

# PERINATALE ACTIVITEITEN IN VLAANDEREN 2015

Redactie

R. Devlieger, E. Martens, G. Martens, C. Van Mol, H. Cammu



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.



[www.zorg-en-gezondheid.be](http://www.zorg-en-gezondheid.be)  
[www.vvog.be](http://www.vvog.be)

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

Referentie:

Perinatale Activiteiten in Vlaanderen 2015  
R. Devlieger, E. Martens, G. Martens, C. Van Mol, H. Cammu  
SPE, Brussel, 2016

## INHOUD

Woord vooraf .....	1
Organogram.....	1
Gegevens .....	2
Definities: laten we elkaar goed begrijpen .....	4
1 Het jaar 2015 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 2015 .....	52
Aanvraag studies .....	54
Colofon .....	56

## WOORD VOORAF

Een goed begin.

Dag beste lezer.

Het SPE, uw dierbare bron voor alle informatie over geboortes in Vlaanderen, bestaat bijna dertig jaar en het is voorbijgevlogen. Ik herinner mij niet de opstart, eind 1986, omdat ik toen nog geen lid was van dat unieke geesteskind van de Vlaamse gynaecologen Dries Bekaert, Michel Thiery, wijlen Robert Derom en ingenieur Guy Martens. Deze laatste had als taak de geboortegegevens vakkundig in curves en tabellen te zetten zodat we er mee konden naar buiten komen. Ik trad toe tot het fijne genootschap in 1989. Die eerste jaren vielen samen met de opkomst van de Evidence Based Medicine. EBM was een nieuwe manier van wetenschap bedrijven en dat gold zowel voor de oude meesters als voor de rookies zoals ikzelf. Plots maakten ervaringen en opinies plaats voor de “randomized controlled trial”. Oh, ik mis de discussies over pro en con van imminente verloskundige en neonatale problemen met een heer van stand zoals Robert Derom of met de steeds aimabele neonatoloog Hugo Devlieger.

Een kleine twee miljoen pasgeborenen hebben we sedertdien geregistreerd. De SPE databank bevat geboortegegevens van een derde van de actuele Vlaamse bevolking. Een vreemde gedachte, toch. Van al die kinderen woog ongeveer 1,1 % 1500 g of minder bij geboorte. De voorbije dertig jaar zijn er bijgevolg meer dan twintigduizend kinderen geboren met extreem laag geboortegewicht. De helft overleefde het niet. Wat zou er van de overlevende kinderen geworden zijn? Hebben ze de tegenslag waarmee ze hun leven aanvingen, weten te keren? Hoe doen of deden ze het op school? Hadden ze liefhebbende ouders die hen met warmte en zorg wisten te omringen? Wat is er van hen geworden? Ik zou het graag weten. Enkelen zullen zelf al kinderen hebben.

“Een mens moet ‘chance’ hebben” zei mijn opa zaliger. Toeval speelt een grote rol in een mensenleven. Heb ik aangeboren afwijkingen? Kruisten toevallige ziektes mijn weg? Ben ik gespaard gebleven van ongeluk? Kom ik uit een stimulerend nest? Geluk kun je deels afdwingen. De ingrediënten die de kansen op een lang leven gezond verhogen zijn bekend: rook niet, drink met mate, eet gevarieerd en ook met mate, beweeg, slaap goed, behaal een goed diploma en zorg voor een sociaal netwerk. Dat is een goed begin.

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.

Prof. dr. Hendrik Cammu

## ORGANOGRAM

### Raad van Bestuur

#### Gynaecologen

Prof. dr. H. Cammu (v)  
Prof. dr. R. Devlieger (o)  
Prof. dr. Y. Jacquemyn  
Dr. M. Laubach  
Dr. A. Loccufier  
Prof. dr. K. Roelens (p)

### Dagelijks Bestuur

Prof. dr. H. Cammu  
Prof. dr. R. Devlieger  
Prof. dr. K. Roelens  
Prof. dr. P. Van Reempts

### Wetenschappelijke Commissie

#### Gynaecologen

Dr. R. Breughelmans  
Prof. dr. H. Cammu  
Prof. dr. L. De Catte  
Dr. B. De Keersmaecker  
Prof. dr. P. Defoort  
Prof. dr. R. Devlieger (v)  
Prof. dr. Y. Jacquemyn  
Dr. M. Laubach  
Dr. A. Loccufier  
Prof. dr. K. Roelens  
Dr. E. Roets  
Dr. E. Sleurs

#### Pediaters

Dr. K. De Coen  
Prof. dr. G. Naulaers  
Dr. H. Van Hauthem  
Dr. C. Van Mol  
Prof. dr. P. Van Reempts (s)

### Verwerkingscentrum

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

#### Pediaters

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

#### Informatici

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

#### Vroedvrouwen

Dr. A. Bogaerts  
Dr. I. Delbaere  
Dr. M. Embo  
Mevr. M. Reyens  
Mevr. S. Van de Vijver

#### Zorg en Gezondheid

Dr. E. Hendrickx

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

## 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 streptococci 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  $\geq 500$  gram uit één moeder.
- **Geboorte**  
Geboorte van één kind, levend of dood, van  $\geq 500$  gram of van  $\geq 22$  weken bij onbekend geboortegewicht. Indien beiden onbekend, dan geldt een lengte van  $\geq 25$  cm als criterium.
- **Pariteit**  
Het aantal verlossingen dat een vrouw heeft doorgemaakt.
- **Vroeggeboorte**  
Bevalling vóór de 37<sup>ste</sup> 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  $\geq 500$  gram.
- **Vroeg-neonatale sterfte**  
Overlijden van een levend geboren kind van  $\geq 500$  gram, vóór de 8<sup>ste</sup> 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  $\geq 500$  gram tot en met de 28<sup>ste</sup> dag na de geboorte.
- **Post-neonatale sterfte**  
Overlijden van een levend geboren kind van  $\geq 500$  gram, vanaf de 29<sup>ste</sup> dag tot en met de 365<sup>ste</sup> dag na de geboorte.
- **Zuigelingensterfte**  
Overlijden van een levend geboren kind van  $\geq 500$  gram binnen het 1<sup>ste</sup> 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 2015 IN CIJFERS

In 2015 hebben opnieuw alle 64 kraamklinieken uit het Vlaamse Gewest alsook het UZ Brussel aan de registratie deelgenomen. Het SPE beschikt eveneens over gegevens van **485** thuisbevallingen. Het SPE registreert de plaats van geboorte en niet de woonplaats van de moeder.

Tabel 1.1: Verlossingen  $\geq 500$  g (vrouwen)

Karakteristieken van de <b>MOEDER</b>	%	Totaal aantal <b>MOEDERS</b> (N=63 877)
eenling	98,2	62 708
tweeling	1,8	1 153
drieling	-	16
<b>pariteit</b>		
primi	44,4	28 383
multi	55,6	35 492
<b>ontstaan zwangerschap</b>		
spontaan	91,1	58 218
medisch begeleide voortplanting	7,0	4 448
niet gevraagd	1,9	1 210
<b>hypertensie</b>		
ja	4,6	2 948
<b>diabetes</b>		
ja	3,7	2 345
<b>duur zwangerschap</b>		
$\leq 31$ weken	1,2	749
32 – 36 weken	6,3	4 017
$\geq 37$ weken	92,5	59 111
<b>inleiding baring</b>	23,9	15 282
<b>epidurale analgesie</b>	69,7	44 539
<b>wijze van verlossing</b>		
vaginaal	79,5	50 756
sectio caesarea	20,5	13 121

Tabel 1.2: Geboorten  $\geq 500$  g (pasgeborenen)

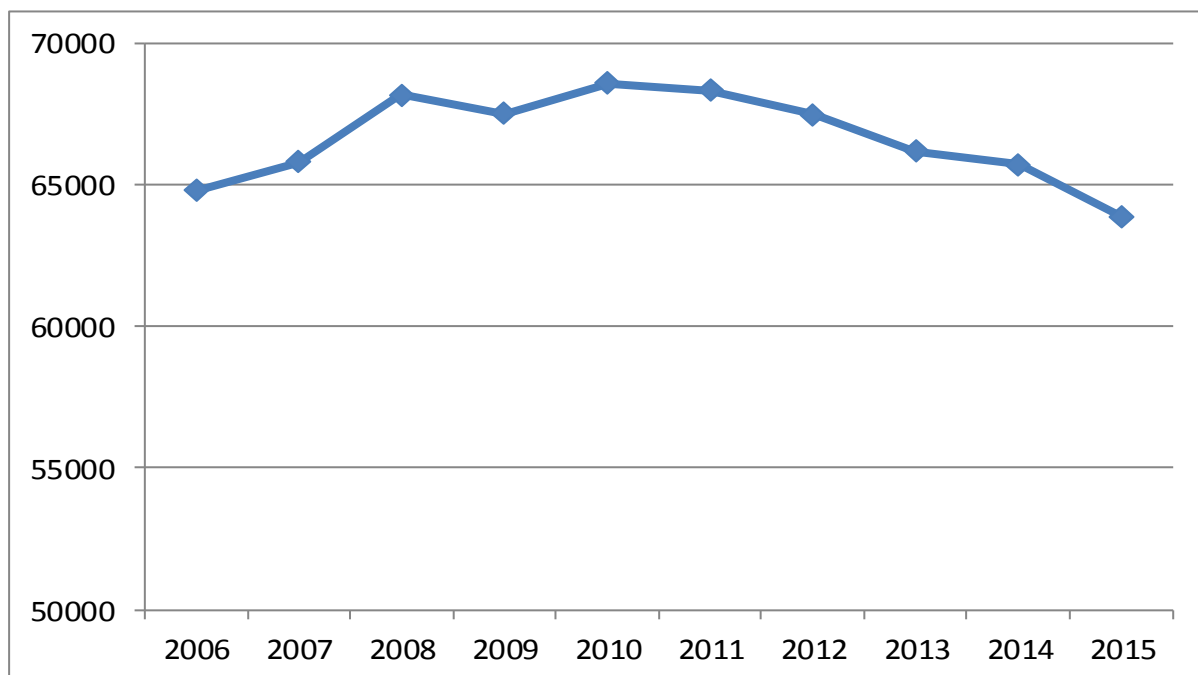
Karakteristieken van de <b>BABY</b>	%	Totaal aantal <b>BABY'S</b> (N = 65 052)
eenling	96,4	62 708
tweeling	3,5	2 297
drieling	0,1	47
<b>ligging baby</b>		
hoofd	93,5	60 812
stuit	5,0	3 232
dwars	0,5	340
onbekend	1,0	668
<b>wijze van geboorte</b>		
spontaan	68,6	44 597
vacuümextractie	9,5	6 207
forceps	0,4	260
sectio	21,2	13 820
stuit vaginaal	0,3	167
<b>geboortegewicht</b>		
500 – 1 499 gram	1,1	717
1 500 – 2 499 gram	5,7	3 730
$\geq 2 500$ gram	93,2	60 605
<b>geslacht</b>		
mannelijk	51,3	33 373
vrouwelijk	48,7	31 678
<b>majeure misvorming</b>		
ja	0,9	556
<b>transfer neonatologie</b>		
N*	11,1	7 193
NIC	4,1	2 628
<b>perinatale sterfte</b>		
foetale sterfte	0,42	270
vroeg-neonatale sterfte	0,18	115
perinatale sterfte	0,59	385

## 2 AANTAL GEBOORTEN IN VLAANDEREN

In 2015 daalt het aantal geboorten in Vlaanderen opnieuw en dit voor het 5<sup>de</sup> jaar op rij (1 903 geboorten minder). Voor de 19<sup>de</sup> keer op rij is er een 100 % ziekenhuisregistratie.

