



Wanneer is induceren in een ongecompliceerde zwangerschap geïndiceerd?



**Dr. Dehaene Isabelle, gynaecoloog,
Vrouwenkliniek, Universitair Ziekenhuis
Gent**

Inleiding

Meer dan 90% van de evolutieve zwangerschappen eindigt in een à terme geboorte. Wanneer een cliënte geïnduceerd wordt, worden de contracties kunstmatig opgewekt, middels mechanische of medicamenteuze stimulatie of het artificieel breken van de vliezen. Wereldwijd wordt 10% van de arbeiden geïnduceerd (WHO, 2020). De regionale verschillen zijn echter groot. In 2021 was het inductiepercentage in Vlaanderen 27% en kenden 61,4% van de bevallingen een spontane arbeid (Goemaes et al., 2022). De kans op een inductie was hoger bij patiënten van 40 jaar of meer, patiënten met overgewicht of obesitas, patiënten met diabetes of hypertensie en primipara (Goemaes et al., 2022). Wanneer er zich een complicatie voordoet in de zwangerschap heeft een inductie een duidelijke medische indicatie. Wat onduidelijker is, is op welke termijn de zwangerschapsduur op zich een indicatie voor inductie wordt. Belangrijke uitkomsten om na te gaan zijn de neonatale morbiditeit en perinatale mortaliteit, alsook de potentieel negatieve invloed op de moeder. In drie grote gerandomiseerde onderzoeken werd nagegaan of inductie bij een bepaalde termijn gunstigere uitkomsten kende, dit zijn de “ARRIVE” (Grobman et al., 2018), “INDEX” (Keulen et al., 2019) en de “SWEPIs” studie (Wennerholm et al., 2019). In dit artikel zullen deze drie studies besproken worden. In de ARRIVE-studie wordt nagegaan of er verschillen zijn in uitkomsten tussen cliënten die ingeleid worden op 39 weken en cliënten waarbij een afwachtend beleid wordt aangehouden. De INDEX-studie en de SWEPIs-studie onderzochten verschillen in uitkomsten tussen

inductie op 41 en 42 weken.

De evidentie voor inductie in à terme laagrisico zwangerschappen werd in 2020 samengevat in een Cochrane review (Middelton et al., 2020).

De ARRIVE studie (Grobman et al., 2018)

Hypothese en PICO

Bij laagrisico nullipara verlaagt electieve inductie van de arbeid op 39 weken het risico op een samengestelde uitkomst van perinatale sterfte en ernstige neonatale complicaties, vergeleken met een afwachtend beleid.

P - patiënt: laagrisico nullipara zwanger van een éénling in hoofdligging

I - interventie: inductie op 39 weken

C - vergelijking: afwachtend beleid tot minstens 40⁺⁵ en maximaal 42⁺² weken

O - uitkomst: samengestelde uitkomst van perinatale mortaliteit en neonatale ernstige morbiditeit

Studiedesign

Het betrof een multicentrische, gerandomiseerde, gecontroleerde, parallel lopende, niet geblindeerde studie in 41 centra in de Verenigde Staten.

De cliënten werden benaderd tussen 34 en 38⁺⁶ weken. Wanneer zij een levende éénling in hoofdligging droegen en geen contra-indicaties hadden om vaginaal te bevallen werd interesse in deelname bevestigd. Een zwangerschap met een laagrisico op complicaties werd gedefinieerd als de afwezigheid van een ma-



ternale of foetale indicatie voor verlossing voor 40⁺⁵ weken. De cliënten die interesse toonden werden opnieuw geëvalueerd voor mogelijkheid tot deelname tussen 38 en 38⁺⁶ dagen. De cliënten die voldeden aan de inclusiecriteria en bereid waren deel te nemen werden één op één gerandomiseerd naar inductie of afwachten. Inductie vond plaats tussen 39 en 39⁺⁴ dagen. Bij een afwachtend beleid was inductie mogelijk vanaf 40⁺⁵ tot maximum 42⁺² weken. Er was geen vast beleid over hoe een inductie moest verlopen.

