

KEISERSNIT VIR EKLAMPSIE*

'N VOORLOPIGE OORSIG

PIERRE F. M. DU TOIT, M.B., CH.B., M.R.C.O.G., M.O. & G. (KAAPSTAD)

Departement van Verloskunde en Ginekologie, Mediese Fakulteit, Universiteit van Stellenbosch en Karl Bremer-hospitaal, Bellville

In 1922 het Eden¹ die volgende resultate gepubliseer, waar konserwatiewe en radikale behandeling vir eklampsie vergelyk is (Tabel I):

TABEL I. EKLAMPSIE: RESULTATE VAN RADIKALE BEHANDELING (EDEN)

	Ligte gevalle; mortaliteit %	Ernstige gevalle; mortaliteit %
Konserwatiewe verlossing ..	5	34
Keisersnit	11	46
Accouchement force ..	18	63

Die skrikwekkende bevinding van 'n moederlike mortaliteit van om-en-by 40% het blykbaar tot vandag toe sy uitwerking laat voel, want Greenhill² beweer: 'If there is one thing that is settled in the treatment of eclampsia, it is that Caesarean section routinely performed, gives the highest maternal mortality.'

Menon³ het in 1,515 gevalle van eklampsie 'n moederlike mortaliteit van 15% gevind. Met die standaard hedendaagse kalmere-behandeling is die moederlike mortaliteit in die omstreke van 8%.

Alhoewel konserwatiewe behandeling 'n redelike lae moederlike mortaliteit gee, is die perinatale mortaliteit nog baie hoog — tussen 30% en 40% (Dewar en Morris⁴).

Gedurende die laaste 5 jaar is daar 'n effense neiging tot 'n meer liberale gebruik van keisersnit as 'n metode van verlossing. Corkhill⁵ van Nieu-Seeland het beweer dat keisersnit die beste behandeling is onder die volgende omstandighede: (1) Waar stuiptrekkings onder beheer is, maar waar kraam nog nie begin het nie; en (2) waar stuiptrekkings nog nie onder volkome beheer is nie, al is die pasiënt in kraam, maar die serviks nog maar min ontsluit is.

TABEL II. MOEDERLIKE PROGNOSE VAN VERSKILLENDE Tipes VAN STUIPTREKKINGS (MENON)

Tipe van stuiptrekkings	Aantal gevalle	Aantal sterftes	%
Antepartum	826	145	17.5
Intrapartum	61	4	6.5
Postpartum	264	25	9.3

Menon het ook gevind dat antepartum-eklampsie 'n slegter moederlike prognose dra as intrapartum- en postpartum-eklampsie (Tabel II).

* Lesing gelewer by die Kongres van die Suid-Afrikaanse Vereniging van Verloskundiges en Ginekoloë (M.V.S.A.) te Johannesburg in April 1960.

Hy het ook gevind dat hoe langer die tydperk is tussen die eerste stuiptrekking en verlossing, hoe hoër die mortaliteit vir beide moeder en baba (Tabel III).

Ten spyte van hierdie belangrike bevindings beweer Kellar:⁶ 'There is no real obstetric problem in the management of eclampsia. Until the patient has recovered from her fit or series of fits, the question of delivery does not arise. If labour has not begun some 24 hours after the last fit, the question of inducing labour will arise.'

TABEL III. VERBAND TUSSEN TYDSVERLOOP TUSSEN EERSTE EN TWEDE STUIPTREKKING EN GEMIDDELDE MORTALITEIT

Tydverloop tussen eerste stuiptrekking en verlossing	Gemiddelde mortaliteit %
0 - 2 uur	7.0
2 - 4 uur	12.8
4 - 8 uur	18.6
8 - 12 uur	22.0
12 - 18 uur	25.0
18 - 24 uur	32.0
Meer as 24 uur	42.0

TABEL IV. PRE-EKLAMPSIE

Gevalle	Behandeling	Moeder		Baba	
		Lewe	Dood	Lewe	Dood
240	Konserwatief	239	1	223	17 (7%)
27	Keisersnit	27	0	26	1 (4%)

Dit word algemeen aanvaar dat keisersnit die behandeling vir dreigende eklampsie is. In 1957 is 27 keisersnitte in die Karl Bremer-hospitaal gedoen met geen moederlike mortaliteit nie en 'n perinatale mortaliteit van 4% (Tabel IV). In dieselfde tydperk was daar 'n 20% moederlike mortaliteit en 40% perinatale mortaliteit vir eklampsiegevalle wat dan op konserwatiewe metodes behandel is. Dit is toe besluit om keisersnit te doen vir antepartum-eklampsie om die perinatale mortaliteit te probeer verbeter. Sekere voorwaardes is gestel: (1) Die swangerskap moes 32 weke bereik het, en (2) die uterus moet of in swak kraam wees, of glad nie in kraam wees nie.