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

	geboorten <b>BABY'S</b>	verlossingen <b>MOEDERS</b>	% registratie
1991	67 143	66 082	95,5
<b>2006</b>	<b>65 941</b>	<b>64 793</b>	<b>100</b>
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
2014	66 955	65 729	100
<b>2015</b>	<b>65 052</b>	<b>63 877</b>	<b>100</b>



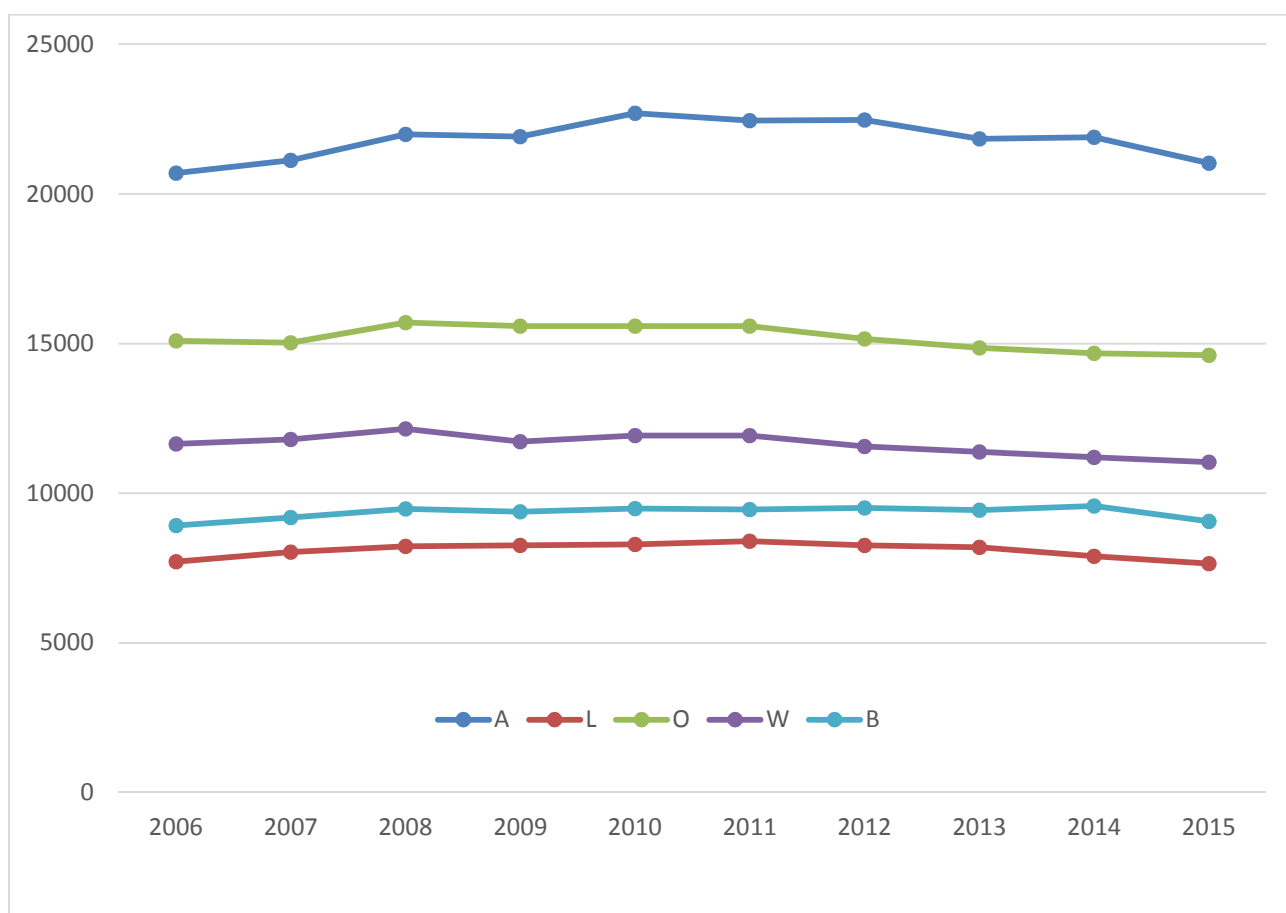
Figuur: Evolutie van het aantal verlossingen in Vlaanderen en UZ Brussel

Wegens de sterke daling in het aantal verlossingen in 2015, is het niet verwonderlijk dat in alle provincies minder verlossingen hebben plaats gevonden.

Tabel 2.2: Evolutie van het aantal verlossingen per provincie

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
A	<b>20 697</b>	21 123	21 985	21 910	22 692	22 443	22 468	21 840	21 892	<b>21 031</b>
L	<b>7 713</b>	8 030	8 231	8 259	8 286	8 398	8 260	8 198	7 899	<b>7 653</b>
O	<b>15 092</b>	15 031	15 700	15 583	15 582	15 584	15 160	14 857	14 672	<b>14 609</b>
W	<b>11 648</b>	11 802	12 151	11 727	11 927	11 926	11 564	11 381	11 202	<b>11 043</b>
B	<b>8 920</b>	9 184	9 475	9 382	9 487	9 452	9 513	9 431	9 571	<b>9 058</b>

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 barenden vrouwen bedraagt 44,4 %. Dit is een lichte stijging ten opzichte van vorig jaar. Dit kan zijn weerslag hebben op het aantal bevallingen in de volgende jaren.

*Tabel 3.1: Pariteit (2015)*

	%	Aantal (N = 63 877)
1	44,4	28 384
2	35,8	22 864
3	13,1	8 364
4	4,2	2 710
5	1,5	938
≥ 6	1,0	617

*Tabel 3.2: Evolutie van de pariteit (%)*

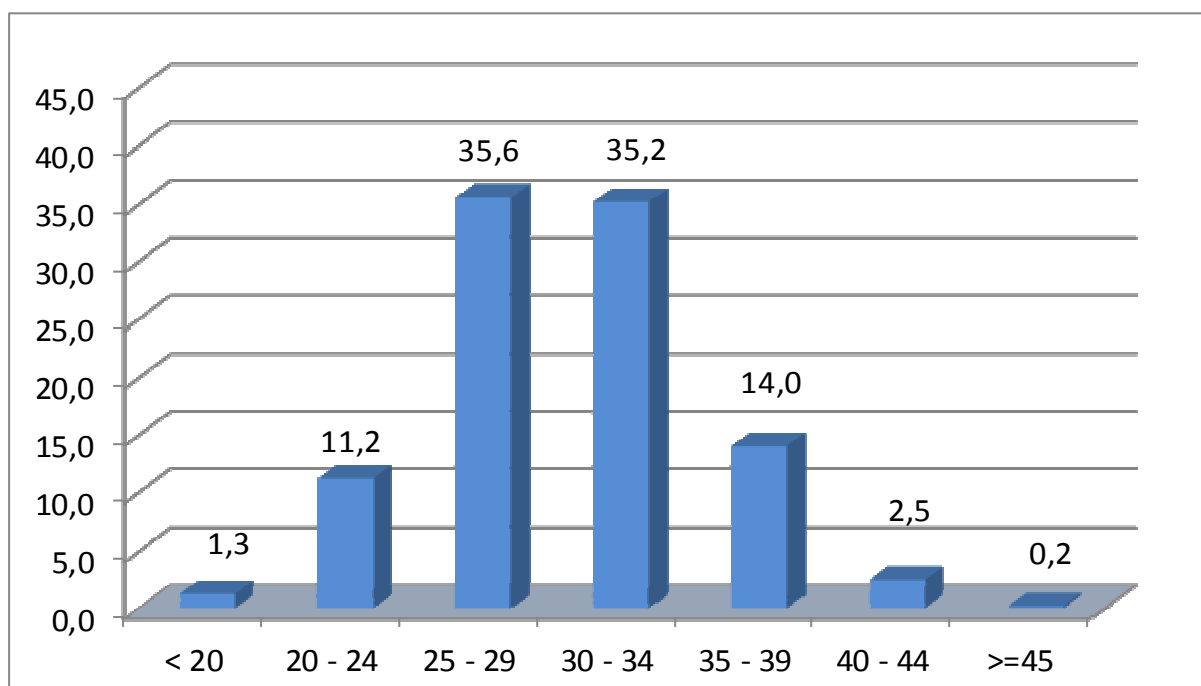
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Primipare (Po)	<b>47,5</b>	47,2	46,9	47,0	45,9	45,8	45,2	44,8	44,2	<b>44,4</b>
Multipare (Pn)	<b>52,5</b>	52,8	53,1	53,0	54,1	54,2	54,8	55,2	55,8	<b>55,6</b>

## 4 LEEFTIJD VAN DE MOEDER BIJ DE VERLOSSING

Zeven op tien vrouwen zijn bij hun bevalling tussen 25 en 34 jaar oud. Eén op 76 vrouwen (N=843) is een tiener, wat een daling is. Eén op 37 is veertig jaar of ouder op het moment van de partus, het gaat om 1 729 vrouwen (2,7 %), wat een stagnatie is ten opzichte van het voorbije jaar. 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 (2015)

	%	aantal (N = 63 877)
< 20	1,3	843
20 – 24	11,2	7 161
25 – 29	35,6	22 718
30 – 34	35,2	22 501
35 – 39	14,0	8 925
40 – 44	2,5	1 622
≥ 45	0,2	107



Figuur: Indeling volgens leeftijd van de moeder (%)

De gemiddelde leeftijd van zowel de primipare als de multipare vrouw blijft licht stijgen. Eén vrouw op 40 is een tiener als ze voor de eerste maal bevalt. Eén vrouw op 10 is vijfendertig of meer bij haar eerste bevalling en één op 67 is veertig of meer.

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

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
< 20	<b>3,6</b>	4,0	3,7	3,7	3,5	3,4	3,0	2,6	2,6	<b>2,5</b>
20 – 24	<b>20,8</b>	20,2	20,2	19,5	19,4	19,0	18,6	17,9	17,6	<b>17,1</b>
25 – 29	<b>44,6</b>	44,8	44,8	44,3	43,9	43,9	43,7	43,3	43,1	<b>43,5</b>
30 – 34	<b>23,5</b>	23,2	23,6	24,6	24,9	25,4	26,0	26,9	27,4	<b>26,9</b>
35 – 39	<b>6,5</b>	6,7	6,5	6,7	7,1	7,0	7,4	7,8	7,7	<b>8,5</b>
≥ 40	<b>1,0</b>	1,0	1,1	1,2	1,2	1,3	1,3	1,4	1,6	<b>1,5</b>
gemiddelde	<b>28,0</b>	28,0	28,1	28,2	28,3	28,3	28,5	28,6	28,7	<b>28,8</b>

In 1987 was de gemiddelde leeftijd bij de primipare vrouw 25,7 jaar, in 1991: 26,3 jaar en in 2015: 28,8 jaar.

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

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
< 20	<b>0,4</b>	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,3	<b>0,3</b>
20 – 24	<b>8,3</b>	8,2	8,4	8,3	8,1	8,0	7,7	7,4	6,7	<b>6,5</b>
25 – 29	<b>32,4</b>	32,4	31,8	31,9	31,6	30,9	30,1	30,2	29,4	<b>29,2</b>
30 – 34	<b>39,7</b>	39,2	39,3	39,7	40,5	41,2	41,6	41,7	42,3	<b>41,9</b>
35 – 39	<b>16,3</b>	16,8	17,0	16,4	16,1	16,2	16,7	16,9	17,8	<b>18,4</b>
≥ 40	<b>2,8</b>	2,8	3,1	3,1	3,2	3,2	3,4	3,4	3,6	<b>3,7</b>
gemiddelde	<b>31,0</b>	31,1	31,1	31,1	31,1	31,2	31,3	31,3	31,5	<b>31,6</b>

In 1987 was de gemiddelde leeftijd bij de multipare vrouw 28,8 jaar, in 1991: 29,4 jaar en in 2015: 31,6 jaar.

## 5 HOE ONTSTAAT DE ZWANGERSCHAP

Bij minstens 4 448 vrouwen, één op veertien (7,0 %), trad de zwangerschap op na een behandeling voor onvruchtbaarheid. Dat leidde bij 376 vrouwen (8,5 % uit deze groep) tot de geboorte van een meerling: 32 % van de meerlingen is een gevolg van artificiële reproductietechnieken.

Tabel 5.1: Ontstaan van de zwangerschap (2015)

	eenlingzwangerschap (N=62 708)		meerlingzwangerschap (N= 1 169)		totaal zwangerschappen (N= 63 877)
	%	aantal	%	aantal	%
spontaan	91,6	57 443	66,3	775	91,1
hormonaal	2,5	1 551	10,4	121	2,6
IVF	2,3	1 431	12,6	147	2,5
ICSI	1,7	1 090	9,2	108	1,9
niet bevrraagd	1,9	1 193	1,5	18	1,9

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

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
%	4,8	5,0	5,4	5,4	5,7	5,8	6,2	6,6	6,9	7,0

In 1991 betekende medisch begeleide voortplanting (2,1 %) nog voornamelijk 70 % hormonale stimulatie en 30% IVF. In 2015 is IVF/ICSI verantwoordelijk voor 62,4 % van de kunstmatig tot stand gebrachte zwangerschappen.



