

PERINATALE ACTIVITEITEN IN VLAANDEREN 2013

Redactie

H. Cammu, E. Martens, G. Martens, C. Van Mol, Y. Jacquemyn



Vzw Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE)

Het verzamelen, het verwerken en het publiceren door het SPE werd uitgevoerd met de steun van Zorg en Gezondheid, in opdracht van de minister bevoegd voor het gezondheidsbeleid.

Gegevens uit het jaarboek zijn vrij te gebruiken door derden mits correcte referentie.

Referentie:

Perinatale Activiteiten in Vlaanderen 2013
H. Cammu, E. Martens, G. Martens, C. Van Mol, Y. Jacquemyn
SPE, Brussel, 2014



INHOUD

INHOUD.....	ii
WOORD VOORAF.....	iii
ORGANOGRAM.....	1
GEGEVENS.....	2
DEFINITIES: laten we elkaar goed begrijpen.....	4
1 HET JAAR 2013 IN CIJFERS	5
2 AANTAL GEBOORTEN IN VLAANDEREN	7
3 PARITEIT	9
4 LEEFTIJD VAN DE MOEDER BIJ DE VERLOSSING.....	10
5 HOE ONTSTAAT DE ZWANGERSCHAP.....	12
6 EVOLUTIE VAN HET AANTAL MEERLINGZWANGERSCHAPPEN.....	13
7 DUUR VAN DE ZWANGERSCHAP	15
8 GEBOORTEGEWICHT	16
9 GESLACHT.....	17
10 LIGGING VAN HET KIND.....	18
11 INLEIDING VAN DE BARING.....	21
12 EPIDURALE ANALGESIE.....	22
13 WIJZE VAN VERLOSSING	24
14 EPISIOTOMIE.....	31
15 AANGEBOREN MAJEURE MISVORMINGEN	32
16 PERINATALE STERFTE	34
17 NEONATALE MORBIDITEIT	42
18 MATERNALE STERFTE	50
Blikvangers 2013	52

WOORD VOORAF

Het **zevenentwintigste (27)** jaarverslag van het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE) is klaar. Directeur Evelyne Martens en haar medewerkers halen opgelucht adem want het was weer een rush tegen de tijd en, vooral, tegen de stroom van steeds opnieuw opduikende hindernissen. Beeldt u in, het centrum verwerkt jaarlijks drie-en-een-half-miljoen gegevens, verzendt tienduizenden foutmeldingen naar de verschillende kraamklinieken, volgt de correcties op en bij logistieke problemen gaat een medewerker ter plaatse om hulp te bieden.

Zodra het jaarverslag er is, krijgt elke kraamafdeling een exemplaar. De PDF wordt verspreid op de website van Zorg & Gezondheid. www.zorg-en-gezondheid.be/ Vervolgens ontvangt iedere materniteit een afzonderlijk eigen jaarverslag. Daarin staat eveneens vermeld hoe die welbepaalde materniteit zich verhoudt tot alle andere Vlaamse kraamklinieken. We hopen dat wanneer de artsen hun eigen resultaten vergelijken met die van de andere klinieken daar een zekere graad van zelfregulering uit volgt. Althans zo leert ons de psychologie: “mensen hebben minder stress en zijn rustiger als ze grotendeels hetzelfde doen, op elkaar beginnen lijken en zich opgenomen voelen in een groter geheel.” Tot zover de psychologen. Feit is dat de jaarrapporten sterk op elkaar gelijken jaar na jaar. De verschillen situeren zich vaak in de details. Redelijkerwijze mag je hieruit besluiten dat er een standvastigheid is in de manier waarop we in Vlaanderen verloskunde en neonatologie bedrijven. Toch mogen we niet zelfgenoegzaam achterover leunen, rietje in de mond. Het kan altijd beter. Pre-conceptueel en prenataal is er nog veel te doen aan gedragswijzigingen bij de vrouw (roken, gewicht, werkomstandigheden et cetera.) Onze verloskunde is (te) sterk gebaseerd op technologie (inductie, epidurale, episiotomie, sectio). Door het uitstellen van de zwangerschap hebben we teveel nood aan vruchtbaarheidsbevorderende technologie. Onze grootste kopbreker is ongetwijfeld de zorg voor de extreem premature baby. Hier ontmoeten hoogtechnologische geneeskunde en levensbeschouwing elkaar. Hoewel alsmat jongere en lichtere baby's in leven worden gehouden, blijft de levenskwaliteit (lees: het gevaar op mentale en fysieke handicaps) voor deze extreem kwetsbare kinderen een groot probleem.

Het SPE staat erop een rits mensen en instanties te bedanken zonder wie er gewoonweg geen jaarverslag zou zijn geweest: Zorg & Gezondheid, Kind & Gezin, de Vlaamse Vroedvrouwen (verloskundigen), de Vlaamse Gynaecologen en Kinderartsen (Neonatologen) en de talrijke verpleegkundigen, arts-assistenten in opleiding en secretariaatsmedewerkers. Dank u wel.

Prof. dr. Hendrik Cammu

ORGANOGRAM

Raad van Bestuur

Gynaecologen
Dr. A. Bekaert
Dr. R. Breughelmans
Prof. Dr. H. Cammu (o)
Prof. Dr. P. Defoort
Prof. Dr. R. Devlieger
Prof. Dr. M. Hanssens
Prof. Dr. Y. Jacquemyn (v)
Dr. A. Loccufier
Dr. K. Roelens (p)

Dagelijks Bestuur

Prof. Dr. H. Cammu
Prof. Dr. P. Van Reempts
Prof. Dr. Y. Jacquemyn
Dr. K. Roelens

Wetenschappelijke Commissie

Gynaecologen
Dr. A. Bekaert
Dr. R. Breughelmans
Prof. Dr. H. Cammu (v)
Prof. Dr. P. Defoort
Dr. B. De Keersmaecker
Prof. Dr. R. Devlieger
Dr. G. Faron
Prof. Dr. M. Hanssens
Prof. Dr. Y. Jacquemyn
Prof. Dr. L. Lewi
Dr. A. Loccufier
Dr. H. Logghe
Dr. P. Ramaekers
Dr. K. Roelens
Dr. E. Sleurs
Prof. Dr. M. Temmerman

Pediaters

Dr. K. De Coen
Prof. Dr. G. Naulaers
Dr. H. Van Hautem
Prof. Dr. P. Vanhaesebrouck
Prof. Dr. P. Van Reempts (s)

Verwerkingscentrum

Mej. E. Martens (d)
Mevr. V. De Bolle
Mej. A. Testelmans

Pediaters

Dr. K. De Coen
Dr. Ph. Jeannin
Prof. Dr. G. Naulaers
Dr. D. Van Laere
Dr. C. Van Mol
Prof. Dr. P. Vanhaesebrouck
Prof. Dr. P. Van Reempts

Informatici

Ing. G. Martens
Dhr. G. Ruyssinck
Prof. G. Van Maele

Vroedvrouwen

Dr. I. Delbaere
Mevr. M. Embo
Mevr. M. Reyns
Mevr. S. Van de Vijver
Mevr. A. Van Holsbeeck

v= voorzitter
o= ondervoorzitter
p= penningmeester
s= secretaris
d= directeur

Zorg en Gezondheid

Dr. E. Hendrickx

GEGEVENS

Het SPE gebruikt twee dossiers: het **obstetrisch en perinataal dossier** en het **neonataal dossier**. In geval van een transfer van de baby naar een neonatale afdeling, worden beide dossiers aan elkaar gekoppeld.

Het **obstetrisch en perinataal dossier** bevat 35 items:

1. partusnummer
2. geboortedatum van de moeder
3. postcode
4. geboorten voor deze zwangerschap (aantal en datum laatste bevalling)
5. keizersnede bij een vorige zwangerschap
6. pariteit
7. ontstaan van de zwangerschap (spontaan of medisch begeleide voortplanting)
8. hypertensie in deze zwangerschap
9. diabetes
10. lengte moeder
11. gewicht voor de zwangerschap
12. gewicht bij de bevalling
13. meerlingzwangerschap (zo ja, het aantal kinderen)
14. duur zwangerschap bij bevalling (zeker of schatting)
15. ligging van het kind
16. inductie van de baring
17. epidurale analgesie en / of rachi
18. foetale bewaking (CTG, STAN, MBO, auscultatie)
19. groep B streptococcon kolonisatie
20. intrapartale toediening van GBS profylaxe
21. geboortedatum
22. geboortetijdstip
23. wijze van verlossing
24. episiotomie
25. hoofdindicatie sectio
26. geboortegewicht
27. geslacht
28. apgar na 1 en 5 minuten
29. beademing van de pasgeborene
30. aangeboren majeure misvormingen
31. transfer naar N*- en/of NIC- dienst
32. doodgeboren (indien doodgeboren: overleden vóór of tijdens partus)
33. vroeg-neonatale sterfte (zo ja, datum en uur overlijden)
34. classificatie doodsoorzaak
35. maternale sterfte

Het **neonataal dossier** bevat 19 items:

1. NIC- code
2. ziekenhuiscode
3. partusnummer
4. geboortedatum van het kind
5. geboortedatum van de moeder
6. transfer
7. opnamedatum
8. reden(en) van opname
9. endotracheale beademing
10. intracraniële bloeding
11. convulsies
12. ernstige infecties
13. acute longziekten
14. aangeboren majeure misvormingen
15. ontslagdatum kind
16. bestemming van het kind
17. toestand bij ontslag
18. gegevens bij overlijden kind
19. classificatie doodsoorzaak

Bij het opstellen van deze lijst van items werd rekening gehouden met

1. de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en van de Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO).
2. het KB van 14.06.1999 dat de registratie van de geboorte bepaalt.
3. het KB van 17.06.1999 dat de registratie van de doodgeborene bepaalt.

DEFINITIES: laten we elkaar goed begrijpen

- **Verlossing**
Geboorte van één of meer kinderen met een gewicht van ≥ 500 gram uit één moeder.
- **Geboorte**
Geboorte van één kind, levend of dood, van ≥ 500 gram of van ≥ 22 weken bij onbekend geboortegewicht. Indien beiden onbekend, dan geldt een lengte van ≥ 25 cm als criterium.
- **Pariteit**
Het aantal verlossingen dat een vrouw heeft doorgemaakt.
- **Vroeggeboorte**
Bevalling vóór de 37^{ste} zwangerschapsweek.
- **Laag geboortegewicht**
Een geboortegewicht $< 2\ 500$ gram.
- **Sectio caesarea, primair**
Een sectio uitgevoerd op een gepland tijdstip, bij een zwangere met intacte vliezen en niet in arbeid.
- **Sectio caesarea, secundair**
Een keizersnede waartoe pas beslist werd tijdens de arbeid of de bevalling.
- **Foetale sterfte**
Ieder doodgeboren kind van ≥ 500 gram.
- **Vroeg-neonatale sterfte**
Overlijden van een levend geboren kind van ≥ 500 gram, vóór de 8^{ste} dag na de geboorte.
- **Perinatale sterfte**
De som van de foetale sterfte en de vroeg-neonatale sterfte.
- **Neonatale sterfte**
Overlijden van een levend geboren kind van ≥ 500 gram tot en met de 28^{ste} dag na de geboorte.
- **Post-neonatale sterfte**
Overlijden van een levend geboren kind van ≥ 500 gram, vanaf de 29^{ste} dag tot en met de 365^{ste} dag na de geboorte.
- **Zuigelingensterfte**
Overlijden van een levend geboren kind van ≥ 500 gram binnen het 1^{ste} levensjaar.
- **Foeto-infantiele sterfte**
De som van de foetale sterfte en de zuigelingensterfte.
- **Maternale sterfte**
Iedere maternale sterfte naar aanleiding van de beschreven partus, los van de oorzaak en het tijdstip van het overlijden (per of post partum) wordt geregistreerd.

1 HET JAAR 2013 IN CIJFERS

In 2013 hebben opnieuw alle **64** kraamklinieken uit het Vlaamse Gewest alsook het UZ Brussel aan de registratie deelgenomen. Het SPE beschikt eveneens over gegevens van **490** thuisbevallingen. Het SPE registreert de plaats van geboorte en niet de woonplaats van de moeder.