METODE

Roetine kalmeringsbehandeling is gegee by opname, tensy die pasiënt komateus was. Antibiotika is profilakties gegee.

Hidrokortison, 100 mg., is in 1,000 ml. dekstrose en water gegee gedurende en na die operasie; hierdie deel van die behandeling is baie belangrik.

Narkose. Pentotal-induksie; daarna N₂O en O₂ (hoë konsentrasie O₂), met 'n spierverlammingsmiddel — 'flaxe-

dil' of kurare. Epidurale narkose word nie gebruik nie omdat daar te veel stimulasie van die pasiënt is.

GEDURENDE DIE 3 JAAR 1957-1959 WAS DAAR 48 GEVALLE VAN EKLAMPSIE UIT 5,089 BEVALLINGS — 'n voorkoms van 0.9%. Sewe gevalle het postpartum-stuiptrekkings gehad. Van die orige 41 gevalle is 21 konserwatief behandel en 20 radikaal (17 keisersnitte en 3 histerotomies). Van die 21 gevalle wat konserwatief behandel is, is die fetale hart in 2 gevalle nie gehoor by opname nie.

EKLAMPSIE: KONSERWATIEWE BEHANDELING

In die 19 gevalle waar die fetale hart gehoor is by opname en konserwatiewe behandeling toegepas is, is 4 moeders dood (20%) en die perinatale mortaliteit was 7 (37%)

TABEL V. EKLAMPSIE (1957-1959) KONSERWATIEWE BEHANDELING

Stuiptrekkings	Fetale hart gehoor	Dood-geboore	Neonatale dood	Moederlike mortaliteit
Antepartum	19	5	1	4 (20%)
Intrapartum	2	0	1	0
Postpartum	7	—	—	1
Totaal	28	5	2	5 (18%)

(37%)

(Tabel V). (Die kortste periode van swangerskap was 37 weke). Vier gevalle het postpartum-stuiptrekkings gehad.

In 17 gevalle is 'n keisersnit gedoen. Daar was geen moederlike mortaliteit nie en net een baba is dood (neonatale dood) — 6% (Tabel VI).

TABEL VI. RESULTATE VAN KONSERWATIEWE BEHANDELING EN KEISERSNIT

Gevalle	Behandeling	Moeder		Baba	
		Lewe	Dood	Lewe	Dood
17	Keisersnit ..	17	0	16	1 (6%)
3	Histerotomie ..	2	1	1	2 (6%)
19	Konserwatief ..	15	4 (20%)	12	3 (37%)

In 3 gevalle is 'n abdominale histerotomie gedoen — 2 op 26 weke en 1 op 24 weke van swangerskap. Een moeder is dood (serebrale bloeding), 1 baba is doodgebore, 1 is dood na 6 uur, en 1 baba wat 1 pd. 8½ oz., by geboorte geweeg het, leef.

Geen gevalle wat met keisersnit behandel is, het postpartum-stuiptrekkings gehad nie en die postoperatiewe verloop van sake was besonder bevredigend!

Eden! het sekere maatstawwe neergelê waarvan enige 2 'n geval van eklampsie as ernstig bestempel:

1. Urine-uitskeiding van minder as 800 ml. per 24 uur.
2. Koma wat diep is.
3. Polsspoed van meer as 120 per minuut.
4. Temperatuur van hoër as 103°F.
5. Sistoliese bloeddruk van meer as 200 mm./Hg.
6. Meer as 10 stuiptrekkings.
7. Soliede proteïenurie.
8. Afwesigheid van, of min, edeem.

Nie een van die reeks het 'n temperatuur van meer as 101°F. gehad by opname nie. Die hoeveelheid edeem was ongelukkig in die meeste gevalle nie gespesifiseer nie en

is dus buite rekening gelaat. Geen gevalle wat radikaal behandel is, is 24 uur lank voor operasie dopgehou nie, en dus is die urine-uitskeiding ook buite rekening gelaat. Daar was egter heelwat gevalle wat baie min urine in die blaas gehad het by opname.