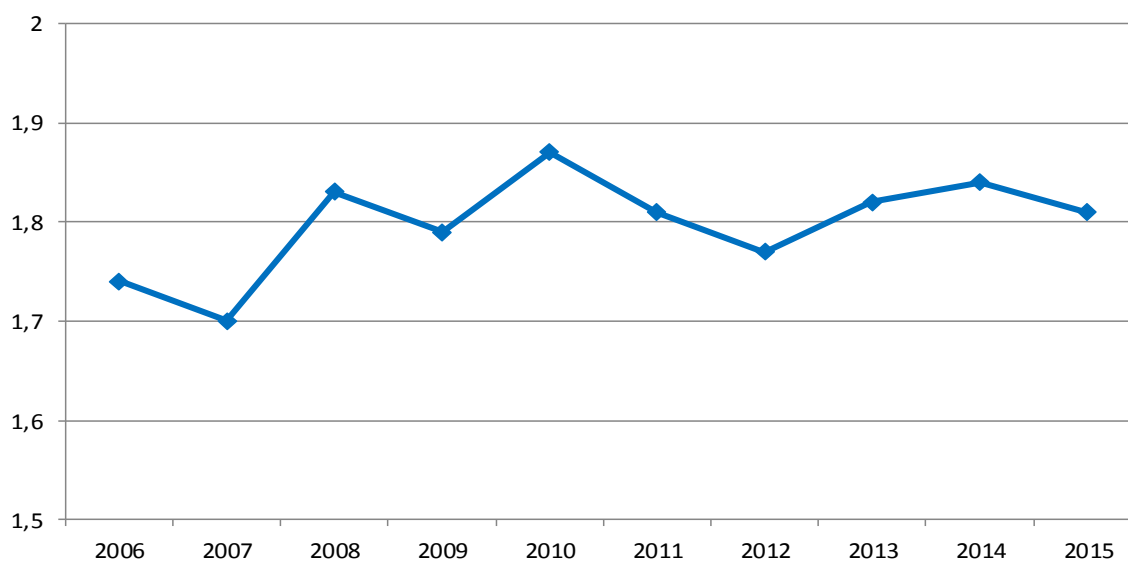
## 6 EVOLUTIE VAN HET AANTAL MEERLINGZWANGERSCHAPPEN

Het percentage tweelingen schommelt al acht jaar rond de 1,8 %. De drielingenfrequentie is redelijk stabiel en varieert van 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
<b>2006</b>	<b>1,74</b>	<b>1 127</b>	<b>0,02</b>	<b>11</b>
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
2014	1,84	1 211	0,02	13
<b>2015</b>	<b>1,81</b>	<b>1 153</b>	<b>0,03</b>	<b>16</b>

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

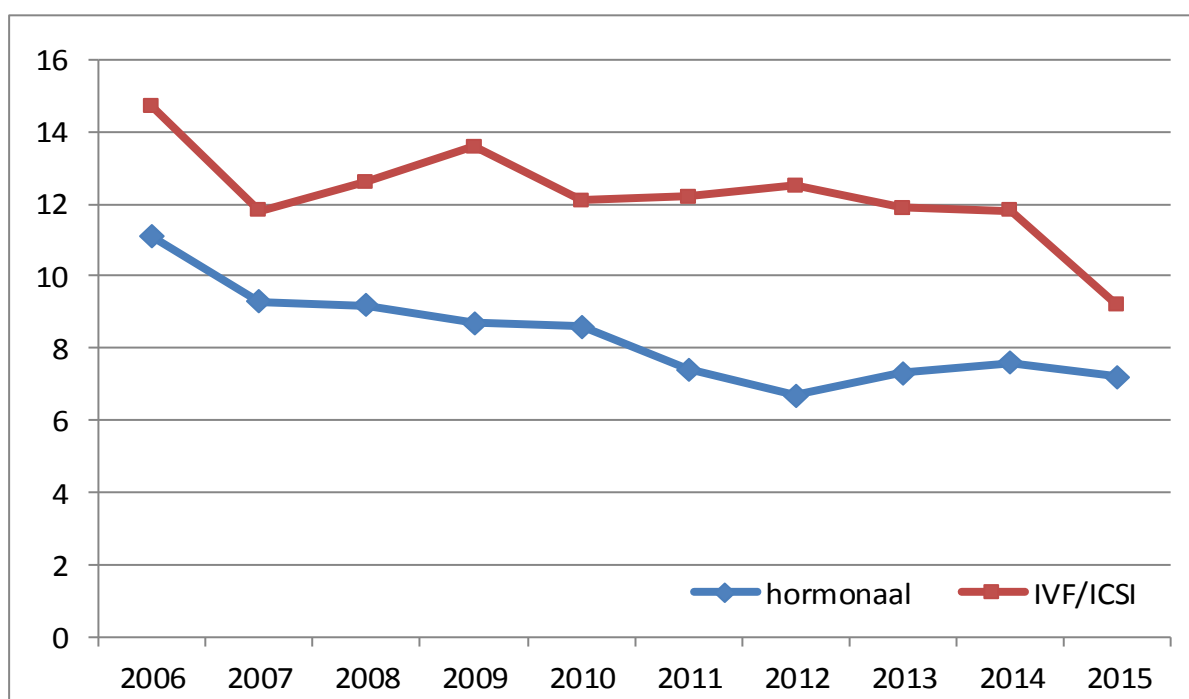


Figuur: Evolutie van het aantal tweelingzwangerschappen (%)

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

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
spontaan	1,2	1,2	1,3	1,2	1,4	1,3	1,2	1,2	1,2	1,3
hormonaal	11,1	9,3	9,2	8,7	8,6	7,4	6,7	7,3	7,6	7,2
IVF/ICSI	14,7	11,8	12,6	13,6	12,1	12,2	12,5	11,9	11,8	9,2

In 2015 daalt zowel het percentage meerlingen na IVF/ICSI tot 9,2 %, alsook het percentage hormonale behandelingen tot 7,2 %.



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

## 7 DUUR VAN DE ZWANGERSCHAP

De globale frequentie van vroeggeboorte (< 37 weken) bedraagt 7,5 %. Dat is 6,5 % bij de eenling en 57,9 % bij de meerling.

Tabel 7.1: Zwangerschapsduur (2015)

	eenlingbevalling (N= 62 708)		meerlingbevalling (N= 1 169)	
	%	aantal	%	aantal
< 28w	0,4	266	3,1	36
28 – 31 <sup>6/7</sup> w	0,6	369	6,7	78
32 – 36 <sup>6/7</sup> w	5,5	3 454	48,2	563
≥ 37w	93,5	58 619	42,1	492

Tabel 7.2: Evolutie van de zwangerschapsduur (%)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
< 28 w	<b>0,4</b>	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	<b>0,5</b>
28 – 31 <sup>6/7</sup> w	<b>0,6</b>	0,6	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	<b>0,7</b>
32 – 36 <sup>6/7</sup> w	<b>6,4</b>	6,0	6,3	6,2	6,2	6,0	6,4	6,2	6,2	<b>6,3</b>
≥ 37 w	<b>92,6</b>	92,9	92,6	92,7	92,8	92,8	92,4	92,6	92,6	<b>92,5</b>

In 1991 beviel 94,7 % op of na 37 weken. Sinds 2006 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 116 en één meerling op 13 wegen bij de geboorte minder dan 1 500 gram.

Tabel 8.1: Geboortegewicht (2015)

	eenlingen (N= 62 708)		meerlingen (N= 2 344)	
	%	aantal	%	aantal
500 – 999 g	0,4	282	3,1	73
1 000 – 1 499 g	0,4	260	4,4	102
1 500 – 1 999 g	0,9	569	16,4	385
2 000 – 2 499 g	3,3	2 039	31,4	737
2 500 – 2 999 g	16,3	10 251	34,0	796
3 000 – 3 499 g	39,7	24 864	9,8	230
3 500 – 3 999 g	29,8	18 700	0,9	20
4 000 – 4 499 g	8,1	5 088	-	1
≥ 4 500 g	1,0	655	-	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 (%)

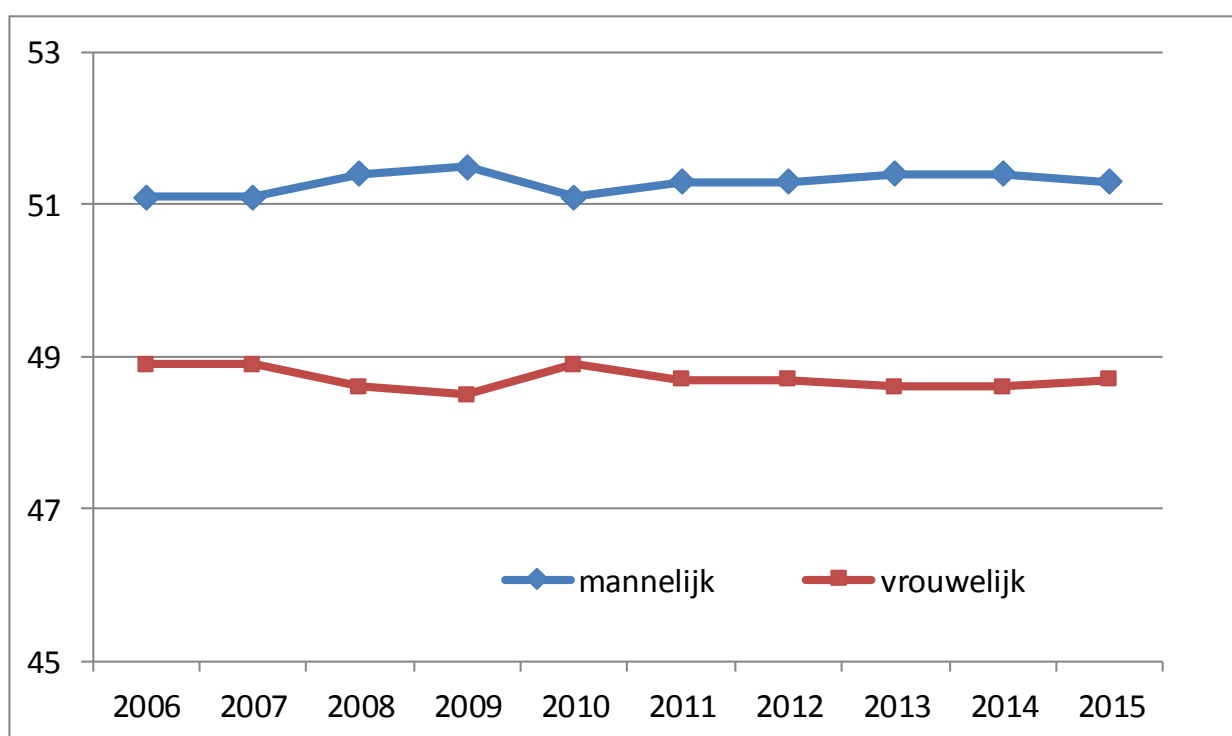
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
500 – 1 499 g	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1
1 500 – 2 499 g	5,8	5,6	5,8	5,7	5,6	5,5	5,6	5,6	5,6	5,7
≥ 2 500 g	93,1	93,3	93,1	93,2	93,2	93,3	93,2	93,2	93,1	93,2

## 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 (%)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
♂	<b>51,1</b>	51,1	51,4	51,5	51,1	51,3	51,3	51,4	51,4	<b>51,3</b>
♀	<b>48,9</b>	48,9	48,6	48,5	48,9	48,7	48,7	48,6	48,6	<b>48,7</b>



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 (2015)

	%	aantal (N = 62 708)
hoofd	94,5	59 252
stuit	4,2	2 603
dwars	0,3	210
onbekend	1,0	643

### 10.2 Ligging van de tweelingen

Tabel 10.2: Ligging van de tweelingen (2015)

kind I	kind II	N	%
hoofd	hoofd	560	49,0
hoofd	stuit	245	21,4
hoofd	dwars	62	5,4
stuit	hoofd	114	10,0
stuit	stuit	107	9,3
stuit	dwars	35	3,1
dwars	hoofd	5	0,4
dwars	stuit	4	0,3
dwars	dwars	12	1,0

### 10.3 Stuitligging

In 2015 werden in Vlaanderen 2 603 eenlingen in stuitligging geboren, waarvan 92,2 % via een keizersnede. Voor de meerlingen stopt de teller aan 629 (77,9 %).

Tabel 10.3: Wijze van geboorte bij stuitligging (2015) (%)

	eenlingen (N = 2 603)	meerlingen (N = 629)
vaginaal	7,8	22,1
sectio	92,2	77,9

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

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
primair	<b>69,6</b>	70,5	70,0	70,5	67,7	68,4	67,8	69,5	70,7	<b>65,7</b>
secundair	<b>18,8</b>	18,2	19,4	19,3	22,3	22,0	23,0	21,5	20,8	<b>23,7</b>
totaal	<b>88,4</b>	88,7	89,3	89,8	90,1	90,4	90,8	90,9	91,5	<b>89,4</b>

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. Voor het eerst in 10 jaar daalt het percentage sectio bij stuitligging en bedraagt 89,4 % in 2015.

Tabel 10.5: Perinatale sterfte bij stuitligging (2015)

	eenlingen (N = 2 603)		meerlingen (N = 629)	
	%	aantal	%	aantal
foetaal	2,0	51	1,0	6
vroeg-neonataal	0,7	19	1,6	10

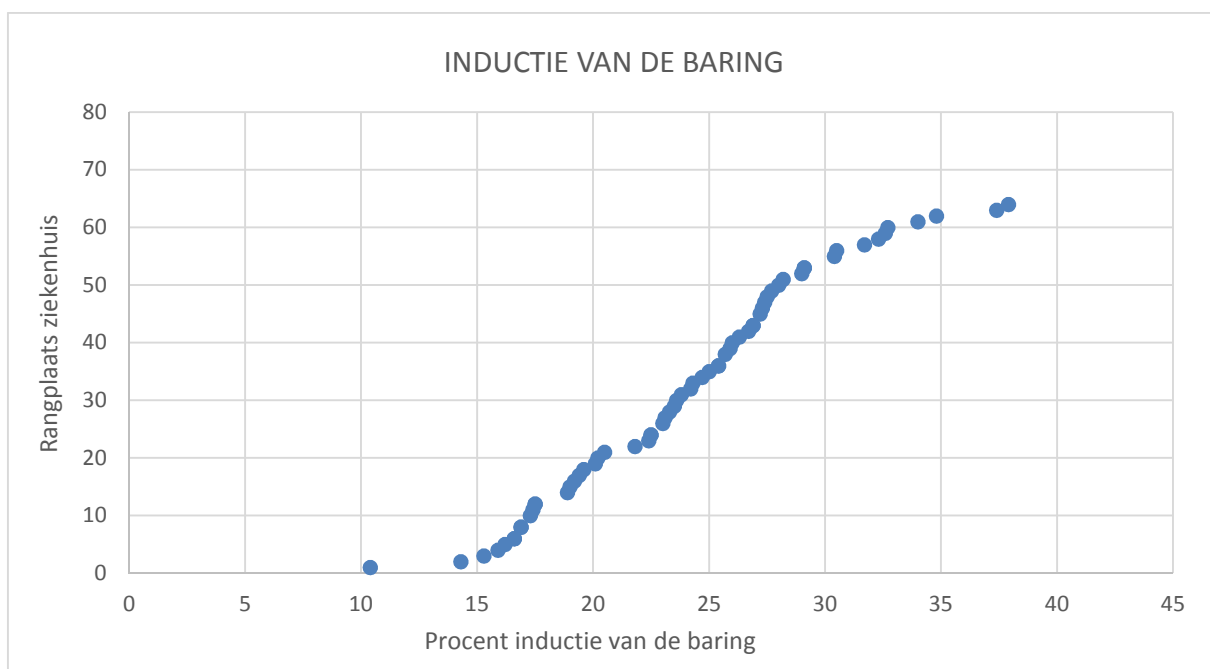
Tabel 10.6: Geslachtsverdeling bij stuitligging (2015)

	%	aantal (N = 3 232)
♂	47,3	1 528
♀	52,7	1 704



## 11 INLEIDING VAN DE BARING

Bij 23,9 % van de zwangerschappen wordt de baring ingeleid. We zien min of meer een stagnatie de voorbije zes jaar. De spreiding van de inductie van de baring varieert naargelang de kraamkliniek van 10,4 % tot 37,9 %.



*Figuur: Spreiding van de inductie in 2015 (%)*

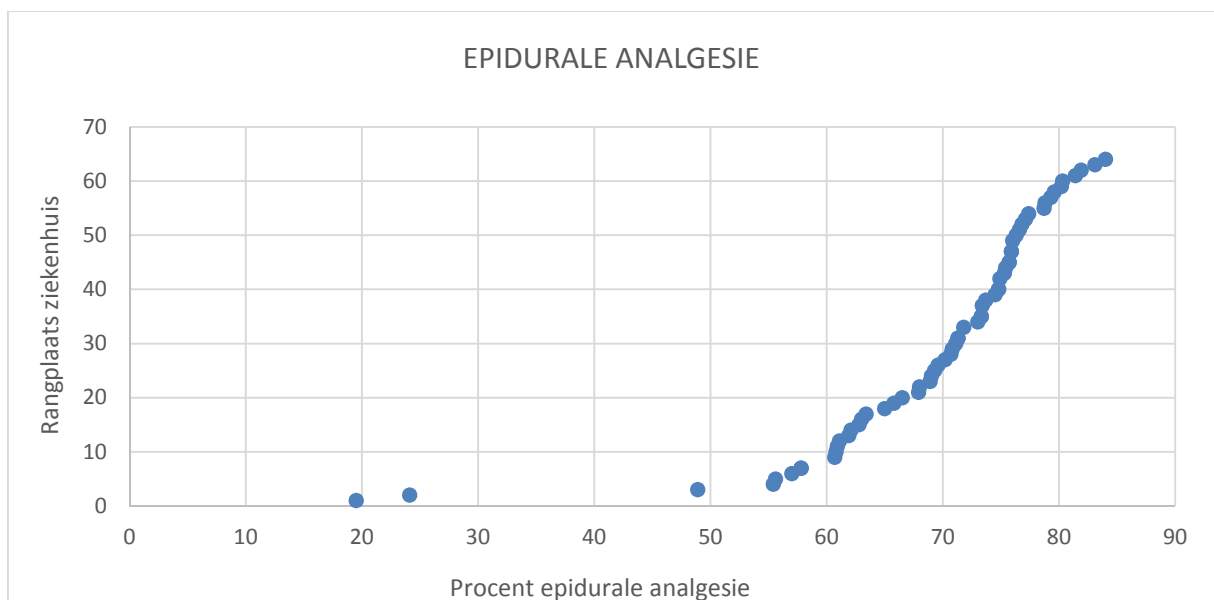
De inductiepercentages zijn redelijk stabiel en schommelen sinds 2009 rond de 24 %. Het percentage inducties stijgt wel ten opzichte van vorig jaar naar 23,9 %.

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

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
inductie	<b>26,1</b>	25,6	25,3	24,2	23,8	23,8	23,5	23,9	23,4	<b>23,9</b>
laagst	<b>14,7</b>	13,5	13,3	13,1	12,9	11,4	10,8	11,4	11,4	<b>10,4</b>
hoogst	<b>38,8</b>	37,2	40,7	38,3	38,5	36,1	36,9	35,4	36,7	<b>37,9</b>

## 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. Epidurale analgesie is verkrijgbaar in alle Vlaamse kraamklinieken. Er is een ruime spreiding van 19,5 % tot 84,0 %.



*Figuur: Spreiding van de epidurale analgesie in 2015 (%)*

Vanaf begin jaren 90 kende de epidurale pijnstilling een opmars van 32 % (1991) naar 70,3 % in 2013. Ondanks de daling in 2014, is er dit jaar terug een lichte stijging waar te nemen, namelijk 69,7 %.

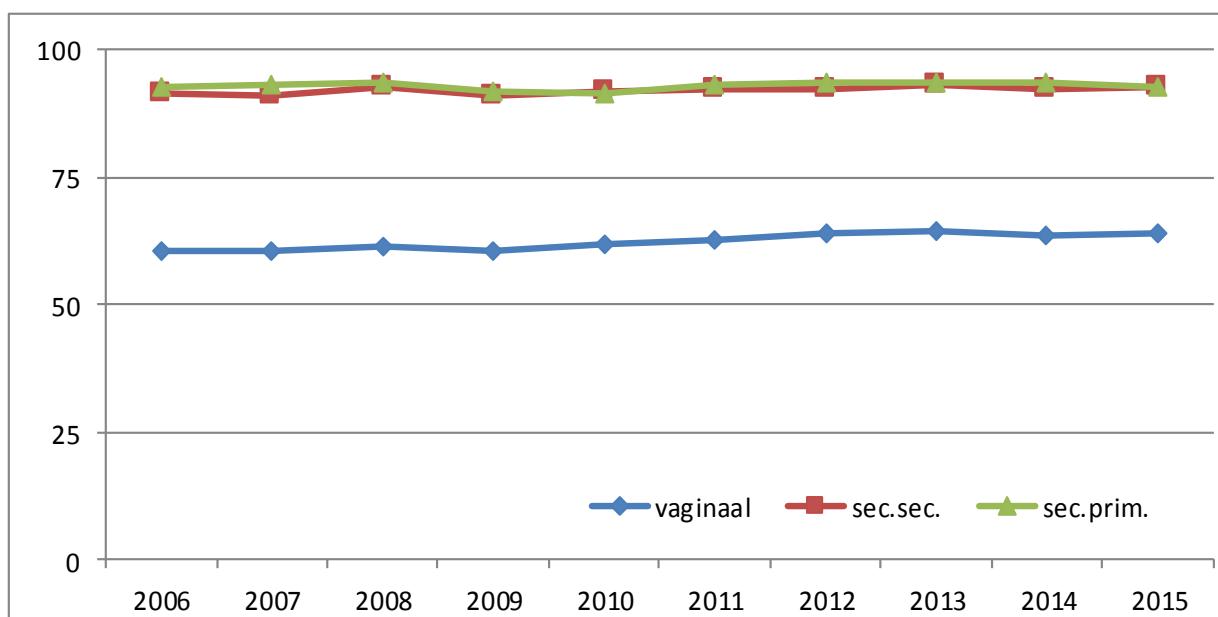
*Tabel 12.1: Evolutie van de frequentie van de epidurale analgesie (%)*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
epidurale	<b>66,5</b>	66,6	67,4	66,5	67,7	68,6	68,9	70,3	69,6	<b>69,7</b>
laagst	<b>22,3</b>	18,6	22,6	16,5	25,2	22,4	17,9	19,5	18,9	<b>19,5</b>
hoogst	<b>82,8</b>	83,4	82,2	82,6	84,0	86,5	84,8	83,0	83,5	<b>84,0</b>

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
<b>2006</b>	<b>70,7</b>	<b>51,6</b>	<b>91,4</b>	<b>92,5</b>
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
2014	74,6	55,1	92,4	93,6
<b>2015</b>	<b>75,0</b>	<b>55,2</b>	<b>92,7</b>	<b>92,6</b>



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 en 19,9 % ondergaat een keizersnede.

Na een meerlingzwangerschap bevalt net iets meer dan een derde op eigen kracht. Eén op 23 wordt instrumenteel verlost en in meer dan de helft van de gevallen (57,9 %) wordt een sectio verricht.

Tabel 13.1: Wijze van geboorte (2015)

	eenlingen (N= 62 708)		meerlingen (N = 2 344)	
	%	N	%	N
spontaan	69,8	43 786	34,6	812
vacuümextractie	9,7	6 112	4,1	95
forceps	0,4	253	0,3	7
geassisteerde stuit	0,2	95	3,1	72
sectio primair	11,2	7 047	37,7	884
sectio secundair	8,6	5 415	20,2	474

### 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.

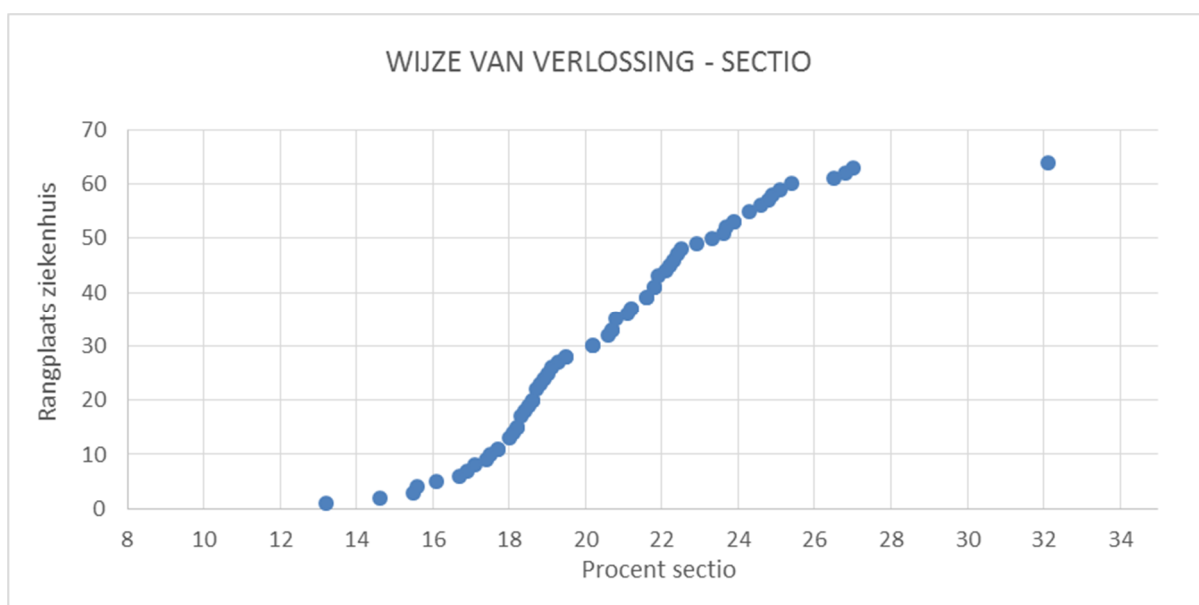
Tabel 13.2: Evolutie van de frequentie van vacuümextractie / forceps bij alle geboorten (%)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
vacuümextractie	9,1	9,5	9,5	9,5	9,5	9,4	9,5	9,3	9,4	9,5
forceps	0,7	0,8	0,8	0,7	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5	0,4
totaal	9,9	10,2	10,3	10,2	10,1	10,0	10,1	9,9	9,9	9,9

### 13.3 Sectio caesarea

Het sectiopercentage bedraagt 20,5 % in 2015. De geplande sectio's nemen met 0,3 % af terwijl de secundaire sectio's met 0,2 % zijn toegenomen. In de kraamklinieken varieert het sectiopercentage van 13,2 % tot 32,1 %.

