

Sectio in anamnese protocol

Achtergrond informatie

Wereldwijd en ook in Nederland is al jaren een stijging zichtbaar in het aantal sectio caesarea. Na een eerdere sectio caesarea mogen vrouwen, na counseling, kiezen tussen een vaginale baring of een primaire sectio caesarea. Uit onderzoek blijkt dat zwangeren al vroeg in de zwangerschap behoefte hebben aan een dergelijk gesprek. We weten dat veel vrouwen primair kiezen voor een sectio op basis van angst door de eerdere ervaring (Shorten, 2014). Vroeg in de zwangerschap en gestructureerd counselen wordt door zwangeren als positief ervaren. Het stelt hen gerust en geeft houvast. Hierdoor kiezen meer zwangeren vooraf voor een vaginale baring. Het lijkt dat het aantal vaginale baringen ook is toegenomen hoewel dit uit het onderzoek nog niet als significant komt. Er worden geen verschillen gevonden in maternale en neonatale uitkomsten na vroege counseling in de zwangerschap (Ketting, 2020).

Er bestaat in de literatuur geen eenduidig advies over de modus partus na een sectio. De risico's van een 'Vaginal Birth after caesarean (VBAC)', inclusief de kans op een secundaire sectio, moeten worden afgewogen tegen de risico's van een primaire sectio.

Absolute contra – indicaties vaginale partus na sectio

- Een of meerdere klassieke (verticale) incisie (risico uterusruptuur 2-9%)
- Drie of meer sectio's in de voorgeschiedenis
- Uterusruptuur in de voorgeschiedenis

Relatieve contra-indicaties

- Een eerdere T- of J- incisie (risico 2% vs 0,7% bij horizontale incisie bij OUS)
- Twee eerdere sectio's: wisselende resultaten, grootste studies geen verhoogd risico's t.o.v. patiënten met 1 eerdere sectio. Bij twee ongecompliceerde eerdere sectio's, goede counseling, organisatie van zorg en motivatie patiënte, VBAC mogelijk

Succeskans VBAC

- Gunstige factoren
 - o Eerdere vaginale baring (zeker als deze na de eerdere sectio heeft plaatsgevonden)
- Ongunstige factoren
 - o Inleiding (de kans op een sectio na inleiding is 38% t.o.v. 28% als de baring spontaan begint)
 - o Geen eerdere vaginale partus
 - o BMI >30
 - o Eerdere sectio vanwege NVO

Bij aanwezigheid van deze vier ongunstige risicofactoren loopt het succespercentage voor een vaginale partus terug naar 40%. Andere ongunstige risicofactoren: zwangerschapsduur >41 weken, hogere maternale leeftijd, eerdere preterme sectio, korte (<2 jaar) duur tussen twee bevallingen, korte maternale lengte (<155 cm), hoger geboortegewicht (>4000 gram) (NVOG, 2010).

Risico's VBAC	Risico's primaire sectio
Uterusruptuur gemiddeld 8 per 1000 (0,2-1,5%). <ul style="list-style-type: none"> - In een Nederlandse studie was het risico bij een inleiding (OR 1.5, 95 % BI 0.5-4.4). De NICHD- studie liet echter wel een verhoogd risico zien (OR 3.01, 95 % BI 1.66-5.46, absoluut risico 1.1 % versus 0.4 % bij spontane weeën). - Ten aanzien van bijstimulatie kan geen 	Complicaties ten gevolge van de OK: <ul style="list-style-type: none"> - Opname IC, hysterectomie, bloedtransfusie - Oeratieve schade aan de blaas, darm of ureter (zie tabel 1) - Ileus en post operatieve ventilatie behoefte (zeldzaam)

