

Bevallen na een eerdere keizersnede

Deze informatie is bedoeld voor vrouwen die zwanger zijn en in een eerdere zwangerschap een keizersnede hebben gehad. Voor de huidige zwangerschap kiest u samen met uw eventuele partner en uw gynaecoloog op welke manier u wilt bevallen: het nastreven van een vaginale bevalling of een geplande keizersnede.

Over bevallen na een eerdere keizersnede

Bij een vaginale bevalling bevalt u in het ziekenhuis met continue bewaking van het kind (CTG). Als het niet lukt doen we alsnog een (spoed)keizersnede. Bij een geplande keizersnede wordt het kind geboren met een operatie, meestal tussen 39-40 weken.

Wij streven ernaar met u tijdig tijdens de zwangerschap een voorlopige keuze te maken. Uiteraard kunnen zich later in de zwangerschap nog veranderingen voordoen die de keuze kunnen veranderen. Dit betekent dat we de manier van bevallen, indien nodig, tussen de 36 en 40 weken wederom met u bespreken. Aan de hand van een stappenplan bespreekt u met uw gynaecoloog punten die belangrijk zijn bij het maken van een keuze tussen een vaginale bevalling en een geplande keizersnede.

Deze bespreekpunten zijn:

- uw eventuele voorkeur vóór het gesprek
- ervaringen met een eerdere bevalling
- informatie over de voor- en nadelen en mogelijke complicaties van een vaginale bevalling of een geplande keizersnede
- overwegingen bij het afwegen van beide opties
- de wensen en/of voorwaarden waaronder u voor een vaginale bevalling zou willen kiezen
- een voorlopige keuze.

Voorkeur

Voordat u naar uw verloskundig hulpverlener kwam had u misschien al voor uzelf een voorkeur. Waar gaat op dit moment uw voorkeur naar uit?

- een vaginale bevalling
- een geplande keizersnede
- niet van toepassing, ik heb nog geen voorkeur.

Mijn ervaring

Zijn er ervaringen vanuit de vorige bevalling die voor u meewegen in uw beslissing? Of zijn er belangrijke andere factoren, zoals ervaringen in de directe omgeving, die uw beslissing rondom deze bevalling beïnvloeden?

Vergelijken

De voordelen, nadelen en risico's van een vaginale bevalling en een geplande keizersnede worden hieronder besproken. Sommige nadelen die horen bij een geplande keizersnede komen ook voor bij vrouwen die alsnog een (spoed) keizersnede krijgen. In de onderstaande tabel staat een algemeen overzicht van wat een vaginale bevalling of een geplande keizersnede betekent voor de moeder, het kind en de kraamperiode. De kansen op complicaties en de gevolgen voor toekomstige zwangerschappen worden later in deze keuzehulp toegelicht.

Voor- en nadelen van een vaginale bevalling en een geplande keizersnede

	Vaginale bevalling	Geplande keizersnede
Wat betekent het voor de moeder?	Meer betrokkenheid bij de geboorte van het kind	Meer controle over wanneer en hoe de bevalling plaatsvindt (tenzij de bevalling eerder begint)
	Meemaken van 'gewone geboorte': kind op de borst, snel starten met borstvoeding, meer controle over eerste uren na geboorte	Vaak eerste tijd na geboorte zonder kind doorbrengen op operatiekamer/ uitslaapkamer
	Pijn van de weeën	Pijn na de operatie
	Mogelijkheid van vaginaal inscheuren en hechtingen	Risico's zoals bij elke operatie: hoger risico op trombose, infectie, bloedingen
	Risico op een (spoed)keizersnede	Kans dat er, in plaats van de ruggenpik, algehele narcose moet plaatsvinden
Wat betekent het voor het kind?	Een natuurlijke geboorte bereidt het kind beter voor op zelfstandig ademen	Bij een geplande keizersnede is de totale kans op complicaties iets kleiner
Wat betekent het voor de kraamperiode?	Snel naar huis	2-3 dagen in het ziekenhuis
	Na 2-3 dagen kunt u 'normale werkzaamheden' uitvoeren	Na 6 weken kunt u 'normale werkzaamheden' uitvoeren

Wat is mijn kans dat het lukt om vaginaal te bevallen?

De totale kans op complicaties is kleiner bij vrouwen die vaginaal bevallen. Bij gemiddeld 70-75% van de vrouwen die dit probeert lukt dat ook en voor de totale groep is een geplande keizersnede dus niet beter. Echter, als uw kans op slagen veel kleiner of groter is, kan dit in de keuze mogelijk wel meespelen. Vanaf 32 weken zwangerschap kunnen we uw kans op slagen berekenen op basis van uw voorgeschiedenis en huidige situatie. Uw gynaecoloog zal dit aan de hand van een rekenmodel voor u uitrekenen tijdens de afspraak. U krijgt dan een persoonlijke kans dat u ook daadwerkelijk vaginaal bevalt. Wanneer de bevalling vóór de uitgerekende datum

op gang komt, is de kans dat u vaginaal bevalt mogelijk groter. Als echter de bevalling ingeleid moet worden is de kans dat u vaginaal bevalt wat kleiner, de rekenhulp moet dan opnieuw worden ingevuld.

Wat is de kans op ernstige complicaties bij mij of bij het kind?

Een complicatie waar mensen het meest bang voor zijn is een ‘uterusruptuur’: dit is het openscheuren van het oude litteken van de baarmoeder. 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. De kans hierop varieert in de wereld van 2 tot 15 per 1000 vrouwen die een vaginale bevalling starten en is waarschijnlijk afhankelijk van risicofactoren zoals bijvoorbeeld het gebruik van medicatie bij een inleiding. We houden hier een gemiddelde aan van deze cijfers.

Risico op scheuren van de baarmoeder (uterus ruptuur)

	Vaginale bevalling	Geplande keizersnede
Uterusruptuur	8 (2 tot 15) per 1000	0,3 per 1000

Risico op sterfte per 1000 bevallingen

	Vaginale bevalling	Geplande keizersnede
Sterfte moeder	0,04 per 1000	0,13 per 1000
Sterfte kind	1,30 per 1000	0,50 per 1000

Risico's

De kans dat er als gevolg van een uterusruptuur of andere mogelijke problemen bij de bevalling, ernstige gevolgen optreden, is erg klein en wordt hieronder beschreven.

Risico ernstig letsel baby

De mildere complicaties bij een geplande keizersnede vergeleken met een vaginale bevalling bij elkaar wegen tegen elkaar op en komen in minder dan 5% van de gevallen voor. Bij een geplande keizersnede worden vaker ademhalingsproblemen gezien maar bij een vaginale bevalling meer problemen met de geboorte van de schouders. Deze verschillen zijn moeilijk tegen elkaar op te wegen en er is geen verschil in neurologische schade of lange-termijn-uitkomst. Er is dus geen verschil in de kans op blijvend ernstig letsel bij het kind.

Risico ernstig letsel moeder

De totale kans op ernstige complicaties bij de moeder (uterusruptuur, baarmoederverwijdering of operatieletsel) worden genoemd in onderstaande tabel. Voor de kans op complicaties is er verschil tussen vrouwen die daadwerkelijk vaginaal bevallen en vrouwen die alsnog bevallen via een niet geplande keizersnede, al dan niet met spoed.

Risico's ernstige complicaties bij moeder per 1000 bevallingen

	Vaginale bevalling	Geplande keizersnede	Niet geplande keizersnede
Ernstige schade moeder	2 per 1000	8 per 1000	38 per 1000

Heeft mijn keuze invloed op een eventuele toekomstige zwangerschap?

In de meeste gevallen zal na twee keizersnedes de volgende bevalling wederom een keizersnede zijn. Per ‘extra’ keizersnede neemt de kans op complicaties tijdens een volgende zwangerschap

toe. De belangrijkste risico's voor een volgende zwangerschap zijn: een grotere kans op een placenta praevia (placenta die voor de uitgang van de baarmoedermond ligt) en een ingegroeide placenta, waarbij de placenta in de wand van de baarmoeder vastgroeit. Ook is er meer risico op veel bloedverlies, een opname op de intensive care en het nodig zijn van het verwijderen van de baarmoeder. Uiteraard kunnen deze problemen met elkaar samenhangen en is het totale aantal een schatting van het aantal vrouwen dat met 1 of meerdere problemen te maken krijgt. Ook minder ernstige operatierisico's zoals infecties komen vaker voor na meerdere keizersneden.

Kans op optreden van ernstige complicaties bij toekomstige zwangerschappen per 1000 bevallingen

	Bij 3 ^e keizersnede	Bij 4 ^e keizersnede
Voorliggende placenta	18 per 1000	30 per 1000
Ingegroeide placenta	6 per 1000	21 per 1000
Baarmoederverwijdering	9 per 1000	24 per 1000
IC-opname moeder	6 per 1000	16 per 1000
Bloedverlies met transfusie van >4 zakjes bloed	8 per 1000	16 per 1000
Letsel aan urinewegen of darmen	12 per 1000	24 per 1000
Schatting totale kans op 1 of meerdere complicaties	40 per 1000	80 per 1000

Samenvattend

In meer dan 95% van alle bevallingen treden geen ernstige complicaties op bij moeder of kind hoe u ook aan de bevalling begint: geplande keizersnede of vaginaal.

De kans op complicaties bij de moeder hangt wel samen met de uiteindelijke manier van bevallen. Bij vrouwen die daadwerkelijk vaginaal bevallen is de kans op ernstige complicaties het kleinst (2 op 1000), gevolgd door de groep met een geplande keizersnede (8 op 1000). Het grootste risico op complicaties heeft de groep die vaginaal begint maar alsnog een keizersnede krijgt (38 per 1000). Hiervan is echter maar in minder dan 5% van de gevallen echt sprake van spoed.

De kans op complicaties in de toekomst neemt toe bij elke extra keizersnede.

Overwegingen bij het afwegen van beide opties en wensen en/of voorwaarden waaronder u voor een vaginale bevalling zou willen kiezen. Op [de keuzehulp van DeGynaecoloog.nl](https://www.keuzehulp.van.degynaecoloog.nl) kunt u deze afwegingen doornemen.

Samen met uw verloskundige zorgverlener komt u dan tot een voorlopige keuze.

Een voorlopige keuze wordt vastgelegd in het medische dossier

U kunt volgens de wet geneeskundige behandelovereenkomst een formulier tekenen waarin u counseling vastlegt.

Uiteraard kunt u van mening veranderen. Ook kan het zijn dat de omstandigheden veranderen: er kan een reden zijn voor een inleiding, het kind kan te vroeg komen of het kind kan erg groot geworden zijn. Dit kan uw slagingskans en daarmee ook uw keuze veranderen. Ook kan het zijn dat, indien u voor een geplande keizersnede heeft gekozen, de bevalling toch eerder op gang komt. Hierdoor kan het zijn dat de slagingskans van een vaginale bevalling beter wordt en dat u in dat geval toch een gewone bevalling zou willen.

Er wordt met u afgesproken om indien uw medische situatie verandert, nogmaals deze keuzehulp door te nemen.