#### a. Sectio caesarea



*Figuur: Spreiding van het sectiopercentage in 2015*

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

*Tabel 13.3: Indicatie voor sectio bij alle verlossingen (2015)*

	%	aantal
repeat-sectio	28,3	3 709
foeto-pelviene disproportie (dystocie)	20,7	2 711
liggingsafwijking	19,7	2 579
foetaal lijden	13,3	1 740
maternaal + placentair + andere	18,2	2 382

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 (97,2 %). Terwijl een multipare vrouw met een voldragen baby die voordien enkel vaginaal werd verlost, slechts 4,0 % kans heeft op een sectio.

Tabel 13.4: Sectio % naargelang de aard van de zwangerschap

<b>Algemeen</b>			
Totaal sectio in Vlaanderen 2015			20,5 %
Totaal sectio in Vlaanderen, eenling, hoofd			16,4 %
Totaal sectio in Vlaanderen, eenling, stuit			92,2 %
Totaal sectio in Vlaanderen, meerling			57,9 %
Totaal sectio bij ♀ met vorige sectio			69,6 %

<b>Eénling / Hoofdligging</b>			
Po (primi's)	16,8 %	Pn (multi's)	16,1 %
Po < 37w	26,6 %	Pn < 37w zonder vorige sectio	15,8 %
Po ≥ 37w	16,1 %	Pn ≥ 37w met vorige sectio	66,9 %
Po ≥ 37w en primaire sectio	3,5 %	Pn ≥ 37w zonder vorige sectio	4,0 %

<b>Eénling / Stuitligging</b>			
Po (primi's)	95,4 %	Pn (multi's)	87,9 %
Po < 37w	87,1 %	Pn zonder vorige sectio	85,5 %
Po ≥ 37w	97,2 %	Pn met vorige sectio	94,9 %

<b>Meerling</b>			
Po	64,2 %	Pn	52,6 %
		Pn met vorige sectio	88,5 %

Tabel 13.5: Sectiofrequentie naargelang de zwangerschapsduur (2015) (%)

	eenlingen	meerlingen
< 28w	33,5	52,8
<b>28 – 31 <sup>6/7</sup> w</b>	<b>55,3</b>	<b>60,0</b>
32 – 36 <sup>6/7</sup> w	32,9	58,3
≥ 37 w	18,8	63,4

Tabel 13.6: Sectiofrequentie naargelang geboortegewichtsklassen (2015) (%)

	eenlingen	meerlingen
500 – 999 g	39,7	57,5
<b>1 000 – 1 499 g</b>	<b>61,2</b>	<b>66,7</b>
1 500 – 2 499 g	36,8	57,8
≥ 2 500 g	18,9	57,2

Baby's tussen 28 – 32 w 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?

Iets meer dan 30 % van de vrouwen met een sectio in de voorgeschiedenis bevalt deze keer vaginaal. Dat was ook de vorige jaren zo. Krijgt een zwangere met een littekenbaarmoeder de toelating voor een "trial of labour", dan zal ze in 69,5 % daadwerkelijk vaginaal worden verlost.

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

	2011	2012	2013	2014	<b>2015</b>
aantallen	6 658	6 796	6 958	6 917	<b>6 608</b>
primaire sectio	51,4	53,2	56,5	55,3	<b>55,2</b>
secundaire sectio	14,1	14,2	13,5	13,8	<b>14,0</b>
spontaan	28,4	27,6	25,1	26,3	<b>25,8</b>
vacuümextr./forceps	5,9	4,8	4,9	4,6	<b>4,9</b>

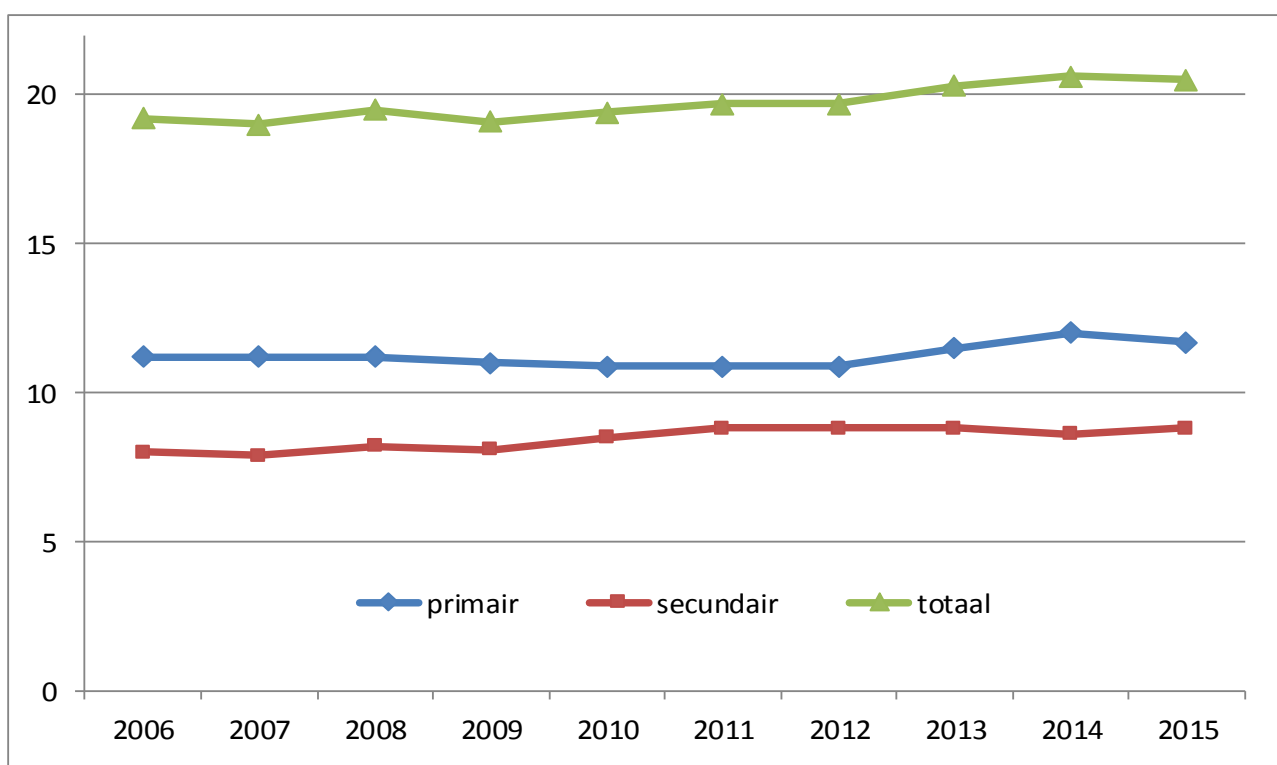
d. Evolutie van de sectiopercentages in het voorbije decennium

Ondanks de lichte daling van het sectiopercentage in 2015, wordt de kaap van 20 % sectio's helaas terug overschreden. Het is een stijging bij de secundaire sectio dit jaar.

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

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
primair	11,2	11,2	11,2	11,0	10,9	10,9	10,9	11,5	12,0	11,7
secundair	8,0	7,9	8,2	8,1	8,5	8,8	8,8	8,8	8,6	8,8
totaal	19,2	19,0	19,5	19,1	19,4	19,7	19,7	20,3	20,6	20,5

In 1987, bij de start van de SPE – registratie bedroeg het percentage sectio's 9,0 %, in 1991: 10,9 % en in 2015: 20,5 %.



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 (%)

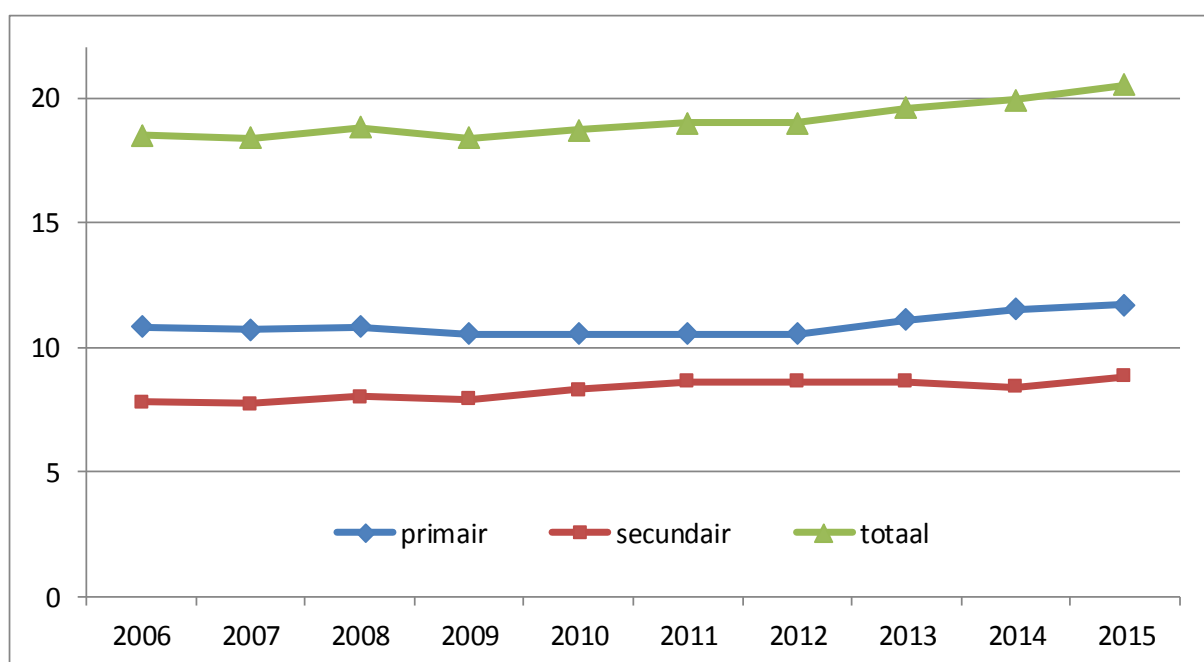
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
laagste %	<b>10,3</b>	6,3	10,3	12,0	12,6	13,0	11,7	12,2	11,8	<b>13,2</b>
hoogste %	<b>28,1</b>	29,7	31,1	29,0	28,3	28,4	30,1	29,0	29,0	<b>31,1</b>

e. Evolutie van de sectiofrequentie

Bij eenlingen: in het voorbije decennium is de sectiofrequentie bij eenlingen met 7,6 % gestegen.