<p>eenduidige conclusie worden gesteld. In de Nederlandse studie werd een verhoogd risico gezien (OR 2.2, 95% BI 1.04-5.0). Dit is in overeenstemming met de NICHD-studie, waarin het risico ook verhoogd was (OR 2.42, 95 % BI 1.49- 3.93, absoluut risico 0.9%).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Misoprostol en andere prostaglandines zijn relatief gecontra-indiceerd vanwege de grotere kans op een uterusruptuur (NVOG, 2010). 	<ul style="list-style-type: none"> - Heropname, aritmie, wondhematoom, wondinfectie, anesthesie complicaties, veneuze trombose en hogere kosten <p>Risico's neonaat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respiratoire morbiditeit (IRDS en TTN): 3,4% (NVOG, 2010) <p>Lange termijn effecten(Keag et al 2018 & NVOG, 2010):</p> <p><u>Moeder:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Grotere kans op placenta previa, placenta accreta en solutio bij een volgende zwangerschap. De risico's stijgen met de toename van het aantal sectio's in de voorgeschiedenis (zie tabel 1). - Kleinere kans op incontinentie (0.56, 95% BI 0.47-0.66) en prolaps op latere leeftijd moeder (OR 0.29, 95% BI 0.17-0.51). <p><u>Kind:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Grotere kans op astma tot een leeftijd van 12 jaar (OR 1.21, 95% BI 1.11-1.32). - Grotere kans op obesitas tot een leeftijd van 5 jaar (OR 1.59, 95% BI 1.33-1.90), een leeftijd van 6-15 jaar (OR 1.45, 95% BI 1.15-1.83) en op volwassen leeftijd (OR 1.34, 95% BI 1.25-1.44).
--	--

Werkwijze 1^e lijn

15 weken

- Consult begin tweede trimester naar een klinisch verloskundige
 - o Vrouwen met een absolute contra indicatie voor een VBAC, vrouwen die al eerder vaginaal bevallen zijn na een sectio en dit nu weer wensen, of vrouwen die geen behoefte aan vroege counseling hebben hoeven niet met 15 weken voor consult te komen.

20 weken

- Placentalokalisatie bij SEO. Indien placenta op de voorwand dit nogmaals beoordelen bij 30 weken

30 weken

- Indien placenta op de voorwand, echo herhalen bij InZwang. De ligging van de placenta ten opzichte van het sectiolitteken dient beschreven te worden. Bij verdenking op placenta ingroei in het litteken, verwijzing 2^e lijn.

34 – 36 weken

- Bij wens tot primaire sectio verwijzing rond 34 weken, anders 36 weken

Werkwijze 2^e lijn

Sectio gesprek 15 weken bij een klinisch verloskundige (30 minuten)

- Dossier compleet maken en eventueel ontslagbrief vorige partus opvragen
- Zorgpad bespreken
- Gesprek met betrekking tot vorige baring
 - o Beloop (eventueel status nalopen)
 - o Spontaan in partu/ inleiding
 - o Pijnstilling (Ja: ervaring pijnstilling positief/ negatief)
 - o Algemene ervaring (positieve en negatieve aspecten vorige baring)
 - o Herstel vorige sectio
 - o Behoefte wat betreft counseling in deze zwangerschap
 - o Zorg voor volledige documentatie
- Welke voorkeur is er nu voor wat betreft modus partus
 - o Gunstige/ ongunstige factoren voor VBAC
 - o Contra-indicaties voor VBAC
 - o Succespercentage op vaginale partus, zie hieronder
 - o Bestaat er een wens voor een volgende zwangerschap
 - o Kans op placenta praevia/ accreta indien primaire sectio
- Pijnstilling is niet gecontra-indiceerd –
- Keuzehulp meegeven
- Vervolgen reguliere zorgpad in de eerste of tweede lijn

Keuzehulp

Na afloop van dit consult wordt de onderstaande keuzehulp meegeven waarin risico's van zowel een vaginale baring als een sectio beschreven staan. Dit kan via een opdracht in Mosos naar de balie.
<http://ghzdocumentcentrum/afdeling/gyn/Afdelingsdocumenten/Keuzehulp/keuzehulp%20VBAC%20-%20Nederlands%20150422.pdf>

VBAC – calculator

Er zijn verschillende VBAC – calculators in omloop. De Grobman 2007 (zie onderstaande link) is betrouwbaar bij een voorspelde kans >60% (validiteit C – index 0,717 BI 95% 0,659 – 0,778), (Brier score 0,172), (onderscheidend vermogen 0,754 95% BI 0,742 – 0,755). Bij kansen <60% is geen enkele VBAC calculator betrouwbaar.

[Vaginal Birth After Cesarean Calculator - mfmunetwork - portal \(MFMU\) \(gwu.edu\)](#)

- Gemiddelde kans op een geslaagde vaginale baring na een trial of labour: 75%

Overname 34 – 36 weken

- Check of alle informatie/ risico's duidelijk zijn
- Beslissing modus partus
 - o Bespreken kans op sectio bij inleiding 38% (tov 28% na spontane baring)
 - o Geboortepan bespreken en noteren
 - o Bespreken wat te doen bij eerder in partu komen bij keuze voor primaire sectio
 - o Indien wens voor sectio dan wordt deze op dat moment (dus vervroegd) uitgevoerd.
- Zorgpad 2e lijn SC ia
- Placentalokalisatie bij wens tot primaire sectio
- Primaire sectio inplannen bij 34 weken + sterilisatie bespreken

Stroomschema

Amenorroeduur

1^e lijn

2^e lijn

15 weken
Keuzehulp uitreiken

Consult naar 2^e lijn

Sectiogesprek

20 - 22 weken

SEO met
placentalokalisatie

Op indicatie
vervolggesprek

30 weken

Indien placenta op de voorwand, echo placentalokalisatie

34 – 36 weken

Overname 2^e lijn
VBAC: 36 weken
Primaire sectio: 34 weken

Overnamegesprek

Tabel 1 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

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

We proberen in het Groene Hart Ziekenhuis (GHZ) altijd samen met u een voorlopige keuze voor de manier van bevallen te maken. Uiteraard kunnen zich later in de zwangerschap nog veranderingen voordoen die uw keuze veranderen. Dit betekent dat de manier van bevallen, indien nodig, tussen de 36 en 40 weken opnieuw met u besproken wordt.

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.

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 vaginalebevalling 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 willenkiezen
6. een voorlopige keuze
7. hoe verder?

Stap 1 Voorkeur vóór het gesprek

Voordat u deze keuzehulp doorneemt had u misschien al 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? Zo ja, welke?

.....

.....

.....

Wat zijn voor u andere belangrijke punten, zoals ervaringen in de directe omgeving, die uw beslissing rondom deze bevalling kunnen 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 onderstaandetabel 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?	<p>Een natuurlijke geboorte bereidt de baby beter voor op zelfstandig ademen.</p>	<p>Bij een geplande keizersnede is de totale kans op complicaties ietsje kleiner.</p> <p>Op lange termijn zien we meer kans allergieën en overgewicht bij kinderen.</p>
Wat betekent het voor de kraamperiode?	<p>Snel naar huis</p> <p>Na 2-3 dagen kunt u 'normale werkzaamheden' uitvoeren</p>	<p>Dag na de bevalling naar huis</p> <p>Na 6 weken kunt u 'normale werkzaamheden' uitvoeren</p>