Uitkomsten

De primaire uitkomst was een samenstelling van perinatale sterfte en ernstige neonatale complicaties, zijnde de nood aan respiratoire ondersteuning binnen de 72 uur na geboorte, een Apgar-score van 3 of minder op 5 minuten, hypoxisch-ischemische encefalopathie, epileptische aanval, bevestigde sepsis of pneumonie, meconium aspiratie syndroom, geboortetrauma (fractuur, neurologische schade, retinale bloeding), intracraniale of subgaleale bloeding of hypotensie die ondersteuning met vasopressoren vereist.

De belangrijkste secundaire uitkomst was keizersnede.

Vooraf bepaalde subgroepen waren ras/ethniciteit, leeftijd van meer of minder dan 35 jaar, body mass index (BMI) van meer of minder dan 30Kg/m² en een gemodificeerde Bishop score van meer of minder dan 5.

Statistische analyses

De grootte van de steekproef werd berekend op basis van een verwachte incidentie van de primaire uitkomst in de groep met afwachtend beleid van 3,5%. Voor een 40% daling in optreden van de primaire uitkomst in de inductie groep, een kans om de nulhypothese onterecht niet te verwerpen van 15% (dus een power van 85%) en afwijken van het studieprotocol door 7,5% van de vrouwen, was een steekproef van 6000 cliënten aangewezen. Het intention-to-treat principe werd gevolgd, dit houdt in dat vergelijkingen gemaakt werden op basis van groepstoewijzing, niet op basis van het uiteindelijke beleid. Er werd een interim analyse uitgevoerd die aantoonde dat in de finale analyse

van de primaire uitkomst statistische significantie bereikt wordt wanneer de p-waarde minder dan 0,046 is (in plaats van minder dan 0,05). Ontbrekende data werden niet opgenomen. Er werden wel sensitiviteitsanalyses uitgevoerd waarbij patiënten die hun toestemming tot deelname introkken of verloren werden voor verdere follow-up op verschillende manieren gemanipuleerd werden.

Resultaten

Van maart 2014 tot augustus 2017 werden 50.581 patiënten gescreend. Van de 22.533 vrouwen die voldeden aan de inclusiecriteria gaven er 6106 (27%) geïnformeerde toestemming: 3062 cliënten werden gerandomiseerd naar de inductiegroep, 3044 naar de afwachtende groep. De karakteristieken van de twee groepen waren vergelijkbaar behalve dat er in de inductiegroep meer cliënten waren met een verlies van de zwangerschap in de voorgeschiedenis (22,8% vs. 25,6%, p=0,01). Tien cliënten werden niet langer opgevolgd (geen verdere opvolging of terugtrekken toestemming): 3 in de inductiegroep en 7 in de afwachtende groep. Het protocol werd niet gevolgd door 184 (6%) van de vrouwen in de inductiegroep en 140 (4,6%) in de afwachtende groep.

De primaire uitkomst deed zich voor bij 4,3% van de neonaten in de inductiegroep en 5,4% in de groep met een afwachtend beleid (relatief risico (RR) = 0,80, 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) [0,64-1,00], p=0,049). Er was geen verschil in bevindingen bij de sensitiviteitsanalyses. Er waren geen verschillen tussen de subgroepen. Er was een significant verschil in het aantal keizersnedes en dit in het voordeel van de inductiegroep (18,6 vs. 22,2%, RR = 0,84, 95% BI [0,76-0,93], p<0,001).

Kritische blik

Om het effect van een behandeling na te gaan is het belangrijk dat gelijkaardige groepen vergeleken worden en dat de behandeling goed gespecificeerd wordt (Hernan, 2004; Hernan & Taubman, 2008; Hernan & VanderWeele, 2011). Het randomiseren van cliënten heeft als doel om deze gelijkaardige groepen te maken. We zien dan ook dat bij de start van de studie de karakteristieken van de cliënten in beide groepen, behoudens voor voorgeschiedenis van verlies van een zwangerschap, gelijk verdeeld





zijn. Echter, in de loop van de studie zijn er cliënten waarvan we de uitkomst niet kennen of die het protocol niet gevolgd hebben. Deze cliënten zorgen ervoor dat de groepen onderling mogelijk toch niet meer uitwisselbaar zijn, wat de resultaten minder betrouwbaar maakt. Er bestaan evenwel statistische technieken die deze problematiek kunnen aanpakken, doch deze werden niet toegepast in deze studie (Hernan, 2012). De resultaten moeten dus met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Een bijkomende reden voor voorzichtigheid in de interpretatie van de resultaten van deze studie, is dat de behandeling niet goed gedefinieerd werd. Men spreekt over “inductie” als de behandeling, echter er zijn tal van manieren om een arbeid te induceren. Het is evenwel niet ondenkbaar dat de uitkomsten van deze studie beïnvloed kunnen worden door de manier van inductie. Mijns inziens is dit de belangrijkste beperking van deze studie. Zelfs als het effect van inductie groter geweest zou zijn, waardoor we nog meer geneigd zouden zijn om de resultaten van de studie mee te nemen in de dagelijkse praktijk, dan nog zou de vraag geweest zijn: op welke manier moet ik mijn patiënte induceren om een betere perinatale uitkomst en een lager keizersnedepercentage te bekomen?

Tot slot is de kans reëel dat deze studie niet generaliseerbaar is naar onze Belgische setting. Alleen al de BMI van de Amerikaanse vrouw is hier getuige van (mediaan 30Kg/m² interkwartiel range 27-35Kg/m²). Hoewel we in Vlaanderen wat dat betreft misschien ook de ‘goede’ weg aan het opgaan zijn.

De INDEX studie (Keulen et al., 2019)

Hypothese en PICO

Bij laagrisico vrouwen werd afwachten met inductie tot 42 weken, vergeleken met inductie op 41⁺⁰⁻¹ weken, aanvaardbaar als het niet leidt tot een substantieel grotere proportie van vrouwen met negatieve perinatale uitkomsten.

P - patiënt: laagrisico nulli- of multipara zwanger van een éénling in hoofdligging

I - interventie: afwachtend beleid en inductie op 42 weken

C - vergelijking: inductie op 41⁺⁰⁻¹ weken

O - uitkomst: samengestelde uitkomst van perinatale mortaliteit en neonatale morbiditeit

Studiedesign

Het betrof een multicentrische, gerandomiseerde, gecontroleerde, open label, non-inferiority studie in 123 eerstelijnscentra en 45 tweede lijn ziekenhuizen in Nederland. Laagrisico patiënten gevolgd in de eerste lijn konden thuis, in geboortecentra of in het ziekenhuis bevallen.

Cliënten met een levende éénling in stabiele hoofdligging zonder contra-indicaties om vaginaal te bevallen of om een afwachtend beleid aan te houden, werden uitgenodigd deel te nemen. Op 40 weken werden de cliënten reeds geïnformeerd over de studie. Interesse in deelname werd tussen 40⁺⁵ en 41 weken nagegaan. Wanneer zij toestemming gaven werd er een vaginaal onderzoek uitgevoerd om de Bishop score te bepalen. Strippen was toegelaten. Er gebeurde gepermuteerde blokrandomisatie met stratificatie per centrum. Inductie vond plaats op 41 of 41⁺¹ weken. Bij een afwachtend beleid gebeurde inductie op 42 weken. Er was geen vast beleid over hoe een inductie moest verlopen.

Uitkomsten

De primaire uitkomst was een samenstelling van perinatale sterfte en neonatale morbiditeit, zijnde de opname op de neonatale intensieve zorgen, een Apgar-score van 7 of minder op 5 minuten, een arteriële pH < 7,05, intracraniale bloeding, meconium aspiratie syndroom of brachiale plexus geboortetrauma.

Instrumentele bevalling (vacuümextractie, gebruik forceps, keizersnede) was een secundaire uitkomst.

Statistische analyses

De grootte van de steekproef werd berekend op basis van een verwachte incidentie van de primaire uitkomst van 3%. De non-inferiority grens werd, na multidisciplinair overleg, gelegd op een 2% risicoverschil in de incidentie van de primaire uitkomst in het voordeel van inductie. Er zou besloten worden tot non-inferiority als de ondergrens van het 95% BI van het risicoverschil een 2% hogere proportie van vrouwen met de primaire uitkomst in de groep met afwachtend beleid excludeert.

Voor een éénzijdige alfa van 0,05 en een power van 80%, was een steekproef van 1800 cliën-



ten aangewezen. Het intention-to-treat principe werd gevolgd. Er werd een interim analyse uitgevoerd. Er waren geen ontbrekende uitkomsten.

Resultaten

Van 14 mei 2012 tot 17 maart 2016 werden 6088 cliënten benaderd, waarvan er 1815 toestemming gaven en gerandomiseerd werden. Na randomisatie trok één cliënte van de inductiegroep haar toestemming in en bleken 13 patiënten niet te voldoen aan de inclusiecriteria (zes in de inductiegroep en zeven in de afwachterende groep). De karakteristieken van de twee groepen waren vergelijkbaar behalve wat betreft de pariteit: 50,8% van de vrouwen in de inductiegroep waren nullipara, ten opzichte van 56,7% in de afwachterende groep. In de inductiegroep gingen 28,9% van de vrouwen spontaan in arbeid, 71,1% werd geïnduceerd en 4,8% werd geïnduceerd op 41⁺² weken of meer. In de groep met afwachterende beleid ging 73,7% spontaan in arbeid en 26,3% werd geïnduceerd. Van de vrouwen die geïnduceerd werden, vond bij 35,9% de inductie plaats op 42 weken, 27,4% werd om medische reden eerder geïnduceerd en 36,7% werd op vraag vroeger geïnduceerd. De primaire uitkomst deed zich voor bij 1,7% van de neonaten in de inductiegroep en 3,1% in de groep met een afwachterend beleid (absoluut risicoverschil -1,4%, 95% BI [-2,9-0,0], number needed to treat 69, 95% BI [35-3059]). De p-waarde voor non-inferiority was 0,22, wat betekent dat men niet kon concluderen dat een afwachterend beleid leidt tot 2% of meer toename in de primaire uitkomst vergeleken met inductie. De meest voorkomende negatieve uitkomst in de samengestelde uitkomst was een Apgar-score van minder dan 7 op vijf minuten (1,2% in de inductiegroep, 2,6% in de groep met afwachterend beleid, RR 0,48, 95% BI [0,23-0,98]). Van alle 15 neonaten die voldeden aan de primaire uitkomst in de inductiegroep, hadden er 11 (73,3%) een Apgar-score < 7. In de afwachterende groep was dat 64,3% (18/28). De arteriële pH werd uiteindelijk niet meegenomen in de uitkomst omdat er te veel ontbrekende waarden waren. Wanneer er gekeken werd naar een Apgar-score < 4, was er wel sprake van non-inferiority van het afwachterend beleid. In dat geval kwam de primaire uitkomst voor in 0,4% van de neonaten in de inductiegroep en 1,3% in de groep met afwachterend beleid (risicoverschil

-0,9%, 95% BI [-1,9-0,2], p-waarde voor non-inferiority = 0,02).

Er was geen verschil in het aantal keizersnedes (10,8% in beide groepen, 18,6% van de nullipara vrouwen in de inductiegroep en 18% van de nullipara in de afwachterende groep).

Kritische blik

Ook in deze studie wordt de manier van induceren niet vastgelegd in het protocol, wat het moeilijk tot onmogelijk maakt om deze studie te vertalen naar de praktijk. Bovendien was het eveneens toegelaten om op het moment van randomisatie de patiënte te strippen, wat de uitkomst kan beïnvloeden hebben.

Opnieuw bestaat de kans dat deze studie niet generaliseerbaar is naar onze Belgische setting, dit met name gezien het verschil in antenatale opvolging, waar in deze studie het merendeel wordt opgevolgd in de eerste lijn, in tegenstelling tot onze klinische praktijk. Mogelijk verschillen de Vlaamse en Nederlandse populatie ook op vlak van bereidwilligheid om langer dan 41 weken zwanger te zijn. Een groot deel van de patiënten in de groep met afwachterend beleid koos uiteindelijk toch voor inductie.

De SWEPIs studie (Wennerholm et al., 2019)

Hypothese en PICO

Bij gezonde vrouwen met een laag risico éénlingzwangerschap is electieve inductie van de arbeid op 41⁺⁰⁻² weken superieur aan een afwachterend beleid en inductie op 42⁺⁰⁻¹ weken wat betreft perinatale uitkomst.

P - patiënt: laag risico vrouwen zwanger van een éénling in hoofdligging

I - interventie: inductie op 41⁺⁰⁻² weken

C - vergelijking: afwachterend beleid en inductie op 42⁺⁰⁻¹ weken

O - uitkomst: samengestelde perinatale uitkomst van mortaliteit en morbiditeit

Studiedesign

Het betrof een multicentrische, gerandomiseerde, gecontroleerde, open label superioriteitsstudie op gegevens van 14 Zweedse centra die opgenomen zijn in de Zweeds geboorteregister. Cliënten kwamen in aanmerking als ze zwanger waren van een éénling in hoofdligging op een





termijn van 40⁺⁶ tot 41⁺¹ weken, 18 jaar of ouder waren en geïnformeerde toestemming gaven. Ze mochten geen contra-indicaties hebben om vaginaal te bevallen of medische condities ontwikkelen die het verloop van de zwangerschap beïnvloedden. Randomisatie werd één op één uitgevoerd tussen 40⁺⁶ en 41⁺¹ weken. Inductie in de inductiegroep vond plaats binnen de 24 uur na randomisatie, maar niet voor 41 weken. Bij een afwachtend beleid werd de arbeid geïnduceerd op 42⁺⁰⁻¹ weken. Er was een enigszins vast beleid over hoe een inductie moest verlopen: amniotomie werd uitgevoerd bij een ingedaald hoofd en een Bishop score van ≥ 6 bij primipara en ≥ 5 bij multipara, gevolgd door een oxytocine infuus na één à twee uur indien er geen spontane regelmatige contracties waren. Bij onvoldoende indaling of een ongunstige cervix was er de keuze uit mechanische dilatatie met een Foley-catheter, orale of vaginale misoprostol of vaginaal dinoproston.

Uitkomsten

De primaire uitkomst was een samenstelling van perinatale sterfte (doodgeboorte en neonatale sterfte) en perinatale morbiditeit, zijnde mechanische ventilatie binnen de 72 uur na geboorte, een Apgar score van 7 of minder op 5 minuten, arteriële pH $< 7,00$ of metabole acidose (pH $< 7,05$ en base-excess > 12 mmol/L), hypoxisch-ischemische encephalopathy graad 1-3, epileptische aanval, meconium aspiratie syndroom, brachiale plexus geboortetrauma of intracraniale bloeding.

Ook in deze studie was keizersnede één van de secundaire, en tevens belangrijke, uitkomsten.

Vooraf bepaalde subgroepen waren nullipariteit, leeftijd van meer of minder dan 35 jaar en een BMI van meer of minder dan 30Kg/m².

Statistische analyses

De grootte van de steekproef werd berekend op basis van een verwachte incidentie van de primaire uitkomst in de groep met afwachtend beleid van 2,7%. Voor een derde daling in optreden van de primaire uitkomst in de inductie groep, een kans om de nulhypothese onterecht niet te verwerpen van 20% (dus een power van 80%) en afwijken van het studieprotocol door 10% van de vrouwen en superioriteitstesting was een steekproef van 10.038 cliënten aangewezen. Het intention-to-treat principe werd gevolgd. Voor de primaire uitkomst werd de Fisher's exact test gebruikt.

Cliënten die hun toestemming tot deelname introkken of verloren werden voor verdere follow-up werden geëxcludeerd uit de analyses.

Er werd een interim analyse uitgevoerd die ertoe geleid heeft dat de studie vroegtijdig stopgezet werd. Er was immers significant meer perinatale mortaliteit in de groep met afwachtend beleid.

Resultaten

Er werd gerekruteerd van 20 mei 2016 tot 13 oktober 2018. Er werden 2762 vrouwen gerandomiseerd, waarvan 1383 in de inductiegroep en 1379 in de afwachtende groep.

Er waren geen gevallen van perinatale sterfte in de inductiegroep en zes in de afwachtende groep, vijf gevallen van mors in utero en één vroeg neonatale sterfte (p=0,03).

In de inductiegroep gingen 14,1% van de vrouwen spontaan in arbeid, 85,5% werd geïnduceerd en 0,4% kreeg een primaire keizersnede.

In de groep met afwachtende beleid ging 66,7% spontaan in arbeid, 33,1% werd geïnduceerd en 0,1% kreeg een primaire keizersnede. De primaire uitkomst kwam voor in 2,4% van de cliënten in de inductiegroep en 2,2% in de afwachtende groep (RR 1,06, 95% BI [0,65-1,73], p=0,90). Er was geen verschil in de proportie van keizersnedes tussen de groepen (10,4 vs. 10,7%, RR 0,96, 95% BI [0,78-1,20], p=0,79). Er waren geen verschillen tussen de subgroepen wat betreft de primaire uitkomst en geen verschil in voor-



komen van keizersnedes tussen de groepen bij nullipara.

Kritische blik

Gezien deze studie op basis van de interim analyse gestopt moest worden, is het niet mogelijk om te concluderen dat er geen verschil is in primaire uitkomst tussen inductie en afwachtend beleid. Wat geconcludeerd kan worden is dat het risico op perinatale sterfte bij à terme vrouwen stijgt met de zwangerschapsduur en dat inductie van de arbeid dit in de overgrote meerderheid kan vermijden.

Ook in deze studie werden geen aanvullende statistische technieken toegepast om te corrigeren voor de patiënten waarvan de uitkomstdata om welke reden ook niet gekend zijn. Hoe een inductie gebeurde, werd beter omschreven, maar bleef relatief vrijblijvend.

Qua BMI is de patiëntenpopulatie vergelijkbaar met de Vlaamse zwangere populatie. In beide populaties is de gemiddelde BMI 25Kg/m² (SPE, 2021).

De SWEPIIS en INDEX studie kunnen enkel gebruikt worden voor counseling van patiënten die 41 weken bereiken.

De Cochrane review (Middleton P, 2020)

Studies die à terme laagrisico cliënten randomiseerden naar inductie van de arbeid of een afwachtend beleid werden geïncludeerd, dit waren er 34. De primaire uitkomst was perinatale sterfte. De modus partus was een secundaire uitkomst. De rigoureuze Cochrane methodologie werd gehanteerd. Acht RCT's onderzochten inductie voor 41 weken, zes inductie tussen 40 en 41 weken en 20 inductie vanaf 41 weken. In de meeste studies werden zowel primi- als multipara geïncludeerd. De wijze van inductie varieerde tussen de studies, alsook de intensiteit en manier van opvolging bij een afwachtend beleid. Het risico op bias was laag tot matig in de meeste studies. De primaire uitkomst werd in 22 studies beschreven. Er waren minder perinatale sterftes in de inductiegroepen dan in de groepen met een afwachtend beleid: 4 versus 25 (RR 0,31, 95% BI [0,15-0,64], 18.795 kinderen, evidentie met hoge zekerheid). De proporties perinatale sterfte in de groepen met een afwachtend beleid namen toe met de zwangerschapsduur: 3,5 sterftes per 1000 geboortes (19/5437) bij 42

Een goede counseling van de patiënte en haar eventuele partner en het maken van een gedeelde geïnformeerde beslissing is bij laagrisico cliënten de sleutel tot de beslissing tot al dan niet inductie, alsook de termijn waarop. De mate van rijpheid van de baarmoederhals kan hierin een rol spelen. Het verderzetten van een zwangerschap na 42 weken is tegenaangewezen.

weken of meer, 2,6 sterftes per 1000 (1/380) bij 40 tot 41 weken en 1,2 per 1000 (4/3443) voor 39 weken. De number needed to treat om één perinatale sterfte te voorkomen is 544 (95% BI [441-1042]). Er waren mogelijk minder keizersnedes in de inductiegroepen vergeleken met de afwachtende groepen (RR 0,90, 95% BI [0,85-0,95], 31 studies, 21.030 vrouwen, evidentie met matige zekerheid).

Besluit

Inductie van de arbeid voorkomt perinatale sterfte. Het aantal inducties dat moet gebeuren om één sterfte te voorkomen is evenwel hoog (544) (Middleton et al., 2020). Dat betekent dat als je jaarlijks alle bevallingen van éénlingen in Vlaanderen zou inleiden, je dan ongeveer 110 sterftes zou voorkomen. In 2020 zijn er in Vlaanderen 397 kinderen perinataal overleden (één- en meerlingen, ≥ 22 weken), waarvan 73 bij een termijn van 37 weken of meer (SPE, 2021). Dit toont mogelijk dat de data uit deze studies niet extrapoleerbaar zijn naar de Vlaamse setting. Dit neemt evenwel niet weg dat het logisch is dat het risico op perinatale sterfte à term toeneemt met toenemende zwangerschapsduur. Of het risico op een keizersnede toeneemt is minder duidelijk. Vermoedelijk zal dit met name afhangen van de Bishopscore bij het begin van de arbeid, alsook de manier van induceren. Een goede counseling van de patiënte en haar eventuele partner en het maken van een gedeelde geïnformeerde beslissing is bij laagrisico cliënten de sleutel tot de beslissing tot al dan niet inductie, alsook de termijn waarop. De mate van rijpheid van de baarmoederhals kan hierin een rol spelen. Het verderzetten van een zwangerschap na 42 weken is tegenaangewezen.





Referenties

- Goemaes, R., Fomenko, E., Laubach, M., De Coen, K., Roelens*, K. & Bogaerts*, A. (2022). Perinatale gezondheid in Vlaanderen – Jaar 2021. Brussel: Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie.
- Grobman A., Rice M., Reddy U., Tita A., Silver R., Mallett G. et al. (2018). Labor induction versus expectant management in low-risk nulliparous women. N Eng J Med, 379(6), p. 513-523.
- Hernan M. (2004). A definition of causal effect for epidemiological research. J Epidemiol Community Health, 58, p. 265-271.
- Hernan M. & Taubman S. (2008). Does obesity shorten life? The importance of well-defined interventions to answer causal questions. Int J Obesity, 32, p. S8-S14.
- Hernan M. & VanderWeele T. (2011). Compound treatments and transportability of causal inference. Epidemiology, 22(3), p. 368-377.
- Hernan M. (2012). Beyond exchangeability: the other conditions for causal inference in medical research. Stat Methods Med Res, 21(1), p 3-5.
- Keulen J., Bruinsma A., Kortekaas J., van Dillen J., Bossuyt P., Oudijk M. et al. (2019). Induction of labour at 41 weeks versus expectant management until 42 weeks (INDEX): multicentre, randomised non-inferiority trial. BMJ, 364:l344.
- Middleton P., Shepherd E., Morris J., Crowther C. & Gomersall J. (2020). Induction of labour at or beyond 37 weeks' gestation. Cochrane Database of Systematic Reviews, Uitgave 7, Art. No.: CD004945.
- Wennerholm U.B., Saltvedt S., Wessberg A., Alkmark M., Bergh C., Wendel S.B. et al. (2019). Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEdish Post-term Induction Study, SWEPIIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial. BMJ, 367:l6131.
- World Health Organization. (2000). Managing complication in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Beschikbaar op <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565493>. Geraadpleegd op 12 november 2022.

Het artikel van Dr. Dehaene en het artikel van de Werkgroep Wetenschappelijke Onderzoek kent een vrij ruime overlap. Er is voor gekozen deze allebei integraal op te nemen. Het toont aan dat onafhankelijke bronnen tot dezelfde resultaten komen en het bevestigt de besluiten waarbij de accenten toch kunnen verschillen. Het weglaten van een deel binnen het artikel van de Werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek zou de sterkte van het artikel schaden waarbij naast de medische resultaten het onderwerp vanuit wetenschappelijk onderzoek ook holistisch wordt benaderd.

Vragen i.v.m. het beroep vroedvrouw?

Stuur uw vraag naar info@vroedvrouwen.be. We zoeken met u naar een antwoord. Neem ook een kijkje op de FAQ op de site www.vroedvrouwen.be. Samen evolueren we naar een sterkere vroedvrouw in Vlaanderen.