

## Protocol VSV ADRZ

### - Sectio caesarea in anamnese-

Datum invoering : 2024

Datum revisie : 2029

#### Inleiding en achtergrond:

Een voorgeschiedenis van een sectio caesarea geeft een verhoogde kans van ongeveer 1% op een uterusruptuur tijdens een volgende baring (KNOV, 2023). Een uterusruptuur na een sectio i.a. is een gevaarlijke complicatie, die in ongeveer 8 tot 10% van de gevallen leidt tot perinatale sterfte.

Het risico van een ruptuur is toegenomen indien er sprake is van:

- Meer dan één sectio i.a.
- Een eerdere T- of J-incisie (risico van 2% t.o.v. 0,7% bij een horizontale incisie)
- Preterme sectio i.a. (zeer lage bewijskracht) (Kwee A, 2007)
- Een hogere maternele leeftijd
- Kort interval tussen de sectio en de huidige zwangerschap
- Koorts na sectio
- Het gebruik van weeën stimulerende middelen (NVOG, 2010).

Zwangeren met een sectio caesarea in de anamnese hebben een verhoogd risico op de volgende complicaties t.o.v. vrouwen die geen sectio in de voorgeschiedenis hebben:

- Uterusruptuur
- Placenta Praevia of accreta
- Caesarean Scar Pregnancy (zwangerschap zit in het sectio litteken)
- Abruptio placentae
- Intra uterine vruchtdood (zeer lage bewijskracht en studies verschillen in uitkomst)

(NVOG, 2010)

In Nederland is een vaginale bevalling na een eerdere sectio meestal het streven. Bij ongeveer 70% is dit mogelijk (KNOV, 2023). Contra-indicaties voor een vaginale baring na een sectio zijn:

- Meerdere sectio caesarea in anamnese ( $\geq 3$ )
- Klassieke incisie
- Uterusruptuur in anamnese
- Relatieve contra-indicatie (Een eerdere T of J incisie)

In bijzondere omstandigheden (zoals bijv. miskraam, zwangerschapsafbreking, IUVD, vroeg-premature partus) kan hiervan worden afgeweken (NVOG, 2010).

#### 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 omwille van een maternale en/of foetale indicatie en opnieuw zwanger is.

**Werkwijze (opgesteld volgens de Time task matrix van de KNOV i.c.m. de NVOG standaard):**  
(KNOV, 2015) (NVOG, 2010)

Intake:

- Intake kan in de eerste lijn, waarbij er aandacht is voor het opvragen van de partusgegevens van de voorgaande zwangerschap(en). Met name de indicatie voor de sectio en het advies t.a.v. de volgende zwangerschap en partus zijn van belang. Indien in het advies t.a.v. de volgende zwangerschap een tweedelijns opvolging staat vermeld, vindt de intake in de tweede lijn plaats, alsook de verdere zwangerschapscontroles.

Verdere zwangerschapscontroles:

- Na de termijnecho wordt de zwangere besproken met een gynaecoloog op het eerstvolgende gynaecologenoverleg, na toestemming van deze zwangere. Daar wordt het verdere beleid t.a.v. de graviditeit en partus bepaald.
- Indien gewenst vindt tussen 16 en 24 weken een consult bij de gynaecoloog plaats om het beleid rondom de partus vast te stellen. De verwijzing voor dit consult wordt gedaan via Zorgdomein. De gynaecoloog koppelt het consult en het afgesproken beleid terug naar de eerste lijn via telefoon of mail.

Tijdens dit consult wordt de zwangere gecounseld over de keuze van een primaire sectio tegenover een vaginale baring na sectio. De zwangere wordt minimaal van het volgende op de hoogte gebracht:

- Voor- en nadelen van vaginale baring ten opzichte van een geplande keizersnede (indien contra-indicatie VBAC wordt dit verteld).
- De voorspellende waarde van modellen om de kans op VBAC of uterusruptuur te voorspellen is niet heel specifiek. Om de kans op een geslaagde vaginale baring voor de individuele patiënte zo goed mogelijk in te schatten gebruiken we het predictiemodel. Deze geeft een percentage op kans van slagen van VBAC. De volgende factoren kunnen, indien van toepassing, worden meegenomen in de counseling:
  - Prognostisch gunstige factoren: Vaginale baring in de voorgeschiedenis (zeker ná een sectio)
  - Prognostisch ongunstig:
    - Inleiding
    - BMI > 30
    - Sectio vanwege niet vorderende baring in de voorgeschiedenis
    - Zwangerschapsduur > 41 weken in huidige graviditeit
    - Geschat geboortegewicht > 4000g in huidige graviditeit
    - Hogere maternale leeftijd

- Eerdere preterme sectio
  - Korte (<2 jaar) duur tussen de twee bevallingen
  - Lengte van de zwangere < 1.55m - - - -
- Indien een vaginale baring wordt nagestreefd en eindigt in een secundaire sectio is het risico op maternale morbiditeit verhoogd (3,8%), in vergelijking met de keus voor primaire sectio (0,8%). De kans op ernstige relevante morbiditeit is zowel bij primaire als secundaire sectio heel klein, waardoor onvoldoende bewijs is dat 1 van beide opties beter zou zijn.
    - Kans op uterusruptuur ongeveer 0,5-1.0% bij spontane weeën.
    - Verhoogde kans op uterusruptuur als weeën stimulerende middelen worden gebruikt. Deze kans is 1% bij inleiding middels oxytocine en 1,5% bij inleiden middels prostaglandines. Om deze reden wordt de toediening van misoprostol bij een littekenuterus afgeraden.
    - Kans op placentaproblematiek volgende zwangerschap indien geplande keizersnede (verhoogd met het aantal opeenvolgende sectio's).
    - In de besluitvorming is ook de wens tot eventuele volgende zwangerschappen meegenomen. Counseling mogelijkheid tot sterilisatie na sectio wordt besproken en gedocumenteerd.  
(NVOG, 2010)
  - TTSEO: Bij een laagliggende placenta (< 2cm van ostium internum) vanaf de voorwand én sectio i.a. direct verwijzen naar de 2de lijn, vanwege het risico op abnormale adhesieve ingroei.
  - Biometrie bij 32 weken (kan zowel in de eerste als tweede lijn)
  - Biometrie bij 36 weken (in de tweede lijn) inclusief consult 2<sup>e</sup> lijn. In dit consult wordt n.a.v. de uitslag van de twee biometrieën opnieuw de counseling modus partus uitgevoerd.
  - Bij een primaire sectio dient de cliënt in ieder geval met 32 weken een telefonisch consult te hebben met de gynaecoloog, zodat er voldoende tijd is om de OK te plannen. Overdracht kan eventueel bij 36w plaatsvinden.
  - Bij een VBAC dient de cliënt uiterlijk met 36 weken overgedragen te worden naar de tweede lijn.

#### Partus:

- Partus vindt plaats in de tweede lijn.
- Bij een VBAC vindt continue foetale monitoring plaats d.m.v. een CTG-apparaat. De partus wordt begeleid door een klinisch verloskundige. Er is sprake van een continue klinische observatie specifiek gericht op de signalen van een uterusruptuur.
- In de Nederlandse studies waren bij resp. 61% en 67% van de rupturen CTG-afwijkingen aanwezig. CTG-afwijkingen zijn, op de persisterende bradycardie na, echter weinig specifiek. Een intra-uteriene druklijn draagt niet bij aan het herkennen van een uterusruptuur. Pijnstilling door middel van epidurale anesthesie is niet gecontra-indiceerd. Tijdige herkenning van een uterusruptuur kan morbiditeit en mortaliteit beperken, al zijn de

klassieke tekenen (maternale tachycardie, hypotensie, hematurie, pijn ter plaatse van het oude litteken, pijn tussen de weeën, vaginaal bloedverlies, onrust, CTG-afwijkingen (bradycardie) en verlies van indaling) weinig betrouwbaar.

- Een electieve repeat sectio is niet zonder risico. Een littekenuterus blijft een risicofactor die bij volgende zwangerschappen een rol zal blijven spelen. De risico's stijgen met de toename van het aantal sectio's in de voorgeschiedenis. Dit geldt vooral voor placenta praevia en placenta accreta. Naast placentaproblematiek nemen ook andere complicatie risico's toe bij meerdere sectio's in de voorgeschiedenis zoals operatieve schade aan blaas, darm of ureter, ileus, postoperatieve ventilatiebehoefte, opname op de intensive care, hysterectomie, bloedtransfusie, langere operatietijd en opnameduur. Tevens is er een hoger risico op een heropname, aritmie, wondhematoom, infectie, anesthesiecomplicaties, veneuze trombose, en zijn de kosten hoger (NVOG, 2010)

#### Kraamtijd:

- Na een geslaagde VBAC gaat de kraamvrouw naar huis en wordt het kraambed verder opgevolgd door de eerste lijn. Het partusverslag met het verloop van de partus wordt via mail verstuurd, zodat de eerste lijn op de hoogte is van het ontslag. Bij bijzonderheden wordt de eerste lijn telefonisch op de hoogte gebracht.
- Na een primaire of secundaire sectio blijft de kraamvrouw gedurende 2 dagen in het ziekenhuis. Indien medisch noodzakelijk op basis van complicaties bij moeder en/of kind blijft de kraamvrouw langer in het ziekenhuis. Indien de kraamvrouw met ontslag gaat, wordt het kraambed verder opgevolgd door de eerste lijn. De eerste lijn wordt op de hoogte gebracht met een ontslagbrief via mail en eventuele bijzonderheden worden telefonisch medegedeeld (zoals indicatie verlengde antistolling in het kraambed). In de ontslagbrief staat de indicatie van de sectio gemeld, alsook het advies t.a.v. een volgende zwangerschap en partus. Ook wordt vermeld of er wel of geen sterilisatie van de vrouw is toegepast.
- De nacontrole bij een sectio vindt plaats in de tweede lijn. De nacontrole bij een VBAC kan zowel in de eerste als in de tweede lijn plaatsvinden, het advies staat vermeld in de ontslagbrief.

#### **Benodigheden:**

Niet van toepassing

#### **Verwijzing naar de tweede lijn:**

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

#### **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:**

- KNOV. (2015, 03 10). Time task matrix zorgproces bij Sectio Caesarea in anamneses. Opgehaald van [file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/ttm\\_sc\\_in\\_anamnese\\_def\\_versie\\_10\\_maart\\_2015-b8098532-f510-4474-b07d-9a181bd7bd67.pdf](file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/ttm_sc_in_anamnese_def_versie_10_maart_2015-b8098532-f510-4474-b07d-9a181bd7bd67.pdf)
- KNOV. (2023, 02 23). Sectio in de anamnese. Opgehaald van KNOV: <https://www.knov.nl/kennis-en-scholing/vakkennis-en-wetenschap/vakkennis/sectio-in-de-anamnese?loginstatus=login-success>
- Kwee A, S. M. (2007). Outcome of subsequent delivery after a previous early preterm cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med.*, 1, pp. 33-37. doi:10.1080/14767050601036527
- NVOG. (2010, 06 04). NVOG. Opgehaald van <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2017/12/Zwangerschap-en-bevalling-na-een-voorgaande-sectio-caesarea-1.0-04-06-2010.pdf>

**Auteurs herziene versie:**

Marjelle Jacobsen (1e lijns Verloskundige)

Elke Lindenbergh (Klinisch Verloskundige)