

# Heeft de manier van bevallen invloed op het hervatten van seks na de bevalling?

*Joke Koelewijn*

De Peristat-cijfers laten zien dat in 2010 in Nederland bij 30,3% van de vaginale bevallingen een episiotomie werd gezet. De variatie in het aantal episiotomieën bij de baring tussen de verschillende landen is echter groot: van 4,9% in Denemarken tot 54% in Vlaanderen en 75% op Cyprus<sup>[1]</sup>.

Een vaginale kunstverlossing (dat wil zeggen een vacuüm- of forcipale extractie) vond in 2010 in Nederland plaats bij 10% van de baringen. Ook hier zien we variatie: van 1,3% in Litouwen tot 16,4% in Ierland<sup>[2]</sup>.

Wat zijn de gevolgen voor de moeder van een episiotomie en/of van een kunstverlossing?

McDonald en Brown onderzochten het verband tussen de wijze van bevallen en het moment waarop vrouwen post partum weer beginnen met seks<sup>[3]</sup>. De auteurs gebruikten data uit een multicenter prospectief cohortonderzoek onder nulliparae, waarin het natuurlijk beloop van maternale morbiditeit tijdens de zwangerschap en post partum werd onderzocht. Aan deze studie deden in totaal 1507 nulliparae mee, die van 2003 tot 2005 zorg kregen in zes ziekenhuizen in Melbourne, Australië. De populatie bestond zowel uit vrouwen met een hoog als met een laag risico. De studiedata kwamen uit vragenlijsten, afgenomen op verschillende tijdstippen post partum, en uit de medische dossiers. De meetinstrumenten worden in het artikel uitvoerig beschreven. Seksuele activiteiten worden gedefinieerd als 'enige vorm van seksueel contact, al dan niet inclusief vaginale seks'. Wat seksueel contact inhoudt, wordt niet nader omschreven en wordt kennelijk aan de interpretatie van de respondenten overgelaten.

Een minderheid van de 1305 vrouwen die voor deze analyse beschikbaar waren, had binnen vier weken post partum de seksuele activiteiten hervat: 28% had enige vorm van seks gehad, van wie 15% vaginale seks. Zes weken post partum waren deze percentages 53% respectievelijk 41%. Na vier maanden was dit opgelopen tot 92% seksuele activiteiten en 90% vaginale seks. Een jaar post partum had 3,4% van de vrouwen nog steeds geen vaginale seks gehad en 2,2% was helemaal niet

seksueel actief. Vervolgens werd onderzocht welke factoren samenhangen met uitstel van het hervatten van seks. Naast een aantal achtergrondkenmerken zoals hogere leeftijd en het niet hebben van een relatie, was de kans op uitstel van seks verhoogd na een forcipale extractie, een episiotomie en in iets mindere mate een gehechte ruptuur, borstvoeding en extreme vermoeidheid. Een niet gehechte ruptuur verhoogde het risico op uitstel van seks niet. Omdat de hiervoor genoemde factoren uiteraard met elkaar samenhangen, werden in een multivariate analyse de bijdragen van de verschillende manieren van bevallen afzonderlijk op het hervatten van vaginale seks zes weken post partum nader uitgezocht, met correctie voor achtergrondkenmerken, borstvoeding en vermoeidheid.

In de referentiegroep van vrouwen die spontaan bevallen waren zonder ruptuur of episiotomie, had 61% zes weken post partum weer vaginale seks gehad, dus duidelijk meer dan de 41% in de totale groep, en twee maal zoveel als de 30% na een forcipale extractie. Een forcipale extractie verhoogde de kans op uitstel van seks het meest: een OR van 4,60 (95%-BI 1,6-13,6) voor een forcipale extractie met ruptuur en van 3,46 (95%-BI 2,0-6,0) voor een forcipale extractie met episiotomie. Ook een vacuümextractie verhoogde het risico: een OR van 2,86 (95%-BI 1,6-5,2) voor vacuümextractie met episiotomie en van 2,38 (95%-BI 1,1-5,2) voor vacuümextractie met ruptuur. Een sectio verhoogde het risico op uitstel van vaginale seks in mindere mate: een OR van 1,99 (95%-BI 1,3-3,1) voor een sectio durante partu (met gaaf perineum) en een OR van 1,71 (95%-BI 1,0-2,0) voor een primaire sectio. Overigens was er in de groep vrouwen na een kunstverlossing niemand met een gaaf perineum. De verhoogde kans op uitstel van seks lijkt meer samen te hangen met de perineumschade dan met de kunstverlossing. Dat blijkt uit het feit dat ook in de spontaan bevallen groep een episiotomie de kans op uitstel van seks fors verhoogde (OR 3,43, 95%-BI 1,9-6,2) evenals een gehechte ruptuur (OR 3,18, 95%-BI 2,1-4,9).

Het effect van borstvoeding en van ernstige vermoeidheid was in de multivariate analyse vrij klein met maar net significante OR's van 1,25 (95%-BI 1,1-2,3) respectievelijk 1,0-1,6).

---

*Dr. Joke Koelewijn is verloskundige n.p. en vervult een aantal functies op het gebied van onderwijs en onderzoek.*

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 studiepoulatie 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)<sup>[2]</sup>. 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](http://www.europeristat.com) pag 80 en 102.

[2] [http://www.perinatreg.nl/uploads/150/135/Jaarboek\\_Zorg\\_in\\_Nederland\\_2010\\_Tabellen.pdf](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 sectiopercentage 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<sup>[1]</sup>. 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<sup>[1]</sup>. 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<sup>[2-3]</sup>. 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%<sup>[4]</sup>.

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<sup>[1-5]</sup>.

*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](mailto:daphnevdpутten@gmail.com)*