

De auteurs noemen als belangrijkste bevinding de grote spreiding in het hervatten van seksuele activiteiten. Zorgverleners kunnen dit meenemen in hun voorlichting aan vrouwen en hun partners door 'mythen over wat normaal is te ontkrachten' en te benadrukken dat vrouwen zich niet schuldig of angstig hoeven te voelen als ze na zes weken nog niet aan seks toe zijn; zeker niet als ze een kunstverlossing hebben gehad en/of een episiotomie is gezet of een ruptuur is ontstaan.

Deze studie maant ons eens te meer om terughoudend te zijn met het zetten van een episiotomie. Uit de tabellen blijkt dat in deze studiepopulatie van barenden met hoog én laag risico 23% een epi kreeg en dat maar liefst 46% van deze nullipare vrouwen een gaaf perineum had of een ruptuurtje dat niet gehecht hoefde te worden. In Nederland daarentegen had van de nulliparae in 2010 44% een epi (21% onder eerstelijnszorg en 51% onder tweedelijnszorg) en 22% een gaaf perineum of labiumruptuur (32% onder eerstelijns zorg en 19% onder tweedelijns zorg)^[2]. Het lijkt erop, mede gezien de hierboven genoemde grote variatie binnen Europa, dat hier nog winst te behalen is; en dan vooral winst voor vrouwen. ■

Literatuur

[1] EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. May 2013. Available www.europeristat.com pag 80 en 102.

[2] http://www.perinatreg.nl/uploads/150/135/Jaarboek_Zorg_in_Nederland_2010_Tabellen.pdf

[3] McDonald EA, Brown SJ. Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? BJOG 2013;120:823-830.

Bevallen na een eerdere verloskundige

Daphne Bergkotte - van der Putten en Anneke Kwee

Steeds vaker worden klinisch verloskundigen geconfronteerd met vrouwen met een sectio in de voorgeschiedenis. Het sectiepercentage in Nederland steeg van 7,4% in 1990 tot 15,1% in 2010. In Nederland kiezen veel vrouwen traditiegetrouw toch voor een vaginale baring na een keizersnede^[1]. Het percentage vrouwen dat voor een vaginale baring na een keizersnede (VBAC) toevoegen na keizersnede kiest, is ongeveer 70%. Dit artikel gaat in op de voor- en nadelen van een vaginale bevalling na een sectio, de factoren die de kans op een vaginale bevalling vergroten of verkleinen, de risicofactoren voor het optreden van een uterusruptuur en het counselingsgesprek met de zwangere en haar partner. De richtlijn van de NVOG vormt hiervoor de basis^[1]. Daarnaast komt de rol van klinisch verloskundige en een aantal protocollaire aanbevelingen aan bod.

Trial of Labour

Hoe groot is de kans op een vaginale baring na een sectio in de voorgeschiedenis? Er zijn in Nederland twee grote studies gedaan die dit onderzoeken^[2-3]. De cijfers van beide studies kwamen overeen. Van alle vrouwen met een sectio in de voorgeschiedenis, die een vaginale proefbaring (72%) ondergingen, beviel 76% vaginaal. Hiermee is het VBAC-percentage ongeveer 55%^[4].

Er zijn diverse onderzoeken, die hebben gekeken naar zowel gunstige als ongunstige factoren voor een geslaagde TOL. Een belangrijke gunstige factor is een vaginale baring in de voorgeschiedenis (vooral als deze na de eerdere sectio was). Ongunstige factoren zijn onder andere: inleiding, geen eerdere vaginale baring, BMI > 30 en een eerdere sectio vanwege niet-vorderende baring. Als al deze ongunstige factoren aanwezig zijn is de kans op een succesvolle TOL veertig procent^[1-5].

Daphne Bergkotte - van der Putten is klinisch verloskundige en Dr. Anneke Kwee is gynaecoloog. Beiden zijn werkzaam in het Universitair Medisch Centrum Utrecht

Correspondentie: daphnevdpутten@gmail.com

keizersnede en de rol van de klinisch

Daarnaast zijn er andere, ongunstige factoren genoemd: een zwangerschapsduur van meer dan 41 weken, een geboortegewicht van boven de 4000 gram, hogere maternale leeftijd, eerdere preterm sectio, korte (< 2 jaar) duur tussen twee bevallingen en een korte maternale lengte (<1,55 m)^[5]. Op dit moment is er nog geen goed gevalideerd predictiemodel, waardoor het moeilijk te voorspellen is wat de kans is op een geslaagde VBAC voor de individuele patiënt. Echter, bovenstaande factoren zouden wel kunnen worden meegenomen in de voorbereiding op de bevalling waar counseling een groot onderdeel van uitmaakt.

Contra-indicaties voor een TOL

Het belangrijkste risico bij een TOL is een uterusruptuur met ernstige gevolgen voor moeder en kind. In de literatuur vinden we een incidentie van 0,2-1,5%^[2-11]. Uit prospectief Nederlands onderzoek bleek een risico op een uterusruptuur van 0,8% zonder gebruik van weeënstimulerende middelen^[2]. Een klassieke (verticale) incisie in de uterus geeft een verhoogde kans op een uterusruptuur, het risico is dan 2-9%^[6] en is daarom een contra-indicatie. Andere geaccepteerde contra-indicaties zijn een uterusruptuur in de anamnese en drie of meer sectio's in de voorgeschiedenis^[7]. De NVOG ziet een TOL, na twee eerdere ongecompliceerde sectio's, wel als een mogelijkheid mits de zorg goed is georganiseerd en de vrouw gemotiveerd en goed voorgelicht is^[1].

Voordelen van een vaginale baring

Vaginaal bevallen na een sectio heeft een aantal voordelen. Het herstel is vlotter dan na een sectio. De risico's passend bij een sectio zoals blaaslaesie of ileus zijn niet aanwezig, de kans op infectie of nabloeding is kleiner en vrouwen hoeven minder lang in het ziekenhuis te verblijven^[1]. De meeste vrouwen die zowel een vaginale baring als een sectio hebben gehad geven de voorkeur aan een vaginale baring^[8-9]. Een veel gehoorde opmerking is dat vrouwen na een geslaagde TOL weer vertrouwen hebben gekregen in hun lichaam.

Voor het kind is het absolute risico op perinatale sterfte tijdens de geboorte vergelijkbaar met het risico tijdens een bevalling van een nullipara. Echter, wanneer er complicaties optreden zoals een uterusruptuur is de sterfte hoger. De LEMMON-studie; een Nederlandse

Gebruikte afkortingen

| | |
|------|---|
| TOL | trial of labour; de intentie tot vaginaal baren na een eerdere keizersnede; |
| VBAC | Vaginal Birth After Caesarean; geslaagde vaginale baring na een keizersnede; |
| ERCS | Electieve Repeat Caesarean Section: geplande keizersnede na eerdere keizersnede |

prospectieve studie naar ernstige maternale morbiditeit, spreekt van een kans op neonatale sterfte van 8,7% als een ruptuur optrad^[10].

Inleiden en bijstimulatie

Er is een grote praktijkvariatie in het percentage vrouwen dat wordt ingeleid of bijgestimuleerd na een sectio in de voorgeschiedenis^[2].

De LEMMON-studie liet zien dat van de baringen na een eerdere sectio waarbij een uterusruptuur optrad 36% was ingeleid, waarvan 21% met oxytocine, 17% met prostaglandines en 7% met een combinatie van beide. Het primen van de cervix middels prostaglandines zou een verhoogd risico op een uterusruptuur geven^[2, 12, 13]. Hetzelfde geldt voor het primen van de cervix met misoprostol^[13]. Bij het gebruik van een Foley catheter of cervixdilatoren laat beperkt onderzoek zien dat er geen verhoogd risico op een uterusruptuur is. Dit lijkt de meest veilige methode te zijn. Twee studies spreken echter wel van een groter risico op een sectio vanwege niet vorderende baring wanneer de cervix geprimed werd door mechanische dilatatie^[14, 15]. Een recente review laat voor alle medicamenteuze middelen een verhoogd risico zien (RR 1,7-4,2), waarbij misoprostol wordt afgeraden te gebruiken bij een sectiolitteken omdat dat risico nog meer verhoogd is (RR 7)^[28]. Verder laten meerdere studies een verhoogde kans zien op een secundaire sectio als de baring wordt ingeleid (38% versus 28% bij spontane baring).

De NVOG-richtlijn refereert aan een case-control studie, waaruit blijkt dat een vroege herkenning van een stagnerende baring een aantal uterusrupturen had kunnen voorkomen^[1, 16]. De aanbeveling luidt daarom dat er in bepaalde gevallen bijstimulatie mogelijk is, afhankelijk van de klinische situatie en de voorgeschiedenis, mits het tijdsverloop nauwgezet gevolgd wordt. Het

partogram kan hier een goede leidraad bij zijn^[1].

Herkennen en voorkomen van een uterusruptuur

Het tijdig herkennen van (tekenen van) een uterusruptuur is lastig. In Nederlandse studies waren in 61% en 67% van de gevallen van uterusruptuur CTG-afwijkingen aanwezig^[9, 18, 19]. Helaas zijn de CTG-afwijkingen bij een uterusruptuur op een bradycardie na weinig specifiek. Een intra-uteriene druklijn draagt niet bij aan het herkennen van een uterusruptuur^[20]. Daarnaast zijn ook de klassieke tekenen zoals maternale tachycardie, hypotensie, hematurie, pijn ter plaatse van het oude litteken, pijn tussen de weeën, vaginaal bloedverlies en onrust, soms lastig te herkennen^[1]. Het geven van een epidurale verdoving is overigens niet gecontraïndiceerd^[21].

Electieve Repeat sectio

Bij een ERCS is de kans op een uterusruptuur zeer laag, waardoor ouders voor opnieuw een sectio kunnen besluiten. Daarnaast kunnen persoonlijke voorkeuren de doorslag geven, zoals de voorspelbaarheid van de bevalling, niet of nauwelijks pijn tijdens de bevalling en/of niet uitgeput raken.

Er kleven echter ook nadelen aan een ERCS. Een placenta praevia komt vaker voor bij vrouwen met een litteken in de uterus; 0,2 - 0,5% bij vrouwen zonder sectio, tegenover 0,4 - 0,8% bij vrouwen die eerder een sectio ondergingen. Wanneer er sprake is van een placenta praevia neemt de kans op placenta accreta toe met het aantal sectio's in de voorgeschiedenis^[22, 23].

Ook andere complicaties nemen toe indien het aantal sectio's in de voorgeschiedenis stijgt, zoals operatieve schade aan de blaas, darm of urether, ileus, postoperatieve ventilatiebehoefte, opname op de intensive care, hysterectomie, bloedtransfusie, langere operatietijd en opnameduur. Ook worden meer vrouwen postpartum heropgenomen, is er een hoger risico op een wond-hematoom, infectie, anaesthesiecomplicaties, veneuze trombose, aritmie en de kosten zijn hoger^[24, 25].

Het risico op respiratoire morbiditeit bij de neonat is verhoogd bij een geplande sectio, dit staat in direct verband met de zwangerschapsduur. Het risico op respiratoire morbiditeit daalt van 8% in week 37-38, 5,5% in week 38-39 en naar 3,4% na week 39. Geadviseerd wordt daarom een ERCS te plannen na de 39e zwangerschapsweek^[26, 27].

Een sectio heeft invloed op de borstvoeding. Verondersteld wordt dat de melkproductie trager op gang komt. Een oorzaak hiervoor zou kunnen liggen in het feit dat het eerste contact tussen moeder en kind belemmerd

wordt. Het eerste uur huid op huid contact wordt vaak niet gerealiseerd met als gevolg een vertraagde melkproductie^[11]. Ondertussen zijn er in Nederland klinieken waar men de baby op de OK het eerste uur na geboorte bij moeder op de borst legt.

Beleid

Volgens de verloskundige indicatielijst en de NVOG-richtlijn kunnen vrouwen met een sectio in de anamnese en een ongecompliceerde zwangerschap tot 36 weken onder controle zijn in de eerste lijn. Een eenmalig consult in het eerste trimester in de tweede lijn kan nuttig zijn om het beleid tijdens de zwangerschap te bespreken en alvast te polsen hoe de vrouw tegen de baring aankijkt, bijvoorbeeld bij een vorige traumatische partus. Binnen het verloskundig samenwerkingsverband kunnen hier afspraken over worden gemaakt. Tevens adviseert de NVOG-richtlijn om in het derde trimester een echo te maken voor placentaallocalisatie^[1]. Na overdracht naar de tweede lijn maken de ouders samen met de klinisch verloskundige en/of gynaecoloog tijdens een counselingsgesprek een weloverwogen keus over de manier van baren.

Counseling

De NVOG-richtlijn beveelt aan om tijdens het counselingsgesprek in te gaan op de volgende onderwerpen:

- kans op een geslaagde baring na een TOL (75%)
- kans op een uterusruptuur (0,5-1.0% bij spontane weeën)
- verhoogde kans op een uterusruptuur bij gebruik van weeënstimulerende middelen
- algemene discussie over risico's en voordelen van een sectio
- is er een wens tot een volgende zwangerschap?
- risico op een placenta praevia en/of accreta in een volgende zwangerschap indien een primaire sectio wordt overwogen
- beleid als patiënte eerder in partu komt dan de geplande datum van een electieve repeat sectio.

Afhankelijk van de lokale afspraken voert een klinisch verloskundige (al dan niet onder supervisie) het counselingsgesprek. Samen met de gynaecoloog worden aandachtspunten besproken en gezamenlijk formuleren zij een advies aan de zwangere ten aanzien van de TOL. Idealiter organiseert de kliniek een scholing over de counseling: wat daarin aan de orde komt en welke zaken geregistreerd worden in het dossier.

Protocollaire aanbevelingen TOL en de klinisch verloskundige

Om misverstanden te voorkomen en om de rechtspositie van de klinisch verloskundige te versterken is aan te bevelen dat iedere kliniek een lokaal protocol opstelt met

daarin een leidraad voor een trial of labour en de rol van de klinisch verloskundige daarbij. Het moet duidelijk zijn welke mate van supervisie er aanwezig is en hoe die supervisie is georganiseerd. Op welke momenten moeten verloskundige en gynaecoloog in ieder geval overleggen? Maak afspraken over:

- counseling: door wie in welke situatie, wat registreren?
- supervisie: in welke mate en hoe georganiseerd?
- overlegmomenten: wat wanneer overleggen?
- inleiden: wie neemt de beslissing over wel/niet inleiden en op welke manier?
- het te verwachten tijdsverloop van de partus
- gebruik van partogram
- bijstimuleren
- registratie van de foetale harttonen: continu CTG-monitoring of STAN-registratie
- verrichten van een microbloedonderzoek
- pijnstilling
- opleiding en/of ervaringseisen van de klinisch verloskundige die de TOL begeleidt
 - aanvullende opleiding klinisch verloskundige (master klinische verloskunde)
 - CTG-cursus
 - STAN-cursus

Conclusie

De beste wijze van bevallen na een sectio in de anamnese is voor iedere vrouw verschillend. Individuele kansen en risico's komen in een counselingsgesprek aan bod, zodat de ouders een weloverwogen keuze kunnen maken. Belangrijk is dat er lokaal duidelijk is vastgelegd in een protocol wat de bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn van de klinisch verloskundigen en andere verloskundige zorgverleners. ■

Referenties

1. Kwee A, Franx A. NVOG richtlijn Zwangerschap en partus na eerdere sectio (2009)
2. Kwee A, Bots ML, Visser GHA, Bruinse HW. Obstetric management and outcome of pregnancy in women with a history of a caesarian section in the Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Med* 2006; Aug 10
3. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, Spong CY, Leveno KJ, Rouse DJ et al. Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2007; 109:806-812
4. Dinsmoor MJ, Brock EL. Predicting failed trial of labor after primary cesarean delivery. *Obstetrics and Gynecology* 2004; 103:282-286
5. Turner MJ. Uterine rupture. *Best Prac Res Clin Obstet Gynecol* 2005; 19:1147-30
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth after previous caesarean birth. Green-top Guideline Number 45. London: RCOG Press; 2007
7. Cahill AG, Macones GA. Vaginal birth after caesarian delivery: Evidence-based practice. *Clin. Obstet Gynecol.* 2007; 50:518-25
8. Jansen AJG, Duvekot JJ, Hop WCJ, Essink-Bot ML, Beckers EAM, Karsdorp VHM, et al. New insights into fatigue and health-related quality of life after delivery. *Acta Obstet Gynecol* 2007; 86: 579-584
9. Declercq E, Barger M, Cabral HJ, Evans SR, Kotelchuck M, Simon C et al. Maternal outcomes associated with planned primary cesarean births compared with planned vaginal births. *Obstet Gynecol* 2007; 109: 669-77
9. Zwart JJ, Richters JM, Ory F, Vries JP de, Bloemenkamp KWM, Roosmalen J van.

- Uterine rupture in the Netherlands: a nationwide population based cohort study. *BJOG* 2009; 116:1068-78
10. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr.* 2012 May; 95(5):1113-35
 11. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *N Engl J Med* 1996; 335:689-695
 12. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among woman with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2001; 345: 3-8
 13. American College of Obstetrics and Gynecology. Practice Bulletin Number 54: vaginal birth after previous cesarean. *Obstet Gynecol* 2004; 104:203-12
 14. Ben-Aroya Z, Hallak M, Segal D, Friger M, Katz M, Mazor M. Ripening of the uterine cervix in a post- cesarean parturient: prostaglandin E2 versus Foley catheter. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2002; 12: 42-45
 15. Bujold E, Blackwell SC, Gauthier RJ. Cervical ripening with transcervical foley catheter and the risk of uterine rupture. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 18-23
 16. Hamilton EF, Bujold E, McNamara H, Gauthier R, Platt RW. Dystocia among woman with symptomatic uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 620-24
 17. Cahill AG, Waterman BM, Stamilio DM, Odibo AO, Allsworth JE, Evanoff B, Macones GA. Higher maximum doses of oxytocin are associated with an unacceptably high risk for uterine rupture in patients attempting vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2008 Jul; 199(1):32e.1-5. Epub 2008 May 2
 18. Kwee A, Bots ML, Visser GHA, Bruinse HW. Uterine rupture and its complications in the Netherlands: A prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 128: 257-61
 19. Arulkumaran S, Chua S, Ratnam SS. Symptoms and signs with scar rupture: value of uterine activity measurements. *Aust N Z J Gynaecol* 1992; 32:208-12
 20. Rodriguez MH, Masaki DI, Phelan JP, Diaz FG. Uterine rupture: are intrauterine pressure catheters useful in the diagnosis. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161:666-69
 21. Rowbottom SJ, Critchley LA, Gin T. Uterine rupture and epidural analgesia during trial of labour. *Anaesthesia* 1997; 52: 486-88
 22. Yang Q, Wen SW, Oppenheimer L, Chen XK, Black D, Gao J, et al. Association of caesarean delivery for first birth with placenta praevia and placental abruption in second pregnancy. *BJOG* 2007; 114:609-13
 23. Ustal IM, Hobeika EM, Abu Musa AA, et al. Placenta previa- accreta: Risk factors and complications. *Obstet & Gynecol* 2005; 193: 1045-49
 24. Macones GA, Peipert J, Nelson DB, Odibo A, Stevens EJ, Stamilio DM, et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: A multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193: 1656-62
 25. Chauhan SP, Martin JN, Henrichs CE, Morrison JC, Magann E. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery, review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:408-17
 26. Tita ATN, Landon MB, Spong CY, Lai Y, Leveno KJ, Varner MW, et al. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *NEJM* 2009; 360:111-20
 27. Graziosi GCM, Bakker CM, Brouwers HA, Bruinse HW. Elective cesarean section is preferred after the completion of a minimum of 38 weeks of pregnancy. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998; 142:2300-03
 28. Jozwiak M, Dodd JM. Methods of term labour induction for women with a previous caesarean section. 2013 Mar 28;3