

Bevallen na een eerdere keizersnede: samen kiezen met een keuzehulp

Deze keuzehulp is bedoeld voor vrouwen die zwanger zijn en in een eerdere zwangerschap een keizersnede hebben gehad. Voor de huidige zwangerschap zal samen met uw eventuele partner en uw gynaecoloog een keuze gemaakt moeten worden over de manier van bevallen: het nastreven van een vaginale bevalling of een geplande keizersnede. In onderstaande tabel wordt aangegeven wat de opties inhouden.

	Vaginale bevalling	Geplande keizersnede
Wat houdt het in?	U bevalt in het ziekenhuis met continue bewaking van de baby (CTG) Als het niet lukt wordt er alsnog een (spoed)keizersnede gedaan	De baby wordt geboren via een geplande operatie bij 39 weken

Er wordt naar gestreefd om tijdig tijdens de zwangerschap samen met uw gynaecoloog een voorlopige keuze te maken. Uiteraard kunnen zich later in de zwangerschap nog veranderingen voordoen die de keuze kunnen veranderen. Dit betekent dat de manier van bevallen, indien nodig, tussen de 38 en 40 weken wederom met u besproken zal worden.

Aan de hand van een stappenplan bespreekt u met uw gynaecoloog punten die belangrijk zijn bij het maken van een keuze tussen een vaginale bevalling en een geplande keizersnede. Deze bespreekpunten zijn:

1. uw eventuele voorkeur **vóór** het gesprek
2. uw ervaringen met een eerdere bevalling
3. informatie over de voor- en nadelen en mogelijke complicaties van een vaginale bevalling of een geplande keizersnede
4. uw overwegingen bij het afwegen van beide opties
5. de wensen en/of voorwaarden waaronder u voor een vaginale bevalling zou willen kiezen
6. een voorlopige keuze
7. hoe verder?

Stap 1

Voordat u deze keuzehulp doorneemt had u misschien al voor uzelf een voorkeur. Waar gaat op dit moment uw voorkeur naar uit?

- Een vaginale bevalling
- Een geplande keizersnede
- Niet van toepassing, ik heb nog geen voorkeur

Stap 2 Mijn eigen ervaring

Zijn er ervaringen vanuit de vorige bevalling die voor u meewegen in uw beslissing?

.....

.....

.....

Wat zijn voor u andere belangrijke factoren, zoals ervaringen in de directe omgeving, die uw beslissing rondom deze bevalling beïnvloeden?

.....

.....

.....

Stap 3 Vergelijken

In stap 3 worden de voordelen, nadelen en risico's van een vaginale bevalling en een geplande keizersnede besproken. Sommige nadelen die horen bij een geplande keizersnede komen ook voor bij vrouwen die alsnog een (spoed) keizersnede krijgen. In de onderstaande tabel staat een algemeen overzicht van wat een vaginale bevalling of een geplande keizersnede betekent voor de moeder, de baby en de kraamperiode. De kansen op complicaties en de gevolgen voor toekomstige zwangerschappen worden later in deze keuzehulp toegelicht.

Overzicht betekenis vaginale bevalling en geplande keizersnede

	Vaginale bevalling	Geplande keizersnede
Wat betekent het voor de moeder?	<p>Meer betrokkenheid bij de geboorte van de baby</p> <p>Meemaken van 'gewone geboorte': kind op de borst, snel starten borstvoeding, meer controle over eerste uren na geboorte</p> <p>Pijn van de weeën</p> <p>Mogelijkheid van vaginaal inscheuren en hechtingen</p> <p>Risico op een (spoed) keizersnede</p>	<p>Meer controle over wanneer en hoe de bevalling plaatsvindt (tenzij de bevalling toch eerder begint)</p> <p>Vaak eerste tijd na geboorte zonder kind doorbrengen op operatiekamer/ uitslaapkamer</p> <p>Pijn na de operatie</p> <p>Risico's zoals bij elke operatie: hoger risico op trombose, infectie, bloedingen</p> <p>Kans dat er, in plaats van de ruggenprik, algehele narcose moet plaatsvinden</p>
Wat betekent het voor de baby?	Een natuurlijke geboorte bereidt de baby beter voor op zelfstandig ademen	Bij een geplande keizersnede is de totale kans op complicaties ietsje kleiner
Wat betekent het voor de kraamperiode?	<p>Snel naar huis</p> <p>Na 2-3 dagen kunt u 'normale werkzaamheden' uitvoeren</p>	<p>3-4 dagen in het ziekenhuis</p> <p>Na 6 weken kunt u 'normale werkzaamheden' uitvoeren</p>

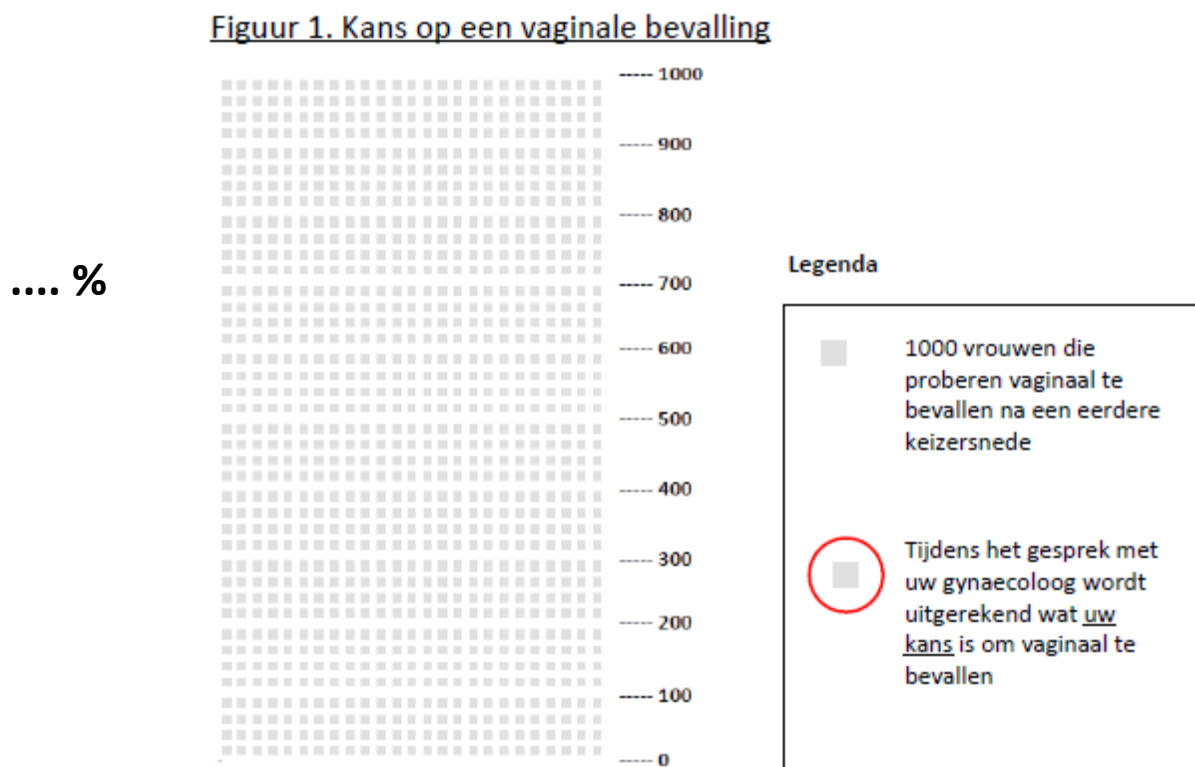
Wat is mijn kans dat het lukt om vaginaal te bevallen?

De totale kans op complicaties is kleiner bij vrouwen die vaginaal bevallen. Bij gemiddeld 70-75% van de vrouwen die dit probeert lukt dat ook en voor de totale groep is een geplande keizersnede dus niet beter. Echter, als uw kans op slagen veel kleiner of groter is, kan dit in de keuze mogelijk wel meespelen.

Rekenmodel: uw persoonlijke kans dat u vaginaal bevalt (vanaf 32 weken zwangerschap)

Vanaf 32 weken zwangerschap kunnen we uw kans op slagen berekenen op basis van uw voorgeschiedenis en huidige situatie. Uw gynaecoloog zal dit aan de hand van een rekenmodel voor u uitrekenen tijdens de afspraak.

Als u kiest voor een vaginale bevalling is uw persoonlijke kans dat u ook daadwerkelijk vaginaal bevalt:



Wanneer de bevalling vóór de uitgerekende datum op gang komt, is de kans dat u vaginaal bevalt mogelijk groter. Als echter de bevalling ingeleid moet worden is de kans dat u vaginaal bevalt wat kleiner, de rekenhulp moet dan opnieuw worden ingevuld.

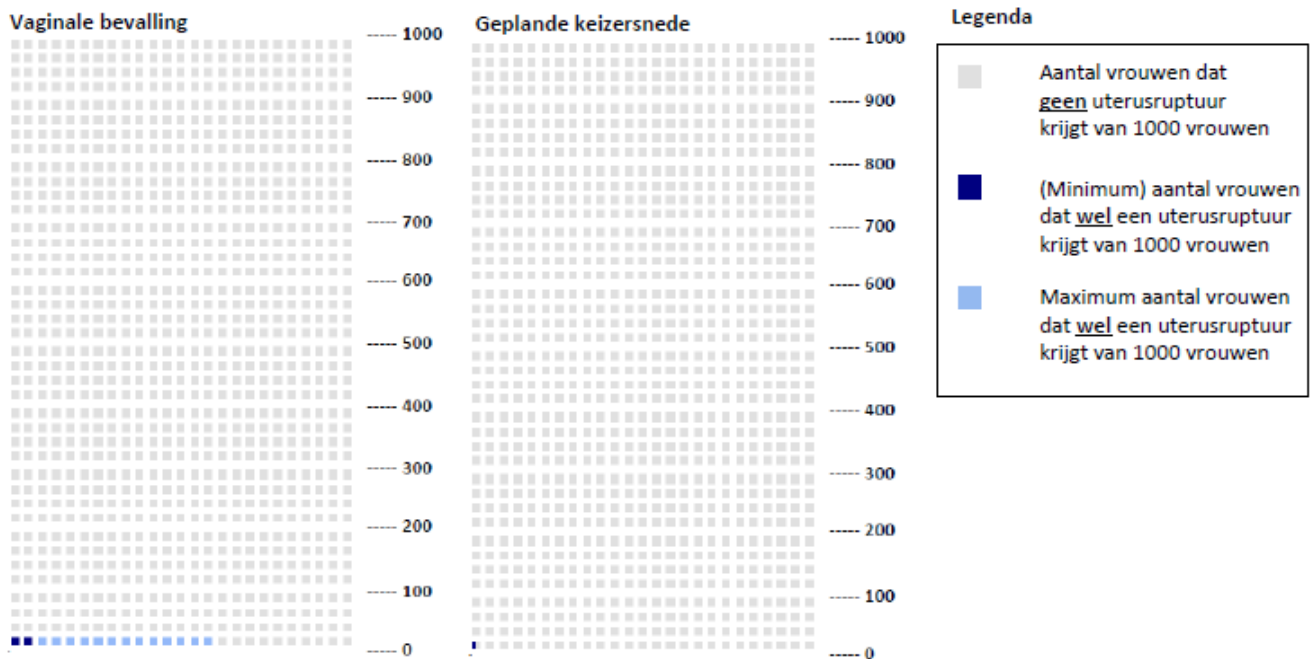
Wat is de kans op ernstige complicaties bij mij of bij de baby?

