

# RISICO'S VAN KEIZERSNEDEN NOPEN TOT TERUGHOUDENDHEID

WETENSCHAP

Aterme stuitligging 4

De sectio caesarea wordt in Nederland sinds het begin van de jaren negentig steeds vaker als verloskundige interventie toegepast. Wanneer de zwangere er zelf om vraagt, stemt de gynaecoloog daar vaak mee in. De ingreep is weliswaar veiliger geworden, maar kent een aantal ernstige risico's bij een eventuele volgende bevalling. Dat blijkt uit onderzoek van gynaecologe Anneke Kwee waarop zij 11 oktober in Utrecht promoveerde. Zij pleit voor terughoudendheid, voor betere voorlichting én voor heldere richtlijnen.

Het percentage sectio caesarea is in Nederland tussen 1993 en 2002 toegenomen van 8,1 tot 13,6 procent. In de praktijk betekent dit dat een op de zeven vrouwen bevalt per sectio. De stuitligging is verantwoordelijk voor de grootste stijging. Het percentage sectio's vanwege een stuitligging steeg van 34% naar 76%. Echter, verreweg de meeste sectio's worden gedaan bij vrouwen met een éénling in hoofdligging in de atermen periode (37-42 weken). Omdat in Nederland helaas niet wordt geregistreerd op welke wijze vrouwen met een eerdere sectio bevallen en hoe vaak hierbij een uterusruptuur ontstaat of een uterusextirpatie noodzakelijk is, deed Kwee hiernaar een landelijk onderzoek.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat na een eerdere sectio ruim

de helft van de vrouwen bij een volgende zwangerschap vaginaal bevalt. Zij lopen daarbij anderhalf procent kans op een ernstige complicatie, bijvoorbeeld een uterusruptuur.

De kans op een uterusruptuur is significant verhoogd bij een inleiding met prostaglandines (OR 6.8). Ook de combinatie prostaglandines en oxytocine laat een verhoogd risico zien (OR 4.8), evenals het gebruik van oxytocine als bijstimulatie (OR 2.2).

Wanneer geen weeënstimulerende middelen worden gebruikt is de kans op een uterusruptuur 0.8 %. De sterfte van het kind als gevolg van een uterusruptuur is 1.2/1000 proefbaringen.

Uit literatuur blijkt dat de prognose voor een volgende zwangerschap na een uterusruptuur gunstig is, mits de zwangerschap nauwkeurig wordt gecontroleerd en een geplande sectio plaatsvindt voordat de weeën beginnen.

Het aantal voorgaande sectio's was duidelijk geassocieerd met het risico op placenta accreta. Dit liep op van 0.19 % na 1 sectio tot 9.1 % na 4 of meer sectio's.

Van de 48 onderzochte uterusextirpaties bleek een placenta accreta de belangrijkste reden te zijn, gevolgd door atonie. De maternale complicaties na een uterusextirpatie zijn ernstig. Bij 15 % ontstond een

blaas- of ureterletstel, 25 % moest een tweede keer geopereerd worden, 67 % kreeg een bloedtransfusie van meer dan 10 packed cells en 77 % werd opgenomen op de intensive care.

De gegevens uit dit proefschrift zijn een goede leidraad bij voorlichting aan patiënten over de sectio. Zowel bij een eerste sectio, zoals tegenwoordig in veel gevallen bij een stuitligging, als na een eerdere sectio, spelen veel factoren een rol bij de beslissing over de wijze van bevallen.

Kwee onderzocht de attitude van de Nederlandse gynaecoloog ten aanzien van de sectio op verzoek, zonder medische noodzaak. Zij concludeerde dat emotionele factoren een belangrijke rol lijken te spelen in de bereidheid van de gynaecoloog om een sectio te verrichten.

Het streven naar een vaginale bevalling verdient echter nog steeds de voorkeur, waarbij terughoudendheid met inleiden en het gebruik van weeënstimulerende middelen, vooral prostaglandines, gewenst is. Tenslotte is de enige manier om de complicaties rond de sectio te vermijden het niet verrichten van de eerste sectio. □

Bron: [www.nvog.nl](http://www.nvog.nl)