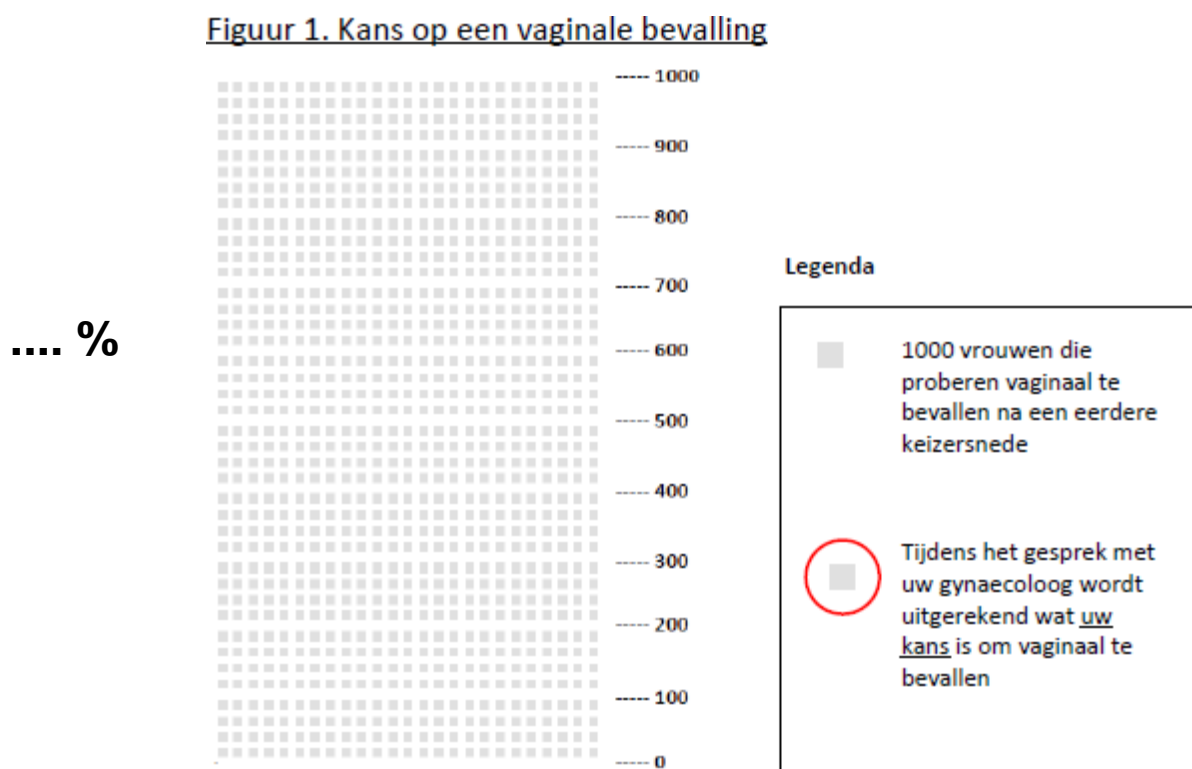
Wat is mijn kans dat het lukt om vaginaal te bevallen?

De totale kans op complicaties is kleiner bij vrouwen die vaginaal bevallen. Bij gemiddeld 70-75% van de vrouwen die probeert om vaginaal te bevallen lukt dat ook. Voor de totale groep is een geplande keizersnede dus niet beter, maar wanneer 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. Maar als de bevalling ingeleid moet worden is de kans dat u vaginaal bevalt wat kleiner. De rekenhulp moet dan opnieuw worden ingevuld.