Een complicatie waar mensen het meest bang voor zijn is een ‘uterusruptuur’: dit is het openscheuren van het oude litteken van de baarmoeder. De gevolgen van een uterusruptuur kunnen ernstig zijn voor de moeder en de baby, maar bij snel ingrijpen is het risico op blijvende gevolgen klein. De kans hierop varieert in de wereld van 2 tot 15 per 1000 vrouwen die een vaginale bevalling starten en is waarschijnlijk afhankelijk van risicofactoren zoals bij voorbeeld het gebruik van medicatie bij een inleiding. We houden hier een gemiddelde aan van deze cijfers.

Risico op uterusruptuur per 1000 bevallingen

	Vaginale bevalling	Geplande keizersnede
Uterusruptuur	8 (2 tot 15) per 1000	0,3 per 1000

Figuur 2. Risico op uterusruptuur per 1000 bevallingen



De kans dat er als gevolg van een uterusruptuur of andere mogelijke problemen bij de bevalling, ernstige gevolgen optreden, is erg klein en wordt hieronder beschreven.

Risico op sterfte per 1000 bevallingen

	Vaginale bevalling	Geplande keizersnede
Sterfte moeder	0,04 per 1000	0,13 per 1000
Sterfte kind	1,30 per 1000	0,50 per 1000

Risico ernstig letsel baby

De mildere complicaties bij een geplande keizersnede vergeleken met een vaginale bevalling bij elkaar wegen tegen elkaar op en komen in minder dan 5% van de gevallen voor. Bij een geplande keizersnede worden vaker ademhalingsproblemen gezien maar bij een vaginale bevalling meer problemen met de geboorte van de schouders. Deze verschillen zijn moeilijk tegen elkaar op te wegen en er is geen verschil in neurologische schade of lange-termijn-uitkomst. Er is dus geen verschil in de kans op blijvend ernstig letsel bij de baby.