Tabel 1.1: Verlossingen ≥ 500 g (vrouwen)

Karakteristieken van de MOEDER	%	Totaal aantal MOEDERS (N = 66 197)
eenling	98,2	64 978
tweeling	1,8	1 202
drieling	0,02	17
pariteit		
primi	44,8	29 629
multi	55,2	36 568
ontstaan zwangerschap		
spontaan	91,2	60 391
medisch begeleide voortplanting	6,6	4 346
niet gevraagd	2,2	1 460
hypertensie		
ja	4,7	3 104
diabetes		
ja	3,3	2 191
duur zwangerschap		
≤ 31 weken	1,2	794
32 – 36 weken	6,2	4 103
≥ 37 weken	92,6	61 300
inleiding baring		
ja	23,9	15 814
epidurale analgesie		
ja	70,3	46 518
wijze van verlossing		
vaginaal	79,7	52 757
sectio caesarea	20,3	13 440

Tabel 1.2: Geboorten ≥ 500 g (pasgeborenen)

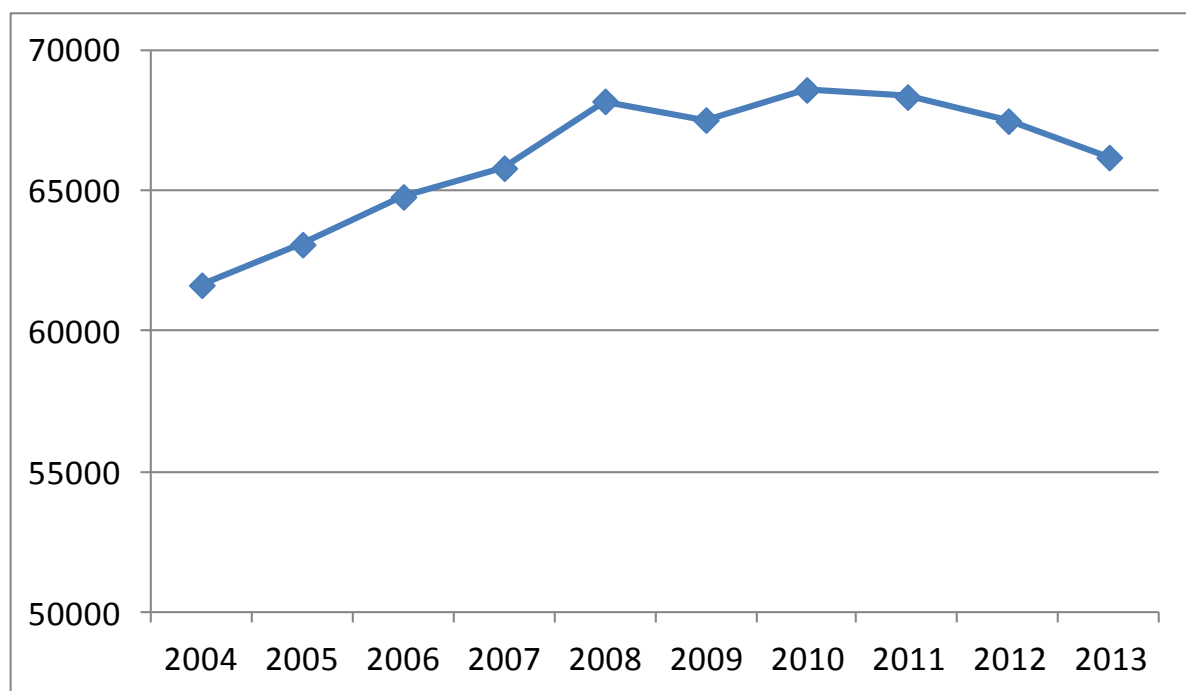
Karakteristieken van de BABY	%	Totaal aantal BABY'S (N = 67 424)
eenling	96,4	64 978
tweeling	3,6	2 397
drieling	0,1	48
ligging baby		
hoofd	94,5	63 693
stuit	5,0	3 359
dwars	0,6	372
wijze van geboorte		
spontaan	68,9	46 442
vacuümextractie	9,3	6 299
forceps	0,5	347
sectio	21,0	14 154
stuit vaginaal	0,3	182
geboortegewicht		
500 – 1 499 gram	1,2	837
1 500 – 2 499 gram	5,6	3 774
$\geq 2 500$ gram	93,2	62 813
geslacht		
mannelijk	51,4	34 667
vrouwelijk	48,6	32 755
majeure misvorming		
ja	1,1	710
transfer neonatologie		
N*	12,0	8 070
NIC	4,1	2 747
perinatale sterfte		
foetale sterfte	0,46	312
vroeg-neonatale sterfte	0,17	114
perinatale sterfte	0,63	426

2 AANTAL GEBOORTEN IN VLAANDEREN

In 2013 daalt het aantal (-1285) geboorten in Vlaanderen voor het 3^e jaar op rij. Voor de 17^e keer op rij is er een 100% ziekenhuisregistratie.

Tabel 2.1: Evolutie van het aantal geboorten en verlossingen in Vlaanderen en UZ Brussel

	geboorten BABY'S	verlossingen MOEDERS	% registratie
1991	67 143	66 082	95,5
2004	62 657	61 647	100
2005	64 228	63 094	100
2006	65 941	64 793	100
2007	66 970	65 818	100
2008	69 470	68 199	100
2009	68 774	67 534	100
2010	69 924	68 606	100
2011	69 605	68 352	100
2012	68 709	67 494	100
2013	67 424	66 197	100



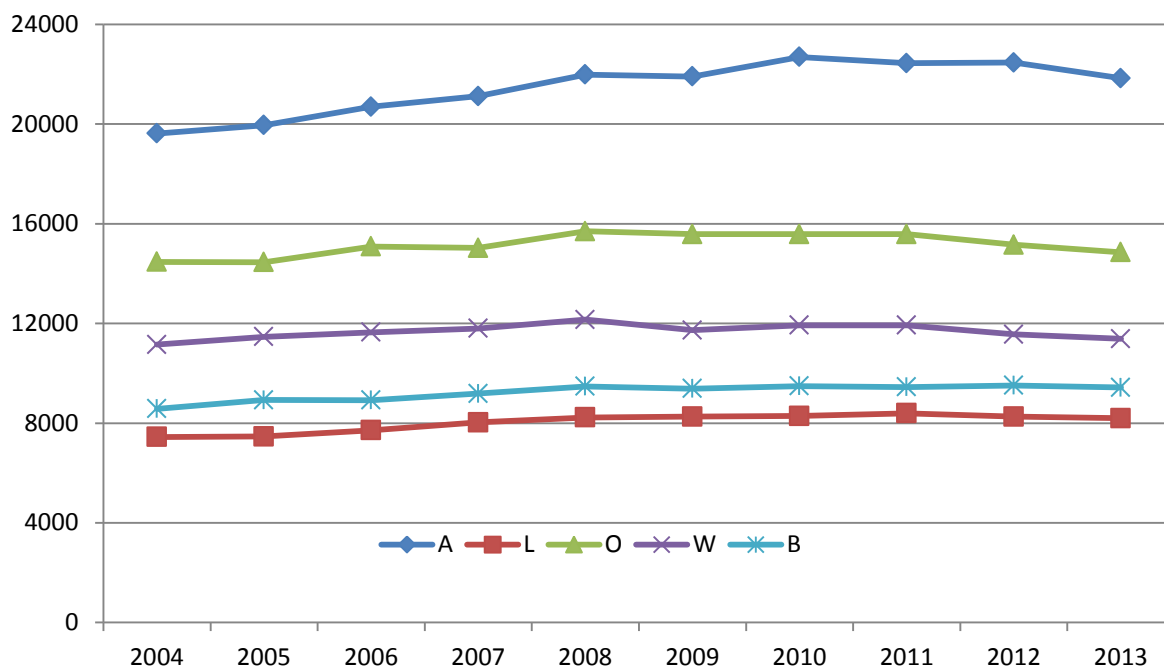
Figuur: Evolutie van het aantal verlossingen in Vlaanderen en UZ Brussel

Het aantal pasgeborenen daalt in 2013 in alle provincies.

Tabel 2.2: Evolutie van het aantal verlossingen per provincie

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
A	19 627	19 958	20 697	21 123	21 985	21 910	22 692	22 443	22 468	21 840
L	7 445	7 461	7 713	8 030	8 231	8 259	8 286	8 398	8 260	8 198
O	14 474	14 462	15 092	15 031	15 700	15 583	15 582	15 584	15 160	14 857
W	11 153	11 464	11 648	11 802	12 151	11 727	11 927	11 926	11 564	11 381
B	8 578	8 926	8 920	9 184	9 475	9 382	9 487	9 452	9 513	9 431

A= Antwerpen L= Limburg O= Oost-Vlaanderen W= West-Vlaanderen B= Vlaams-Brabant



Figuur: Evolutie van het aantal verlossingen per provincie

3 PARITEIT

Het percentage eerst barende vrouwen bedraagt 44,8 %, het laagste in 17 jaar. Dit kan zijn weerslag hebben op het aantal (lees: minder) bevallingen in de volgende jaren.

Tabel 3.1: Pariteit (2013)

	%	aantal (N = 66 197)
1	44,8	29 629
2	35,9	23 786
3	12,8	8 476
4	4,2	2 776
5	1,4	929
≥ 6	0,9	601

Tabel 3.2: Evolutie van de pariteit (%)

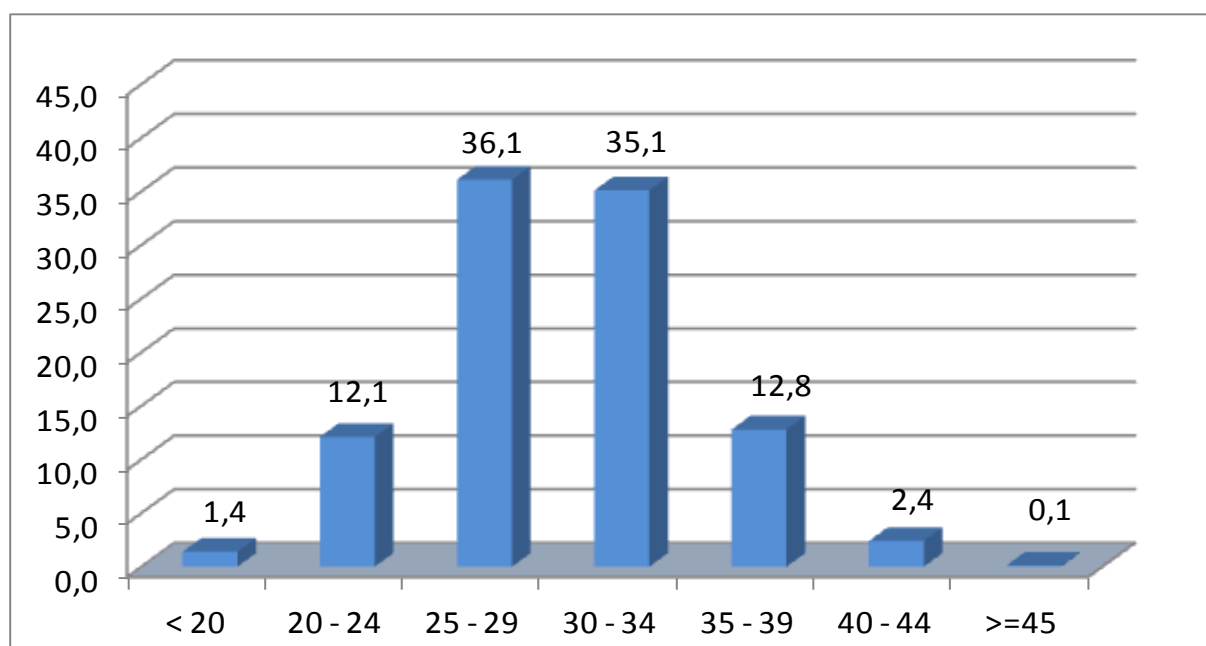
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Primipare (Po)	47,8	47,5	47,5	47,2	46,9	47,0	45,9	45,8	45,2	44,8
Multipare (Pn)	52,2	52,5	52,5	52,8	53,1	53,0	54,1	54,2	54,8	55,2

4 LEEFTIJD VAN DE MOEDER BIJ DE VERLOSSING

Zeven op tien vrouwen zijn bij hun bevalling tussen 25 en 34 jaar oud. Eén op 73 vrouwen (N=936) is een tiener, wat een daling is. Eén op 40 is veertig of meer op het moment van de partus, het gaat om 1 673 vrouwen (2,5%). Ter vergelijking, in 1991 bevielen 0,8% vrouwen op of na hun veertigste.

Tabel 4.1: Indeling volgens leeftijd van de moeder bij de verlossing (2013)

	%	aantal (N = 66 197)
< 20	1,4	936
20 - 24	12,1	7 991
25 - 29	36,1	23 879
30 - 34	35,1	23 211
35 - 39	12,8	8 498
40 - 44	2,4	1 596
≥ 45	0,1	77



Figuur: Indeling volgens leeftijd van de moeder (%)

De gemiddelde leeftijd van zowel de primipare als de multipare vrouw is gestagneerd rond 28 en 31 jaar. Eén vrouw op 38 is een tiener als ze voor de eerste maal bevalt. Eén vrouw op 11 is vijfendertig of meer bij haar eerste bevalling en één op 71 is veertig of meer.

Tabel 4.2: Evolutie van de leeftijdsspreiding bij de primipare vrouw (%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
< 20	3,8	3,9	3,6	4,0	3,7	3,7	3,5	3,4	3,0	2,6
20 - 24	21,9	20,3	20,8	20,2	20,2	19,5	19,4	19,0	18,6	17,9
25 - 29	44,1	44,9	44,6	44,8	44,8	44,3	43,9	43,9	43,7	43,3
30 - 34	23,5	23,8	23,5	23,2	23,6	24,6	24,9	25,4	26,0	26,9
35 - 39	5,8	6,2	6,5	6,7	6,5	6,7	7,1	7,0	7,4	7,8
≥ 40	0,9	0,8	1,0	1,0	1,1	1,2	1,2	1,3	1,3	1,4
gemiddelde	27,9	28,0	28,0	28,0	28,1	28,2	28,3	28,3	28,5	28,6

In 1987 was de gemiddelde leeftijd bij de primipare vrouw 25,7 jaar, in 1991: 26,3 jaar en in 2013: 28,6 jaar.

Tabel 4.3: Evolutie van de leeftijdsspreiding bij de multipare vrouw (%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
< 20	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4
20 - 24	8,8	8,7	8,3	8,2	8,4	8,3	8,1	8,0	7,7	7,4
25 - 29	31,1	31,7	32,4	32,4	31,8	31,9	31,6	30,9	30,1	30,2
30 - 34	41,1	40,4	39,7	39,2	39,3	39,7	40,5	41,2	41,6	41,7
35 - 39	15,8	16,0	16,3	16,8	17,0	16,4	16,1	16,2	16,7	16,9
≥ 40	2,7	2,8	2,8	2,8	3,1	3,1	3,2	3,2	3,4	3,4
gemiddelde	31,0	31,0	31,0	31,1	31,1	31,1	31,1	31,2	31,3	31,3

In 1987 was de gemiddelde leeftijd bij de multipare vrouw 28,8 jaar, in 1991: 29,4 jaar en in 2013: 31,3 jaar.

5 HOE ONTSTAAT DE ZWANGERSCHAP

Bij 4 346 vrouwen, één op vijftien (6,6%), trad de zwangerschap op na een behandeling voor onvruchtbaarheid. Dat leidde bij 446 vrouwen (10,3% uit deze groep) tot de geboorte van een meerling: 37% van de meerlingen is een gevolg van artificiële reproductietechnieken. De onvruchtbaarheidstherapie is met de helft toegenomen in tien jaar tijd.