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

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
primair	<b>10,8</b>	10,7	10,8	10,5	10,5	10,5	10,5	11,1	11,5	<b>11,2</b>
secundair	<b>7,8</b>	7,7	8,0	7,9	8,3	8,6	8,6	8,6	8,4	<b>8,6</b>
totaal	<b>18,5</b>	18,4	18,8	18,4	18,7	19,0	19,0	19,6	19,9	<b>19,9</b>

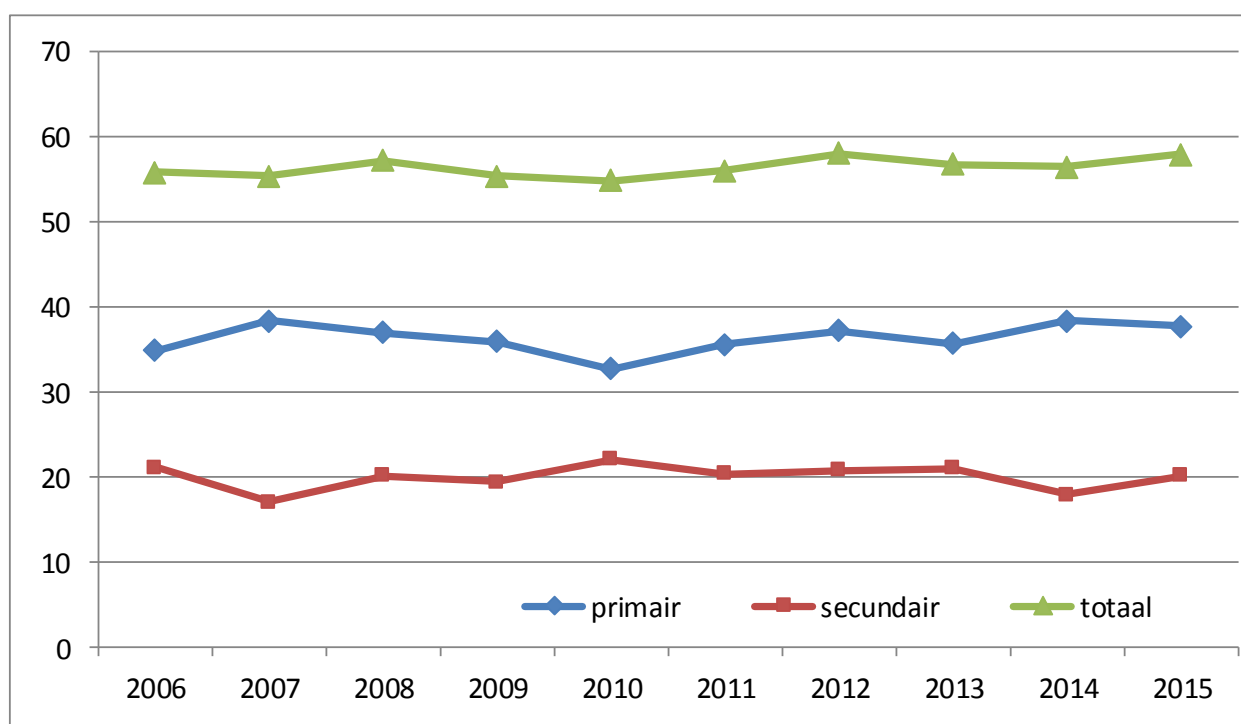


Figuur: Evolutie van de frequentie van sectio caesarea bij eenlingen (%)

Bij meerlingen: in het afgelopen decennium is het sectiopercentage bij meerlingen met 3,8 % toegenomen.

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

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
primair	<b>34,8</b>	38,3	37,0	35,9	32,7	35,6	37,2	35,7	38,4	<b>37,7</b>
secundair	<b>21,1</b>	17,1	20,2	19,4	22,1	20,4	20,8	21,0	18,0	<b>20,2</b>
totaal	<b>55,8</b>	55,4	57,2	55,3	54,8	56,0	58,0	56,7	56,4	<b>57,9</b>



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<sup>ste</sup> jaar registratie episiotomie) beviel 68,2 % met episiotomie, in 2015 is het percentage gedaald tot 47,2 %. 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 (2015)

	%	aantal
ja	47,2	23 952
primipare vrouw	68,1	15 072
multipare vrouw	31,0	8 880
neen	52,8	26 799

Tabel 14.2: Evolutie episiotomie (%)

	2011	2012	2013	2014	2015
primipare vrouw	73,9	73,5	72,6	71,2	<b>68,1</b>
multipare vrouw	36,8	34,9	34,7	33,9	<b>31,0</b>
<b>totaal</b>	<b>53,3</b>	<b>51,9</b>	<b>51,9</b>	<b>50,5</b>	<b>47,2</b>
inductie arbeid	55,0	53,9	53,7	51,7	<b>48,3</b>
spontane arbeid	52,7	51,3	51,3	50,0	<b>46,8</b>
epidurale analgesie	61,2	59,9	59,5	58,0	<b>54,5</b>
geen epidurale analgesie	40,1	38,3	38,2	37,9	<b>34,4</b>
vacuümextractie/forceps	87,9	86,6	87,6	87,4	<b>84,6</b>
spontane partus	48,4	46,9	46,9	45,2	<b>41,8</b>

## 15 AANGEBOREN MAJEURE MISVORMINGEN

In het totaal werden bij 556 kinderen majeure misvormingen geregistreerd, dit is 0,9 % van alle geboorten. Bij één kind kan meer dan één misvorming worden vastgesteld, vandaar dat de som van de aantallen misvormingen hoger ligt dan 556.

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 (2015)*

	misvorming	aantal
1	hypospadias	79
2	gespleten lip / gespleten verhemelte	70
3	ventrikel septum defect (VSD)	58
4	trisomie 21	45
5	andere hartafwijkingen	37
6	obstructie nierbekken en ureter	35
7	transpositie grote vaten	29
8	hernia diafragmatica	27
9	hydrocefalie	25
10	reductie ledematen	18
10	tetralogie van Fallot	18

Tabel 15.2: Aangeboren majeure misvormingen (2015)

	majeure misvorming	aantal
1	anencephaal	2
2	spina bifida	15
3	hydrocefalie	25
4	transpositie grote vaten	29
5	afwijking long	17
6	atresie dunne darm	15
7	nier agenese	12
8	craniosynostosis	4
9	syndroom van Turner	2
10	obstructie nierbekken en ureter	35
11	gespleten lip / gespleten verhemelte	70
12	anale imperforatie	10
13	reductie ledematen	18
14	tetralogie van Fallot	18
15	oesofagale atresie	9
16	atresie anus	3
17	twin-to-twin transfusie syndroom	8
18	skeletdysplasie/dwerggroei	17
19	hydrops foetalis	10
20	Poly / multikystische nierdysplasie	15
21	hernia diafragmatica	27
22	omfalocele	8
23	gastroschisis	12
24	ventrikel septum defect	58
25	atresie galwegen	1
26	hypospadias	79
27	cystische hygroma	1
28	trisomie 21	45
29	trisomie 18	7
30	trisomie 13	4
31	andere hartafwijkingen	37

## 16 PERINATALE STERFTE

### 16.1 Algemeen

De perinatale sterfte in Vlaanderen bedraagt 5,9 ‰ : 70,1 % foetaal en 29,9 % 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 3,4 ‰, waarvan 73,1 % foetaal en 26,9 % vroeg-neonataal.

Tabel 16.1a: Overzichtstabel perinatale sterfte (2015)

	≥ 500 g (N = 65 052)		≥ 1000 g (N = 64 697)	
	aantal	‰	aantal	‰
foetaal	270	4,2	163	2,5
vroeg-neonataal	115	1,8	60	0,9
perinataal	385	5,9	223	3,4

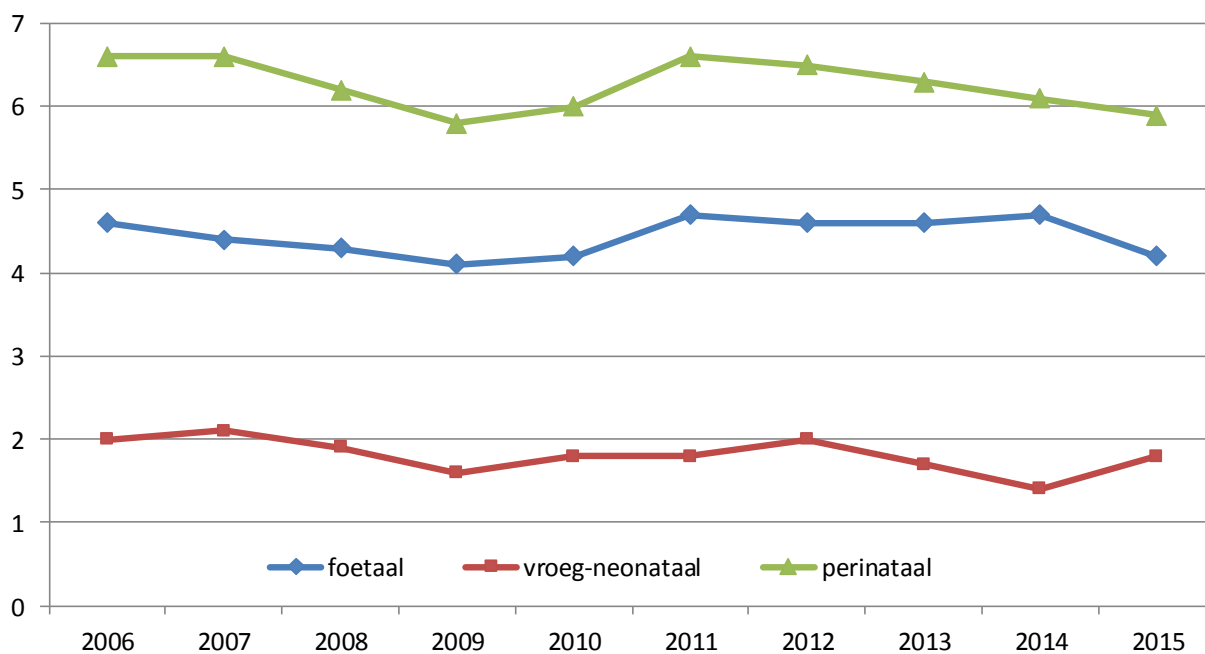
Binnen de groep met een geboortegewicht van 500 – 999 gram zijn er 107 baby's in utero en 55 vroeg-neonataal overleden. De perinatale sterfte in deze erg kwetsbare groep bedraagt hiermee 45,6 %.

Tabel 16.1b: Overzichtstabel perinatale sterfte (2015)

	500 – 999 g (N = 355)	
	aantal	‰
foetaal	107	301,4
vroeg-neonataal	55	154,9
perinataal	162	456,3

Tabel 16.2: Evolutie van de perinatale sterfte in de voorbije tien jaar ( $\geq 500$  g) (‰)

	foetaal	vroeg-neonataal	perinataal
<b>1991</b>	<b>5,5</b>	<b>3,0</b>	<b>8,4</b>
<b>2006</b>	<b>4,6</b>	<b>2,0</b>	<b>6,6</b>
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
2014	4,7	1,4	6,1
<b>2015</b>	<b>4,2</b>	<b>1,8</b>	<b>5,9</b>



Figuur: Evolutie van de perinatale sterfte in de voorbije tien jaar ( $\geq 500$  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 19,0 % is de oorzaak onbekend. Dit wil zeggen dat we in bijna één derde van de gevallen van perinatale sterfte (19,0 % + 13,8 % = 32,8 %) 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)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
doodgeboren en normaal gevormd	<b>28,7</b>	23,1	25,7	28,9	23,7	21,1	23,3	20,0	22,4	<b>13,8</b>
aangeboren misvorming	<b>21,8</b>	24,7	24,8	25,8	21,3	27,4	26,6	26,1	31,6	<b>24,7</b>
laag geboortegewicht	<b>9,0</b>	12,2	12,0	11,2	8,3	9,0	7,4	7,7	9,2	<b>11,2</b>
hypertensie of andere ziekte bij moeder	<b>2,3</b>	0,9	1,6	2,0	1,4	2,2	1,6	1,9	1,2	<b>1,0</b>
loslating van de placenta	<b>5,6</b>	6,3	5,3	4,8	4,0	3,3	4,7	5,9	5,4	<b>2,9</b>
asfyxie en / of trauma baby	<b>6,5</b>	5,9	5,6	7,0	6,2	3,3	5,1	4,0	4,4	<b>3,9</b>
specifieke oorzaak	<b>14,8</b>	13,2	13,2	10,7	14,9	12,9	15,8	12,9	10,9	<b>19,7</b>
onbekend	<b>11,3</b>	12,9	11,3	9,6	20,1	19,5	16,5	21,6	13,9	<b>19,0</b>