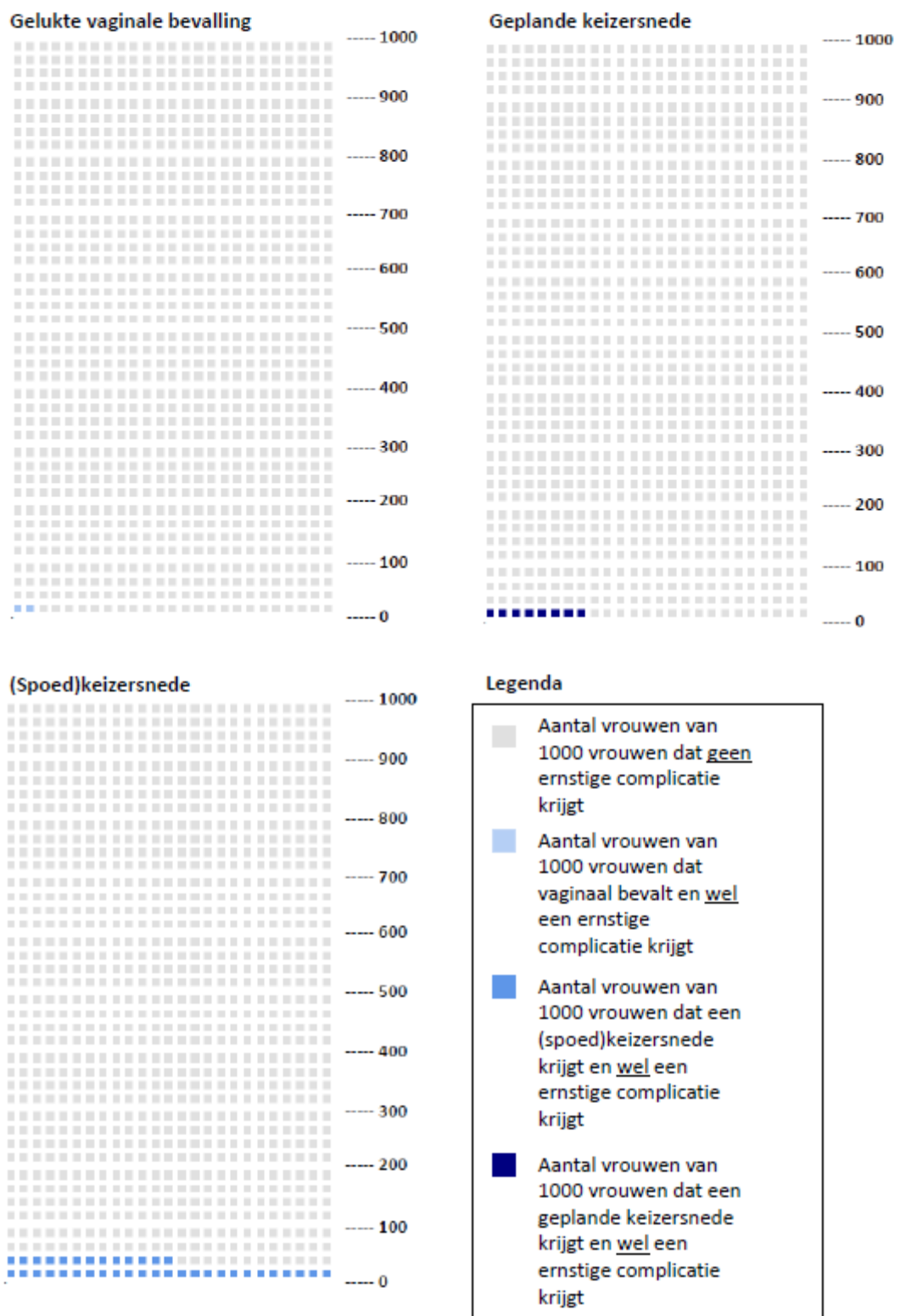
Risico ernstig letsel moeder

De totale kans op ernstige complicaties bij de moeder (uterusruptuur, baarmoederverwijdering of operatieletsel) worden genoemd in onderstaande tabel. Voor de kans op complicaties is er verschil tussen vrouwen die daadwerkelijk vaginaal bevallen en vrouwen die alsnog bevallen via een niet geplande keizersnede, al dan niet met spoed.

Risico's ernstige complicaties bij moeder per 1000 bevallingen

	Vaginale bevalling	Geplande keizersnede
Ernstige schade moeder	Daadwerkelijke vaginale bevalling: 2 per 1000	8 per 1000
	Niet geplande keizersnede: 38 per 1000	

Figuur 3. Risico's ernstige schade moeder per 1000 bevallingen



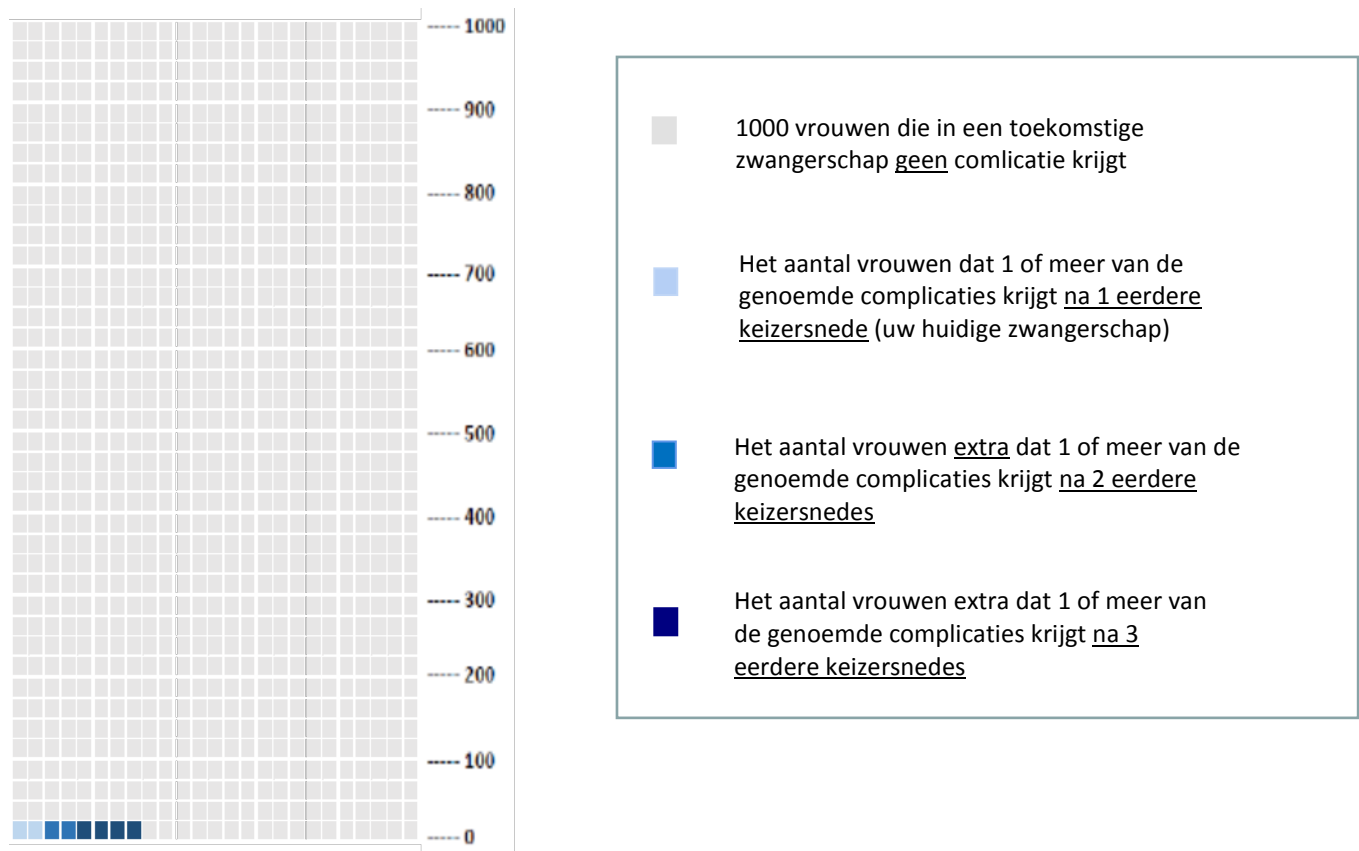
Heeft mijn keuze invloed op een eventuele toekomstige zwangerschap?

In de meeste gevallen zal na 2 keizersnedes de volgende bevalling wederom een keizersnede zijn. Per 'extra' keizersnede neemt de kans op complicaties tijdens een volgende zwangerschap toe. De belangrijkste risico's voor een volgende zwangerschap zijn: een grotere kans op een placenta previa (placenta die voor de uitgang van de baarmoedermond ligt) en een ingegroeide placenta, waarbij de placenta in de wand van de baarmoeder vastgroeit. Ook is er meer risico op veel bloedverlies, een opname op de intensive care en het nodig zijn van het verwijderen van de baarmoeder. Uiteraard kunnen deze problemen met elkaar samenhangen en is het totale aantal een schatting van het aantal vrouwen dat met 1 of meerdere problemen te maken krijgt. Ook minder ernstige operatierisico's zoals infecties komen vaker voor na meerdere keizersnedes.

Kans op optreden van ernstige complicaties bij toekomstige zwangerschappen per 1000 bevallingen

	Bij 3e keizersnede	Bij 4e keizersnedes
Voorliggende placenta	18 per 1000	30 per 1000
Ingegroeide placenta	6 per 1000	21 per 1000
Baarmoederverwijdering	9 per 1000	24 per 1000
IC opname moeder	6 per 1000	16 per 1000
Bloedverlies met transfusie van > 4 zakjes bloed	8 per 1000	16 per 1000
Letsel aan urinewegen of darmen	12 per 1000	24 per 1000
Schatting totale kans op 1 of meerdere complicaties	40 per 1000	80 per 1000

Figuur 4 Kans op optreden van het totaal aantal complicaties bij toekomstige zwangerschappen per 1000 bevallingen



Samenvattend

In meer dan 95% van alle bevallingen treden geen ernstige complicaties op bij moeder of kind hoe u ook aan de bevalling begint: geplande keizersnede of vaginaal.

