

Zwangerschap na voorgaande sectio caesarea: gezamenlijke besluitvorming en let op tekenen van (dreigende) uterusruptuur

E.N.C. Schoorel, H.C.J. Scheepers & J.G. Nijhuis

Introductie

In Nederland is de prevalentie van het aantal zwangerschappen met een voorgaande sectio caesarea (SC) ongeveer 10%.^{1,2} De begeleiding van deze groep zwangeren vereist speciale aandacht, zowel voor gezamenlijke besluitvorming omtrent het kiezen van de partus modus als voor de begeleiding van deze relatief 'hoog-risico'baring. Dat counseling en adequate zorg rondom het beleid na een eerdere SC van belang is blijkt ook uit de gepubliceerde tuchtrechtzaken (website Medisch Contact). Van 2010 tot heden werden 58 casus uit ons specialisme gepubliceerd, waarvan 35 obstetrische casus (62,5%). Acht hiervan betroffen durante partu casuïstiek, waarvan vier over beleid rondom een vaginale partus na eerdere SC en in alle gevallen werd een veroordeling uitgesproken. Over dossiervorming, bejegening en *informed consent* gingen een aanvullende acht casus; in vier van deze gevallen had dit een veroordeling tot gevolg. Van de obstetrische casuïstiek betrof het dus in 34% van de gevallen het beleid rondom vrouwen met een eerdere keizersnede.

Trends in partus modus na sectio caesarea

Vrouwen met een voorgaande SC zouden volgens huidige richtlijnen moeten worden voorgelicht over de keuze tussen een 'trial of labor' (TOL), hopelijk resulterend in een vaginale bevalling (VBAC) of anders in een electieve *repeat* SC (ERSC).^{3,4} Wereldwijd neemt het percentage ERSC toe,⁵ waarbij in sommige ziekenhuizen in de Verenigde Staten zelfs geen TOL wordt aangeboden.⁶ Nederland kent, in vergelijking met andere landen, een relatief hoog percentage VBAC: in 2002-2003 was dit 54,4%.¹ In de VS is het VBAC-percentage slechts 8,3%⁷ en in Engeland en Wales ongeveer 30-37%.^{8,9} Nog niet gepubliceerde data van de SC-IMPLEMENTATIESTUDIE (SIMPLE) laten echter ook in Nederland een dalende trend in VBAC zien.² Oorzaken voor het dalende VBAC-percentage, die in de literatuur genoemd worden, zijn onder andere angst van artsen voor klachten of claims, verzekeringskwesties, maar zeker ook

de attitude van zorgverleners en de zwangeren zelf ten aanzien van een TOL.¹⁰

Antenatale counseling

Gezamenlijke besluitvorming

Als er geen sprake is van een contra-indicatie voor een TOL geldt de vuistregel 'beide opties moeten kunnen'. Absolute contra-indicaties voor een TOL zijn een uterusruptuur in de voorgeschiedenis, een verticaal (klassiek) sectiolitteken en een placenta praevia of een andere baringsmogelijkheid.³ In de besluitvorming spelen veel factoren een rol; optimale counseling is hier dan ook van groot belang. Het is belangrijk om samen met de zwangere (en haar partner) de voor- en nadelen van een TOL en een ERSC in de context van de persoonlijke situatie van de zwangere af te wegen. Tevens dienen voorwaarden, waaronder de zwangere een TOL wil overwegen, uitgevraagd en genoteerd te worden. Voorbeelden hiervan kunnen zijn het vastleggen van de wens tot goede pijnstilling en het niet (opnieuw) accepteren van een geprotraheerd ontsluitingsbeloop. Het is essentieel om goed vast te leggen dát er gecounseld is, wát er besloten is en dat er sprake is van *informed consent* met het verder te volgen beleid.

Slagingskans TOL in relatie tot morbiditeit.

De kans dat een TOL resulteert in een vaginale partus is 60-80%.⁵ In 2002-2003 was deze kans in Nederland gemiddeld 76%. De meeste studies die de kans op maternale en neonatale morbiditeit beschrijven, vergelijken TOL met ERSC. De kans op morbiditeit hangt samen met de kans van slagen van een TOL.¹¹⁻¹³ In vergelijking met een vaginale baring wordt een SC geassocieerd met meer bloedverlies, een langere herstelperiode, een grotere kans op operatieve schade, postpartum infecties, thromboembolische events en heropnames.¹⁴ De incidentie van maternale morbiditeit is dan ook het kleinst bij een VBAC (0,2%). Bij een secundaire SC is echter de incidentie beduidend groter dan bij een primaire SC (3,8% versus 0,8%), suggererend dat voor vrouwen

met een kleine slagingskans een primaire SC wellicht een betere keus is.¹¹ Verschillende factoren zijn van invloed op de slagingskans van een TOL. Een eerdere vaginale partus maakt de slagingskans groter; een eerdere SC op basis van een niet-vorderende baring, een geschat foetaal gewicht boven 4000 gram of boven het 90e percentiel, een hoge BMI, en inductie van de baring maken deze kans kleiner.⁵ In de internationale literatuur zijn verschillende predictiemodellen gepubliceerd, voor het berekenen van de kans dat een TOL resulteert in een VBAC of in een secundaire SC. Het probleem is, dat deze modellen in het algemeen valide zijn voor het voorspellen van een hoge kans op een VBAC maar niet voor het voorspellen van een secundaire SC.^{5,15} Het in Nederland ontwikkelde model dat op basis van de STAN-populatie is gemaakt, beschrijft de kansen op een kunstverlossing en sectio en hierin is een SC één van de variabelen. Dit model is echter niet bruikbaar in de counseling ante partum, omdat ook intra partum variabelen worden meegenomen.³¹

Op dit moment wordt gewerkt aan de ontwikkeling en validatie van een Nederlands predictiemodel dat de kans op een vaginale baring voorspelt (SIMPLE II). Als gemiddeld 65-70% van de vrouwen vaginaal bevalt, zal de totale morbiditeit bij een TOL lager zijn dan bij een ERSC.¹³ Voor een doorsnee Nederlandse populatie geldt dat een TOL 'medisch gezien' beter is, maar dit zal niet voor alle individuele patiënten gelden.

Kans op uterusruptuur

Een uterusruptuur is de meest gevreesde complicatie van een zwangerschap na een SC en dient dus specifiek met de zwangere besproken te worden. De kans dat een uterusruptuur optreedt, is echter relatief klein. Er bestaan diverse cohorten met verschillende settingen, groepsgroottes en patiëntkenmerken die de incidentie van een uterusruptuur beschrijven. In een recent gepubliceerde grote *case-control*-studie was deze incidentie 0,2% bij vrouwen die een TOL ondergingen.¹⁶ Een meta-analyse van Guise et al. die vóór dit artikel gepubliceerd is, kwam uit op een incidentie van 0,47%. De incidentie neemt toe bij inductie van de baring. De literatuur is over de risico's en incidenties niet eenduidig omdat er grote heterogeniteit bestaat onder de diverse studies. In de eerder genoemde studies wordt een relatief risico beschreven van ongeveer 1,5-2,0. Hiermee is het absolute risico, ook bij het gebruik van prostaglandines, nog steeds kleiner dan 2%. Inleiding met een Foleykatheter lijkt de kans niet te beïnvloeden, maar data zijn beperkt.⁵

Andere factoren die geassocieerd zijn met een verhoogd risico op uterusruptuur zijn een, twee of meer sectio's, een zwangerschap binnen twaalf maanden

na een eerdere SC, een eerder klassiek of laag verticaal SC-litteken, eenlagige sluiting van de uterus, macrosomie en een hoge BMI.⁵ Een eerdere vaginale partus lijkt een beschermend effect te hebben; dit wordt ook bevestigd door literatuur uit eigen land.^{5,32}