### 16.3 Perinatale sterfte in functie van het geslacht

Tabel 16.4: Perinatale sterfte volgens het geslacht (2015) (‰)

	foetaal	vroeg-neonataal	perinataal
♂	4,4	1,8	6,2
♀	3,8	1,7	5,6

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

	foetaal		vroeg-neonataal		perinataal	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀
2006	4,5	<b>4,7</b>	<b>2,2</b>	1,7	<b>6,7</b>	6,4
2007	4,1	<b>4,8</b>	<b>2,5</b>	1,7	<b>6,6</b>	<b>6,6</b>
2008	<b>4,4</b>	4,1	<b>2,0</b>	1,9	<b>6,4</b>	6,0
2009	<b>4,4</b>	3,7	<b>1,7</b>	1,6	<b>6,1</b>	5,3
2010	<b>4,6</b>	3,7	<b>2,3</b>	1,3	<b>6,9</b>	5,1
2011	<b>4,9</b>	4,5	<b>2,3</b>	1,4	<b>7,1</b>	5,9
2012	<b>5,0</b>	4,2	<b>2,3</b>	1,6	<b>7,3</b>	5,7
2013	<b>5,0</b>	4,3	<b>1,8</b>	1,6	<b>6,7</b>	5,9
2014	<b>4,8</b>	4,6	<b>1,5</b>	1,4	<b>6,3</b>	5,9
2015	<b>4,4</b>	3,8	<b>1,8</b>	1,7	<b>6,2</b>	5,6

De voorbije tien jaar is de perinatale sterfte bij de jongens tien 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  $\geq 500$  g (2015)

	eenling (N = 62 708)	tweeling A-kind (N = 2 297)    B-kind	
foetaal	247	13	9
vroeg-neonataal	87	17	11
perinataal	334	30	20
%	5,3	21,8	

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

	eenlingen	tweelingen
<b>2006</b>	<b>5,9</b>	<b>25,3</b>
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
2014	5,6	21,1
<b>2015</b>	<b>5,3</b>	<b>21,8</b>

## 16.5 Perinatale sterfte in functie van de zwangerschapsduur

Bijna één baby op twee jonger dan 28 weken overleeft niet (perinatale sterfte 47,0 %). Zodra de zwangerschap 28 weken bereikt, daalt het sterfterisico spectaculair. Is de zwangerschap voldragen dan is de kans op overlijden slechts 1 op 714. Ook hier zijn er in het afgelopen decennium amper veranderingen opgetreden.

Tabel 16.8: Perinataal sterftecijfer volgens zwangerschapsduur (2015) (%)

zwangerschapsduur (w)	foetaal	vroeg-neonataal	perinataal
< 28	311	232	470
28 – 31	82	12	94
32 – 36	16	4	20
≥ 37	0,8	0,6	1,4

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

zwangerschapsduur (w)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
< 28	<b>551</b>	534	551	514	517	558	537	536	506	<b>470</b>
28 – 31	<b>126</b>	116	128	95	100	130	143	105	94	<b>94</b>
32 – 36	<b>22</b>	23	20	22	18	23	17	17	20	<b>20</b>
≥ 37	<b>2,0</b>	1,7	1,6	1,4	1,7	1,4	1,7	1,6	1,6	<b>1,4</b>

## 16.6 Perinatale sterfte in functie van het geboortegewicht

In de laagste gewichtsklasse (500 – 999 gram) is de vroeg-neonatale sterfte één op vijf. Van levend geboren baby's van 1 000 tot en met 1 499 gram is het sterfterisico in de 1<sup>ste</sup> week na de geboorte één op 67. Eens de levend pasgeborene tussen de 1 500 en 1 999 gram weegt, bedraagt de vroeg-neonatale sterfte één op 250, alsook tussen 2 000 en 2 499 gram is dat één op 250. Weegt een levend geboren baby boven de 2 500 gram, dan is de kans om te overlijden binnen de eerste week één op 1429.

Tabel 16.10: Perinataal sterftecijfer volgens gewichtsklassen (2015) (‰)

geboortegewicht (g)	foetaal	vroeg-neonataal	perinataal
500 – 999	301	222	456
1 000 – 1 499	108	15	122
1 500 – 1 999	40	4	44
2 000 – 2499	10	4	14
≥ 2 500	1,0	0,7	1,6

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

geboortegewicht (g)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
500 – 999	<b>513</b>	536	528	470	501	532	509	521	478	<b>456</b>
1 000 – 1 499	<b>137</b>	143	137	124	118	123	150	125	109	<b>122</b>
1 500 – 1 999	<b>58</b>	46	46	42	38	56	48	45	42	<b>44</b>
2 000 – 2499	<b>18</b>	20	15	15	16	18	15	15	18	<b>14</b>
≥ 2 500	<b>1,7</b>	1,6	1,6	1,5	1,8	1,5	1,7	1,5	1,6	<b>1,6</b>

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

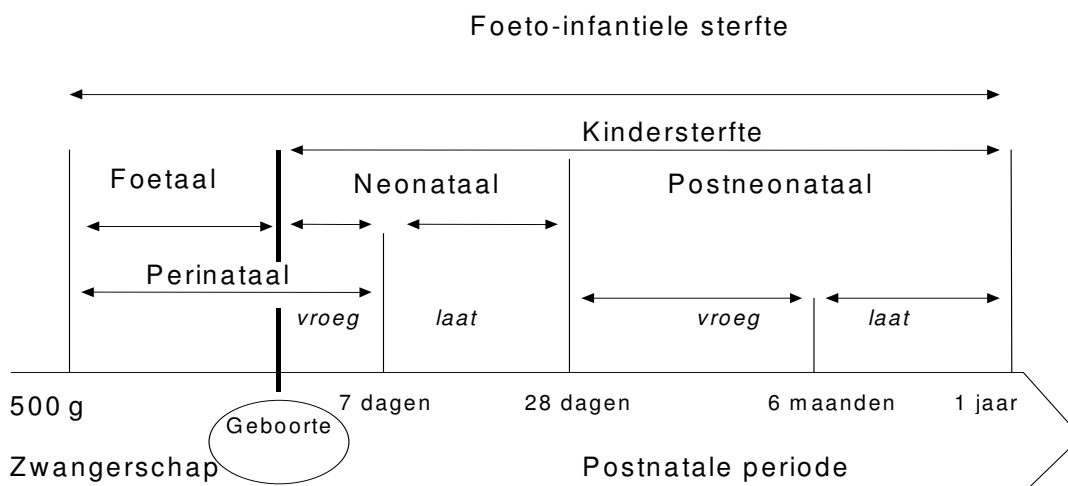
## 16.7 De foeto-infantiele sterfte (2014)

Deze cijfers worden verkregen door de samenwerking met Zorg en Gezondheid. De cijfers zijn echter nog niet in ons bezit en zullen later dit jaar aan ons evaluatierapport toegevoegd worden.

Ze hebben betrekking op het jaar 2014. Omdat de registratie betrekking heeft op het eerste levensjaar, kunnen we de gegevens voor 2015, in theorie ten vroegste pas eind 2016 kennen.

Tabel 16.12: Foeto-infantiele sterfte

Sterfte	2010 (N= 69 922)		2011 (N=69 605)		2012 (N=68 708)		2013 (N=67 424)		2014 (N=66 955)	
	aantal	‰	aantal	‰	aantal	‰	aantal	‰	aantal	‰
1 foetaal	292	4,2	328	4,7	314	4,6	312	4,6	315	4,7
2 vroeg-neonataal (0-7)	128	1,8	128	1,8	134	2,0	113	1,7	96	1,4
3 laat-neonataal (8-28)	25	0,4	29	0,4	54	0,8	28	0,4		
4 post-neonataal (29-365)	71	1,0	74	1,1	90	1,3	69	1,0		
perinataal (1+2)	422	6,0	456	6,6	448	6,5	425	6,3	411	6,1
zuigeling (2+3+4)	224	3,2	231	3,3	278	4,1	210	3,1		
foeto-infantiel (1→4)	518	7,4	559	8,0	592	8,7	522	7,7		



Figuur: Tijdvakken van foeto-infantiele sterfte

## 17 NEONATALE MORBIDITEIT

In 2015 werden er 9 821 van de 64 782 levend geboren kinderen opgenomen (15,2 %) op N\*- of NIC-dienst.

### 17.1 Aantal opnames op de afdeling neonatologie

Dit jaar blijkt dat één kind op negen 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 (2015)

	%	aantal
N*	11,1	7 193
NIC	4,1	2 628
totaal	15,2	9 821

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 15,2 % in 2015.

Tabel 17.2: Evolutie van de neonatale opnames

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
totaal	18,0	17,2	17,0	16,4	16,4	16,2	16,4	16,1	15,6	15,2

In de groepen met geboortegewicht < 1 500 gram en zwangerschapsduur < 32 weken zien we van 2012 tot 2015 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)

	2012		2013		2014		2015	
	N*	NIC	N*	NIC	N*	NIC	N*	NIC
500 – 999 g	0,5	82,6	0,5	87,3	0,0	88,0	<b>0,0</b>	<b>86,7</b>
1 000 – 1 499 g	5,5	93,1	8,1	90,9	6,8	92,0	<b>4,6</b>	<b>95,0</b>
1 500 – 2 499 g	57,1	26,9	59,9	26,1	58,0	25,6	<b>56,9</b>	<b>26,7</b>
≥ 2 500 g	9,8	1,8	9,3	1,9	8,9	1,9	<b>8,4</b>	<b>1,9</b>
< 28 w	0,5	80,3	0,5	86,4	0,0	85,9	<b>0,0</b>	<b>85,4</b>
28 – 31 w	2,4	97,0	2,6	96,9	1,5	97,8	<b>4,8</b>	<b>94,4</b>
32 – 36 w	54,0	22,6	55,0	21,6	54,4	21,7	<b>53,5</b>	<b>22,7</b>
≥ 37 w	9,2	1,5	8,9	1,7	8,5	1,7	<b>8,0</b>	<b>1,6</b>

## 17.2 Reden voor opname

“Sectio algemeen” komt op de vijfde 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 (2015) (N= 9 821)

	%	aantal
preterme geboorte (< 37 weken)	36,4	3 573
laag geboortegewicht (< 2 500 gram)	32,2	3 160
respiratoire dysfunctie	30,8	3 027
sectio algemeen	19,3	1 894
circulatoire dysfunctie	8,6	848
hyperbilirubinemie	6,2	612
infectieus risico of bewezen infectie	6,6	649
gastro-intestinale dysfunctie	7,2	711
metabole dysfunctie	7,1	699
peripartale asfyxie	4,2	408
neurologische dysfunctie	4,0	395
aangeboren majeure misvormingen	2,1	210
andere redenen	22,7	2 228

Kijken we naar de groep opgenomen pasgeborenen met zwangerschapsduur  $\geq 37$  weken (N= 2 067) en selecteren we enkel de kinderen waar een unieke opnamereden werd vermeld (N= 952) dan wordt het beeld enigszins anders.

*Tabel 17.5: Reden van opname bij de à terme populatie in N\*- en/of NIC-dienst (2015) geboren na sectio, waarbij slechts één reden werd opgegeven.*

	%	aantal
<b>sectio algemeen</b>	<b>22,9</b>	<b>218</b>
respiratoire dysfunctie	20,5	195
hyperbilirubinemie	2,3	22
infectieus risico of bewezen infectie	3,9	37
metabole dysfunctie	7,7	73
peripartale asfyxie	4,2	40
laag geboortegewicht ( < 2 500 gram)	9,6	91
circulatoire dysfunctie	3,2	30
gastro-intestinale dysfunctie	1,7	16
neurologische dysfunctie	2,3	22
aangeboren majeure misvormingen	1,1	10
andere	20,4	194

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 scheefftrekking 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 (2015)*

---

	aantal
acute longziekte	1 655
ernstige infectie	728
intracraniale bloeding	165
convulsie	95

---

#### 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 (2015)*

---

	aantal
hyaliene membranenziekte	751
transiënte tachypnoe	692
meconium aspiratie syndroom	60
andere of onbekend	39
postasfytisch longoedeem	30
pneumonie verworven	20
pneumonie congenitaal	20
inhalatiepneumonitis	7
pleura-effusies	5
longhemorrhagie	5
diafragmaparalyse	2

---

### 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 (2015)*

type	aantal	locus	aantal
foetaal	126	sepsis	251
perinataal (< 72 u)	387	pneumonie	57
nosocomiaal (≥ 72 u)	180	enterocolitis	27
onbekend	108	andere locus	40
		urine­weginfectie	22
		huidinfectie	30
		meningitis	13
		osteïtis	0
		onbekend	127

### c. Evolutie van de neonatale pathologie

Hoe jonger en hoe lichter, hoe meer kans op longziekten, ernstige infecties, intracraniële 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.

