

Amenorrhoe duur	Actie
<b>Intake</b>	Ontslagbrief voorgaande partus met informatie over de sectio en advies t.a.v. aankomende zwangerschap en partus opvragen. Controles vinden plaats in 1e lijn
<b>12-16 weken</b>	Consult 2e lijn voor counseling t.a.v. aankomende partus <sup>1,2</sup>
<b>+/- 20 weken</b>	Indien bij SEO verdenking placenta laag op de voorwand over het sectiolitteken consult 2e lijn.
<b>34-36 weken</b>	Overdracht 2e lijn <sup>1,2</sup> Geboorteplan / Partusmodes bespreken
<b>Partus (indien vaginaal)</b>	Klinische observatie en foetale registratie vanaf eerste weeën <sup>1,2</sup>
<b>Post partum</b>	Advies t.a.v. eventuele volgende zwangerschap en partus

<sup>1</sup> Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) (2010), *richtlijn zwangerschap en bevalling na voorgaande sectio caesarea*

<sup>2</sup> Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen (KNOV) (2015), *Time task matrix zorgproces na sectio caesarea in anamnese*

## Zorgpad: Sectio in anamnese

### **Checklist vaginale baring of geplande keizersnede na voorgaande keizersnede**

Reden van voorgaande keizersnede: primair / niet vorderende ontsluiting / niet vorderende uitdrijving / verdenking foetale nood / anders, nl:

Patiënte en partner zijn op de hoogte van:

- voor- en nadelen van vaginale baring ten opzichte van een geplande keizersnede
- kans op een geslaagde vaginale baring na trial of labour (75%)
- kans op uterusruptuur, 0.5-1.0% bij spontane weeën
- verhoogde kans op uterusruptuur als weeën stimulerende middelen worden gebruikt
- voor- en nadelen van een keizersnede
- kans op placentaproblematiek volgende zwangerschap indien geplande keizersnede
- in de besluitvorming is ook de wens tot eventuele volgende zwangerschappen meegenomen
- Patiënte en partner zijn geïnstrueerd over het begin van de bevalling en weten wanneer ze contact op moeten nemen met het ziekenhuis. Zij hebben de folder meegekregen

Patiënte en partner hebben in overleg met hun behandelend gynaecoloog besloten tot

- Vaginale baring
- Patiënte en partner hebben hun wensen ten aanzien van een vaginale baring aangegeven. Partusplan (indien aanwezig) is gescand.
  - Geplande keizersnede

## Zorgpad: Sectio in anamnese

### Counseling bij bevalling na voorgaande sectio caesarea

#### Doel

Zorg dragen dat de zwangere met een keizersnede in de voorgeschiedenis een weloverwogen keuze kan maken met haar behandelend arts over het aangaan van een vaginale bevalling.

De voor- en nadelen van een vaginale bevalling ten opzichte van een geplande keizersnede moeten worden besproken.

Voorwaardes waaronder een zwangere vaginaal wil bevallen moeten worden uitgevraagd en genoteerd.

Na counseling van de zwangere vrouw en partner dient een informed consent getekend te worden.

#### Vaginale baring

- De kans op een geslaagde trial of labour is 72-76%
- Prognostisch gunstige factoren:
  - Vaginale baring in de voorgeschiedenis
- Prognostisch ongunstig (maar toch nog 40% kans op vaginale partus):
  - Inleiding
  - BMI > 30
  - Sectio niet vorderende ontsluiting in de voorgeschiedenis
- Prognostisch minder gunstig
  - Zwangerschapduur > 41 weken in huidige graviditeit
  - Geschat geboortegewicht > 4000g in huidige graviditeit
  - Hogere maternale leeftijd
  - Eerdere preterme sectio
  - Kort (<2 jaar) interval tussen de 2 bevallingen
  - Korte maternale lengte < 1.55m
- Succespercentage van vaginale bevalling bij een vroeggeboorte van een eenling na een eerdere sectio is minimaal gelijk of hoger vergeleken met a terme (zwangerschapduur > 37 weken) zwangere vrouwen. Er is niet een hoger risico op uterusruptuur of slechtere neonatale uitkomst.

In de praktijk is echter voor de individuele patiënte de kans op een geslaagde vaginale bevalling nog niet goed in te schatten.

#### Contra-indicaties voor een vaginale partus

##### Absoluut

- klassieke (verticale) incisie in voorgeschiedenis
- drie of meer sectio's in de voorgeschiedenis
- uterusruptuur in de voorgeschiedenis

##### Relatief

- een eerdere T- of J-incisie

## Zorgpad: Sectio in anamnese

### Uterusruptuur

De incidentie van uterusruptuur is 0.47%, de incidentie neemt toe met inductie van de baring maar is dan nog steeds <2%. De LEMMONstudie liet een incidentie van uterusruptuur na eerdere sectio van 0.64 zien. Inleiding met een foleykatheter lijkt de kans niet te beïnvloeden maar data zijn beperkt.

*Factoren die zijn geassocieerd met een verhoogd risico op uterusruptuur zijn*

- 1 of meer sectio's
- een zwangerschap binnen 12 maanden na een eerdere sectio
- een eerder klassiek of laag verticaal litteken
- kort interval tussen vorige en huidige zwangerschap
- preterme sectio in de voorgeschiedenis
- koorts na vorige sectio
- gebruik van weeënstimulerende middelen

### Tijdens de baring

- Continue CTG registratie
- Bij afwijkend CTG sectio overwegen
- Partogram bijhouden; bij stagnatie van ontsluiting sectio overwegen
- Epidurale analgesie (ruggenprik) is niet gecontra-indiceerd, de pijn bij een uterusruptuur wordt gevoeld en er zijn bijna altijd CTG afwijkingen bij een uterusruptuur (67%)

CAVE uterusruptuur tijdens de baring

Symptoomherkenning; Het onderkennen van een dreigende uterusruptuur is lastig. De klassieke symptomen zijn weinig betrouwbaar.

Klassieke symptomen zijn:

- maternale hypotensie
- maternale tachycardie
- hematurie
- vaginaal bloedverlies
- pijn ter plaatse van het litteken
- CTG afwijkingen
- verstoord patroon of plotselinge afwezigheid van uteruscontracties
- onrust

NB:

Bij langdurige contracties zonder ontsluiting alsnog primaire sectio overwegen.

## Zorgpad: Sectio in anamnese

### Electieve repeat sectio

- Meer bloedverlies
- Langere herstelperiode
- Grotere kans bij keizersnede op postpartum infecties
- Grotere kans op trombo embolieën
- Kans op operatieve schade (blaas, darm of ureter)
- Grotere kans op heropname
- Bij meerdere sectio's risico's groter: heropname, wondhematoom, infectie, anesthesiecomplicaties, veneuze trombose, hysterectomie, bloedtransfusie, langere operatietijd en opnameduur
- Risicofactor voor volgende zwangerschappen, stijgende met toename van aantal sectio's in voorgeschiedenis:
  - Placentaproblematiek (praevia/accreta)
  - Operatieve risico's (schade blaas/darm/ureter)
  - Hysterectomie, bloedtransfusie

NB:

Maternale morbiditeit grootst bij secundaire sectio (ca 3.8 % t.o.v. 0.8 %), dus als patiënte kleine a priori kans heeft op succesvolle vaginale baring dan kan het beter zijn om te kiezen voor een primaire sectio.

NB:

Besproken dat bij electieve sectio gepland en patiënte in partu binnenkomt met volledige ontsluiting, alsnog een vaginale proefbaring wordt overwogen.

NB:

Gentle sectio wordt nagestreefd (Bij primaire sectio)

### Complicaties bij de neonaat

Perinatale sterfte bij vaginale baring met name door optreden van uterusruptuur is ongeveer 0.13%. Bij primaire sectio is dit 0.05%. Het risico op respiratoire morbiditeit (infant respiratory distress syndrome /transient tachypnoe newborn) is na een geplande sectio verhoogd, afhankelijk van de amenorroe. Week 37-38: 8%, 38-39wk: 5.5% en na 39 wk 3.4%.