Bij de groep die kiest voor een ERSC is de incidentie van uterusruptuur gemiddeld 0,03%.^{5,16} Als een uterusruptuur optreedt, kunnen de gevolgen zeer ernstig zijn. De kans op neonatale sterfte bij een uterusruptuur is 6,2% tot 12,4%.^{5,16} In de literatuur is geen melding van maternale sterfte door uterusruptuur, wel is de kans op hysterectomie in deze groep 14-33%.¹⁷ Voor de predictie van een uterusruptuur is tot op heden nog geen goed model beschikbaar. Er zijn verschillende publicaties over een echometing van de dikte van het SC-litteken, er is echter nog geen consensus over de afkapwaarden waaronder de kans op uterusruptuur significant verhoogd is.¹⁸

Complicaties bij de neonaat

De totale kans op neonatale morbiditeit en mortaliteit speelt een belangrijke rol in het keuzeprocess. De totale kans op neonatale mortaliteit is hoger bij een TOL, voornamelijk door de kans op het optreden van een uterusruptuur. Bij een TOL is de incidentie van perinatale sterfte ongeveer 0,13%, dit is hoger dan bij een ERSC waar deze kans 0,05% is.¹⁷ Ter vergelijking: de totale perinatale sterfte in de a terme periode bedraagt ongeveer 0,23%.¹⁹ De kans op hypoxisch-ischemische encephalopathie is mogelijk hoger na een TOL maar goede studies hierover ontbreken.^{20,21}

Toekomstige zwangerschappen

De invloed van de huidige beslissing op een eventuele toekomstige zwangerschap moet besproken worden, omdat bij elke extra SC de kans op ernstige complicaties in een toekomstige zwangerschap toeneemt. Na drie SC's is de kans op een ernstige morbiditeit (placenta accreta, hysterectomie, IC-opname, transfusie >4 PC) rond de 8%, bij een placenta praevia in combinatie met drie eerdere SC's bedraagt de kans op een hysterectomie 40%.²²

Kiezen?

Vrouwen ervaren de keuze van de manier van bevallen als moeilijk maar spelen wel graag een rol in het maken er van.^{23,24} Er wordt veel waarde gehecht aan de mening van de behandelend arts.²⁴ In de SIMPLE I werd onderzoek gedaan naar de Nederlandse situatie. Vrouwen geven aan dat ze meer informatie willen en zagen in hun vorige baring het 'geen controle en idee van kunnen meebeslissen' als een zeer negatieve ervaring. Zorgverleners hebben echter hun twijfels over counseling omdat ze bang zijn dat de patiënte 'de verkeerde keuze' maakt.²

Conform de richtlijnen is niet-informeren en niet-counselen echter niet meer acceptabel. Gezamenlijke besluitvorming leidt tot meer patiënttevredenheid en een betere interactie tussen arts en patiënt.²⁵

De baring in de praktijk

Keuze voor een ERSC

Als de keuze is gemaakt voor een ERSC wordt deze gepland vanaf 39+0 weken, omdat bij eerdere electieve SC's meer ademhalingsproblemen bij de pasgeborene ('wet lungs') worden gezien.²⁶ Het is van belang om te bespreken wat er gebeurt als een zwangere eerder spontaan in partu komt, de kans op slagen kan dan groter zijn en afhankelijk van de situatie kan gekozen worden om dan alsnog een TOL te accepteren. Bij bijvoorbeeld een ernstig traumatiserende baring die eindigde in SC zal dat echter misschien niet het geval zijn. In beide gevallen geldt dat het goed afgesproken moet zijn en dat de patiënte daarin een keuze heeft op basis van goede informatie.

