



ZAANSTREEK & WATERLAND

Deze folder is bedoeld voor zwangere vrouwen die eerder via een keizersnede bevallen zijn. In Nederland bevalt 1 op de 5 vrouwen met een keizersnede. Indien er eerder een keizersnede heeft plaats gevonden, bestaat er voor de volgende bevalling een medische indicatie. Dit betekent dat deze in het ziekenhuis plaats zal vinden onder leiding van de gynaecoloog, de arts-assistent of de klinisch verloskundige.

Meestal bestaat er een keuze tussen een vaginale bevalling of opnieuw een keizersnede. Beide manieren van bevallen zijn zeer veilig, maar hebben elk hun eigen voor- en nadelen. Uw gynaecoloog, arts-assistent of klinisch verloskundige bespreekt met u uw situatie in de eerste helft van de zwangerschap. Er wordt dan samen met u een keuze gemaakt. Deze folder biedt u informatie zodat u zich kunt voorbereiden op dit gesprek. Tijdens dit gesprek wordt natuurlijk ook gekeken naar het verloop van de voorgaande bevalling(en) en de reden van de keizersnede. Natuurlijk kunnen zich later in de zwangerschap veranderingen voor doen, die de keuze kunnen

1. Vaginale bevalling

Slagingskans:

Bij gemiddeld 75% van de vrouwen die een vaginale bevalling probeert na een eerdere keizersnede, lukt het ook om vaginaal te bevallen (spontaan of via een kunstverlossing, zoals een vacuümextractie of tangverlossing). De slagingskans is vergelijkbaar met vrouwen die voor de eerste keer bevallen en waarbij ongeveer 80% vaginaal bevalt. Indien u eerder vaginaal bevallen bent, stijgt de kans op een vaginale bevalling naar 90%. Individuele factoren (bijvoorbeeld het verloop van uw eerste bevalling, het gewicht van de moeder, het geschat gewicht van het kind of een inleiding) kunnen ervoor zorgen dat in uw geval de kans van slagen groter of kleiner is.

Voordelen:

- Een natuurlijke geboorte: het kind op de borst, snel kunnen starten met borstvoeding, meer controle over de eerste uren na geboorte.
- Grotere kans op een ongecompliceerde zwangerschap in de toekomst.
- Minder pijn na de bevalling.
- Een sneller herstel en een korter verblijf in het ziekenhuis. U kunt meestal dezelfde dag naar huis.
- Er hoeft geen chirurgische ingreep plaats te vinden.

Nadelen:

- Risico op een littekenruptuur (baarmoeder of uterusruptuur). Er is een kleine kans dat het oude litteken in de baarmoeder tijdens de bevalling verzwakt en/of opengaat. De kans hierop is kleiner dan 1% en iets hoger bij gebruik van weeën stimulerende

middelen. De gevolgen van een uterusruptuur kunnen ernstig zijn voor de moeder en het kind, maar bij snel ingrijpen is het risico op blijvende gevolgen klein.

- 25% kans op een (spoed) keizersnede. Bij een kwart van de vrouwen die vaginaal wil bevallen na een voorafgaande keizersnede treedt er tijdens de weeën toch een reden op waardoor een nieuwe keizersnede een veiligere mogelijkheid is. De meest voorkomende redenen zijn een bevalling die niet vordert of onzekerheid of het kind nog in goede conditie verkeert. In slechts 5% van de gevallen is er echt sprake van spoed door een ernstige complicatie.
- Kans op bloedtransfusie of infectie van de baarmoeder. Vrouwen die voor een vaginale bevalling kiezen hebben een 1% hogere kans op een bloedtransfusie of een infectie van de baarmoeder in vergelijking met vrouwen die kiezen voor een geplande keizersnede.
- Risico's voor het kind. Het risico dat uw kind overlijdt of ernstige schade ondervindt als u voor een vaginale bevalling kiest is erg klein. Ongeveer 0,2% of 2 per 1000 bevallingen. Dit is niet hoger dan wanneer u voor de eerste keer zou bevallen, maar wel iets hoger dan wanneer u voor een geplande keizersnede zou kiezen. Hierbij is het risico ongeveer 1 per 1000 of 0,1%. Dit risico dient afgewogen te worden tegenover de operatierisico's van een geplande keizersnede.

Wanneer is een vaginale bevalling niet de beste keuze?

- Wanneer u in het verleden al meer dan één keizersnede heeft gehad.
- Als u tijdens een vorige zwangerschap of bevalling al een litteken- of uterusruptuur heeft gehad.
- Wanneer de vorige snede in de baarmoeder in de lengteligging is gemaakt (verticaal), dit noemen we een klassieke keizersnede.
- Als u een andere zwangerschapscomplicatie of reden hebt die een keizersnede vereist.

Wat gebeurt er bij spontane weeën of gebroken vliezen en een geplande vaginale bevalling?

Er wordt aangeraden om in het ziekenhuis te bevallen zodat er bij eventuele complicaties onmiddellijk ingegrepen kan worden. Zodra is vastgesteld dat de bevalling is begonnen, worden de harttonen van het kind continue geregistreerd met behulp van een cardiotocogram (CTG). Als u dat wenst kunt u om pijnstilling vragen.

Wat gebeurt er als de weeën niet vanzelf beginnen en er een vaginale bevalling is gepland?

Als u niet vanzelf gaat bevallen voor 42 weken of als er een medische indicatie bestaat om u eerder te laten bevallen, bespreekt de gynaecoloog, de arts-assistent of klinisch verloskundige de verschillende mogelijkheden met u. Er kan gekozen worden om de

bevalling in te leiden. Dit verhoogt het risico op een littekenruptuur iets. Anderzijds kunt u alsnog kiezen voor een geplande keizersnede.

2. Keizersnede

Bij de keizersnede wordt het kind geboren via een geplande operatie. Een keizersnede wordt bij voorkeur gepland vanaf een week voor de uitgerekende datum dus bij 39 weken zwangerschap. Dit laatste heeft te maken met de rijpheid van de longen van het kind. In het Zwaans Medisch Centrum is het mogelijk om te kiezen voor een zogenaamde “gentle” keizersnede. Dit betekent, dat indien er geen complicaties zijn, het kind direct na de geboorte op de borst bij de moeder wordt gelegd en vanaf de operatiekamer tot en met de kraamafdeling bij de moeder (en haar partner) blijft.

Voordelen:

- Bijna geen risico op een littekenruptuur.
- U heeft meer controle over wanneer en hoe de bevalling plaatsvindt.
- Bij een geplande keizersnede is de totale kans op zeldzame complicaties als overlijden of zuurstof tekort bij het kind iets kleiner (0,1%).

Nadelen:

- Risico's zoals bij elke operatie als ruim bloedverlies, een infectie of een nabloeding.
- Risico op beschadiging aan andere organen als de blaas en de darmen.
- De ingreep kan iets gecompliceerder zijn en langer duren dan een eerste keizersnede omdat er littekenweefsel is gevormd. Door het littekenweefsel is er ook meer kans op vergroeiingen en mogelijke schade door de operatie aan de darmen of de blaas.
- Kans op trombose. Een bloedstolsel in de bloedvaten van de onderste ledematen wordt een diepe veneuze trombose en in de longen een longembolie genoemd. Een longembolie kan voor een moeder levensbedreigend zijn. Deze complicatie is zeer zeldzaam maar treedt vaker op na een keizersnede.
- Een langere herstel periode als verblijf van 3 tot 4 dagen in het ziekenhuis en een langere herstel periode daarna. Na 6 weken kunt u 'normale werkzaamheden' uitvoeren.
- Ademhalingsproblemen bij het kind. Ademhalingsproblemen bij kinderen komen vaker voor na een keizersnede, maar zijn meestal van voorbijgaande aard en duren niet lang. Soms moet het kind worden opgenomen op de couveuseafdeling. Bij een natuurlijke geboorte wordt het vocht uit de longen van het kind gedrukt door de druk van het geboortekanaal. Bij een keizersnede ervaart een baby deze druk niet, waardoor er meer vocht in de longen kan achterblijven en het kind ademhalingsproblemen kan ervaren. De keizersnede plannen na 39 weken zwangerschap verkleint de kans op ademhalingscomplicaties.
- Gevolgen voor eventuele volgende zwangerschap(pen). Per volgende keizersnede neemt de kans op complicaties tijdens een volgende zwangerschap/bevalling toe. Zo

is er in toekomstige zwangerschappen een verhoogd risico op een voorliggende moederkoek of een doorgroei van de moederkoek in het litteken van de keizersnede. Dit kan soms met levensbedreigende bloedingen gepaard gaan, waardoor het verwijderen van de baarmoeder noodzakelijk is. De risico's stijgen bij elke keizersnede. Afhankelijk van hoeveel kinderen u in de toekomst wenst, kunt u dit in overweging nemen bij het maken van uw keuze op welke manier u wilt bevallen.

- Noodzaak voor een keizersnede in de toekomst. Bij elke keizersnede treedt er meer littekenweefsel op. Dit maakt zowel toekomstige vaginale bevallingen als keizersneden gecompliceerder.

Wat gebeurt er als er voor een geplande keizersnede is gekozen en de bevalling spontaan begint?

Er is een kans van 10% dat de bevalling toch eerder begint dan de geplande keizersnede. Afhankelijk van de ontsluiting en de zwangerschapsduur wordt dan meestal de geplande keizersnede vervroegd uitgevoerd. Een uitzondering hierop is als de weeën en/of gebroken vliezen voor 37 weken zwangerschapsduur optreden of als de ontsluiting al ver gevorderd is. De gynaecoloog, de arts-assistent of klinisch verloskundige beoordeelt dan samen met u wat voor u en het kind het beste plan is. Dit kan betekenen dat een poging tot vaginale geboorte op dat moment een betere optie is. Uiteraard wordt dit met u besproken.

3. Hoe nu verder?

De bedoeling van deze folder is om u aanvullende schriftelijke informatie te geven. In de eerste helft van de zwangerschap zult u de punten die in deze folder staan met de gynaecoloog, de arts-assistent of klinisch verloskundige op de polikliniek van het Zaans Medisch Centrum bespreken. Indien er na het eerste gesprek nog veel vragen zijn of er behoefte is aan een vervolgesprek dan is dit te allen tijde mogelijk. Belangrijk is dat u en uw partner voor de laatste periode van de zwangerschap een geruststellende keuze kunnen maken waar u beiden achter staat. Indien er tijdens de zwangerschap verder geen complicaties zijn, zal de eerstelijnsverloskundige tot 36 weken uw zwangerschap controleren.

Meer informatie kunt u ook vinden op de website <https://www.degynaecoloog.nl/samen-beslissen/keuzehulpen/bevallen-eerdere-keizersnede/>