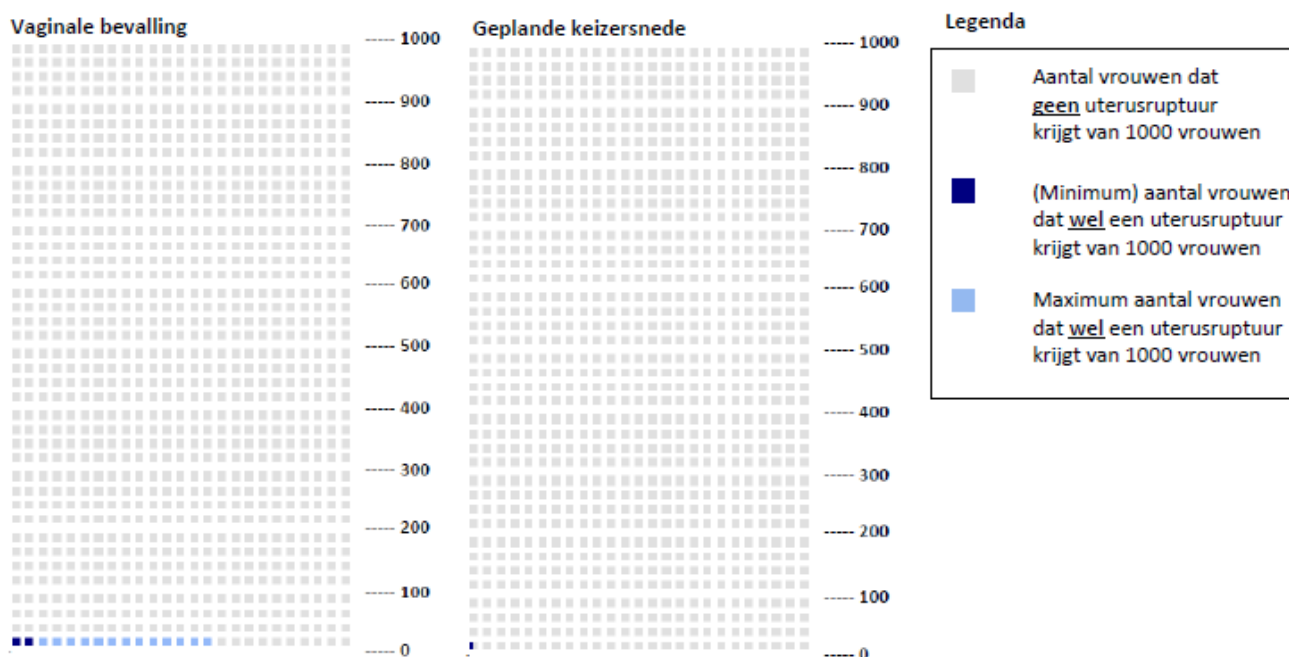
Wat is de kans op ernstige complicaties bij mij of bij de baby?

De complicatie waar mensen het meest bang voor zijn, is het openscheuren van het oude litteken van de baarmoeder. We noemen dit een 'uterusruptuur'. 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 op een uterusruptuur varieert in de wereld van 2 tot 15 per 1000 vrouwen die een vaginale bevalling starten. De kans is waarschijnlijk afhankelijk van risicofactoren zoals bijvoorbeeld 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 door het openscheuren van het oude litteken van de baarmoeder (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 wegens 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. Er is dus geen verschil in de kans op blijvend ernstig letsel bij de baby. Op lange termijn zie je bij kinderen die zijn geboren met een keizersnee wel vaker astma (tot een leeftijd van 12 jaar) en obesitas.