Tabel 5.1: Ontstaan van de zwangerschap (2013)

	eenlingzwangerschap (N= 64 978)		meerlingzwangerschap (N= 1 219)		totaal zwangerschappen (N= 66 197)
	%	aantal	%	aantal	%
spontaan	91,8	59 643	61,4	748	91,2
hormonaal	2,2	1 424	9,2	112	2,3
IVF	2,2	1 399	14,6	178	2,4
ICSI	1,7	1 077	12,8	156	1,9
niet bevraagd	2,2	1 435	2,1	25	2,2

Tabel 5.2: Evolutie van de medisch begeleide voortplanting (%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
%	4,3	4,7	4,8	5,0	5,4	5,4	5,7	5,8	6,2	6,6

In 1991 betekende medisch begeleide voortplanting (2,1%) nog voornamelijk 70% hormonale stimulatie en 30% IVF. In 2013 is IVF/ICSI verantwoordelijk voor 64,7% van de kunstmatig tot stand gebrachte zwangerschappen.

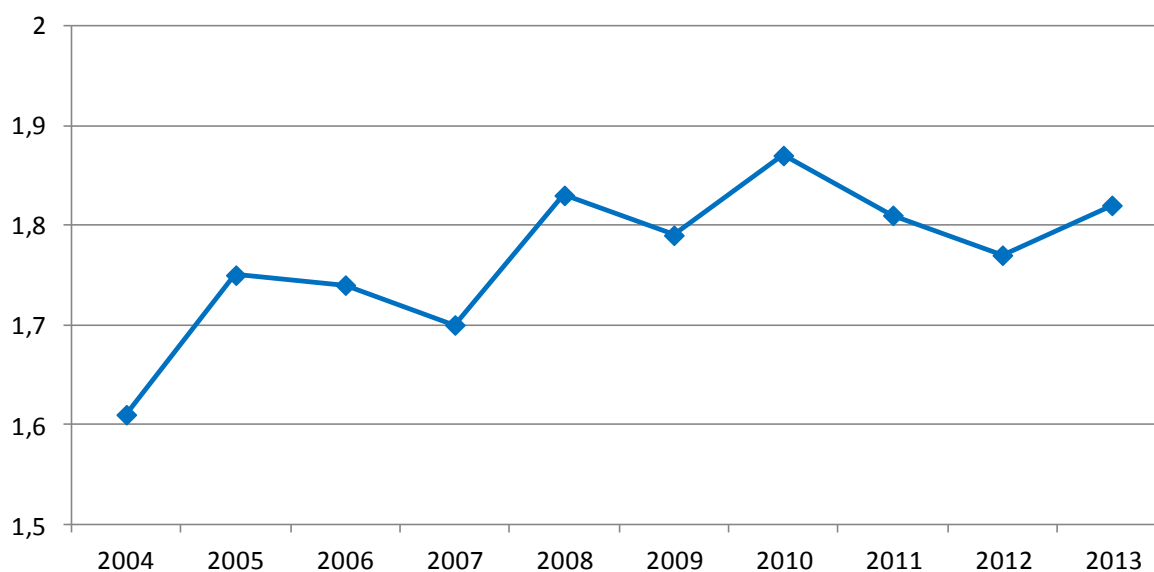
6 EVOLUTIE VAN HET AANTAL MEERLINGZWANGERSCHAPPEN

Het percentage tweelingen schommelt al zes jaar rond de 1,8%. De drielingenfrequentie is redelijk stabiel op 2 tot 3 per tienduizend zwangerschappen.

Tabel 6.1: Evolutie van het aantal meerlingzwangerschappen

	%	tweeling aantal	%	drieling aantal
1991	1,40	955	0,10	53
2004	1,61	995	0,03	17
2005	1,75	1 106	0,03	18
2006	1,74	1 127	0,02	11
2007	1,70	1 121	0,03	17
2008	1,83	1 251	0,02	13
2009	1,79	1 209	0,03	17
2010	1,87	1 289	0,03	18
2011	1,81	1 241	0,02	13
2012	1,77	1 194	0,02	13
2013	1,82	1 202	0,03	17

Het hoogste aantal meerlingen van hogere orde werd opgetekend in 1996 met 54 drielingen en één vierling.

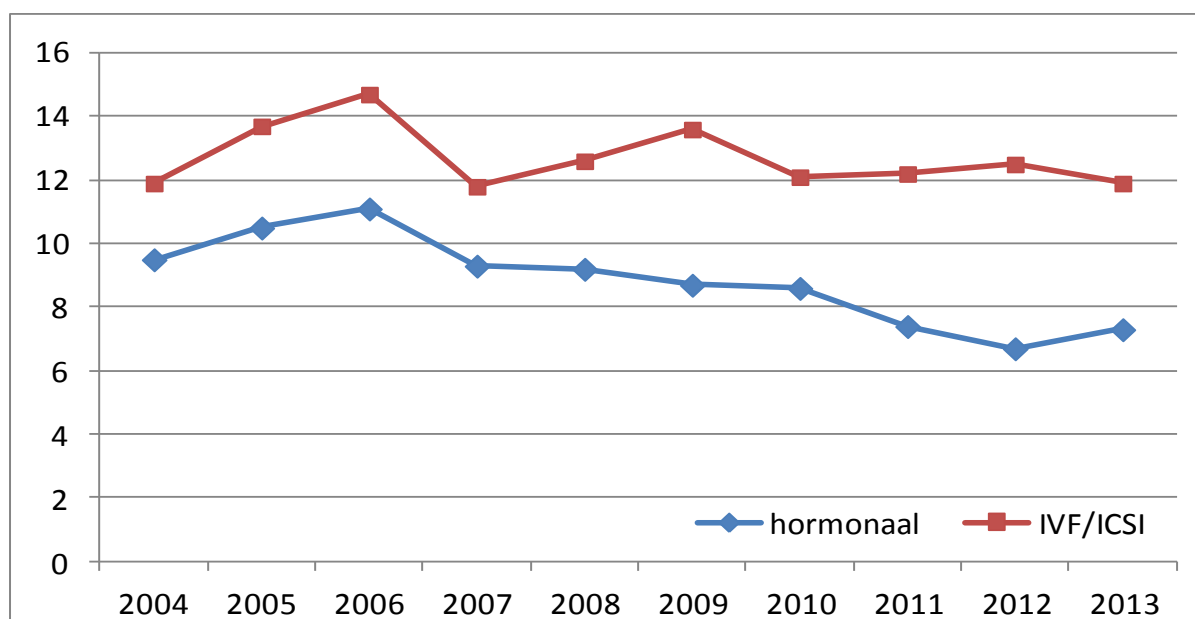


Figuur: Evolutie van het aantal tweelingzwangerschappen (%)

Tabel 6.2: Evolutie van het % meerlingzwangerschappen naargelang de wijze waarop de zwangerschap ontstond (%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
spontaan	1,2	1,3	1,2	1,2	1,3	1,2	1,4	1,3	1,2	1,2
hormonaal	9,5	10,5	11,1	9,3	9,2	8,7	8,6	7,4	6,7	7,3
IVF/ICSI	11,9	13,7	14,7	11,8	12,6	13,6	12,1	12,2	12,5	11,9

In de periode 2004 - 2013 schommelt het percentage meerlingen na IVF/ICSI om en bij de 12%, maar voor hormonale behandelingen is een daling zichtbaar.



Figuur: Evolutie van het % meerlingzwangerschappen naargelang de wijze van totstandkoming

7 DUUR VAN DE ZWANGERSCHAP

De globale frequentie van vroeggeboorte (< 37 weken) bedraagt 7,4%. 6,5% bij de eenling en 57,8% bij de meerling.

Tabel 7.1: Zwangerschapsduur (2013)

	eenlingbevalling (N= 64 978)		meerlingbevalling (N= 1 219)	
	%	aantal	%	aantal
< 28w	0,4	260	3,7	45
28 – 31 ^{6/7} w	0,6	384	8,6	105
32 – 36 ^{6/7} w	5,5	3 548	45,5	555
≥ 37w	93,5	60 786	42,2	514

Tabel 7.2: Evolutie van de zwangerschapsduur (%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
< 28 w	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5
28 – 31 ^{6/7} w	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7
32 – 36 ^{6/7} w	6,5	6,3	6,4	6,0	6,3	6,2	6,2	6,0	6,4	6,2
≥ 37 w	92,5	92,7	92,6	92,9	92,6	92,7	92,8	92,8	92,4	92,6

In 1991 beviel 94,7% op of na 37 weken. Sinds 2004 schommelt het percentage à terme bevallingen tussen 92,4 en 92,9%.

8 GEBOORTEGEWICHT

Kinderen met een laag geboortegewicht (< 2 500 gram) vertegenwoordigen 6,8% van alle pasgeboren baby's. Eén eenling op 115 en één meerling op 9 wegen bij de geboorte minder dan 1 500 gram.

Tabel 8.1: Geboortegewicht (2013)

	eenlingen (N= 64 978)		meerlingen (N= 2 445)	
	%	aantal	%	aantal
500 – 999 g	0,4	254	4,2	103
1 000 – 1 499 g	0,5	312	6,8	167
1 500 – 1 999 g	0,9	602	13,4	328
2 000 – 2 499 g	3,2	2 074	31,5	770
2 500 – 2 999 g	16,3	10 564	33,0	806
3 000 – 3 499 g	39,1	25 426	10,1	246
3 500 – 3 999 g	30,3	19 712	0,9	23
4 000 – 4 499 g	8,2	5 356	0,1	2
≥ 4 500 g	1,0	677	-	0

Het geboortegewicht volgt de evolutie van de zwangerschapsduur. Er lijkt amper iets veranderd de voorbije tien jaar.

Tabel 8.2: Evolutie van het geboortegewicht (%)

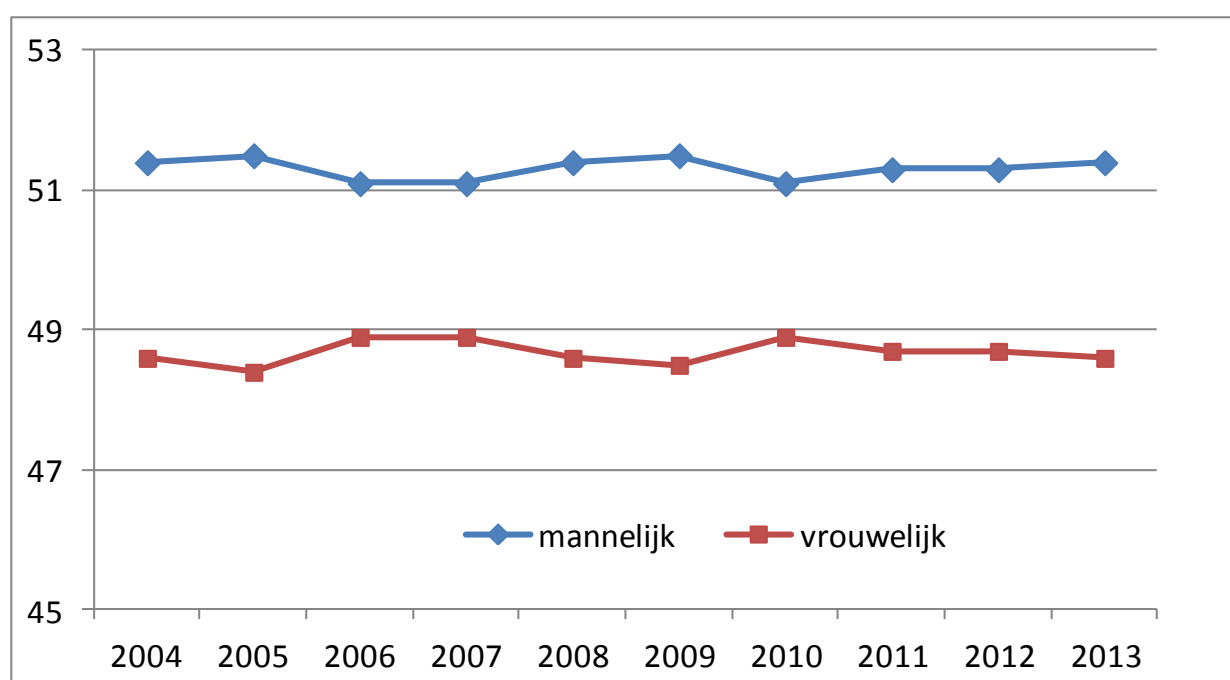
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
500 – 1 499 g	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2
1 500 – 2 499 g	5,8	5,6	5,8	5,6	5,8	5,7	5,6	5,5	5,6	5,6
≥ 2 500 g	93,1	93,2	93,1	93,3	93,1	93,2	93,2	93,3	93,2	93,2

9 GESLACHT

De verhouding pasgeboren jongens versus meisjes blijft vast op 51,...% en 48,...%. Enkel het cijfer na de komma varieert.

Tabel 9.1: 10 jaar overzicht van het geslacht van de pasgeborene (%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
♂	51,4	51,5	51,1	51,1	51,4	51,5	51,1	51,3	51,3	51,4
♀	48,6	48,5	48,9	48,9	48,6	48,5	48,9	48,7	48,7	48,6



Figuur: 10 jaar overzicht van het geslacht van de pasgeborene (%)

10 LIGGING VAN HET KIND

10.1 Ligging van de eenling

Tabel 10.1: Ligging van de eenling (2013)

	%	aantal (N = 64 978)
hoofd	95,4	62 020
stuit	4,2	2 752
dwars	0,3	206

10.2 Ligging van de tweelingen

Tabel 10.2: Ligging van de tweelingen (2013)

kind I	kind II	N	%
hoofd	hoofd	627	51,8
hoofd	stuit	220	18,2
hoofd	dwars	74	6,1
stuit	hoofd	107	8,8
stuit	stuit	110	9,1
stuit	dwars	50	4,1
dwars	hoofd	6	0,5
dwars	stuit	0	0,0
dwars	dwars	17	1,4

10.3 Stuitligging

In 2013 werden in Vlaanderen 2 752 eenlingen in stuitligging geboren, waarvan 93,0% via een keizersnede. Voor de meerlingen stopt de teller aan 607 (81,6%).

Tabel 10.3: Wijze van geboorte bij stuitligging (2013) (%)

	eenlingen (N = 2 752)	meerlingen (N = 607)
vaginaal	7,0	18,5
sectio	93,0	81,5

Tabel 10.4: Evolutie van de frequentie van sectio caesarea bij stuitligging (%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
primair	69,6	71,1	69,6	70,5	70,0	70,5	67,7	68,4	67,8	69,5
secundair	18,7	17,8	18,8	18,2	19,4	19,3	22,3	22,0	23,0	21,5
totaal	88,3	88,8	88,4	88,7	89,3	89,8	90,1	90,4	90,8	90,9

Er was de spectaculaire sectio stijging vanaf 2001. Door een publicatie van Hannah et al (Lancet 2000), die aantoonde dat de neonatale morbiditeit lager was bij primaire sectio, steeg deze laatste fors. Het sectiopercentage bij stuitligging in 2013 is net geen 91%. Het valt op dat tussen 2004 – 2013 het percentage pre-arbeid sectio (primair) amper is gewijzigd. De fluctuatie valt vooral op voor sectio na gefaalde arbeid (tussen 17,8 en 23,0%).

Tabel 10.5: Perinatale sterfte bij stuitligging (2013)

	eenlingen (N = 2 752)		meerlingen (N = 607)	
	%	aantal	%	aantal
foetaal	2,1	59	0,8	5
vroeg-neonataal	0,6	17	1,8	11

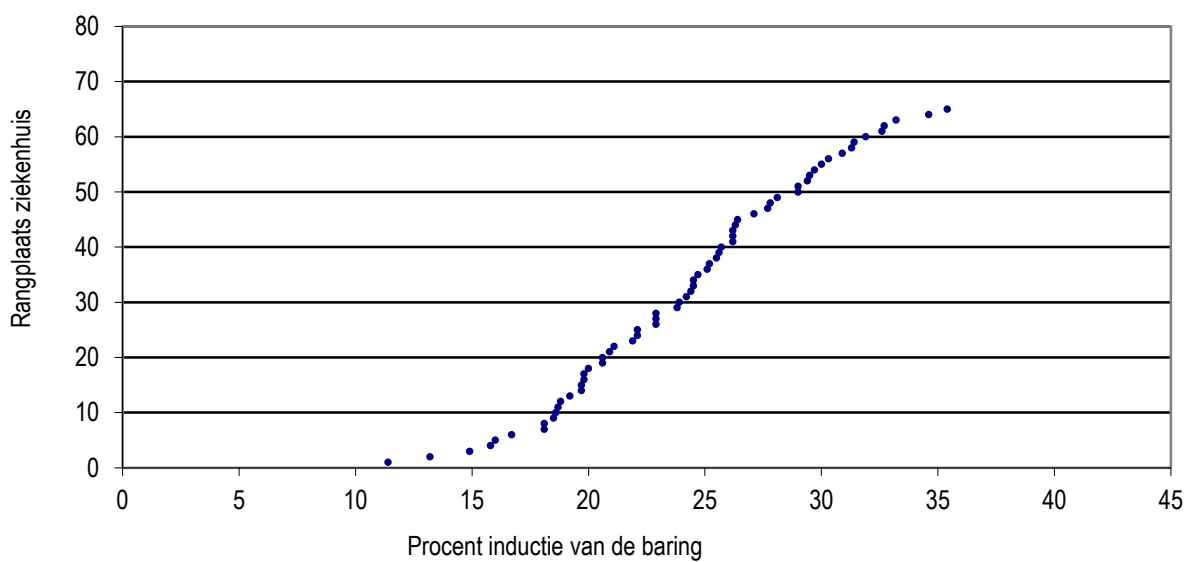
Tabel 10.6: Geslachtsverdeling bij stuitligging (2013)

	%	aantal (N = 3 359)
♂	46,1	1 549
♀	53,9	1 810

11 INLEIDING VAN DE BARING

Bij 23,9% van de zwangerschappen wordt de baring ingeleid. We zien min of meer een stagnatie de voorbije vijf jaar. De spreiding van de inductie van de baring varieert naargelang de kraamkliniek van 11,4% tot 35,4%.

INDUCTIE VAN DE BARING



Figuur: Spreiding van de inductie in 2013 (%)

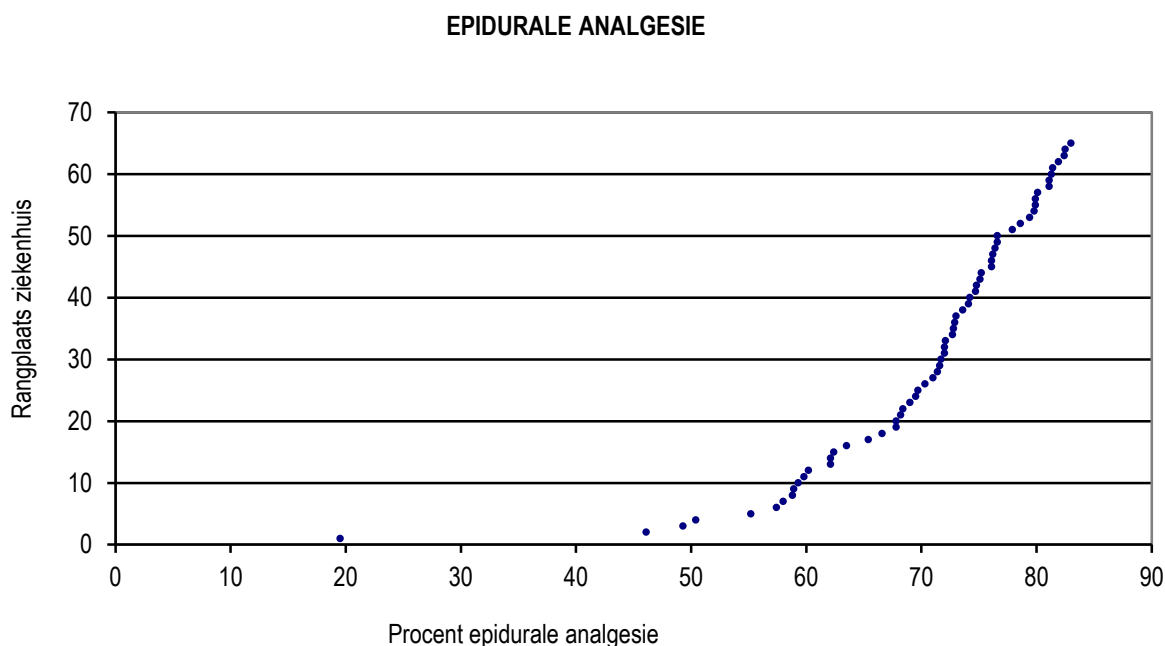
De inductiepercentages waren redelijk stabiel doorheen de jaren. In 2001: 30,7% en in 2003: 30,0%. In 2004 zagen we voor het eerst een opmerkelijke daling. Het aantal inducties verminderde doordat enkele 'veel-induceerders' hun aantal inducties terugschroefden. In 2013 is er een minieme stijging, namelijk 23,9%.

Tabel 11.1: Evolutie van de frequentie van de inleiding van de baring (%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
inductie	27,6	27,1	26,1	25,6	25,3	24,2	23,8	23,8	23,5	23,9
laagst	15,1	15,2	14,7	13,5	13,3	13,1	12,9	11,4	10,8	11,4
hoogst	38,0	40,2	38,8	37,2	40,7	38,3	38,5	36,1	36,9	35,4

12 EPIDURALE ANALGESIE

De epidurale verdoving is niet meer weg te denken uit de verloskamer. Maar liefst zeven vrouwen op tien maken er gebruik van en dat is de hoogste frequentie ooit genoteerd. Epidurale analgesie is verkrijgbaar in alle Vlaamse kraamklinieken. Er is een ruime spreiding van 19,5% tot 83%.



Figuur: Spreiding van de epidurale analgesie in 2013 (%)

Vanaf begin jaren 90 kende de epidurale pijnstilling een opmars van 32% (1991) naar 70,3% in 2013.

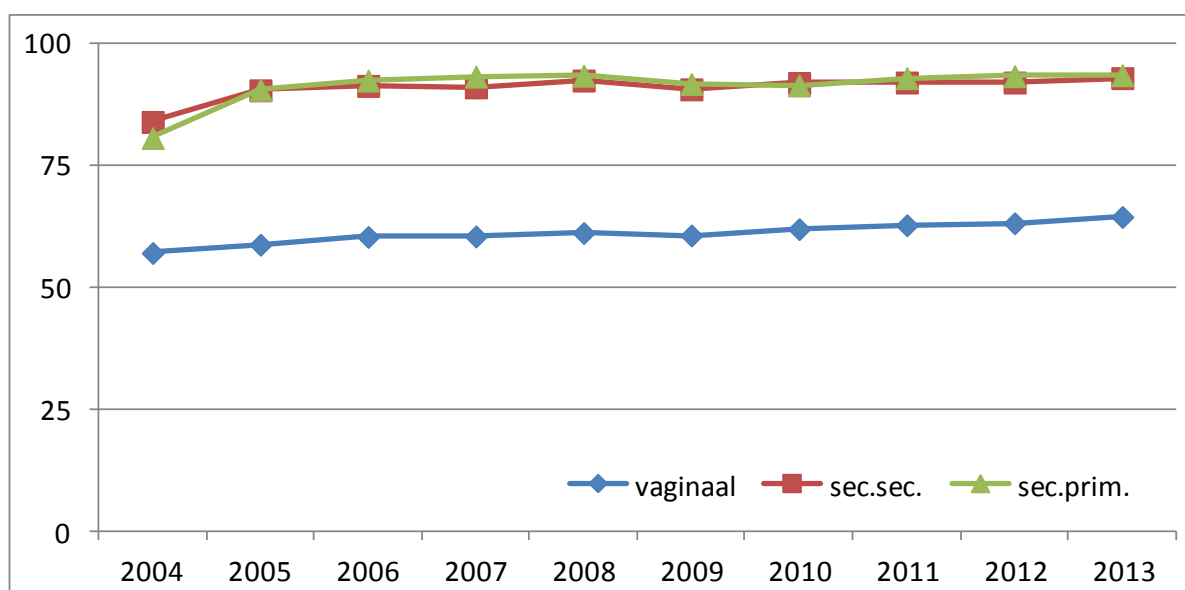
Tabel 12.1 Evolutie van de frequentie van de epidurale analgesie (%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
epidurale	61,6	64,7	66,5	66,6	67,4	66,5	67,7	68,6	68,9	70,3
laagst	18,0	20,1	22,3	18,6	22,6	16,5	25,2	22,4	17,9	19,5
hoogst	86,4	81,9	82,8	83,4	82,2	82,6	84,0	86,5	84,8	83,0

De globale toename van het aantal epidurale analgesieën is zowel te wijten aan de toepassing ervan bij de sectio caesarea als bij de vaginale partus.

Tabel 12.2: Evolutie van de frequentie van de epidurale analgesie naargelang de wijze van verlossing (%)

	vaginaal (primi's)	vaginaal (multi's)	secundaire sectio	primaire sectio
2004	66,9	48,4	84,0	80,7
2005	68,5	50,3	90,5	90,6
2006	70,7	51,6	91,4	92,5
2007	70,9	51,6	91,1	93,3
2008	71,5	52,6	92,5	93,5
2009	71,0	51,7	90,7	91,8
2010	73,0	52,8	92,0	91,5
2011	74,1	53,5	92,1	93,0
2012	75,0	53,6	92,1	93,4
2013	75,7	55,5	93,0	93,6



Figuur: Evolutie van de frequentie van epidurale analgesie naargelang de wijze van verlossing (%)

13 WIJZE VAN VERLOSSING

13.1 Algemeen

Na een eenlingzwangerschap bevallen zeven op de tien vrouwen op eigen kracht. Eén op tien wordt instrumenteel verlost, 19,7% ondergaat een keizersnede.

Na een meerlingzwangerschap bevalt net iets meer dan een derde op eigen kracht. Eén op 21 wordt instrumenteel verlost en in meer dan de helft van de gevallen (56,7%) wordt een sectio verricht.

Tabel 13.1: Wijze van geboorte (2013)

	eenlingen (N= 64 978)		meerlingen (N = 2 445)	
	%	N	%	N
spontaan	70,1	45 572	35,5	869
vacuümextractie	9,5	6 197	4,2	102
forceps	0,5	334	0,5	13
geassisteerde stuit	0,2	108	3,0	74
sectio primair	11,1	7 194	35,7	874
sectio secundair	8,6	5 573	21,0	513

13.2 Instrumentele verlossing: vacuümextractie + forceps

In 1995 (100% registratie) bedroeg het percentage kunstverlossingen 14,2%. Beetje bij beetje daalde dit percentage tot 9,9% in 2006. Sindsdien is het percentage instrumentale verlossing zo goed als gestagneerd.

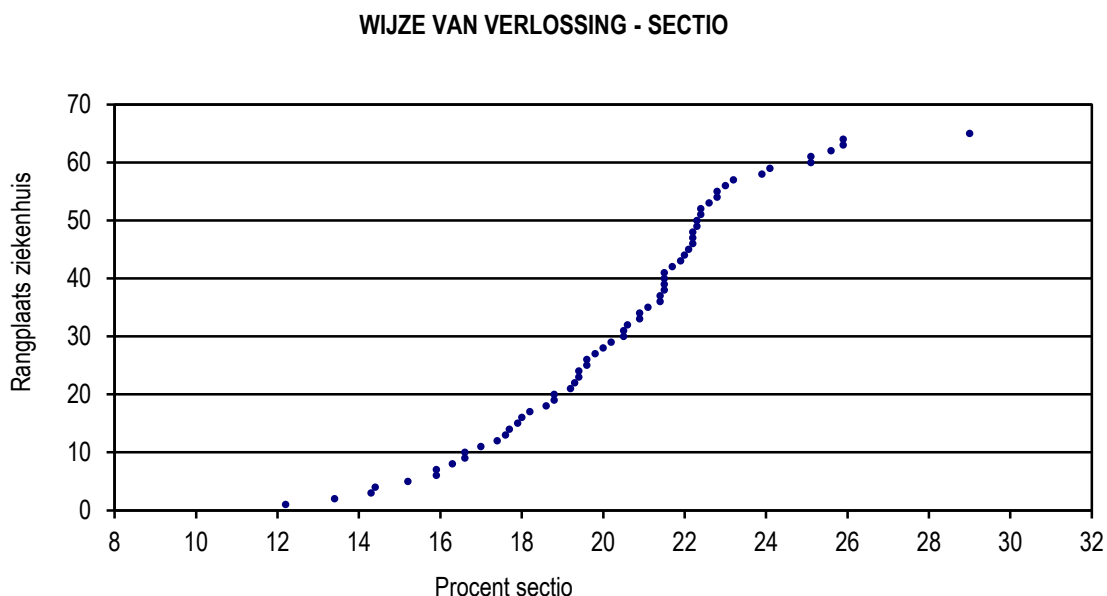
Tabel 13.2: Evolutie van de frequentie van vacuümextractie / forceps bij alle geboorten (%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
vacuümextractie	9,7	9,4	9,1	9,5	9,5	9,5	9,5	9,4	9,5	9,3
forceps	0,9	0,9	0,7	0,8	0,8	0,7	0,6	0,5	0,6	0,5
totaal	10,6	10,3	9,9	10,2	10,3	10,2	10,1	10,0	10,1	9,9

13.3 Sectio caesarea

“T’ is gebeurd” zou de quizmaster van “de slimste mens” zeggen. We hebben voor de eerste keer in ons bestaan de kaap van de 20% keizersneden gerond. Vooral de sectio bij de eenling steeg aanzienlijk, van 19% (in 2012) naar 19,6% in 2013. Hoewel het sectio percentage bij meerlingen ietwat daalde van 58,2% in 2012 naar 56,7% in 2013, kon niet worden verhinderd dat het globale cijfer de twintig procent overschreed en afklokte op 20,3%. In de kraamklinieken varieert het sectiopercentage van 12,2% tot 29%.

a. Sectio caesarea



Figuur: Spreiding van het sectiopercentage in 2013

Liggingsafwijking blijkt de belangrijkste reden om tot een sectio over te gaan, gevolgd door repeat sectio en dystocie.

Tabel 13.3: Indicatie voor sectio bij alle verlossingen (2013)

	%	aantal
Repeat-sectio	27,4	3682
foeto-pelviene disproportie (dystocie)	22,1	2972
foetaal lijden	15,0	2019
Liggingsafwijking + andere indicaties	35,5	4767

b. Sectio caesarea naargelang de aard van de zwangerschap

Een nullipare vrouw loopt de hoogste kans om door middel van een sectio verlost te worden wanneer haar baby in stuit ligt en voldragen is (98,2%). Terwijl een multipare vrouw met een voldragen baby die voordien enkel vaginaal werd verlost, slechts 3,3% kans heeft op een sectio.

Tabel 13.4: Sectio % naargelang de aard van de zwangerschap

Algemeen					
Totaal sectio in Vlaanderen 2013		20,3%			
Totaal sectio in Vlaanderen, eenling, hoofd		16,1%			
Totaal sectio in Vlaanderen, eenling, stuit		93,0%			
Totaal sectio in Vlaanderen, meerling		56,7%			
Totaal sectio bij ♀ met vorige sectio		70,2%			
Eénling / Hoofdligging					
Po (primi's)	16,6%	Pn (multi's)	15,8%		
Po < 37w	25,9%	Pn < 37w zonder vorige sectio	17,8%		
Po ≥ 37w	15,9%	Pn ≥ 37w met vorige sectio	67,7%		
Po ≥ 37w en primaire sectio	3,2%	Pn ≥ 37w zonder vorige sectio	3,3%		
Eénling / Stuitligging					
Po (primi's)	95,6%	Pn (multi's)	89,7%		
Po < 37w	82,1%	Pn zonder vorige sectio	86,8%		
Po ≥ 37w	98,2%	Pn met vorige sectio	95,9%		
Meerling					
Po	59,9%	Pn	53,6%	Pn met vorige sectio	85,1%

Tabel 13.5: Sectiofrequentie naargelang de zwangerschapsduur (2013) (%)

	eenlingen	meerlingen
< 28w	27,3	49,4
28 – 31^{6/7} w	56,3	67,4
32 – 36 ^{6/7} w	32,8	57,3
≥ 37 w	18,6	54,5

Tabel 13.6: Sectiofrequentie naargelang geboortegewichtsklassen (2013) (%)

	eenlingen	meerlingen
500 – 999 g	35,8	57,3
1 000 – 1 499 g	59,7	66,5
1 500 – 2 499 g	36,9	57,2
≥ 2 500 g	18,6	54,7

Baby's tussen 28-32w en tussen 1 en 1,5 kg worden door onze gynaecologen als het meest kwetsbaar maar met een potentieel goede prognose beschouwd. Vandaar de hoge bereidheid om in deze groep een keizersnede te verrichten.

c. Hoe bevallen vrouwen met een sectio caesarea in de voorgeschiedenis?

Dertig procent van de vrouwen met een sectio in de voorgeschiedenis bevalt deze keer vaginaal. Dat was ook zo de vorige jaren. Krijgt een zwangere met een littekenbaarmoeder de toelating voor een "trial of labour", dan zal ze in 69% daadwerkelijk vaginaal worden verlost.

Tabel 13.7: Wijze van verlossing van multipare vrouwen met een sectio in de voorgeschiedenis (%)

	2009	2010	2011	2012	2013
aantallen	6 201	6 510	6 658	6796	6958
primaire sectio	52,1	52,1	51,4	53,2	56,5
secundaire sectio	13,0	13,6	14,1	14,2	13,5
spontaan	30,0	29,0	28,4	27,6	25,1
vacuümextr. / forceps	4,9	5,1	5,9	4,8	4,9

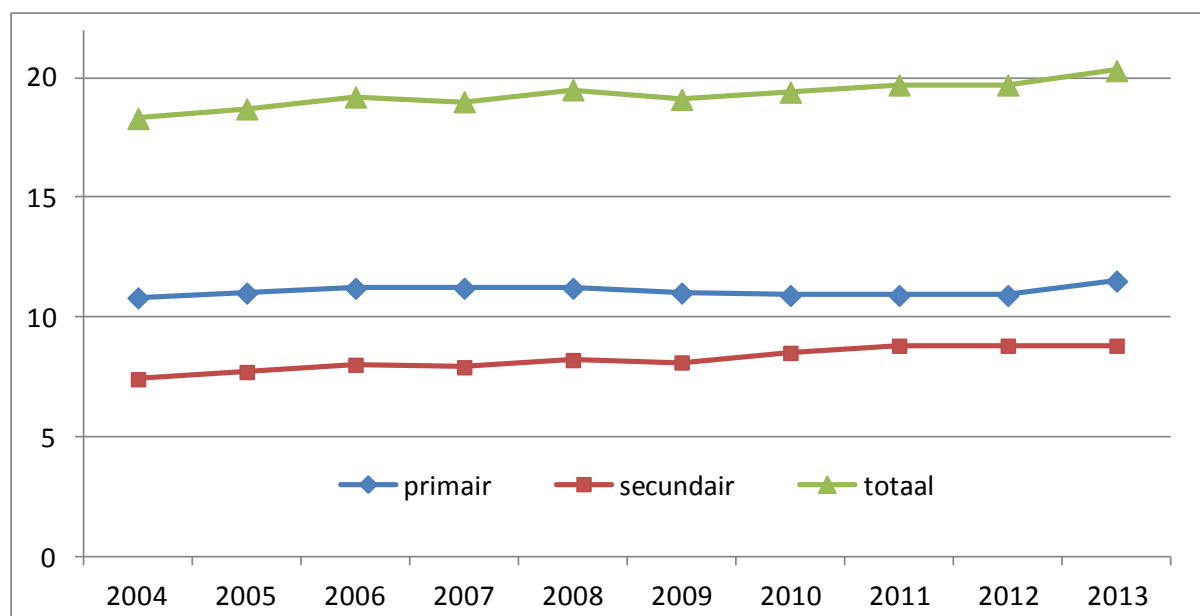
d. Evolutie van de sectiopercentages in het voorbije decennium

In 2013 wordt de kaap van 20% sectio's helaas overschreden. Hoewel de schommelingen in primaire sectio's de voorbije jaren verwaarloosbaar waren, is het de stijging in primaire sectio die voor de twintigpercentkaap overschrijdende toename zorgt.

Tabel 13.8: Evolutie van de sectio caesarea bij alle verlossingen (%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
primair	10,8	11,0	11,2	11,2	11,2	11,0	10,9	10,9	10,9	11,5
secundair	7,4	7,7	8,0	7,9	8,2	8,1	8,5	8,8	8,8	8,8
totaal	18,3	18,7	19,2	19,0	19,5	19,1	19,4	19,7	19,7	20,3

In 1987, bij de start van de SPE – registratie bedroeg het percentage sectio's 9,0%, in 1991: 10,9% en in 2013: 20,3%.



Figuur: Evolutie van de frequentie van sectio caesarea bij alle verlossingen (%)

Het verschil in sectiepercentage tussen de kraamkliniek met de hoogste en de laagste waarde is zeer aanzienlijk.

Tabel 13.9: Evolutie van de spreiding van sectio caesarea in verschillende kraamklinieken (%)

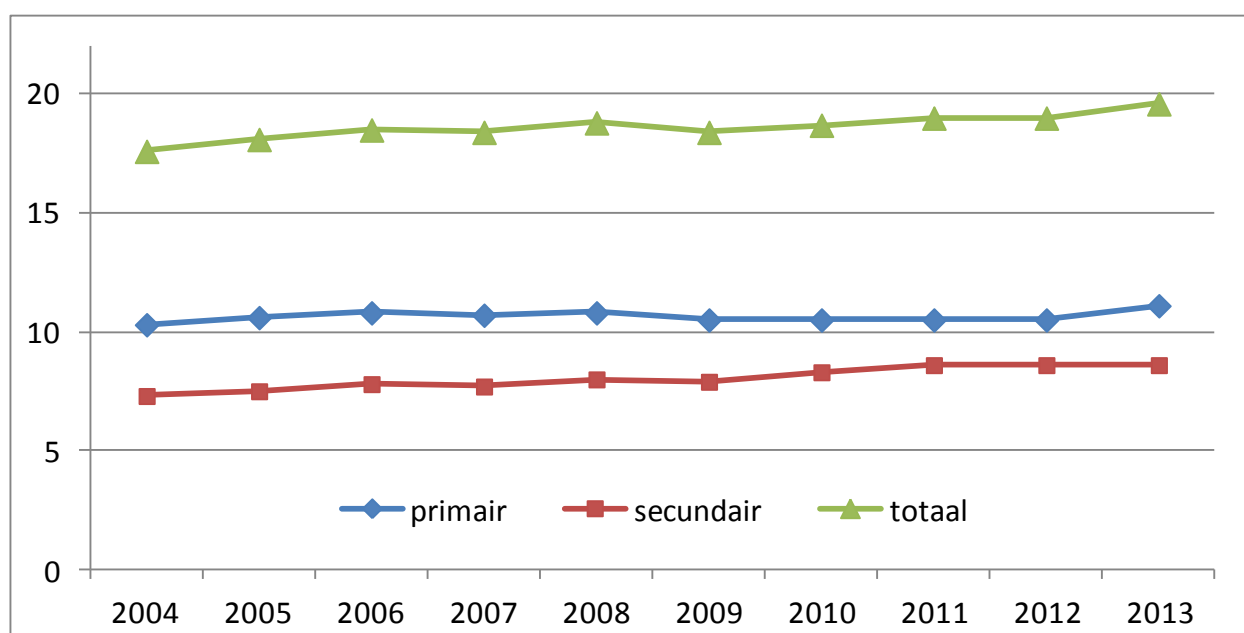
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
laagste %	8,5	10,5	10,3	6,3	10,3	12,0	12,6	13,0	11,7	12,2
hoogste %	25,4	29,3	28,1	29,7	31,1	29,0	28,3	28,4	30,1	29,0

e. Evolutie van de sectiofrequentie

Bij eenlingen: in het voorbije decennium is de sectiofrequentie bij eenlingen met 10,7% gestegen.

Tabel 13.10: Evolutie van de frequentie van sectio caesarea bij eenlingen (%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
primair	10,5	10,6	10,8	10,7	10,8	10,5	10,5	10,5	10,5	11,1
secundair	7,3	7,5	7,8	7,7	8,0	7,9	8,3	8,6	8,6	8,6
totaal	17,7	18,1	18,5	18,4	18,8	18,4	18,7	19,0	19,0	19,6

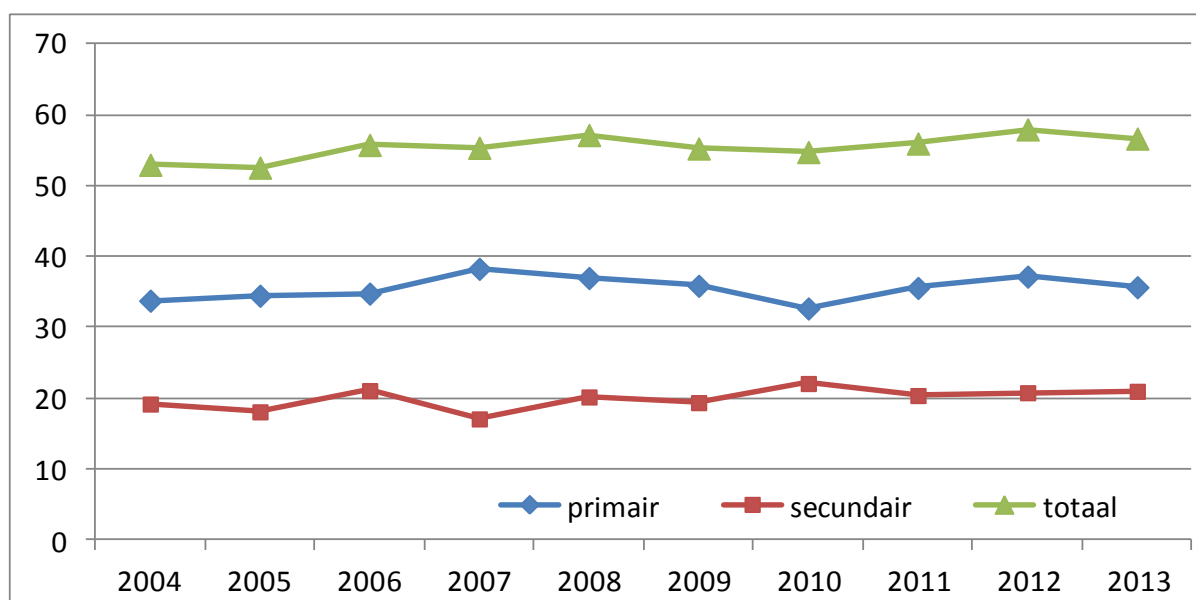


Figuur: Evolutie van de frequentie van sectio caesarea bij eenlingen (%)

Bij meerlingen: in het afgelopen decennium is het sectiopercentage bij meerlingen met 7,0% toegenomen.