Keuze voor een vaginale baring, TOL

Als de zwangere kiest voor een TOL, dient de vrouw duidelijke instructies te krijgen, bijvoorbeeld het advies zich tijdig te melden bij contracties. Men moet zich realiseren dat een baring na SC een bevalling met een relatief 'hoog risico' is en dat de zorg als zodanig geregeld moet zijn. Het is van belang dat dit ook goed binnen het verloskundig samenwerkingsverband wordt besproken en dat hierbij snel overgegaan kan worden op een spoedkeizersnede.

J.R. Scott zegt hierover namens het Amerikaanse ACOG: "To meet patient expectations for a safe and successful outcome with a trial of labor after cesarean delivery (TOLAC), specific management plans, checklists, practical coverage arrangements, and simulation drills are necessary".¹⁴ Het al dan niet overgaan tot een secundaire SC, als in de baring opnieuw tekenen van niet-vorderen of een suboptimaal cardiocogram (CTG) bestaan, dient in goed overleg plaats te vinden.

De TOL in de praktijk

Vroegtijdige signalering van symptomen van een uterusruptuur is belangrijk, de voorspellende waarde van deze signalen is echter niet heel hoog. Herhaalde deceleraties zijn in bijna alle casus van uterusruptuur aanwezig. Variabele deceleraties kunnen snel overgaan in late deceleraties en persisterende foetale bradycardie (casus 1). Andere symptomen die een associatie hebben met (dreigende) uterusruptuur zijn vaginaal bloedverlies, een 'vreemde' pijn, hypertonie en een verstoord patroon of plotselinge afwezigheid van uteruscontracties.^{5,27} Indien er sprake is van 'false labor' (dus langdurig contracties zonder beginnende ontsluiting), dient expliciet het beleid besproken te worden binnen het team. Hernieuwde

evaluatie dezelfde dag, een opname ter observatie of 'doorleiden' kunnen dan opties zijn. In de literatuur zijn geen studies die expliciet de relatie tussen 'false labor' en een onverwachte intra-uteriene vruchtdood (IUVD) of uterusruptuur beschrijven. Wel beschrijft de studie van Al-Zirqi et al.²⁸ in een registratiestudie van zwangerschappen na SC, een relatie tussen 'prelabor uterine rupture' en latente uterusactiviteit of buikpijn bij vrouwen met meerdere SC-littekens of andere relevante littekens uteri.²⁸

Continue CTG-bewaking is tijdens de baring aangevraagd volgens alle beroepsverenigingen⁴ wegens de genoemde associatie tussen een 'nonreassuring fetal heart rate' en uterusruptuur. In de Nederlandse literatuur wordt aangegeven dat in 60-70% van de rupturen CTG-afwijkingen aanwezig waren.^{1,27} Een specifiek patroon kan niet worden aangegeven. Als bij een TOL op basis van een afwijkend CTG een microbloedonderzoek (MBO) overwogen wordt, moet men zich realiseren dat een (nog) normaal MBO een dreigende ruptuur niet uitsluit en een *repeat* SC te overwegen is (casus 2).

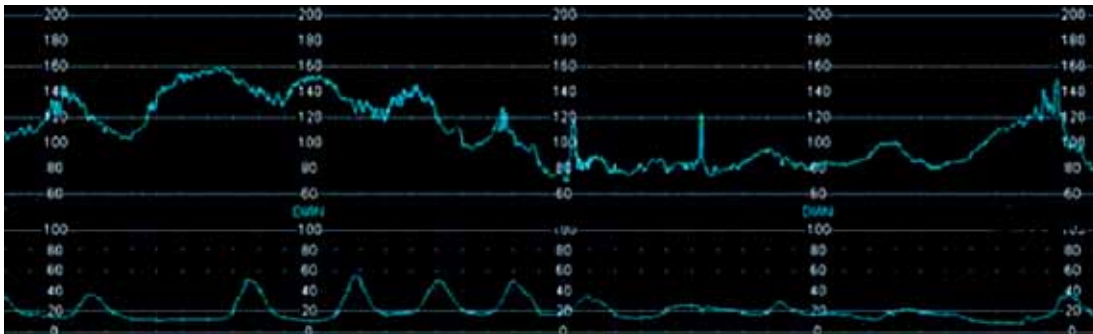
Het inleiden van de baring en bijstimuleren met weeënstimulerende middelen verhoogt de kans op een uterusruptuur. Als er een keuze is, is er enige voorkeur voor oxytocine in vergelijking met prostaglandine-preparaten. Het belang van het bijhouden van een partogram wordt met name in de NVOG-richtlijn benadrukt, ter preventie van ongemerkt veel te lang doorgaan met een TOL en bijstimulatie met een toegenomen risico op een ruptuur (casus 3).