De kans op complicaties bij de moeder hangt wel samen met de uiteindelijke manier van bevallen. Bij vrouwen die daadwerkelijk vaginaal bevallen is de kans op ernstige complicaties het kleinst (2 op 1000), gevolgd door de groep met een geplande keizersnede (8 op 1000). Het grootste risico op complicaties heeft de groep die vaginaal begint maar alsnog een keizersnede krijgt (38 per 1000). Hiervan is echter maar in minder dan 5% van de gevallen echt sprake van spoed.

De kans op complicaties in de toekomst neemt toe bij elke extra keizersnede

Stap 4 Mijn overwegingen

Hieronder kunt u aangeven wat voor u belangrijke onderdelen zijn om tot een beslissing te komen.

Wat vindt u (en uw partner) belangrijk?	Heel belangrijk	Belangrijk	Minder belangrijk	Onbelangrijk
<i>Bij een vaginale bevalling</i>				
1. voel ik me meer betrokken bij de geboorte van de baby				
2. maak ik een gewone bevalling mee				
3. gebeurt het op de natuurlijke manier				
4. ervaar ik pijn van de weeën				
5. heb ik minder controle over het verloop				
6. kan ik inscheuren / een knip krijgen				
7. is er een risico op (spoed) keizersnede				
8. de grootte van mijn persoonlijke kans op een vaginale bevalling				
<i>Bij een keizersnede</i>				
9. heb ik meer controle over wanneer en hoe de bevalling plaatsvindt				
10. is er zeker sprake van een operatie				
11. ervaar ik meer pijn na de operatie				
12. is er meer kans op complicaties, zoals trombose, infectie en bloedingen				

Wat vindt u (en uw partner) belangrijk?	Heel belangrijk	Belangrijk	Minder belangrijk	Onbelangrijk
<i>Ernstige Risico's</i>				
13. bij een vaginale bevalling is het risico op scheuren van het litteken in de baarmoeder (uterusruptuur) groter				
14. bij een vaginale bevalling is de kans op alle ernstige complicaties samen voor de moeder kleiner				
15. bij een keizersnede is de kans op sterfte van de moeder groter				
16. bij een vaginale bevalling en een keizersnede is de kans op blijvend letsel bij de baby ongeveer gelijk				
17. bij een keizersnede is de kans op sterfte van de baby kleiner				
18. elke nieuwe keizersnede geeft grotere risico's voor de volgende zwangerschap				
<i>Na een vaginale bevalling</i>				
19. ben ik eerder hersteld				
20. mag ik meestal eerder naar huis				
21. andere belangrijke redenen				

Stap 5 Wensen

Het kan zijn dat uw keuze voor een vaginale bevalling afhangt van een aantal voorwaarden/wensen (bijvoorbeeld: goede pijnstilling, vlot verloop). Hieronder kunt u opschrijven welke dat voor u zijn, zodat dit ook in uw dossier kan worden opgenomen:

.....

.....

.....

.....

.....

Stap 6 De voorlopige keuze

- Een vaginale bevalling
- Een geplande keizersnede

Stap 7 Hoe verder?

U heeft samen met uw arts een voorlopige keuze gemaakt. U kunt, nadat u er nogmaals over heeft nagedacht, van mening veranderen. Ook kan het zijn dat de omstandigheden veranderen: er kan een reden zijn voor een inleiding, de baby kan te vroeg komen of de baby kan erg groot geworden zijn. Dit kan uw slagingskans en daarmee ook uw keuze veranderen.

