

HANDVAT 26: RISICOFACITOR “KEIZERSNEDE IN VOORGESCHIEDENIS”

Vraag in ZwangerWijzer: “Heb je tijdens een vorige zwangerschap een of meer van de onderstaande problemen of ziekten gehad?”

Geconstateerd risico “Keizersnede in voorgeschiedenis”

Doel en toepassingsgebied

Achtergrondinformatie voor preconceptiezorg-consulent over risicofactor “keizersnede in voorgeschiedenis” om goede informatie hierover te kunnen geven aan mensen die een keizersnede in de voorgeschiedenis hebben.

Informatie

Achtergrondinformatie consulent

Een sectio caesarea wordt om zowel maternale als foetale redenen uitgevoerd: bijvoorbeeld vanwege een niet vorderende ontsluiting/baring en/of acute foetale nood. Een sectio caesarea laat littekenweefsel achter op de uteruswand, waardoor een zwakke plek ontstaat.

Bij vrouwen met een sectio caesarea in de anamnese is er tijdens een eventuele volgende zwangerschap of bevalling een licht verhoogde kans op een uterusruptuur. Het risico is minder hoog vanaf 18 maanden na de vorige sectio. Daarom wordt aangeraden een volgende zwangerschap uit te stellen tot ongeveer 18 maanden na de sectio. Verder is er een verhoogd risico op placenta praevia en accreta, dat toeneemt met het aantal sectio's in de voorgeschiedenis. Ook het risico op abruptio placentae is verhoogd.

Indien er geen sprake is van een contra-indicatie voor een vaginale bevalling (trial of labor = TOL) geldt de vuistregel 'beide opties moeten kunnen', dus zowel een TOL als een electieve repeat sectio caesarea (ERSC). Bij een klassieke sectio caesarea in de anamnese, dat is een sectio caesarea waarbij het corpus uteri in de lengterichting is geopend, is een primaire sectio caesarea geïndiceerd. Dat geldt ook bij drie of meer sectio's of een uterusruptuur in de voorgeschiedenis, of een absolute baringsonmogelijkheid zoals een placenta praevia.

Voor het keuzeprocess is gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt en behandelaar en optimale counseling van groot belang. Hierbij moeten de voor- en nadelen van een TOL en een ERSC aan bod te komen. Medisch gezien kan een volgende zwangerschap in de 1^e lijn te beginnen. De NVOG adviseert de patiënte eenmalig in het 1^e of het begin van het 2^e trimester in de 2^e lijn te laten zien, om het beleid tijdens de zwangerschap en partus te bespreken. Begeleiding vindt in het ziekenhuis plaats vanaf 37 weken, onder supervisie van een gynaecoloog. De bevalling vindt in de 2^e of 3^e lijn plaats. Het is van belang dat informatie wordt verkregen over de indicatiestelling van de sectio caesarea (niet-vorderende ontsluiting/baring geeft een kleinere kans op een succesvolle vaginale bevalling na eerdere sectio dan bijvoorbeeld sectio vanwege stuitligging), de aard van het uteruslitteken en de eventuele aan- of afwezigheid van complicerende factoren.

Informatie cliënt

Een keizersnede wordt om diverse redenen uitgevoerd: bijvoorbeeld niet vorderende bevalling of acute nood baby. Een keizersnede laat littekenweefsel achter op de baarmoederwand, waardoor een zwakke plek ontstaat.

Na een keizersnede is het verstandig 18 maanden te wachten met opnieuw zwanger worden. Afhankelijk van de reden en aard van de keizersnede, kan in principe een vaginale bevalling plaatsvinden. Zowel een vaginale geboorte als een 2^e keizersnede brengen risico's met zich mee.

De kans dat een normale vaginale bevalling goed verloopt is ongeveer 60 procent en hangt ook af van de reden voor de keizersnede in de vorige zwangerschap. Na een vaginale geboorte komen er minder kraambedinfecties voor, zijn er minder gevallen van trombose en zijn er minder bloedtransfusies nodig.

Een keizersnede is een flinke operatie en daarom moet je in ieder geval een paar dagen in het ziekenhuis blijven. Na een vaginale bevalling is het verblijf in het ziekenhuis korter en zijn er minder ademhalingsproblemen bij de baby. Bovendien is de kans dat je in een volgende zwangerschap opnieuw vaginaal kunt bevallen erg groot geworden.

Wanneer het toch niet lukt om vaginaal te bevallen, en er een ongeplande keizersnede moet plaatsvinden, is het risico op bloedverlies en infecties hoger dan bij een geplande keizersnede. Bij een vaginale proefbaring na een keizersnede kan in zeldzame gevallen het oude keizersnedelitteken in de baarmoeder open gaan staan of zelfs doorscheuren (uterusruptuur). Dit komt bij ongeveer 1 op de 200 vrouwen voor na een keizersnede in de vorige zwangerschap. In het ergste geval kan het kind zuurstofgebrek krijgen en overlijden of blijvende schade oplopen. De moeder kan meer bloed verliezen en bloedtransfusies nodig hebben. Soms moet de baarmoeder verwijderd worden.

Bij de keuze voor een geplande keizersnede zijn er ook meer risico's voor eventuele volgende zwangerschappen, zoals een placenta die voor de baarmoedermond ligt (placenta praevia) en een placenta die meer dan normaal is ingegroeid in de spierwand van de baarmoeder (placenta increta). Als de voorgaande bevalling een keizersnede was, vinden de controles vanaf 37 weken en de bevalling in ieder geval in het ziekenhuis plaats, onder supervisie van een gynaecoloog.

Concrete aanbevelingen

- Achterhaal informatie over indicatie/oorzaak keizersnede.
- Adviseer een zwangerschap uit te stellen tot minimaal 18 maanden na de vorige sectio.
- Afhankelijk van de oorzaak van de keizersnede en mede afhankelijk van lokaal gemaakte afspraken tussen 1^e, 2^e en 3^e lijn, beginnen de zwangerschapscontroles in 1^e lijn conform de verloskundige indicatielijst; vanaf 37 weken controles in 2^e of 3^e lijn, evenals bevalling onder supervisie van gynaecoloog.

Bronnen

1. ACOG Committee on Practice Bulletins – Obstetrics. Practice Bulletin 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2010 Aug;116(2 Pt 1):450-463
2. Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; Issue 12. Art. No.: CD004224
3. Guise JM, Berlin M, McDongh M, Osterweil P, Chan B, Helfand M. Safety of vaginal birth after cesarean: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2004; 103(3): 420-9.
4. Schoorel ENC, Scheepers HCJ et al. Zwangerschap na voorgaande sectio caesarea: gezamenlijke besluitvorming en let op tekenen van (dreigende) uterusruptuur. *Ned Tijdschr Obstet Gynaecol.* 2012 (8): 384-389
5. Steegers EAP, Geluk A. Gezond zwanger worden: van kindwens tot kraambed. 2012. Atlas Contact. Amsterdam/Antwerpen. p231-233.
6. Stubblefield PG, Coonrod DV et al. The clinical content of preconception care: reproductive history. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Dec;199(6 Suppl 2):S373-383
7. NVOG-richtlijn "Zwangerschap en bevalling na een voorgaande sectio caesarea." 2010.
8. Keizersnede. Patiëntenvoorlichting Verloskunde NVOG. 2000.
http://www.nvog.nl/Sites/Files/0000000098_01%20Keizersnede.pdf2006.