

Protocol VSV ADRZ

Sectio caesarea in anamnese

Datum invoering:

Datum revisie:

Inleiding en achtergrond:

Een voorgeschiedenis van een sectio caesarea geeft een verhoogde kans van ongeveer 1% op een uterusruptuur tijdens een volgende baring. Een littekenruptuur is een gevaarlijke complicatie, die in ongeveer 10% van de gevallen leidt tot perinatale sterfte of ernstige neonatale en maternale morbiditeit. De kans neemt toe met het aantal sectio's. Het risico van een ruptuur is toegenomen indien er bij de sectio sprake was van een trage wondgenezing, infectie of uitgesproken anemie. Andere mogelijke risicofactoren zijn; meer dan één sectio i.a., T-incisie of klassieke incisie i.a., preterme sectio i.a., maternale leeftijd, kort interval tussen de vorige en huidige zwangerschap, koorts na de vorige sectio en het gebruik van weeënstimulerende middelen.

Doel:

Het formuleren van een eenduidige werkwijze, met betrekking tot sectio caesarea in anamnese, voor de eerste en de tweede lijn, met een hoge kwaliteit van zorg als gevolg.

Toepassingsgebied:

Obstetrie

Definitie:

Een cliënt/patiënt die in het verleden een graviditeit heeft doorlopen die beëindigd is d.m.v. een sectio caesarea en opnieuw zwanger is.

Algemene opmerkingen:

- Diagnose:
 - sectio litteken in uterus
- Oorzaken:
 - op basis van maternale en/of foetale indicaties is afgezien van een vaginale partus
- Risico's:
 - herhaling sectio caesarea, placenta praevia, placenta accreta, solutio placentae, uterusruptuur en een peripartale uterusextirpatie
- Predisponerende factoren; dit zijn contra-indicaties voor een vaginale baring:

- meerdere sectio caesarea in anamnese (≥ 3), klassieke incisie en een uterusruptuur in anamnese

Werkwijze:

- Intake:
 - Eerste controle eerste lijn, waar de termijnecho, counseling prenatale screening en bloed prikken plaats vindt. Als de cliënt/patiënt zich rechtstreeks meldt bij de tweede lijn of via een huisarts is doorverwezen naar de gynaecoloog vindt de intake plaats in de tweede lijn. Indien er geen bijkomende indicatie is, wordt zij verwezen naar de eerste lijn.
- Verdere zwangerschapscontroles:
 - Na de intake wordt de cliënt/patiënt besproken met een gynaecoloog op het eerst volgende maandelijks overleg (op vastgestelde data). Daar wordt het verdere beleid t.a.v de graviditeit en partus bepaald. Het dossier van de cliënt wordt geopend op de HUB zodat de kopie zwangerschapskaart aan het dossier van de cliënt toegevoegd kan worden.
 - Bij 16 weken vindt er een consult bij de gynaecoloog plaats om het beleid voor de partus vast te stellen. Hier mag vanaf geweken worden indien de cliënt dit wenst. Let op: de cliënt dient al besproken te zijn op het VSV overleg. Indien dit niet het geval is zal er een verwijsbrief geschreven moeten worden. De gynaecoloog communiceert het consult en beleid naar de eerste lijn via de mail.
 - Biometrie: bij 32 weken bij voorkeur in ADRZ, bij 36 weken altijd in ADRZ.
 - Bij een primaire sectio dient de cliënt met 32 weken te worden overgedragen zodat er voldoende tijd is om de OK te plannen
 - Bij een VBAC dient de cliënt uiterlijk met 36 weken overgedragen te worden
- Geheel onder controle van de tweede lijn:
 - De cliënt/patiënt zal bij de volgende indicaties geheel onder begeleiding van de tweede lijn vallen
 - Vroege preëclampsie i.a (<34 weken)
 - Hellpsyndroom i.a
 - Negatieve dyscongruentie (<P5) met foetale nood i.a
 - Solutio placentae i.a
 - Sectio middels corporele incisie i.a
 - Andere bijkomstige primair medische indicaties, bijv. IDDM

Benodigheden:

Niet van toepassing

Verwijzing:

Verwijzing naar de tweede lijn vindt plaats bij:

- Bij VBAC: 32 + 34 weken 1^e lijn; 36 weken (incl. biometrie): 2^e lijn.
- Primaire sectio: overname vanaf 32 weken (incl. biometrie); de gynaecoloog plant dan ook de OK en vraagt een consult bij de POS aan.

Nazorg:

Als de cliënt/patiënt ontslagen wordt na de partus uit het ziekenhuis zal de eerste lijn telefonisch op de hoogte gesteld worden en de kraambedcontroles verrichten. Indien er nog Fraxiparine gegeven moet worden zal dit vermeld worden bij de overdracht.

De nacontrole zal plaatsvinden in de tweede lijn.

Bevoegdheid:

Leden van het Verloskundig Samenwerkingsverband ADRZ.

Opmerkingen:

Dit protocol geldt ook voor cliënten/patiënten die een litteken in de uterus hebben door een operatie aan de uterus.

Literatuur:

- De Verloskundige Indicatielijst 2003
- richtlijn 16 VSV verloskundige kringen: de Kempen-Eindhoven-Geldrop, Máxima Medisch Centrum, Veldhoven
- KNOV verloskundig tijdschrift oktober 2005 p. 24, 25
- Chauhan SP, Martin JN, Henrichs CE, Morrison JC, Magann E. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in patients who attempted vaginal birth after caesarean delivery, review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:408-417.
- Guise JM, McDonagh MS, Osterwell P, Nygren P, Chan BKS, Helfand M. Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with a previous caesarean section. *BMJ* 2004; 329:1-7.
- Kwee A, Bots ML, Visser GHA, Bruinse HW. Obstetric management and outcome of pregnancy in women with a history of a caesarean section in the Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Med* 2006; Aug 10
- Zwart JJ, Richters JM, Ory F, Vries de JIP, Bloemenkamp KWM, Roosmalen van J. Uterine rupture in the Netherlands: a nationwide population based cohort study. *BJOG* 2009; 116:1069-78.

- Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior caesarean delivery. N Engl J Med 2001; 345:3-8.
- Kwee A, Bots ML, Visser GHA, Bruinse HW. Uterine rupture and its complications: a prospective study in the Netherlands. Eur J Obstet Gynecol Reprod Med 2006; 128:257-61.

Auteurs:

- Kimberley Berendsen (1^e lijns verloskundige)
- Judith Verhage (2^e lijns verloskundige)
- Mimosa Bruinooge, Maarten Hofland (gynaecologen)

Autorisator: