



Opnieuw bevallen na een keizersnede

Je bent weer zwanger nadat je in het verleden met een keizersnede bent bevallen. We vertellen je in deze folder graag welke manieren van bevallen voor jou mogelijk zijn (en de daarbij behorende voor- en nadelen).

Is een vaginale bevalling veilig?

(Inter)nationale deskundigen zien een vaginale baring na 1 of 2 keizersnedes als een veilige manier van bevallen voor de meeste vrouwen. Als je al drie keer eerder een keizersnede heeft gehad, dan krijg je in een volgende zwangerschap meestal het advies om opnieuw met een keizersnede te bevallen. We weten dat de risico's rondom een vaginale bevalling dan namelijk toenemen en dat de kans van slagen op een vaginale baring sterk afneemt.

Hoe groot is de kans dat een vaginale bevalling lukt?

De kans dat een vaginale bevalling na een eerdere keizersnede lukt is ongeveer 75%. Dit percentage kan in jou persoonlijke situatie hoger of lager zijn.

Wanneer heb je een grotere kans op een geslaagde vaginale bevalling na een keizersnede?

- Als je al eerder een vaginale baring heeft gehad, dan is de kans op een succesvolle vaginale bevalling ongeveer 90% (9 op de 10 vrouwen).
- Als de weeën spontaan beginnen en de ontsluiting bij de bevalling vlot verloopt.
- Als de keizersnede in de vorige zwangerschap is verricht zonder dat je weeën hebt gehad bijvoorbeeld bij een keizersnede vanwege een stuitligging.
- Als de keizersnede in de vorige zwangerschap is verricht toen je nog maar beginnende ontsluiting had.

Wanneer heb een kleinere kans dat een vaginale baring na een keizersnede slaagt?

- Als je eerder een keizersnede heeft gehad wegens een groot kind.
- Als geschat wordt dat de baby groot zal zijn.
- Als je een smal bekken hebt.
- Als je in deze zwangerschap ingeleid of bijgestimuleerd (het geven van weeënstimulerende medicijnen) moet worden.
- Als je overgewicht heeft (BMI boven de 30).
- Als je een zwangerschapsduur hebt van meer dan 41 weken.



De risico's van een vaginale bevalling

1. De kans dat de moeder komt te overlijden door de bevalling is in alle gevallen zeer klein. Dit geldt zowel voor een poging tot vaginale bevalling na een eerdere keizersnede als voor opnieuw een keizersnede.
De kans (op overlijden van de moeder) is echter nog kleiner bij een vaginale bevalling dan bij een geplande keizersnede.
2. De kans dat de baby komt te overlijden is ook zeer klein bij een vaginale bevalling na een eerdere keizersnede. Deze kans is vergelijkbaar met de kans op overlijden van de eerste baby en een fractie groter dan de kans op overlijden van de baby bij geplande tweede keizersnede.

3. Bij een vaginale baring na een keizersnede bestaat er een kleine kans (0,8% = 1 op de 125) op een uterusruptuur. Een uterusruptuur is het scheuren van de baarmoeder op de plaats van het litteken. Een littekenscheur kan ernstige gevolgen hebben voor de baby (zuurstofgebrek, overlijden) en ook voor de moeder (veel bloedverlies, noodzaak tot verwijderen van de baarmoeder). Indien het litteken scheurt heeft de baby een kans van ongeveer 9% (1 op de 11) om te overlijden.

De kans op het overlijden van de baby door een uterusruptuur (bij een vaginale baring na een eenmalige keizersnede) is dus uiteindelijk 0,07% (1 op de 1430). De kans is zodoende klein maar de gevolgen kunnen groot zijn. Daarom is in Nederland afgesproken dat vrouwen na een keizersnede altijd wordt geadviseerd in het ziekenhuis te bevallen. Dan kunnen artsen, verloskundigen en verpleegkundigen bij problemen snel ingrijpen.

4. Als er medicijnen gegeven moeten worden om in te leiden of omdat de ontsluiting niet vordert (bijstimulatie) geeft dit een 2 keer hoger risico op een uterusruptuur (1,5%) dan wanneer de baring door eigen weeën spontaan begint en vordert.

Bij 20% van de vrouwen (1 op de 5) met een eerdere keizersnede moet de bevalling worden ingeleid. Bij 17% van de vrouwen (1 op de 6) moet de bevalling bijgestimuleerd worden met weeënstimulerende medicijnen.

5. De hartslag van de baby wordt gedurende de hele bevalling bewaakt. Als artsen, verloskundigen en verpleegkundigen twijfelen aan de conditie van uw baby of als de bevalling toch te langzaam gaat, dan kunnen we in overleg met u alsnog kiezen voor een keizersnede.