Ook kan het zijn dat, indien u voor een geplande keizersnede heeft gekozen, de bevalling toch eerder op gang komt. Hierdoor kan het zijn dat de slagingkans van een vaginale bevalling beter wordt en dat u in dat geval toch een gewone bevalling zou willen.

Er wordt met u afgesproken om indien uw medische situatie verandert, nogmaals deze keuzehulp door te nemen.

Inleiding van de bevalling na een keizersnede

Dit onderdeel van de keuzehulp is voor vrouwen die gekozen hebben voor een vaginale bevalling na een eerdere keizersnede en bij wie er nu een reden is om de bevalling te gaan inleiden.

Inleiden van de bevalling

Als een bevalling niet spontaan op gang komt, of als de bevalling om medische redenen eerder moet plaatsvinden, kan die worden ingeleid. Bij een inleiding wordt de bevalling op gang gebracht met een ballonnetje of met medicijnen. In de tabel hieronder staat weergegeven dat het inleiden van de bevalling gevolgen heeft voor de kans dat u daadwerkelijk vaginaal bevalt. Tevens is de kans op scheuring van het litteken van de baarmoeder (uterusruptuur) mogelijk iets groter bij het inleiden van de bevalling.

Inleiden na een keizersnede

	Inleiden vaginale bevalling na een eerdere keizersnede
Wat gebeurt er met de kans dat u vaginaal bevalt?	Bij een inleiding na een eerdere keizersnede wordt de kans dat u vaginaal bevalt mogelijk iets kleiner. Daarom zal uw gynaecoloog deze opnieuw voor u uitrekenen. Uw nieuwe kans is:.....%
Wat gebeurt er met mijn kans op complicaties bij inleiden?	<u>Met een ballonnetje:</u> Er is waarschijnlijk geen verschil in de kans op het scheuren van het litteken van de baarmoeder (uterusruptuur). <u>Medicijnen:</u> Bij het gebruik van prostaglandines (gel, tabletten) is dit ongeveer 15 per 1000, bij het gebruik van een infuus ongeveer 10 per 1000.

De keuzehulp is ontwikkeld in het kader van de cesarean Section IMPLementation studie (SIMPLE) in het kader van een ZonMW project, subsidienummer 80-82315-97-10005.

Projectleiders

Dr. H.C.J. Scheepers, gynaecoloog perinatoloog, Maastricht UMC+
Dr. R.P.M.G. Hermens, IQ Healthcare Nijmegen

Arts-onderzoekers

Drs. S. Melman, E.N.C. Schoorel, E. Vankan. Maastricht UMC+

Projectgroepleden

Prof. Dr. J. G. Nijhuis, gynaecoloog perinatoloog, Maastricht UMC+
Dr. L.J.M. Smits, epidemioloog, Maastricht University
Prof. Dr. T van der Weijden, Maastricht University'
Dr. A. Kwee, gynaecoloog perinatoloog, UMC Utrecht
Dr. S.M. van Kuijk, epidemioloog Maastricht University
Prof. Dr. C.D. Dirksen, HTA deskundige, Maastricht UMC+

Expertpanel

dr. R. Aardenburg, Orbis medisch centrum, Sittard
dr. K. de Boer, Rijnstate, Arnhem
dr. T.H.M Hasaart, Catharina ziekenhuis, Eindhoven
mw. M. Nieuwenhuijze, Academie Verloskunde, Maastricht
Prof. Dr. J. G. Nijhuis, gynaecoloog perinatoloog, Maastricht UMC+
dr. M.G. Pampus, OLVG Amsterdam
Prof. dr. J.J.M van Roosmalen, LUMC, Leiden
dr F.J.M.E. Roumen, Atrium Medisch Centrum Parkstad, Heerlen
Prof. dr R. de Vries, Academie Verloskunde, Maastricht
dr. M.G.A.J Wouters, VU medisch centrum, Amsterdam
Prof. dr. B.W.J Mol , AMC, Amsterdam

© Dit product is auteursrechtelijk beschermd en mag niet zonder toestemming worden vermenigvuldigd of verspreid