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 (%)

	2011	2012	2013	2014	2015
geboortegewicht (gram)					
500 – 999 g	76,9	82,8	80,6	81,9	<b>79,5</b>
1 000 – 1 499 g	62,3	66,5	70,9	75,5	<b>67,7</b>
1 500 – 2 499 g	17,5	16,8	17,0	16,4	<b>18,0</b>
≥ 2 500 g	9,1	10,0	9,6	10,6	<b>11,5</b>
zwangerschapsduur (weken)					
< 28 w	77,4	86,0	83,4	83,1	<b>82,4</b>
28 – 31 w	70,7	73,0	76,2	80,8	<b>69,4</b>
32 – 36 w	17,9	17,1	16,2	16,2	<b>18,3</b>
≥ 37 w	7,4	8,1	8,1	9,0	<b>9,3</b>

### 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 (%)

	2011	2012	2013	2014	2015
geboortegewicht (gram)					
500 – 999 g	44,7	52,2	44,9	40,0	<b>42,3</b>
1 000 – 1 499 g	27,6	29,3	26,8	21,4	<b>22,0</b>
1 500 – 2 499 g	5,7	6,2	6,9	5,8	<b>5,6</b>
≥ 2 500 g	6,7	8,4	8,7	7,4	<b>6,3</b>
zwangerschapsduur (weken)					
< 28 w	46,3	51,8	47,6	39,5	<b>44,2</b>
28 – 31 w	24,9	29,1	27,1	24,6	<b>23,5</b>
32 – 36 w	5,5	5,6	6,4	4,9	<b>5,2</b>
≥ 37 w	7,0	8,7	8,7	7,7	<b>6,1</b>

### c.3 Evolutie incidentie intracraniële bloeding

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

	2011	2012	2013	2014	2015
geboortegewicht (gram)					
500 – 999 g	23,6	21,0	25,0	22,4	<b>24,2</b>
1 000 – 1 499 g	12,2	8,4	10,8	11,0	<b>9,3</b>
1 500 – 2 499 g	1,4	1,7	1,5	1,3	<b>1,7</b>
≥ 2 500 g	0,7	0,6	0,4	0,6	<b>0,5</b>
zwangerschapsduur (weken)					
< 28 w	28,8	26,2	29,9	27,1	<b>25,6</b>
28 – 31 w	11,5	7,5	11,3	10,3	<b>8,8</b>
32 – 36 w	1,0	1,5	0,9	0,9	<b>1,4</b>
≥ 37 w	0,6	0,5	0,4	0,5	<b>0,4</b>

### 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 (%)

	2011	2012	2013	2014	2015
geboortegewicht (gram)					
500 – 999 g	7,0	4,8	3,6	5,4	<b>4,2</b>
1 000 – 1 499 g	1,6	1,6	1,6	2,9	<b>2,2</b>
1 500 – 2 499 g	0,4	0,6	0,6	0,4	<b>0,5</b>
≥ 2 500 g	1,4	1,2	1,2	1,1	<b>1,0</b>
zwangerschapsduur (weken)					
< 28 w	7,3	8,5	4,8	7,9	<b>5,0</b>
28 – 31 w	2,1	0,9	1,8	1,7	<b>1,3</b>
32 – 36 w	0,3	0,6	0,3	0,4	<b>0,4</b>
≥ 37 w	1,4	1,3	1,4	1,2	<b>1,1</b>

## 17.4 Verblifsduur op de neonatale afdeling

Baby's met een geboortegewicht van minstens 2,5 kg blijven **gemiddeld 5,8 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

	2011	2012	2013	2014	2015
geboortegewicht (gram)					
500 – 999 g	78,2	77,3	85,7	80,3	<b>83,2</b>
1 000 – 1 499 g	44,8	44,4	44,8	45,9	<b>46,0</b>
1 500 – 2 499 g	17,3	17,5	17,0	17,1	<b>17,2</b>
≥ 2 500 g	5,8	5,7	5,6	5,6	<b>5,8</b>
zwangerschapsduur (weken)					
< 28 w	80,6	84,0	87,2	84,4	<b>88,5</b>
28 – 31 w	42,1	50,0	42,0	44,1	<b>42,4</b>
32 – 36 w	15,4	15,0	14,8	15,1	<b>14,8</b>
≥ 37 w	6,1	5,9	5,7	5,7	<b>5,8</b>

## 18 MATERNALE STERFTE

Er werd één maternale sterfte geregistreerd in 2015.

Sinds het begin van de registratie noteerden we 94 maternale sterfgevallen ( $\pm 1 / 20\ 500$  bevallingen).

De meeste sterfgevallen stonden in onmiddellijk verband met de partus en waren vooral vruchtwaterembolie (N=14), longembolie (N=12), pre-eclampsie / HELPP/AFLP (N=10), bloeding (N=6), sepsis (N=8), uterusruptuur (N=6), anesthesie problemen en ARDS (N=7).

Sterfgevallen met een vermoedelijk verband met de zwangerschap waren voornamelijk: beroerte (N=8), cardiopathie van de moeder (N=6), 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 (2015)

leeftijd	pariteit	zw. duur	wijze van verlossing	doodsoorzaak
27	3	39	spontaan	vermoeden vruchtwaterembolie

Tabel 18.2: Overzichtstabel maternale sterfte

jaar	leeftijd	wijze van verlossing	doodsoorzaak
2006	32	sectio primair	orgaanfalen
	33	vacuümextractie	vruchtwaterembolie
	45	vacuümextractie	bloeding
2007	22	vacuümextractie	vruchtwaterembolie
	36	sectio primair	status astmaticus
	44	spontaan	vruchtwaterembolie
2008	nvt	nvt	nvt= niet van toepassing
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 longembolus
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
2014	24	primaire sectio	hartstilstand
2015	27	spontaan	vermoeden vruchtwaterembolie

## Blikvangers 2015

### 1. Geboortecijfer daalt verder

Voor het vijfde jaar op rij werden er in Vlaanderen minder kinderen geboren dan het jaar voordien. Deze dalende nataliteit is onrustwekkend met het oog op de verdere vergrijzing van de bevolking. Het aandeel van de eerst barenden vrouwen (44,4 %) is gelukkig licht gestegen na een dieptepunt vorig jaar. Een verdere daling van de nataliteit is dan ook niet noodzakelijk te verwachten.

### 2. Perinatale sterfte nog nooit zo laag

We zien in Vlaanderen in 2015 opnieuw een daling van de perinatale sterfte die voor de tweede keer duikt onder de 6 per duizend geboorten (5,9 per duizend). Ondanks de toename in maternale leeftijd, geassisteerde vruchtbaarheid en hoog aantal keizersneden blijft Vlaanderen dus een regio met uitstekende perinatale uitkomsten.

### 3. Moeders krijgen hun kinderen (te) laat

In 2015 was de gemiddelde leeftijd bij een eerste bevalling 28,8 jaar. 14 % van de vrouwen is tussen 35 en 40 jaar op het moment van de bevalling. Dit is 1 vrouw op 7 die bevalt. Ook het aantal 40-plussers is hoog: 1 vrouw op 37 (2,7 %) is 40 jaar of ouder op het moment van de bevalling. In 1991 was dit nog 0,8 %.

### 4. Het aantal thuisbevallingen blijft laag

Ondanks de onvolledige registratie blijft het aantal thuisbevallingen in Vlaanderen zeer laag (ongeveer 1%). Het is belangrijk dat registratie in de toekomst ook de maternale en neonatale uitkomsten op een volledige en systematische manier kan verzamelen in deze groep.

### 5. Steeds minder tienerzwangerschappen

In Vlaanderen is het aantal tienerzwangerschappen zeer laag en vertoont weer een daling ten opzichte van de vorige jaren. Slechts één vrouw op 76 is jonger dan 20 jaar bij de bevalling.

### 6. Veel medisch begeleide bevruchting-minder meerlingen na IVF/ICSI

Het aandeel van de kinderen dat verwekt werd door medisch geassisteerde bevruchting was nog nooit zo hoog (7,0 %). Eén vrouw op 14 wordt op een niet-natuurlijke manier zwanger. Dit jaar was er wel een opvallende daling van het aantal meerlingen na IVF/ICSI (-2,6 %).



## **7. Sectiopercentage: de top bereikt?**

Voor het derde jaar op rij ligt het percentage keizersneden boven de 20 % (20,5 %). Wel is er voor het eerst sinds jaren een lichte daling merkbaar (- 0,1 %). De spreiding in sectiopercentage tussen de Vlaamse ziekenhuizen is ook opvallend groot: 13,2 % tot 32,1 % en weerspiegelt zeker ook een verschil in praktijk.

Veel van die vrouwen zullen bij een volgende zwangerschap onnodig weer een keizersnede krijgen. Slechts 30 % van de patiënten met een littekenuterus bevalt vaginaal. Wanneer ze de kans krijgen om in arbeid te gaan bevalt 69,5 % vaginaal.

## **8. Minder knippen**

Voor het eerst sinds de registratie bevalt meer dan de helft van de vrouwen zonder knip (52,8 %).

**9. Bijna één baby op twee** jonger dan 28 weken overleeft niet (perinatale sterfte 47,0 %). Zodra de zwangerschap 28 weken bereikt, daalt het sterfterisico spectaculair. Is de zwangerschap voldragen dan is de kans op overlijden slechts 1 op 714.

## **10. Minder keizersneden bij stuitligging**

Vanaf 2001, na de publicatie van Hannah et al (Lancet 2000), die aantoonde dat de neonatale morbiditeit lager was bij primaire sectio, steeg het sectiopercentage voor stuitligging progressief tot boven 91 %. Dit jaar daalt het voor het eerst sinds 10 jaar en bedraagt "slechts" 89,4 %.

## AANVRAAG STUDIES 2015

Aard van de aanvraag	Aanvrager
1. Telling aantal verlossingen Vlaanderen 2014	Media
2. Evolutie episiotomie in Vlaanderen	Koen Wauters, TV-journaal Eén
3. BMI > 30 in Genk 2013	Caroline Van Holsbeke
4. Epidurale analgesie (25 jaar)	Tom Van den Broeck
5. Gemiddelde BMI 2013	Annick Bogaerts
6. Bevallingen West-Vlaanderen 2014	Sandra Rosseel
7. Scriptie obesitas	Sanne Geysens
8. Cijfers 2009 – 2013 (sectio, epidurale, inductie, episiotomie)	Nieuwsdienst VRT, Luc Aerts
9. Perinatale gegevens Antwerpen 2013	Guy Thys
10. Verlossingen en sectio's 2012 voor B.OSS	Griet Vandenberghe
11. Repeat sectio 2013	Monika Laubach
12. Evolutie bevallingen in Vlaanderen	Anne Loccufer
13. Downsyndroom en opleiding moeder	Hendrik Cammu
14. Maternale leeftijd bij bevalling per jaar 2011 en 2012	Bettina Blaumeiser
15. Aantallen Trisomie 21 (2010 – 2013)	Luc Aerts, VRT
16. Leeftijd moeders 2014	Diederik Vancoppenolle
17. Trisomie 21 (2001 – 2013)	Nieke Deleu
18. Aantal meerlingen	Lisa Kaspers
19. Robson ZKH	Roland Devlieger
20. Perinatale gegevens Vlaams-Brabant 1999 – 2008	Inge Franki
21. Duur zwangerschap < 34 weken, Tienen vs. Vlaanderen	Ine Riphagen
22. Encefalie en spina bifida, Leuven en Vlaanderen	Nancy Dons
23. Percentage inductie Jan Palfijn / Vlaanderen	Annissa Van Quaethem
24. Gemiddelde gewichten 2014 per geslacht	Jonas Mayeur
25. Tienerzwangerschappen 2014	Silke Brants
26. Roken 2012 – 2014	Bianca Cox
27. BMI 2014	Annick Bogaerts
28. Hypertensie + parameters	Hafida Imalem
29. Tienermoeders in het Antwerpse	Carole Mouligneaux, JAC-team
30. Verschillen in de geslachten 2010 – 2014	Roland Devlieger – Veerle Beel
31. Aantal bevallingen + geboortes per ziekenhuis 2014	Luc Moreau (VAZG)
32. Tienermoeders regio Leuven	Silke Brants
33. Provincie Antwerpen / postcode	Guy Thys
34. QID UZA Antwerpen	Linda Janssen – Yves Jacquemyn
35. Primiparae + leeftijdsgroepen 35 tot 40 jaar	Lize Reniers

---

## Nieuwsberichten 2015

---

02.01.2015	VTM nieuws Eén Alle dagbladen
04.07.2015	De Standaard Het Nieuwsblad
08.07.2015	Het Nieuwsblad
19.09.2015	De Standaard

## COLOFON

Eindredactie

R. Devlieger  
E. Martens  
G. Martens  
C. Van Mol  
H. Cammu

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](http://www.zorg-en-gezondheid.be)  
[www.vvog.be](http://www.vvog.be)