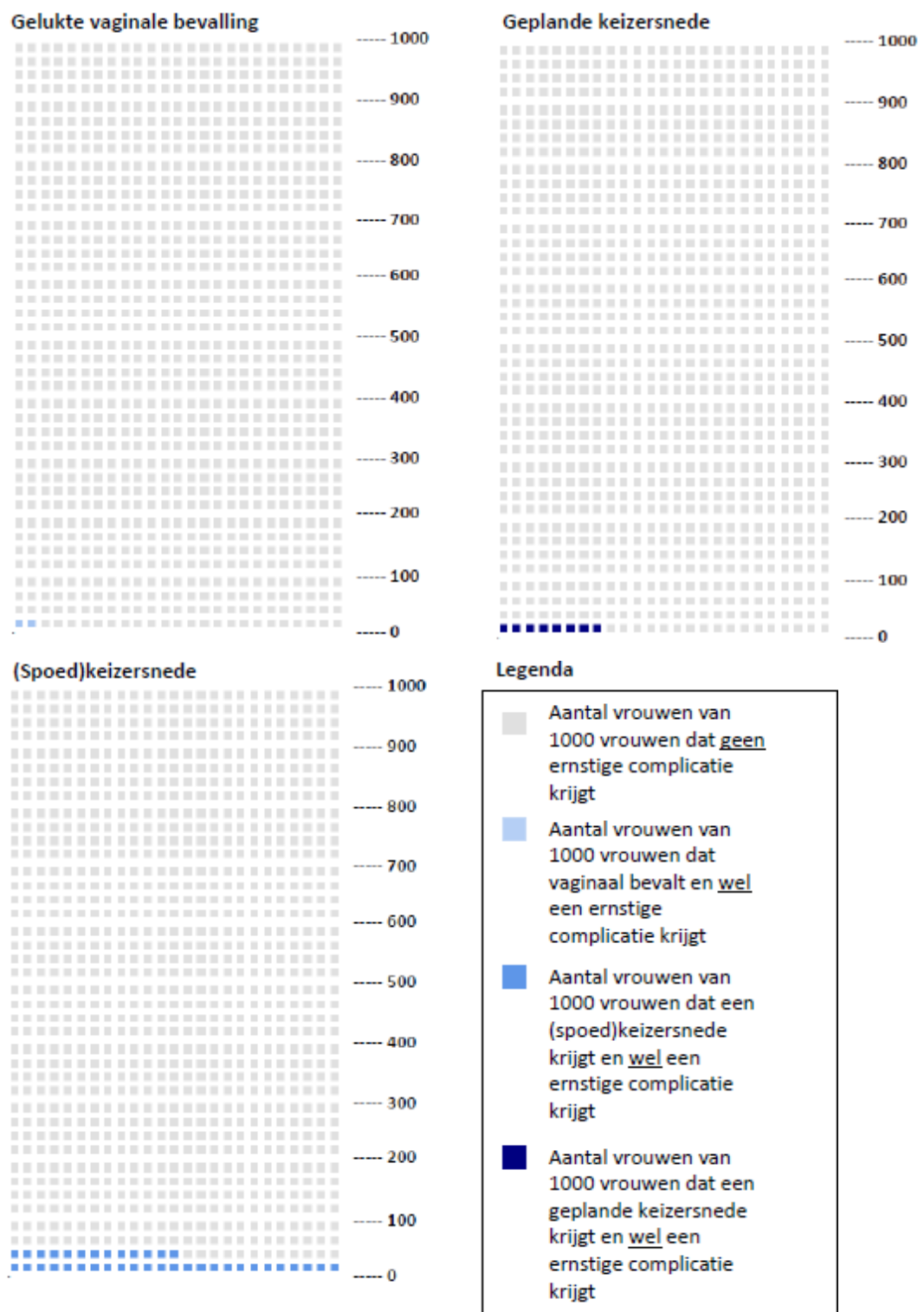
Risico ernstig letsel moeder

Op de lange termijn zien we bij vrouwen die bevallen zijn met een keizersnede een lagere kans op incontinentie en verzakking van de baarmoeder op latere leeftijd. 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	Niet geplande keizersnede
Ernstige schade moeder	2 per 1000	8 per 1000	38 per 1000

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



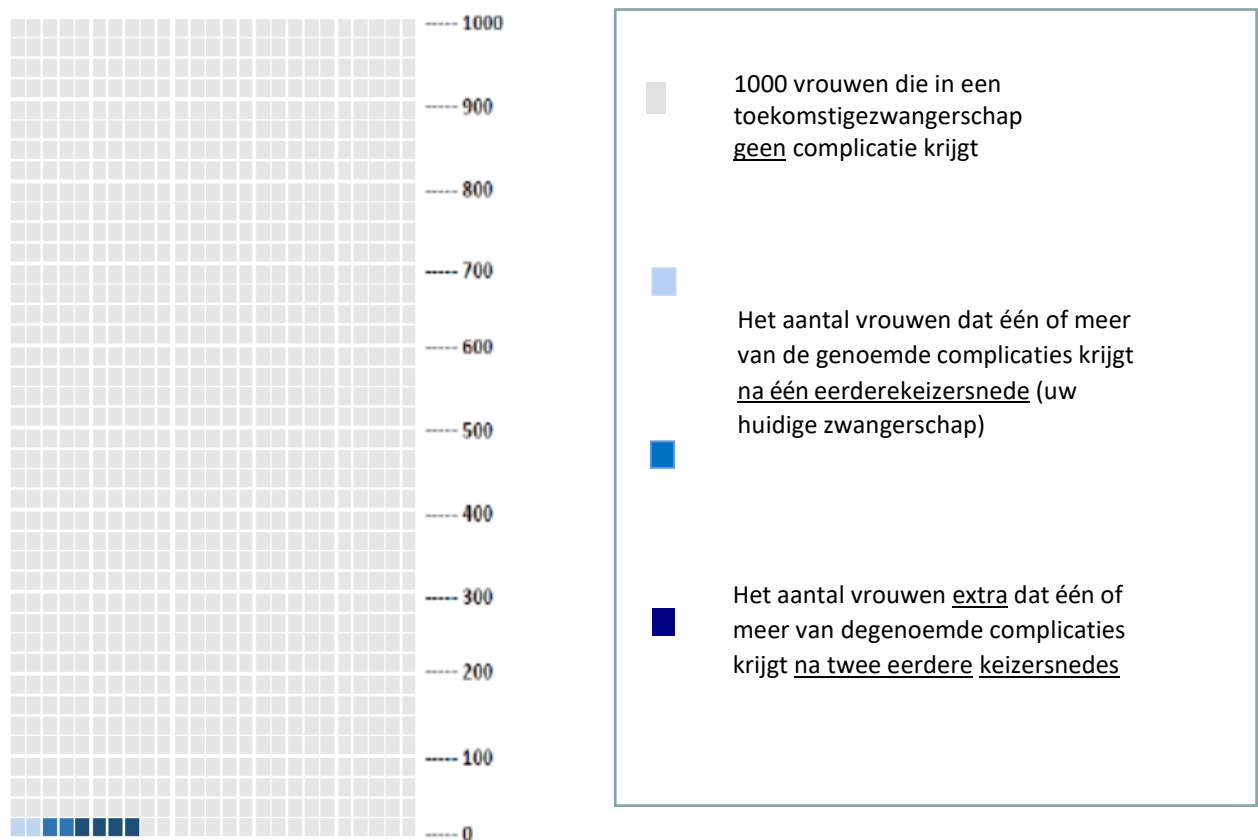
Heeft mijn keuze invloed op een eventuele toekomstige zwangerschap?

In de meeste gevallen zal na twee keizersnedes de volgende bevalling opnieuw 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 praevia (placenta die voor de uitgang van de baarmoedermond ligt) en een ingegroeide placenta (placenta groeit in de wand van de baarmoeder vast). Ook is er meer risico op veel bloedverlies, een opname op de intensive care (IC) en het noodzakelijk verwijderen van de baarmoeder. Uiteraard kunnen deze problemen met elkaar samenhangen. De kans op complicaties zoals weergegeven in onderstaande tabel is een schatting van het aantal vrouwen dat met één of meerdere problemen te maken krijgt. Ook minder ernstige operatierisico's, zoals infecties, komen vaker voor na meerdere keizersnedes.

Kans op ernstige complicaties bij toekomstige zwangerschappen (per 1000 bevallingen)

	Bij 3e keizersnede	Bij 4e keizersnede
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 meer dan vier zakjes bloed	8 per 1000	16 per 1000
Letsel aan urinewegen of darmen	12 per 1000	24 per 1000
Schatting totale kans op één 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 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>Bij een keizersnede</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 de (medische) situatie veranderen. Zo kan er 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.

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

Er wordt met u afgesproken dat, wanneer uw medische situatie verandert, u nogmaals deze keuzehulp doorneemt.

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 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 opgang 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 eerderekeizersnede
Wat gebeurt er met de kans dat u vaginaal bevalt?	<p>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.</p> <p>Uw nieuwe kans is:.....%</p>
Wat gebeurt er met mijn kans op complicaties bij inleiden?	<p><u>Met een ballonnetje:</u> Er is waarschijnlijk geen verschil in de kans op het scheuren van het litteken van de baarmoeder (uterusruptuur).</p>
	<p><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.</p>

Deze keuzehulp van het Groene Hart Ziekenhuis (GHZ) is ontwikkeld op basis van de keuzehulp die gemaakt is 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,
Sittarddr. 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

Bron: NVOG/Stichting Gynaecongres