlossing in aanmerking geneem. Die tipe verlossing (vaginaal of keisersnit) is slegs by lewendgeboortes verder geanaliseer.

Resultate

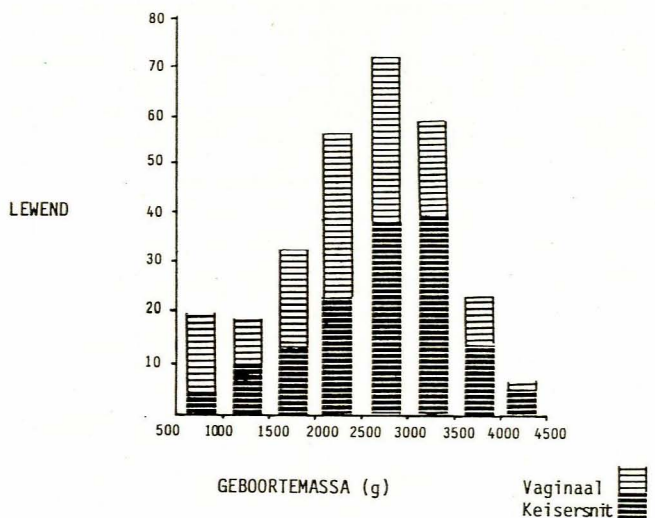
Daar was 'n totaal van 358 stuitpresentasies met fetale massa 500 g en meer (Afb. 1). Hiervan was 287 (80%) lewend- en 71 (20%) doodgeboortes. Van die lewendgebore babas is 139 (48,5%) vaginaal en 148 (51,5%) d.m.v. 'n keisersnit verlos (Afb. 2).

Bespreking

Stuitpresentasie kom ongeveer by 3 - 4% van alle swangerskappe voor, alhoewel al beskryf is dat dit by 7% van swanger-



Afb. 1. Geboortemassas.



Afb. 2. Metode van stuitverlossing (stilgeboortes uitgesluit)

skappe teen 32 weke en selfs by 25% van swangerskappe onder 28 weke voorkom.² Stuitpresentasies word in drie kategorieë verdeel: (i) stuit met opgeslane bene: 48 - 73%; (ii) volledige stuite: 4,6 - 11,5%; en (iii) voetpresentasie 12 - 38%.

'n Uitstekende prospektiewe ewekansige studie m.b.t. die metode van stuitverlossing is in 1980 deur Collea *et al.* gepubliseer.³ Waar 'n keisersnit uitgevoer is, was die moederlike morbiditeit 49,3% teenoor slegs 6,7% met vaginale verlossings. Die enigste perinatale sterfte in hierdie groep was by 'n baba wat vaginaal verlos is en 2 babas het bragiale pleksusbeserings opgedoen. Die gevolgtrekking was dat by 'n stuitpresentasie met opgeslane bene vaginale verlossing gebruik kan word, met minimum risiko vir moeder en baba. Hierdie opinie word

Departement Verloskunde en Ginekologie, Universiteit van Stellenbosch en Tygerberg-hospitaal, Parowvallei, KP

A. MOSTERT, M.B. CH.B.

H. S. CRONJÉ, M.MED. (O. ET G.), L.K.O.G. (S.A.), M.D. (Huidige adres: Departement Obstetrie en Ginekologie, Universiteit van die Oranje-Vrystaat, Bloemfontein)

gesteun deur Gimovsky *et al.*,⁴ wat 50% van stuitliggings by 300 pasiënte d.m.v. keisersnit verlos het. Ook Ulstein⁵ steun hierdie opinie.

Die beste metode van stuitverlossing van die lae geboortemassa-baba (onder 1 500 g en veral onder 1 000 g) is omstrede. Die meeste outeurs voel dat 'n keisersnit hier aangedui is, maar dit word deur Worthington *et al.*⁶ en Cox *et al.*⁷ bevraagteken. Hierdie outeurs beweer dat die toenemende oorlewingsyfer by lae geboortemassa-babas te danke is aan verbeterde perinatale sorg en nie noodwendig aan keisersnit nie. Dit bly egter 'n baie moeilike kategorie om te bestudeer aangesien by 'n groot persentasie van premature babas in stuitligging die moeders geassosieerde letsels het wat abdominale verlossing vereis.