Tabel 13.11: Evolutie van de frequentie van sectio caesarea bij meerlingen (%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
primair	33,8	34,5	34,8	38,3	37,0	35,9	32,7	35,6	37,2	35,7
secundair	19,2	18,1	21,1	17,1	20,2	19,4	22,1	20,4	20,8	21,0
totaal	53,0	52,6	55,8	55,4	57,2	55,3	54,8	56,0	58,0	56,7



Figuur: Evolutie van de frequentie van sectio caesarea bij meerlingen (%)

14 EPISIOTOMIE

Vlaamse gynaecologen doen nog steeds vaker 'wel' een episiotomie dan 'geen' episiotomie. Toch daalt het aantal jaar na jaar. Deze trend zet zich door. In 2001 (1^{ste} jaar registratie episiotomie) beviel 68,2% met episiotomie, in 2013 is het percentage gedaald tot 51,9%. We zien geen verdere daling meer tegenover 2012. Sinds 2003 bevallen er meer multipare vrouwen zonder, dan met een knip en sinds 2010 geldt dit ook voor alle vrouwen die spontaan worden verlost.

Tabel 14.1: Episiotomie (2013)

	%	aantal
ja	51,9	27 402
primipare vrouw	72,6	17 051
multipare vrouw	34,7	10 351
neen	48,1	25 355

Tabel 14.2: Evolutie episiotomie (%)

	2009	2010	2011	2012	2013
primipare vrouw	74,8	74,3	73,9	73,5	72,6
multipare vrouw	38,3	37,5	36,8	34,9	34,7
totaal	55,1	54,0	53,3	51,9	51,9
inductie arbeid	56,8	55,8	55,0	53,9	53,7
spontane arbeid	54,5	53,4	52,7	51,3	51,3
epidurale analgesie	63,1	62,0	61,2	59,9	59,5
geen epidurale analgesie	42,8	41,1	40,1	38,3	38,2
vacuümextractie / forceps	89,7	88,8	87,9	86,6	87,6
spontane partus	50,0	49,0	48,4	46,9	46,9

15 AANGEBOREN MAJEURE MISVORMINGEN

In het totaal werden bij 710 kinderen majeure misvormingen geregistreerd, dit is 1,1% van alle geboorten. Bij één kind kan meer dan één misvorming worden vastgesteld, vandaar dat de som van de aantallen misvormingen hoger ligt dan 710.

Uit de beschrijving van de afwijkingen is niet steeds de einddiagnose af te leiden. We weten evenmin hoeveel foetussen, van minder dan 22 weken of 500 gram, met een misvorming werden opgespoord en vervolgens werden geaborteerd. Om het exacte aantal aangeboren misvormingen in een samenleving op te sporen is een geboorteregistratie een ontoereikend instrument.

Tabel 15.1: Tien meest voorkomende aangeboren majeure misvormingen (2013)

	misvorming	aantal
1	andere hartafwijkingen	95
2	ventrikel septum defect (VSD)	89
3	hypospadias	77
4	gespleten lip / gespleten verhemelte	73
5	trisomie 21	58
6	obstructie nierbekken en ureter	36
7	transpositie grote vaten	34
8	Tetralogie van Fallot	28
9	afwijking long	26
10	hernia diafragmatica	24

Tabel 15.2: Aangeboren majeure misvormingen (2013)

	majeure misvorming	aantal
1	anencephaal	5
2	spina bifida	15
3	hydrocefalie	22
4	transpositie grote vaten	34
5	afwijking long	26
6	atresie dunne darm	21
7	nier agenese	20
8	craniosynostosis	6
9	syndroom van Turner	2
10	obstructie nierbekken en ureter	36
11	gespleten lip / verhemelte	73
12	anale imperforatie	18
13	reductie ledematen	23
14	tetralogie van Fallot	28
15	oesofagale atresie	16
16	atresie anus	13
17	twin-to-twin transfusie syndroom	7
18	skeletdysplasie / dwerggroei	18
19	hydrops foetalis	10
20	poly / multikystische nierdysplasie	21
21	hernia diafragmatica	24
22	omfalocele	13
23	gastroschisis	8
24	ventrikel septum defect	89
25	atresie galwegen	5
26	hypospadias	77
27	cystische hygroma	2
28	trisomie 21	58
29	trisomie 18	8
30	trisomie 13	4
31	andere hartafwijkingen	95

16 PERINATALE STERFTE

16.1 Algemeen

De perinatale sterfte in Vlaanderen bedraagt 6,3‰ : 73% foetaal en 27% vroeg-neonataal. Het betreft pasgeborenen met een geboortegewicht van 500 gram of meer.

Houden we enkel rekening met de baby's waarvan het geboortegewicht 1 000 gram of meer bedraagt, dan daalt de perinatale sterfte naar 3,6‰, maar de verdeling foetaal/ vroeg-neonataal blijft identiek : 73% foetaal en 27% vroeg-neonataal.

Tabel 16.1a: Overzichtstabel perinatale sterfte (2013)

	≥ 500 g (N = 67 424)		≥ 1000 g (N = 67 067)	
	aantal	‰	aantal	‰
foetaal	312	4,6	176	2,6
vroeg-neonataal	114	1,7	64	1,0
perinataal	426	6,3	240	3,6

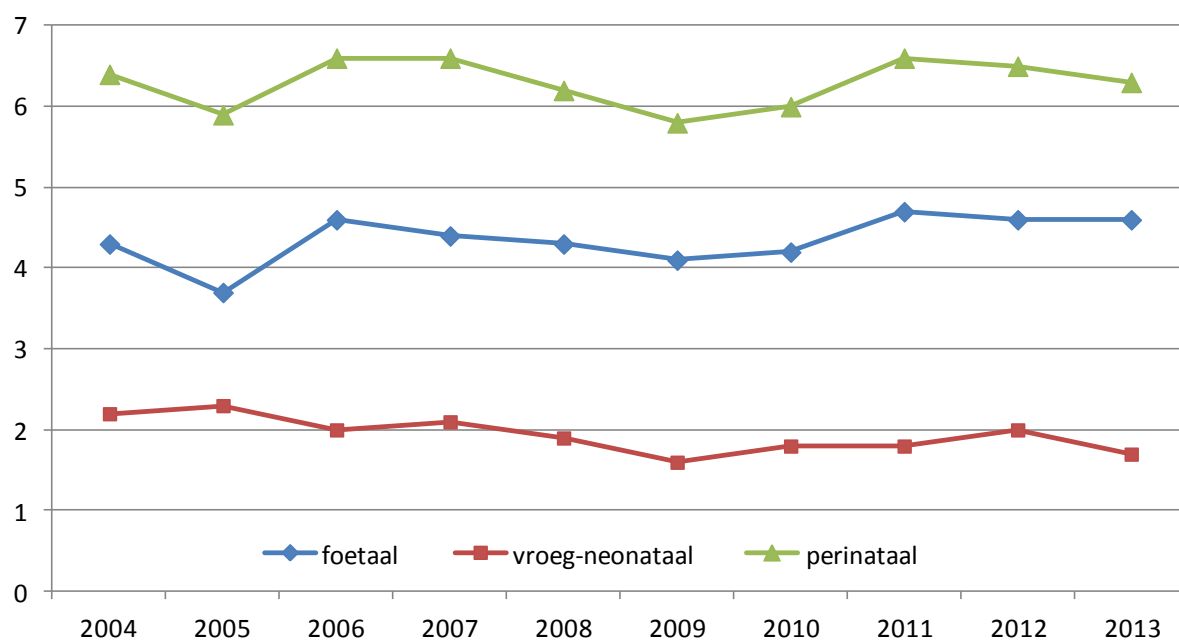
Binnen de groep met een geboortegewicht van 500 – 999 gram zijn er 136 baby's in utero en 50 vroeg-neonataal overleden. De perinatale sterfte in deze erg kwetsbare groep bedraagt hiermee 52%.

Tabel 16.1b: Overzichtstabel perinatale sterfte (2013)

	500 – 999 g (N = 357)	
	aantal	‰
foetaal	136	381,0
vroeg-neonataal	50	140,1
perinataal	186	521,0

Tabel 16.2: Evolutie van de perinatale sterfte in de voorbije tien jaar (≥ 500 g) (%)

	foetaal	vroeg-neonataal	perinataal
1991	5,5	3,0	8,4
2004	4,3	2,2	6,4
2005	3,7	2,3	5,9
2006	4,6	2,0	6,6
2007	4,4	2,1	6,6
2008	4,3	1,9	6,2
2009	4,1	1,6	5,8
2010	4,2	1,8	6,0
2011	4,7	1,8	6,6
2012	4,6	2,0	6,5
2013	4,6	1,7	6,3



Figuur: Evolutie van de perinatale sterfte in de voorbije tien jaar (≥ 500 g) (%)

16.2 Doodsoorzaken

De doodsoorzaken van de pasgeborene zijn de voorbije tien jaar amper gewijzigd. 'Normaal gevormde doodgeboren baby' is synoniem voor 'geen oorzaak gevonden'. Bij 1 op vijf is de oorzaak onbekend. Dit wil zeggen dat we in vier op tien gevallen van perinatale sterfte (20% + 21,6% = 41,6%) niet weten waarom het kind overleden is. Bij de levend geboren en is de belangrijkste doodsoorzaak **laag geboortegewicht / vroeggeboorte**.

Tabel 16.3: Procentuele verdeling van de perinatale sterfte naar gelang de doodsoorzaak (alle geregistreerde geboorten \geq 500 g)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
doodgeboren en normaal gevormd	21,9	24,3	28,7	23,1	25,7	28,9	23,7	21,1	23,3	20,0
aangeboren misvorming	25,8	24,9	21,8	24,7	24,8	25,8	21,3	27,4	26,6	26,1
laag geboortegewicht	11,7	14,1	9,0	12,2	12,0	11,2	8,3	9,0	7,4	7,7
hypertensie of andere ziekte bij moeder	1,8	2,4	2,3	0,9	1,6	2,0	1,4	2,2	1,6	1,9
loslating van de placenta	3,3	5,0	5,6	6,3	5,3	4,8	4,0	3,3	4,7	5,9
asfyxie en/of trauma baby	5,4	5,8	6,5	5,9	5,6	7,0	6,2	3,3	5,1	4,0
specifieke oorzaak	16,1	11,5	14,8	13,2	13,2	10,7	14,9	12,9	15,8	12,9
onbekend	14,0	11,0	11,3	12,9	11,3	9,6	20,1	19,5	16,5	21,6

16.3 Perinatale sterfte in functie van het geslacht

Tabel 16.4: Perinatale sterfte volgens het geslacht (2013) (‰)

	foetaal	vroeg-neonataal	perinataal
♂	5,0	1,8	6,7
♀	4,3	1,6	5,9

Tabel 16.5: Evolutie van de perinatale sterfte volgens geslacht over de voorbije tien jaar (‰)

	foetaal		vroeg-neonataal		perinataal	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀
2004	4,4	3,9	2,3	2,0	6,7	5,9
2005	3,8	3,5	2,0	2,6	5,8	6,1
2006	4,5	4,7	2,2	1,7	6,7	6,4
2007	4,1	4,8	2,5	1,7	6,6	6,6
2008	4,4	4,1	2,0	1,9	6,4	6,0
2009	4,4	3,7	1,7	1,6	6,1	5,3
2010	4,6	3,7	2,3	1,3	6,9	5,1
2011	4,9	4,5	2,3	1,4	7,1	5,9
2012	5,0	4,2	2,3	1,6	7,3	5,7
2013	5,0	4,3	1,8	1,6	6,7	5,9

De voorbije tien jaar is de perinatale sterfte bij de jongens negen keer op tien hoger dan bij de meisjes. Jongens zijn van bij de geboorte kwetsbaarder dan meisjes. Deze verhoogde kwetsbaarheid van de man blijft levenslang gelden.

16.4 Perinatale sterfte bij eenlingen versus tweelingen

Het sterftepercentage bij tweelingen is vier keer hoger dan bij eenlingen. De tweelingen zijn uiteraard oververtegenwoordigd in de categorieën van de laaggeboortegewichten en de premature baby's, vandaar de verhoogde perinatale sterfte.