TABEL VII. SISTOLIESE BLOEDDRUK HOËR AS 200 MM. HG

Gevalle	Behandeling	Moeder		Baba	
		Lewe	Dood	Lewe	Dood
7	Keisersnit ..	6	1 (14%)	4	3 (43%)
5	Konserwatief ..	4	1 (20%)	3	2 (40%)
12		10	2 (17%)	7	5 (42%)

TABEL VIII. EIWIT SOLIED

Gevalle	Behandeling	Moeder		Baba	
		Lewe	Dood	Lewe	Dood
10	Keisersnit ..	10	0 (0%)	8	2 (20%)
8	Konserwatief ..	5	3 (38%)	5	3 (38%)
18		15	3 (16%)	13	5 (28%)

TABEL IX. POLS VINNIGER AS 120

Gevalle	Behandeling	Moeder		Baba	
		Lewe	Dood	Lewe	Dood
10	Keisersnit ..	10	0 (0%)	8	2 (20%)
8	Konserwatief ..	5	3 (38%)	5	3 (38%)
18		15	3 (16%)	13	5 (28%)

TABEL X. STUIPTREKKINGS MEER AS 10

Gevalle	Behandeling	Moeder		Baba	
		Lewe	Dood	Lewe	Dood
4	Keisersnit ..	4	0 (0%)	3	1 (25%)
2	Konserwatief ..	1	1 (50%)	1	1 (50%)
6		5	1 (17%)	4	2 (33%)

TABEL XI. KOMA

Gevalle	Behandeling	Moeder		Baba	
		Lewe	Dood	Lewe	Dood
7	Keisersnit ..	6	1 (14%)	4	3 (43%)
6	Konserwatief ..	3	3 (50%)	2	4 (66%)
13		9	4 (30%)	6	7 (54%)

TABEL XII. NULLIPARITEIT

Gevalle	Behandeling	Moeder		Baba	
		Lewe	Dood	Lewe	Dood
8	Keisersnit ..	8	0 (0%)	7	1 (12%)
11	Konserwatief ..	10	1 (8%)	7	4 (36%)
19		18	1 (5%)	14	5 (25%)

Koma, polsspoed, bloeddruk, proteïenurie, en stuip-trekkings is vergelyk in gevalle wat *met keisersnit* of *konserwatief* behandel is. Die gegewens in hierdie verband word in Tabela VII - XI gegee.

Uit die tabelle is dit dus duidelik dat meer van die gevalle wat deur keisersnit verlos is, in die ernstige eklampsie-groep geval het, en ten spyte daarvan is die resultate vir beide moeder en kind aansienlik beter as in die gevalle wat konserwatief behandel is.

Ook is die effek van pariteit in die vorms van behandeling vergelyk en veral in die nullipara, waar kraam met moeite ge-induseer kan word; of, waar kraam van 'n swak tipe is, is die perinatale mortaliteit 3 keer swakker in die konserwatiewe behandelingsgroep (Tabel XII).

Op grond van hierdie voorlopige oorsig wil dit dus voorkom of daar 'n baie groter plek vir keisersnit is — onderhewig aan sekere voorwaardes — in gevalle van

eklampsie waar die fetus nog lewe, en dat die swak reputasie van keisersnit onder moderne toestande, nie gestaaf is nie!

SUMMARY

1. The results of treatment in 48 cases of eclampsia are presented.
2. A case is made out for Caesarean section where the foetus is alive and mature enough to survive.
3. Out of 17 Caesarean sections there were no maternal deaths, and 1 child was lost.

VERWYSINGS

1. Eden, T. W. (1922): *J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp.*, **29**, 386.
2. De Lee, J. B. en Greenhill, J. P. (1949): *Principles and Practice of Obstetrics*, p. 336. New York en Londen: Saunders.
3. Menon, M. K. K. (1955): *J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp.*, **62**, 284.
4. Dewar, J. B. en Morris, W. I. C. (1947): *Ibid.*, **54**, 417.
5. Corkill, T. F. (1957): *Ibid.*, **64**, 70.
6. Kellar, R. J. In Holland, E. (1959): *British Obstetric and Gynaecological Practice: Obstetrics*, 2nd ed., p. 257. Londen: Heinemann.