In Swede het die insidensie van keisersnitte ook van 20 - 50% toegeneem in die jare 1972 tot 1977.⁸ Hierdie syfer stem dus ooreen met dié in die Amerikaanse en Britse literatuur.⁹⁻¹¹

Die volgende riglyne kan gebruik word om te selekteer vir vaginale verlossing:

Kliniese faktore

Maturiteit, kongenitale abnormaliteite, fetale grootte, tipe stuitpresentasie en bekkengrootte moet in aanmerking geneem word. Hierdie faktore word in besonderhede deur Seeds en Cefalo² bespreek. Volgens die Zatuchni-Andros-sisteem voorspel 'n telling van minder as 4 'n swak prognose vir die fetus en keisersnit is aangedui; 'n telling van 4 of meer dui op 'n gunstige prognose vir vaginale verlossing.

Spesiale ondersoek

Ultraklank kan help om 'n akkurate skatting van die fetale massa te maak.¹² Dit is veral belangrik in die lae geboortemassa-groep. Ultraklank is ook van waarde in die opsporing van sagteweefselafwykings soos 'n meningomiëloseel of anensefalie. Radiologie is van belang om hiperekstensie van die kop op te spoor¹ asook vir pelvimetrie.¹³ Dit kan ook help om

die tipe stuitpresentasie vas te stel en sekere aangebore afwykings soos anensefalie, hidrosefalus en spina bifida te onderskei.

Die resultate verkry by Tygerberg-hospitaal vergelyk redelik goed met dié oorsee. In Tygerberg-hospitaal is 48,5% van lewendgeboortes in stuitligging vaginaal verlos en 51,5% per keisersnit; in die literatuur wissel hierdie syfer van 40:60% tot 50:50%. Die gevolgtrekking uit hierdie studie is dat die huidige beleid m.b.t. stuitverlossing in Tygerberg-hospitaal aanvaarbaar is in die lig van die huidige mening in die literatuur.

Ons dank aan mej. S. Holtzhausen vir die voorbereiding van die manuskrip.

VERWYSINGS

1. US Department of Health and Human Services. *Cesarean childbirth*. NIH Publication No. 82 - 2067, Bethesda, Md: Public Health Service National Institutes of Health, 1981.
2. Seeds JW, Cefalo RC. Malpresentations. *Clin Obstet Gynecol* 1982; **25**: 145-156.
3. Collea JV, Chain C, Quilligan EJ. The randomized management of term frank breech presentation: a study of 208 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1980; **137**: 235-241.
4. Gimovsky ML, Petrie RH, Todd WD. Neonatal performance of the selected term vaginal breech delivery. *Obstet Gynecol Surv* 1981; **36**: 244-246.
5. Ulstein M. Breech delivery. *Obstet Gynecol Surv* 1981; **36**: 129-130.
6. Worthington D, Davis LE, Graz JP, Sobocinski K. Factors influencing survival and morbidity with very low birth weight delivery. *Obstet Gynecol* 1983; **62**: 550-555.
7. Cox C, Kendall AC, Hommers M. Changed prognosis of breech-presenting low birth weight infants. *Obstet Gynecol Surv* 1983; **38**: 405-408.
8. Bistoletti P, Nisell H, Paline C, Lagercrantz H. Term breech delivery: early and late complications. *Obstet Gynecol Surv* 1982; **37**: 91-93.
9. MacNaughton MC. Management of labor — British style. *Clin Obstet Gynecol* 1982; **25**: 137-144.
10. Collea JV. Current management of breech presentation. *Clin Obstet Gynecol* 1980; **23**: 525-531.
11. Gimovsky ML, Wallace RL, Schifrin BS, Paul RH. Randomized management of the nonfrank breech presentation at term: a preliminary report. *Obstet Gynecol Surv* 1983; **38**: 608-611.
12. De Vore GR, Berkowitz RL. The use of portable realtime ultrasound in the assessment of fetal weight during labor in the high-risk patient. *Clin Obstet Gynecol* 1982; **25**: 203-213.
13. Ridley WJ, Jackson P, Stewart JH, Boyle P. Role of antenatal radiography in the management of breech deliveries. *Obstet Gynecol Surv* 1983; **38**: 29-30.