Tabel 16.6: Perinatale sterfte in absolute aantallen voor geboortegewicht ≥ 500 g (2013)

	eenling (N = 64 978)	tweeling A-kind (N = 2 397)	
		B-kind	
foetaal	289	9	11
vroeg-neonataal	82	17	15
perinataal	371	26	26
%	5,7	21,7	

Tabel 16.7: Evolutie van de perinatale sterfte van eenlingen en tweelingen (≥ 500 g) (%)

	eenlingen	tweelingen
2004	5,6	26,3
2005	5,3	19,1
2006	5,9	25,3
2007	5,8	26,3
2008	5,6	21,6
2009	5,4	15,3
2010	5,5	20,2
2011	5,9	25,1
2012	6,0	20,6
2013	5,7	21,7

16.5 Perinatale sterfte in functie van de zwangerschapsduur

Eén baby op twee jonger dan 28 weken overleeft niet (perinatale sterfte 53,6%). Zodra de zwangerschap 28 weken bereikt, daalt het sterfterisico spectaculair. Is de zwangerschap voldragen dan is de kans op overlijden slechts 1 op 625. Ook hier zijn er in het afgelopen decennium amper veranderingen opgetreden.

Tabel 16.8: Perinataal sterftecijfer volgens zwangerschapsduur (2013) (‰)

zwangerschapsduur (w)	foetaal	vroeg-neonataal	perinataal
< 28	387	243	536
28 – 31	90	16	105
32 – 36	14	4	17
≥ 37	1,0	0,6	1,6

Tabel 16.9: Evolutie van de frequentie van perinatale sterfte (‰) volgens zwangerschapsduur

zwangerschapsduur (w)	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
< 28	531	515	551	534	551	514	517	558	537	536
28 – 31	131	108	126	116	128	95	100	130	143	105
32 – 36	23	20	22	23	20	22	18	23	17	17
≥ 37	1,5	1,7	2,0	1,7	1,6	1,4	1,7	1,4	1,7	1,6

16.6 Perinatale sterfte in functie van het geboortegewicht

In de laagste gewichtsklasse (500 – 999 gram) is de vroeg-neonatale sterfte één op vier. Van levend geboren baby's van 1 000 tot en met 1 499 gram is het sterfterisico in de 1^{ste} week na de geboorte één op 43. Eens de levend pasgeborene tussen de 1 500 en 1 999 gram weegt, bedraagt de vroeg-neonatale sterfte één op 100. Tussen 2 000 en 2 499 gram is dat één op 333. Weegt een levend geboren baby boven de 2 500 gram, dan is de kans om te overlijden binnen de eerste week één op 1 600.

Tabel 16.10: Perinataal sterftecijfer volgens gewichtsklassen (2013) (‰)

geboortegewicht (g)	foetaal	vroeg-neonataal	perinataal
500 – 999	381	231	521
1 000 – 1 499	104	23	125
1 500 – 1 999	35	10	45
2 000 – 2499	12	3	15
≥ 2 500	1,0	0,6	1,5

Tabel 16.11: Evolutie van de frequentie van perinatale sterfte (‰) volgens geboortegewicht (gram)

geboortegewicht (g)	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
500 – 999	510	487	513	536	528	470	501	532	509	521
1 000 – 1 499	160	114	137	143	137	124	118	123	150	125
1 500 – 1 999	55	37	58	46	46	42	38	56	48	45
2 000 – 2499	16	17	18	20	15	15	16	18	15	15
≥ 2 500	1,4	1,8	1,7	1,6	1,6	1,5	1,8	1,5	1,7	1,5

In 1991 bedroeg de frequentie van perinatale sterfte voor de geboortegewichtsklassen als hierboven weergegeven respectievelijk 621, 226, 89, 28 en 2,1‰.

16.7 De foeto-infantiele sterfte (2012)

Deze cijfers zijn verkregen door de samenwerking van het Vlaamse Agentschap Zorg en Gezondheid en het SPE. Ze hebben betrekking op het jaar 2012. Omdat de registratie betrekking heeft op het eerste levensjaar zullen we de gegevens voor 2013 pas eind 2014 kennen.

Eén baby op 219 sterft in de baarmoeder.

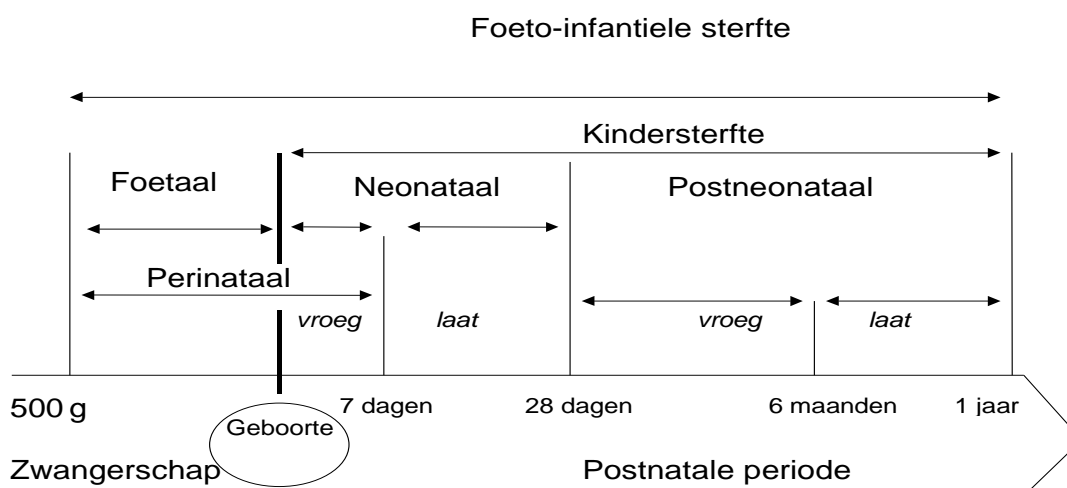
Eén levend geboren baby op 512 sterft in de eerste week na de geboorte.

Eén levend geboren baby op 247 sterft in het eerste jaar na de geboorte.

Eén baby op 116 sterft foeto-infantiel (dodgeboren of overleden binnen het jaar na de geboorte).

Tabel 16.12: Foeto-infantiele sterfte

Sterfte	2008 (N= 69 466)		2009 (N= 68 782)		2010 (N= 69 922)		2011 (N=69 605)		2012 (N=68 708)	
	aantal	‰	aantal	‰	aantal	‰	aantal	‰	aantal	‰
1 foetaal	295	4,2	285	4,1	292	4,2	328	4,7	314	4,6
2 vroeg-neonataal (0-7)	139	2,0	111	1,6	128	1,8	128	1,8	134	2,0
3 laat-neonataal (8-28)	43	0,6	39	0,6	25	0,4	29	0,4	54	0,8
4 post-neonataal (29-365)	86	1,2	94	1,4	71	1,0	74	1,1	90	1,3
perinataal (1+2)	434	6,2	396	5,8	422	6,0	456	6,6	448	6,5
zuigeling (2+3+4)	268	3,9	244	3,6	224	3,2	231	3,3	278	4,1
foeto-infantiel (1→4)	563	8,1	529	7,7	518	7,4	559	8,0	592	8,7



Figuur: Tijdvakken van foeto-infantiele sterfte

17 NEONATALE MORBIDITEIT

In 2013 werden er 10 817 kinderen van de 67 112 levend geboren kinderen opgenomen (16,1%) op N*-of NIC-dienst.

17.1 Aantal opnames op de afdeling neonatologie

Dit jaar blijkt dat één kind op acht na geboorte opgenomen wordt op een afdeling neonatologie (N*). Eén kind op vierentwintig levendgeborenen wordt opgenomen op een dienst intensieve zorgen neonatologie (NIC).

Tabel 17.1: Neonatale opname (2013)

	%	aantal
N*	12,0	8 070
NIC	4,1	2 744
totaal	16,1	10 817

Bekijken we de globale opname over de voorbije tien jaar dan lijkt de trend naar meer opnames op een dienst neonatologie een hoogtepunt te hebben gekend in 2006, om nadien te dalen tot 16,1% in 2013.

Tabel 17.2: Evolutie van de neonatale opnames

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
totaal	17,8	17,8	18,0	17,2	17,0	16,4	16,4	16,2	16,4	16,1

In de groepen met geboortegewicht < 1 500 gram en zwangerschapsduur < 32 weken zien we van 2010 tot 2013 weinig verschuivingen in de transferverhoudingen naar N* of NIC (tabel 17.3). Pasgeborenen < 1 500 gram en < 32 weken worden duidelijk frequenter opgenomen op de NIC-dienst. Antenatale of intra-uteriene transfer voor deze indicatie lijkt nu goed ingeburgerd te zijn. Zwangerschapsduur is bij een beslissing tot al dan niet prenatale transfer wellicht belangrijker dan het gewicht van de foetus.

Tabel 17.3: Evolutie neonatale transfer naar N* of NIC in functie van geboortegewicht (gram) en zwangerschapsduur (weken) in % (ten opzichte van levendgeborenen van dezelfde categorie)

	2010		2011		2012		2013	
	N*	NIC	N*	NIC	N*	NIC	N*	NIC
500 – 999 g	0,9	84,6	1,3	83,1	0,5	82,6	0,5	87,3
1 000 – 1 499 g	9,0	89,7	7,7	91,4	5,5	93,1	8,1	90,9
1 500 – 2 499 g	59,4	24,8	58,6	25,7	57,1	26,9	59,9	26,1
≥ 2 500 g	9,8	1,8	9,8	1,7	9,8	1,8	9,3	1,9
< 28 w	0,9	83,6	0,9	82,2	0,5	80,3	0,5	86,4
28 - 31 w	3,5	94,9	2,9	96,2	2,4	97,0	2,6	96,9
32 – 36 w	55,6	21,9	55,2	21,7	54,0	22,6	55,0	21,6
≥ 37 w	9,4	1,5	9,4	1,5	9,2	1,5	8,9	1,7

17.2 Reden voor opname

“Sectio algemeen” komt op de vierde plaats. Indeling in registratie van hoofdredenen van opname en bijkomende redenen, zou toelaten te differentiëren waarom bijvoorbeeld sectio zo’n groot percentage van reden tot opname uitmaakt. Veel preterme baby’s bijvoorbeeld worden per sectio geboren, maar dan is de hoofdreden van opname preterme geboorte.

Tabel 17.4: Redenen van opname in N*- en/of NIC-dienst (2013) (N= 10 817)

	%	aantal
preterme geboorte (< 37 weken)	34,3	3710
laag geboortegewicht (< 2 500 gram)	31,8	3435
respiratoire dysfunctie	30,0	3247
sectio algemeen	21,7	2344
circulatoire dysfunctie	9,1	981
hyperbilirubinemie	6,9	750
infectieus risico of bewezen infectie	6,6	716
gastro-intestinale dysfunctie	8,2	883
metabole dysfunctie	6,7	726
peripartale asfyxie	3,8	409
neurologische dysfunctie	3,8	416
aangeboren majeure misvormingen	2,5	264
andere redenen	19,2	2075

Kijken we naar de groep opgenomen pasgeborenen met zwangerschapsduur ≥ 37 weken (N= 2520) en selecteren we enkel de kinderen waar een unieke opnamereden werd vermeld (N= 1 362) dan wordt het beeld enigszins anders.

Tabel 17.5: Reden van opname bij de à terme populatie in N- en/of NIC-dienst (2013) geboren na sectio, waarbij slechts één reden werd opgegeven.*

	%	aantal
sectio algemeen	41,0	558
respiratoire dysfunctie	15,3	208
hyperbilirubinemie	2,6	35
infectieus risico of bewezen infectie	3,1	42
metabole dysfunctie	5,7	78
peripartale asfyxie	2,9	39
laag geboortegewicht (< 2 500 gram)	8,0	109
circulatoire dysfunctie	2,8	38
gastro-intestinale dysfunctie	1,2	17
neurologische dysfunctie	1,5	20
aangeboren majeure misvormingen	1,3	18
andere	13,9	189

Sectio bij de moeder blijkt nu de belangrijkste reden voor opname van de baby te zijn op NIC of N*. Dit wijst op oneigenlijk gebruik van hoog gespecialiseerde neonatale zorg. Het SPE klaagt al jaren deze scheeftrekking aan, zonder resultaat. Zelfregulering van de sector is bijgevolg niet te verwachten.

17.3 Neonatale pathologie

Het behandelen van ademhalings- en infectieproblemen vergt het leeuwenaandeel van de neonatale zorgen.

Tabel 17.6: Neonatale pathologie (2013)

	aantal
acute longziekte	1 669
ernstige infectie	1 032
intracraniale bloeding	172
convulsie	117

a. Acute longziekte

Bij de acute longziekten vallen hyaliene membranenziekte (pathologie van de premature baby's) en transiënte tachypnoe (vertraagde longdrainage) het meest op. Transiënte tachypnoe komt voornamelijk voor na sectio in de niet à terme populatie, doch ook bij à terme neonaten.

Tabel 17.7: Acute longziekten: indeling (2013)

	aantal
hyaliene membranenziekte	804
transiënte tachypnoe	623
meconium aspiratie syndroom	61
andere	43
pneumonie verworven	32
postasfytisch longoedeem	24
pneumonie congenitaal	22
inhalatiepneumonitis	12
pleura-effusies	11
longhemorrhagie	5
diafragmaparalyse	4

b. Ernstige infectie

Infecties treden in de meeste gevallen de eerste 72 uur op, waarbij het dan meestal gaat over hetzij sepsis (aantonen duidelijk bacterieel agens in het bloed) of veralgemeende infecties zonder duidelijke locus.

Tabel 17.8: *Ernstige infecties: type en locus (2013)*

type	aantal	locus	aantal
foetaal	92	sepsis	325
perinataal (< 72 u)	627	pneumonie	59
nosocomiaal (≥ 72 u)	247	enterocolitis	43
onbekend	103	andere locus	49
		urine­weginfectie	38
		huidinfectie	29
		meningitis	10
		osteïtis	1
		onbekend	263

c. Evolutie van de neonatale pathologie

Hoe jonger en hoe lichter, hoe meer kans op longziekten, ernstige infecties, intracranieële bloedingen en convulsies. De onderstaande tabellen (17.9 tot en met 17.12) laten de evolutie voor de incidentie van deze aandoeningen zien in functie van zwangerschapsduur en gewicht van de pasgeborene. We zien een daling in de incidentie van acute longziekten en ernstige infecties en een stijging van convulsies en intracranieële bloedingen bij de pasgeboren premature baby's.