Vanwege het iets grotere risico op een uterusruptuur bij het gebruik van weeënstimulerende middelen, zijn wij in ons ziekenhuis terughoudend met het inleiden van de bevalling bij een vrouw die ooit een keizersnede heeft gehad.



Als er toch redenen zijn om de bevalling in te leiden, dan doen wij dit bij voorkeur met weeënstimulerende medicijnen per infuus (oxytocine). Als dit nog niet mogelijk is (omdat er niet voldoende ontsluiting is), dan wordt eerst de baarmoederhals rijper gemaakt met een balloncatheter (Foley-catheter).

Voor meer informatie hierover kun je de folder 'Inleiding van de Baring' lezen.

De risico's van een keizersnede

In vergelijking met een vaginale bevalling gaat een keizersnede gepaard met een langere herstelperiode en een grotere kans op ernstig bloedverlies, infecties, trombose en heropnames.

Verder levert een tweede keizersnede meer risico op voor de moeder dan een eerste keizersnede omdat er door die eerste keizersnede littekenvorming in de buik is ontstaan. Hierdoor ontstaat gemakkelijker schade aan darmen en urinewegen tijdens een operatie en kan er meer bloedverlies optreden.

Elke volgende keizersnede leidt tot steeds grotere risico's voor de daarop volgende zwangerschap. Deze risico's zijn:

- schade aan je urinewegen, blaas en darmen;
- een verkeerde innesteling van de moederkoek voor de baarmoedermond. De kans op een moederkoek die voor de baarmoedermond ligt, loopt op van 0,7% (1 op de 140) na één keizersnede tot 3% (1 op de 30) na drie keizersnedes.
- een verhoogde kans op het ingroeien van de moederkoek in het litteken of in de spierwand van de baarmoeder. Daarom wordt in een volgende zwangerschap vastgesteld waar de moederkoek zich bevindt. Als deze op de voorwand van de baarmoeder ligt, dan wordt bij 30 weken opnieuw een echo verricht om de precieze plaats van de moederkoek te bepalen. De kans dat een moederkoek ingroeit in het litteken of in de spierwand loopt op: van 0,2% (1 op de 500) na één keizersnede tot 2-5% (1 op de 50 tot 1 op de 20) na drie keizersnedes.

De kans op een ingegroeide moederkoek als er ook een voorliggende moederkoek is, neemt toe tot 40% (1 op de 2,5) na drie keizersnedes.

Bij een ingegroeide moederkoek of een moederkoek voor de baarmoedermond is het altijd noodzakelijk om in die zwangerschap opnieuw een keizersnede te verrichten. Bij een dergelijke keizersnede kan veel bloedverlies ontstaan en moet daarom soms de baarmoeder worden verwijderd.

Als een vaginale baring niet lukt of niet goed genoeg verloopt en er alsnog een keizersnede moet worden gedaan, zijn de risico's voor moeder en kind iets groter dan bij een geplande keizersnede. Je hebt meer kans op een bloedtransfusie en op een baarmoederinfectie.



De verdoving (anaesthesie) tijdens de keizersnede is vrijwel altijd een ruggenprik, ook in spoedsituaties. Een enkele keer moet om medische of technische redenen worden gekozen voor algehele verdoving. Het risico op complicaties van de verdoving bij de keizersnede is zeer klein.

Bij een geplande keizersnede kan er sprake zijn van onrijpheid van de longen van de baby omdat de bevalling niet spontaan op gang is gekomen. De baby is dan nog niet helemaal voorbereid op het leven buiten de baarmoeder, waardoor er ademhalingsproblemen bij de baby kunnen ontstaan.

De kans hierop is (na 39 weken zwangerschap) nog maar 3%. Daarom wordt de keizersnede altijd pas gepland na deze datum. Alleen om medische redenen kan er van dit beleid worden afgeweken.

Als de weeën al spontaan voor de 39-ste week beginnen, wordt op dat moment een niet-geplande keizersnede verricht, ook buiten kantooruren.

Samenvatting en advies

In de meeste gevallen zal je arts je een vaginale baring adviseren omdat de kans van slagen groot is en de risico's klein zijn. Bovendien zitten er ook risico's aan een keizersnede en kan een keizersnede in de daaropvolgende bevallingen ook tot complicaties leiden.

Als je samen met je arts beslist om een keizersnede te plannen, dan zal deze plaats vinden na de 39ste zwangerschapsweek. Je arts bespreekt graag met jou en je partner de voor- en nadelen in jou situatie.