Er is geen contra-indicatie voor epidurale analgesie.²⁹ De initiële angst hiervoor werd ingegeven doordat men dacht dat bijvoorbeeld 'buikpijn tussen de weeën door' zou kunnen worden gemaskeerd. De pijn die ontstaat bij de ruptuur is zodanig dat deze zeker gevoeld zal blijven worden, terwijl er in de meerderheid van de gevallen ook CTG-afwijkingen aanwezig zijn.^{1,27}

In het geval van een (verdenking op) uterusruptuur lijkt het logisch dat snel operatief ingrijpen de kansen op morbiditeit en mortaliteit verminderen, hoewel prospectieve data ontbreken. Een klein retrospectief cohort laat in geval van een daadwerkelijke uterusruptuur bij een geboorte binnen 18 minuten betere uitkomsten zien ten opzichte van langer dan 30 minuten.³⁰

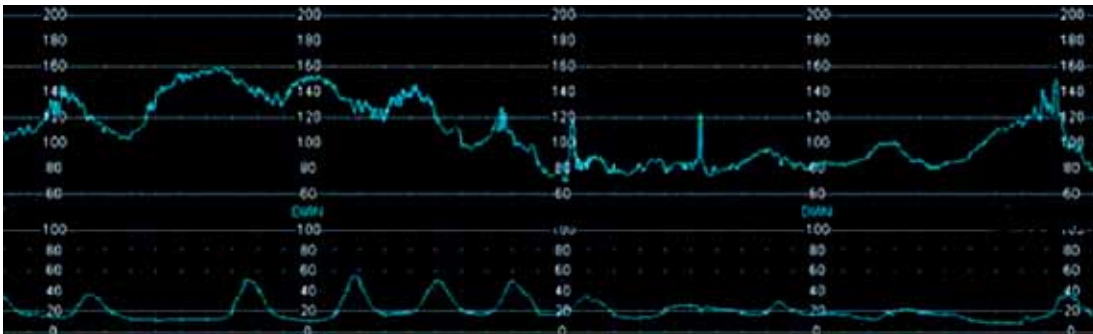
Conclusie

In dit artikel vragen wij aandacht voor zwangerschap en baring na een eerdere SC. Indien er geen sprake is van een contra-indicatie voor een TOL geldt de vuistregel 'beide opties moeten kunnen', dus zowel een TOL als een ERSC. Voor het keuzeprocess is gezamen-



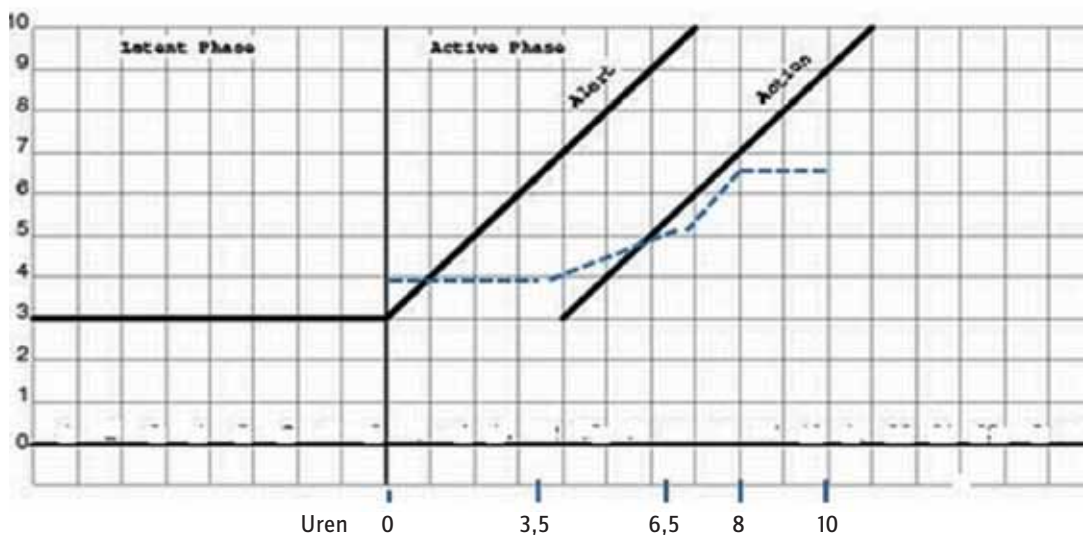
Casus 1. Bij een suboptimaal CTG niet langdurig afwachten

Vorige keer SC wegens niet vorderende ontsluiting. Het CTG liet feitelijk al aanwijzingen zien voor variabele deceleraties met een laat karakter en "monotonie". Beeld is als zodanig niet herkend totdat de bradycardie optreedt. Let ook op het wegvallen van de weeënactiviteit. Op OK wordt een uterusruptuur vastgesteld met een kind in de buik, dat overleden is.



Casus 2. Bij een suboptimaal CTG en een SC litteken, bij twijfel geen MBO, maar repeat SC

Vorige keer SC wegens niet vorderende ontsluiting. Nu 6 cm ontsluiting na aanvankelijk goed CTG maar toenemend diepe variabele deceleraties. MBO voorgesteld, maar besloten tot spoed SC. In de voorbereiding wordt het CTG slechter, bij openen van de buik een groot venster. Het kind heeft een goede start.



Casus 3. Een partogram helpt het "niet vorderen" te herkennen

Vorige keer SC wegens niet vorderende ontsluiting. Nu wordt bijgestimuleerd. Niet herkend wordt dat de ontsluiting te langzaam vordert, daarna treedt een terminale bradycardie op en is er sprake van een uterusruptuur met intra-uteriene vruchtdood.

lijke besluitvorming en optimale counseling is van het grootste belang, hierbij dienen de voor- en nadelen van een TOL en een ERSC aan bod te komen. Met name ook de kans op een uterusruptuur en de slagingskans van een TOL in relatie tot morbiditeit zijn belangrijke punten om te bespreken. Dit laatste kan door een predictiemodel dat de kans op een succesvolle TOL voorspelt, wellicht ondersteund worden. Als de zwangere goed is voorgelicht zal zij in de regel tot de conclusie komen dat een TOL een veilige procedure is, met een redelijke tot hoge succeskans. Goede verslaggeving omtrent de besluitvorming is voorts van essentieel belang. In geval van inleiding of in situaties waarbij de slagingskans van een TOL kleiner wordt, moet de keuze opnieuw worden besproken.

Voor de praktijk is het van belang om binnen het verloskundig samenwerkingsverband goede afspraken te maken over de baring na een eerdere SC. Men moet alert zijn op tekenen van een (dreigende) uterusruptuur, hierbij zijn CTG-afwijkingen de belangrijkste voorspeller. Bij elke nieuwe situatie, zoals 'false labor' (langdurig contracties zonder beginnende ontsluiting), langdurig beloop van ontsluiting of uitdrijving en/of een afwijkend CTG is het verstandig om steeds te bedenken of het niet beter is een *repeat* SC te doen, noteer de overwegingen in het dossier en bespreek ze helder met de zwangere en haar partner.