Deze percentages zijn berekend op het totaal aantal getransfereerde kinderen binnen de gestelde geboortegewichtsgroep en zwangerschapsduurgroep.

c.1 Evolutie incidentie longziekten

Tabel 17.9: Evolutie incidentie van acute longziekte bij de pasgeborene op de neonatale afdeling in functie van het geboortegewicht en de zwangerschapsduur (%)

	2009	2010	2011	2012	2013
geboortegewicht (gram)					
500 – 999 g	81,9	72,5	76,9	82,8	80,6
1 000 – 1 499 g	56,8	55,1	62,3	66,5	70,9
1 500 – 2 499 g	16,8	15,1	17,5	16,8	17,0
≥ 2 500 g	9,4	8,3	9,1	10,0	9,6
zwangerschapsduur (weken)					
< 28 w	88,1	76,2	77,4	86,0	83,4
28 – 31 w	63,8	64,0	70,7	73,0	76,2
32 – 36 w	18,0	14,7	17,9	17,1	16,2
≥ 37 w	7,5	7,0	7,4	8,1	8,1

c.2 Evolutie incidentie ernstige infectie

Tabel 17.10.: Evolutie incidentie van ernstige infectie bij de pasgeborene op de neonatale afdeling in functie van het geboortegewicht en de zwangerschapsduur (%)

	2009	2010	2011	2012	2013
geboortegewicht (gram)					
500 – 999 g	53,4	48,7	44,7	52,2	44,9
1 000 – 1 499 g	29,7	30,1	27,6	29,3	26,8
1 500 – 2 499 g	6,8	7,4	5,7	6,2	6,9
≥ 2 500 g	7,4	7,5	6,7	8,4	8,7
zwangerschapsduur (weken)					
< 28 w	57,8	48,6	46,3	51,8	47,6
28 – 31 w	29,5	33,6	24,9	29,1	27,1
32 – 36 w	6,7	6,8	5,5	5,6	6,4
≥ 37 w	7,4	7,5	7,0	8,7	8,7

c.3 Evolutie incidentie intracraniele bloeding

Tabel 17.11: Evolutie incidentie van intracraniele bloeding bij de pasgeborene op de neonatale afdeling in functie van het geboortegewicht en de zwangerschapsduur (%)

	2009	2010	2011	2012	2013
geboortegewicht (gram)					
500 – 999 g	21,4	22,2	23,6	21,0	25,0
1 000 – 1 499 g	11,5	13,4	12,2	8,4	10,8
1 500 – 2 499 g	2,2	2,6	1,4	1,7	1,5
≥ 2 500 g	0,9	0,7	0,7	0,6	0,4
zwangerschapsduur (weken)					
< 28 w	26,2	31,5	28,8	26,2	29,9
28 – 31 w	12,9	12,4	11,5	7,5	11,3
32 – 36 w	1,7	2,0	1,0	1,5	0,9
≥ 37 w	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4

c.4 Evolutie incidentie convulsies

Tabel 17.12: Evolutie incidentie van convulsies bij de pasgeborene op de neonatale afdeling in functie van het geboortegewicht en de zwangerschapsduur (%)

	2009	2010	2011	2012	2013
geboortegewicht (gram)					
500 – 999 g	3,6	6,3	7,0	4,8	3,6
1 000 – 1 499 g	1,0	2,0	1,6	1,6	1,6
1 500 – 2 499 g	0,4	0,7	0,4	0,6	0,6
≥ 2 500 g	1,4	1,3	1,4	1,2	1,2
zwangerschapsduur (weken)					
< 28 w	4,8	7,7	7,3	8,5	4,8
28 – 31 w	0,8	2,2	2,1	0,9	1,8
32 – 36 w	0,6	0,5	0,3	0,6	0,3
≥ 37 w	1,3	1,4	1,4	1,3	1,4

17.4 Verblifsduur op de neonatale afdeling

Baby's met een geboortegewicht van minstens 2,5 kg blijven **gemiddeld 5,6 dagen** op de neonatale afdeling. Voor de preterme groep of de pasgeborenen met laag geboortegewicht komt het aantal opnamedagen gemiddeld grofweg overeen met het aantal dagen tot het bereiken van de à terme leeftijd.

Tabel 17.13: Evolutie van **de gemiddelde verblifsduur in dagen** op de neonatale afdeling bij de in leven blijvende pasgeborene met gekende ontslagdatum

	2009	2010	2011	2012	2013
geboortegewicht (gram)					
500 – 999 g	78,1	78,9	78,2	77,3	85,7
1 000 – 1 499 g	43,1	44,0	44,8	44,4	44,8
1 500 – 2 499 g	18,0	17,4	17,3	17,5	17,0
≥ 2 500 g	5,7	5,7	5,8	5,7	5,6
zwangerschapsduur (weken)					
< 28 w	82,8	81,2	80,6	84,0	87,2
28 – 31 w	42,3	42,9	42,1	50,0	42,0
32 – 36 w	16,3	15,4	15,4	15,0	14,8
≥ 37 w	5,8	5,9	6,1	5,9	5,7

18 MATERNALE STERFTE

Er werd vijf maal een maternale sterfte geregistreerd in 2013 (1 op 13 000).

Sinds het begin van de registratie noteerden we 92 maternale sterfgevallen (\pm 1 / 19 000 bevallingen).

De meeste sterfgevallen stonden in onmiddellijk verband met de partus en waren vooral vruchtwater-embolie (N=13), longembolie (N=12), pre-eclampsie / HELPP/AFLP (N=10), bloeding (N=6), sepsis (N=8), uterusruptuur (N=6), anesthesie problemen en ARDS (N=7) en anesthesieproblemen.

Sterfgevallen met een vermoedelijk verband met de zwangerschap waren voornamelijk: beroerte (N=8), cardiopathie van de moeder (N=5), stollingsstoornis bij de moeder (N=5), suïcide,

Overlijden tijdens de zwangerschap dat waarschijnlijk niet in verband stond met de zwangerschap betrof vooral kankergevallen (N=5) (o.a. melanoom, lever- en hersentumor) en astma.

Tabel 18.1: Overzichtstabel maternale sterfte (2013)

leeftijd	pariteit	zw. duur	wijze van verlossing	doodsoorzaak
26	1	36	primaire sectio	fulminante ARDS
25	2	39	primaire sectio	streptococce sepsis tgv pneumonie
39	4	27	primaire sectio	hersenvloeding
33	2	38	spontaan	streptococce A sepsis
28	1	38	vacuümextractie	hartstilstand

Tabel 18.2: Overzichtstabel maternale sterfte

jaar	leeftijd	wijze van verlossing	doodsoorzaak
2004	33	vacuümextractie	meningitis
	36	spontaan	hersensbloeding
2005	30	spontaan	sepsis / ARDS
	26	spontaan	cardiomyopathie
	37	sectio primair	miltruptideur
	34	spontaan	vruchtwaterembolie
2006	32	sectio primair	orgaanfalen
	33	vacuümextractie	vruchtwaterembolie
	45	vacuümextractie	bloeding
2007	22	vacuümextractie	vruchtwaterembolie
	36	sectio primair	status astmatus
	44	spontaan	vruchtwaterembolie
2008	geen	overlijdens	
2009	36	sectio primair	uterusruptuur
	32	sectio secundair	acute leververvetting (AFLP)
	30	sectio secundair	vruchtwaterembolie
	22	spontaan	pneumonie + sepsis + ARDS
2010	33	sectio primair	hersensbloeding + ARDS
2011	36	spontaan	DIC
	41	sectio primair	massief longembolie
2012	30	sectio secundair	leverfalen
	32	sectio secundair	Longembolie
2013	26	primaire sectio	fulminant ARDS tgv pneumonie en sepsis
	25	primaire sectio	sepsis streptococci door pneumonie
	39	primaire sectio	hersensbloeding
	33	spontaan	sepsis streptococci A
	28	vacuümextractie	hartstilstand

Blikvangers 2013

1° Het aantal geboortes is gedaald met 1.285 (-1,9%). En dat voor het derde jaar op rij. De daling vindt plaats in alle provincies maar is het grootste in de provincie Antwerpen (-2,8%) en het laagste in de provincie Limburg (-0,7%).

2° Vlaamse vrouwen stellen hun kinderwens uit. Voor de eerste keer zijn er meer geboortes bij moeders tussen 35-39 jaar (12,8%) dan tussen 20-24 jaar (12,1%). Zeven op tien bevallingen zijn bij vrouwen tussen 25 en 34 jaar. Het valt op dat het percentage geboortes in alle leeftijdscategorieën < 30 jaar nooit lager is geweest dan in 2013. Het gevolg is dat de gemiddelde leeftijd voor de eerst barende lichtjes is gestegen (+0,1) en met 28,6 jaar het hoogste peil bereikt sinds het begin van onze registratie.

3° In 2008 was voor de eerste keer het aantal tienerbevallingen een ietsje lager dan het aantal bevallingen bij veertigplussers. Sindsdien is deze "gap" alleen maar vergroot. Het aantal tienermoeders is nog nooit zo laag geweest (1,4% = 910) als in 2013. Dat is goed. Maar, het percentage moeders van boven de veertig is ondertussen wel gestegen naar 2,4% (N= 1597). En dat is minder goed.

4° Deze kleine toename in gemiddelde leeftijd heeft een weerslag op het gebruik van fertiliteit bevorderende technieken (IVF/ICSI en ovulatie inductie). Een op vijftien (6,6%) van alle door het SPE geregistreerde zwangerschappen kwam in 2013 kunstmatig tot stand. Een nieuw record voor Vlaanderen. Ook het percentage tweelingen (1,82%) is miniem toegenomen maar schommelt nu toch al zes jaar rond de 1,8%. De drielingenfrequentie is redelijk stabiel op 2 tot 3 per tienduizend geregistreerde zwangerschappen.

5° In 2013 bleef 10% (9% in 2012) van de vrouwen roken tijdens de zwangerschap, 3% stopte en 87% rookte niet. Als je weet, uit de medische literatuur, dat er wegens schroom een onderrapportering van het aantal effectieve rokers is, dan mag je aannemen dat minstens zeventienduizend Vlaamse moeders roken tijdens de zwangerschap. Hier ligt dus nog een enorme karwei voor de prenatale zorgverstrekker. Het is bekend dat roken het risico op foetale sterfte, groeivertraging en ontwikkelingsstoornissen verhoogt.

6° Sinds enkele jaren volgen we de Body Mass Index op van de zwangere vrouwen. Een BMI tussen 18,5 en 24,9 voor de zwangerschap wordt als een normaal gewicht beschouwd: 61% voldoet hieraan, 5% kampt met ondergewicht (BMI < 18,5) en 22,6% met overgewicht (BMI 25-29,9). 11,4% tenslotte, lijdt aan obesitas (BMI 30 of meer). Deze cijfers zijn haast een exacte kopie van 2012. Ook hier is nog heel wat werk te verrichten. Moeders met obesitas lopen meer risico op diabetes en hypertensie, op een moeilijke bevalling en op aangeboren misvormingen bij de baby. Recent onderzoek toonde de sterke link aan (nog meer dan bij roken) tussen zwaarlijvigheid en extreme prematuriteit.

7° "T is gebeurd" zou de quizmaster van "de slimste mens" zeggen. We hebben voor de eerste keer in ons bestaan de kaap van de 20% keizersneden gerond. Vooral de sectio bij de eenling steeg aanzienlijk, van 19% in 2012 naar 19,7% in 2013. Hoewel het sectio percentage bij meerlingen ietwat daalde van 58% in 2012 naar 56,7%, kon niet worden verhinderd dat het globale cijfer de twintig procent overschreed en afklokte op 20,3%. Tussen 1991 en 2006 zagen we een gestage toename van het sectiopercentage van 11% (1991) tot 19,2% (2006). Sinds 2006 flirtten we met de kaap van de 20% zonder ze te overschrijden. Tot nu dus. Een emotioneel moment.

8° De frequentie van vroeggeboorte is in dit millennium amper veranderd. Vroeggeboorte is onderhevig aan socio-economische veranderingen. Hoe groter de armoede en/of hoe groter de ongelijkheid tussen de mensen hoe groter de kans op een premature partus. Het is daarom hartverwarmend om vast te stellen dat in Vlaanderen de prematuriteit laag blijft en slechts lichtjes schommelt sinds 2000 en dat los van schommelingen in de conjunctuur.

9° De incidentie van foetale en perinatale sterfte is het voorbije decennium evenmin amper gewijzigd. De zwangerschapsduur bij geboorte is de belangrijkste parameter voor de overleving: onder de 28 weken sterft de helft van de baby's. Tussen 28 en 32 weken is dat nog een op tien. Van zodra de baby voldragen is daalt de sterfte kans naar 1 op 625. Jongens zijn kwetsbaarder dan meisjes voor gelijk welke zwangerschapsduur.

10° Vijf moeders verloren het leven in het kraambed. Een zware tol. Bij vier van de vijf vrouwen was de zwangerschap voldragen en bij drie vrouwen werd er een keizersnede verricht. Longinfectie (sepsis) was drie keer de oorzaak. Sinds het begin van de registratie (1987) hebben we weet van 92 vrouwen die het leven verloren in het kraambed. De meeste sterfgevallen staan in onmiddellijk verband met de partus. Het aantal overleden vrouwen is onderschat omdat een reeks sterfteoorzaken zoals postnatale depressie met zelfmoord, verkeersongelukken, buitenbaarmoederlijke zwangerschap et cetera aan onze registratie ontsnappen.

COLOFON

Eindredactie

H. Cammu
E. Martens
G. Martens
C. Van Mol
Y. Jacquemyn

Vormgeving

E. Martens

Secretariaat

V. De Bolle
A. Testelmans

Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE) **Hallepoortlaan 27**
1060 Brussel

Oprichtingsnummer 30761/86
Staatsblad 27 november 1986

Maatschappelijke zetel: Hallepoortlaan 27, 1060 Brussel

Telefoon: 02.533.12.10
Fax: 02.534.13.82

www.zorg-en-gezondheid.be/
www.vvog.be