



Bevallen na een eerdere keizersnede

Deze folder is bedoeld voor zwangere vrouwen die eerder via een keizersnede bevallen zijn. Voor uw huidige zwangerschap maakt u samen met uw gynaecoloog een keuze over de manier van bevallen: proberen te bevallen met een gewone vaginale bevalling of bevallen met een geplande keizersnede. Ook uw voorgeschiedenis en het verloop van eerdere bevallingen hebben invloed op deze keuze. Natuurlijk kunnen zich later in de zwangerschap dingen voordoen, waardoor de keuze verandert.

Het lukt gemiddeld 75% van de vrouwen om vaginaal te bevallen na een eerdere keizersnede. Spontaan of met een kunstverlossing (vacuümextractie of tangverlossing). Uw persoonlijke situatie, zoals het verloop van uw eerste bevalling, uw eigen gewicht, het geschatte gewicht van het kind of een inleiding, kunnen ervoor zorgen dat in uw geval de kans van slagen groter of kleiner is. Tijdens uw afspraak bij de gynaecoloog op de polikliniek zal de succeskans met u worden besproken in relatie tot uw specifieke situatie.

Vaginale bevalling of keizersnede

Elk van de twee opties, vaginale bevalling of keizersnede, heeft voor- en nadelen maar ook risico's. Hieronder kunt u de kenmerken lezen van een vaginale bevalling en een geplande keizersnede.

Vaginale bevalling

Voordelen

- Een natuurlijke bevalling.
- Een grotere kans op een ongecompliceerde zwangerschap in de toekomst.
- Een sneller herstel en een korter verblijf in het ziekenhuis.
- Minder pijn na de bevalling.
- Er hoeft geen chirurgische ingreep plaats te vinden.

Nadelen

- Er is 25% kans om alsnog een keizersnede te krijgen. Bij een kwart van de vrouwen die vaginaal willen bevallen na een voorgaande 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. Het risico op een (spoed)keizersnede is iets hoger dan bij vrouwen die voor de eerste keer bevallen. Bij hen is het risico op een (spoed)keizersnede 17%.
- Kans op een bloedtransfusie of infectie van de baarmoeder. Vrouwen die voor een vaginale bevalling kiezen hebben een lagere kans op een bloedtransfusie of infectie van de baarmoeder in vergelijking met vrouwen die kiezen voor een geplande keizersnede.
- Littekenruptuur (uterusruptuur). Er is een kleine kans dat het litteken in de baarmoeder, ontstaan als gevolg van de eerdere keizersnede, tijdens de bevalling verzwakt en/of opengaat. Als het litteken opengaat kan dit soms ernstige gevolgen hebben voor uw kind, maar ook voor u vanwege een risico op bloedverlies. De kans op een littekenruptuur is ongeveer 0,5 tot 1%. Een inleiding van de bevalling met gebruik van weeën-stimulerende middelen kan deze kans iets verhogen. Als er verdenking bestaat op deze complicatie tijdens de vaginale bevalling moet uw kind per spoedkeizersnede geboren worden.
- Risico voor de baby. 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 0,1% of 1 per 1000 bevallingen. Dit risico dient afgewogen te worden tegenover de risico's van een geplande keizersnede.

Redenen om niet vaginaal te bevallen

- Wanneer u in het verleden meer dan één keizersnede hebt gehad.
- Als u tijdens een vorige zwangerschap reeds een litteken – of uterusruptuur hebt gehad.
- Wanneer de snede in de baarmoeder in de lengterichting (verticaal) is gemaakt. Dit noemen we een klassieke keizersnede.
- Als u een andere zwangerschapscomplicatie of reden hebt die een keizersnede vereist.

Geplande keizersnede

Voordelen

- Bijna geen risico op een littekenruptuur.
- Sommige zeldzame risico's van de vaginale bevalling worden nog verder verminderd; dit geldt met name voor het risico op overlijden of zuurstoftekort bij het kind (0,1%).
- De datum van de bevalling wordt gepland. Er is ongeveer 10% kans dat u voor deze datum toch weeën of gebroken vliezen krijgt. Samen met de gynaecoloog bespreekt u wat te doen als dat gebeurt.

Nadelen

- De ingreep duurt iets langer en is mogelijk iets gecompliceerder. 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. Er kan een bloedstolsel in de benen (diepe veneuze trombose) of in de longen (longembolie) ontstaan. Een longembolie kan levensbedreigend zijn. Deze complicatie is zeer zeldzaam, maar treedt vaker op na een keizersnede. Om dit te voorkomen wordt na de keizersnede antistolling gegeven.
- Er is een langere herstelperiode. Een keizersnede blijft een middelgrote chirurgische ingreep. Ook kunt u na deze ingreep vermoeider zijn dan na een normale bevalling.
- Ademhalingsproblemen voor uw baby. Ademhalingsproblemen bij kinderen komen vaker voor na een keizersnede, maar zijn meestal van voorbijgaande aard en duren niet lang. Soms moet het kind hiervoor opgenomen worden op een speciale afdeling. Door de keizersnede te plannen in de 39e week van de zwangerschap, wordt het risico op deze ademhalingscomplicaties verkleind.
- Gevolgen eventuele volgende zwangerschap. Bij toekomstige zwangerschappen is er een verhoogd risico op een voorliggende placenta of een in het litteken doorgegroeide placenta van 0,4 tot 0,8%. De kans op een vastzittende of doorgegroeide placenta neemt toe met het aantal keizersnedes (0,2 - 1,6% kans bij één of twee keizersnedes in voorgeschiedenis). Dit kan soms leiden tot hevige bloedingen die levensbedreigend kunnen zijn, waarna een bloedtransfusie nodig is. Een enkele keer is het verwijderen van de baarmoeder noodzakelijk. De risico's stijgen per keizersnede.

Weeën of gebroken vliezen bij geplande keizersnede

Als een keizersnede is gepland en de weeën beginnen eerder of de vliezen breken voor de geplande datum, dan wordt de keizersnede vervroegd. Er kan (in overleg) worden gekozen om alsnog over te gaan op een vaginale bevalling als bij binnenkomst in het ziekenhuis blijkt dat er (bijna) volledige ontsluiting is.

Het inleiden van de bevalling

Als de weeën niet vanzelf op gang komen voor de 41ste week of als er een medische indicatie bestaat om u in te leiden, worden de mogelijkheden met u besproken. Er kan gekozen worden om de bevalling in te leiden. Dit verhoogt het risico op een ruptuur (inscheuring van de baarmoeder) tot 2% afhankelijk van de gekozen methode en het verloop van uw eerdere bevallingen. Of u kunt alsnog kiezen voor een geplande keizersnede.

Zwangerschapscontroles

Zwangerschapscontroles mogen, tot 36 weken bij de verloskundige in de eerstelijns plaatsvinden, mits er geen andere medische redenen zijn om de zwangerschap door de gynaecoloog te laten controleren. Bij 36 weken wordt de zorg overgenomen door de gynaecoloog. Wel adviseren wij een controle in het ziekenhuis bij 20 weken.

Controle 20 weken

Tijdens de controle in het ziekenhuis bij 20 weken vinden de volgende zaken plaats:

- Bespreken eerdere zwangerschap(en) en het maken van een voorlopig bevallingsplan.
- Routine bloedonderzoek.

Overname van zorg bij 36 weken

Bij 36 weken wordt u overgenomen door de gynaecoloog. De volgende zaken vinden plaats:

- Normale zwangerschapscontroles
- Echo om de groei van de baby te meten
- Bloedonderzoek: Hb-gehalte van het bloed wordt bepaald.
- Eventuele geplande keizersnede tussen 39-40 weken.

Nog vragen?

Mocht u na het lezen van de folder nog vragen hebben, aarzelt u dan niet om contact op te nemen met uw behandelend verloskundige of gynaecoloog.

Polikliniek Gynaecologie

Routenummer 0.39

Tel. (0475) 382648

Moeder & Kind Centrum (A1)

Tel. (0475) 382345

24 uur per dag bereikbaar



Laurentius Ziekenhuis
Mgr. Driessenstraat 6
(hoofdingang bereikbaar via de Oranjelaan)
6043 CV Roermond
www.lzr.nl

Patiëntencommunicatie Laurentius Ziekenhuis
34277070 - Verloskunde - januari 2021