Literatuur

1. Kwee, A., M.L. Bots, G.H. Visser & H.W. Bruinse, *Obstetric management and outcome of pregnancy in women with a history of caesarean section in the Netherlands*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2007 Jun;132(2):171-6.
2. SIMPLE study group unpublished data.
3. NVOG-richtlijn Zwangerschap en bevalling na een voorgaande sectio caesarea (www.nvog.nl).
4. Bujold, E., *Evaluating professional society guidelines on vaginal birth after cesarean*. Semin Perinatol. 2010 Oct;34(5):314-7.
5. Guise, J.M. et al., *Vaginal birth after cesarean: new insights*. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2010 Mar(191):1-397.
6. Roberts, R.G. et al., *Changing policies on vaginal birth after cesarean: impact on access*. Birth. 2007 Dec;34(4):316-22.
7. MacDorman, M., E. Declercq & F. Menacker, *Recent trends and patterns in cesarean and vaginal birth after cesarean (VBAC) deliveries in the United States*. Clin Perinatol. 2011 Jun;38(2):179-92.
8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: *Birth after previous Caesarian birth, in Gree-Top Guideline No 45*. London, UK, RCOG, 2007.
9. Montgomery, A.A. et al., *Two decision aids for mode of delivery among women with previous caesarean section: randomised controlled trial*. BMJ. 2007 Jun 23;334(7607):1305.
10. Guise, J.M. et al., *Vaginal birth after cesarean: new insights on maternal and neonatal outcomes*. Obstet Gynecol. 2010 Jun;115(6):1267-78.
11. McMahon, M.J., E.R. Luther, Jr. W.A. Bowes & A.F. Olshan, *Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section*. N Engl J Med. 1996 Sep 5;335(10):689-95.
12. Cahill, A.G. et al., *Is vaginal birth after cesarean (VBAC) or elective repeat cesarean safer in women with a prior vaginal delivery?* Am J Obstet Gynecol. 2006 Oct;195(4):1143-7.
13. Grobman, W.A. et al., *Can a prediction model for vaginal birth after cesarean also predict the probability of morbidity related to a trial of labor?* Am J Obstet Gynecol. 2009 Jan;200(1):56 e1-6.
14. Scott, J.R., *Vaginal birth after cesarean delivery: a common-sense approach*. Obstet Gynecol. 2011 Aug;118(2 Pt 1):342-50.
15. Eden, K.B. et al., *New insights on vaginal birth after cesarean: can it be predicted?* Obstet Gynecol. 2010 Oct;116(4):967-81.
16. Fitzpatrick, K.E. et al., *Uterine rupture by intended mode of delivery in the UK: a national case-control study*. PLoS Med. 2012;9(3):e1001184.
17. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement vaginal birth after cesarean: new insights March 8-10, 2010. Semin Perinatol. 2010 Oct;34(5):351-65.
18. Jastrow, N. et al., *Sonographic lower uterine segment thickness and risk of uterine scar defect: a systematic review*. J Obstet Gynaecol Can. 2010 Apr;32(4):321-7.
19. Rapport A terme sterfte 2010. Perinatale audit.
20. O'Shea T.M., M.A. Klebanoff & C. Signore *Delivery after previous cesarean: long-term outcomes in the child*. Semin Perinatol. 2010 Aug;34(4):281-92.
21. Patel, R.M. & L. Jain, *Delivery after previous cesarean: short-term perinatal outcomes*. Semin Perinatol. 2010 Aug;34(4):272-80.
22. Silver, R.M. et al., *Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries*. Obstet Gynecol. 2006 Jun;107(6):1226-32.
23. Moffat, M.A. et al., *Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: A qualitative study*. BJOG. 2007 Jan;114(1):86-93.
24. Emmett, C.L., A.R. Shaw, A.A. Montgomery & D.J. Murphy, *Women's experience of decision making about mode of delivery after a previous caesarean section: the role of health professionals and information about health risks*. BJOG. 2006 Dec;113(12):1438-45.

25. Staveren, R. van, *Shared decision-making in medical practice - patient-centred communication skills*. Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155(42):A3777.
26. Tita, A.T. et al., *Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes*. N Engl J Med. 2009 Jan 8;360(2):111-20.
27. Zwart, J.J. et al., *Uterine rupture in The Netherlands: a nationwide population-based cohort study*. BJOG. 2009 Jul;116(8):1069-78; discussion 78-80.
28. Al-Zirqi, I., B. Stray-Pedersen, L. Forsen & S. Vangen, *Uterine rupture after previous caesarean section*. BJOG. 2010 Jun;117(7):809-20.
29. Rowbottom, S.J., L.A. Critchley & T. Gin, *Uterine rupture and epidural analgesia during trial of labor*. Anaesthesia. 1997 May;52(5):486-8.
30. Holmgren et al., *Uterine rupture with attempted vaginal birth after cesarean delivery: decision to delivery time and neonatal outcome*. Obstet Gynecol 2012. 119: 725-731
31. Schuit et al., *A clinical prediction model to assess the risk of operative delivery*. BJOG 2012; 119: 915-23
32. De Lau et al., *Risk of uterine rupture in women undergoing a trial of labour with a history of both a previous cesarean section and a vaginal delivery*. Arch Gyn Obstet 2011: 284-1053-1058

Samenvatting:

Na een eerdere sectio cesarea (SC) hebben zwangere de keuze tussen een *trial of labor* (TOL) en een electieve repeat SC (ERSC). Deze beslissing dient gebaseerd te zijn op gezamenlijke besluitvorming met de gynaecoloog. De risico's en de voor- en nadelen van beide opties in relatie tot de persoonlijke situatie van de patiënte moeten hierbij besproken worden. Indien de zwangere kiest voor een TOL, is het belangrijk om haar goed te instrueren wanneer ze naar het ziekenhuis moet komen. Men moet zich hierbij bewust zijn dat het een relatief hoog risico bevalling betreft. Indien er sprake is van '*false labor*' moet goed worden overwogen of de zwangere naar huis gestuurd mag worden, aangezien thuis afwachten tot de patiënte echt in partu komt gevaarlijk kan zijn. In het geval van een afwijkend cardiotocogram (CTG) is het mogelijk verstandiger om over te gaan tot een repeat SC dan een microbloedonderzoek (MBO) te doen. Ook een niet vorderende baring dient voorkomen te worden. Het is belangrijk om de zwangere en haar partner goed te informeren en goed te betrekken in de besluitvorming.

Trefwoorden

trial of labor, uterus ruptuur, gezamenlijke besluitvorming

Summary

After a previous cesarean section (CS) pregnant women have to decide for a trial of labor (TOL) or an elective repeat cesarean section (ERCS). Risks and benefits of both options should be discussed in relation to the woman's personal situation. When a woman opts for a TOL, it is important to clearly

instruct her when to come to the hospital. The hospital and its team should be aware that a TOL is a high risk situation. Cases with 'false labor' should be treated carefully and sending such women home to await 'real labor' may be dangerous. In case of a non-reassuring CTG it may be wiser to perform a ERSC than to take a fetal blood scalp sample for further analysis. Prolonged duration of the second and third stage should be prevented, and in all situations the pregnant woman and her partner should be fully informed and involved of the decision-making process.

Keywords

Vaginal birth after cesarean section, trial of labor, uterine rupture

Auteurs

drs. E.N.C Schoorel, arts-onderzoeker
dr. H.C.J. Scheepers, gynaecoloog-perinatoloog
prof. dr. J.G. Nijhuis, hoogleraar obstetrie en gynaecologie

Correspondentie

prof. dr. Jan G. Nijhuis
Maastricht UMC+, GROW instituut voor oncologie en ontwikkelingsbiologie
Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht.
t 043-3874764
f 043-3874765
e jg.nijhuis@mumc.nl

Belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen.