

VU Research Portal

To give and to assist birth after cesarean

Rietveld, A.L.

2019

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Rietveld, A. L. (2019). *To give and to assist birth after cesarean*.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Nederlandse samenvatting

Hoofdstuk 1 geeft een algemene introductie en overzicht van dit proefschrift.

Omdat het percentage vrouwen dat bevalt middels een keizersnede wereldwijd stijgt, worden steeds meer vrouwen, en hiermee ook hun verloskundig zorgverleners, geconfronteerd met de vraag op welke manier te bevallen in een zwangerschap na een voorgaande keizersnede. Voor zowel een vaginale proefbaring als een geplande keizersnede gelden dat er risico's en voordelen aan verbonden zijn. Er is daarom geen eenduidig antwoord te geven op de vraag wat de beste manier van bevallen na een voorgaande keizersnede is. In vergelijking met een geplande keizersnede, heeft de vaginale proefbaring relatief goede maternale en neonatale uitkomsten als het succesvol is (dat wil zeggen: eindigt in een vaginale bevalling), maar ze is geassocieerd met verhoogde risico's voor moeder en kind als de poging faalt en een spoedkeizersnede nodig is. Daarom is de sleutel in het dilemma tussen een vaginale proefbaring en een geplande keizersnede het voorspellen van wie succesvol zal zijn en wie niet. Om deze kans te voorspellen, hebben studies en richtlijnen de focus gelegd op klinische risicofactoren voor het niet slagen van de vaginale bevalling. Kwalitatieve informatie over hoe vrouwen kiezen hoe ze willen bevallen en hoe gynaecologen beslissingen maken tijdens een vaginale baring na een eerdere keizersnede zouden de kwantitatieve predictiemodellen moeten aanvullen om een meer natuurgetrouwe weerspiegeling van de klinische praktijk te verkrijgen.

In deel 1 van dit proefschrift worden factoren besproken die mogelijk de slagingskans van een vaginale proefbaring beïnvloeden, alsmede factoren die de keuze van de vrouw voor een vaginale proefbaring dan wel een geplande keizersnede beïnvloeden. Als een vrouw kiest voor een vaginale proefbaring, is de gynaecoloog verantwoordelijk voor haar bevalling. Daarom exploreren we in deel 2 hoe gynaecologen besluiten nemen aangaande het adviseren wel of niet door te gaan met de vaginale proefbaring, of over te gaan tot een keizersnede. Om hen te helpen in dit besluitvormingsproces, rapporteren we de uitkomsten van verschillende beleidskeuzes die gemaakt kunnen worden.

Deel 1. Bevallen na een keizersnede

Hoofdstuk 2 beschrijft de associatie tussen het interval tussen twee zwangerschappen (waarbij de eerste beëindigd is middels een keizersnede) en de succeskans van een vaginale proefbaring in een retrospectief 10-jarig cohort bestaande uit zwangere vrouwen na één eerdere keizersnede ($n = 36\ 653$). Succespercentages werden vergeleken tussen zes groepen. Het succespercentage in de referentiegroep (12 tot 24 maanden tussen de twee zwangerschappen) was 72%. Succespercentages waren gelijk voor alle vrouwen met een interval van minder dan 24 maanden. Bij intervallen van meer dan 24 maanden waren de succespercentages significant lager; 70% voor intervallen van 24 t/m 35 maanden, 67% voor intervallen van 36 t/m 59 maanden, 62% voor intervallen van meer dan 60 maanden. Een interval van korter dan 24 maanden tussen een keizersnede en een nieuwe zwangerschap is niet geassocieerd met een afgenomen kans op succes van een vaginale proefbaring. Succespercentages worden lager als het interval groter wordt. Daarom stellen we voor om succeskans op basis van het interval tussen de zwangerschappen niet mee te nemen in de counseling van vrouwen die zwanger zijn na een keizersnede en moeten kiezen hoe ze dit keer willen gaan bevallen.

Hoofdstuk 3 beschrijft het effect van een premature keizersnede op het succespercentage van een vaginale proefbaring in een volgende, a terme zwangerschap, in een Nederlands cohort van januari 2000 t/m december 2009 bestaande uit vrouwen met één voorgaande keizersnede. We hebben subgroepen gemaakt op basis van zwangerschapsduur tijdens de eerste keizersnede (25-28, 28-30, 30-32, 32-34 weken) en deze subgroepen zijn gestratificeerd op basis van de manier waarop de tweede bevalling startte: spontaan of middels inleiding. Percentages van vaginale bevallingen, maternale en neonatale complicaties werden vergeleken met vrouwen die een eerste a terme keizersnede hadden (37-43 weken).

Vergeleken met vrouwen met een a terme keizersnede, hadden vrouwen met een premature keizersnede hogere percentages van geslaagde vaginale proefbaringen, zowel in de groep met een spontaan begonnen bevalling (86.2 tot 96.2% versus 74.2%, significant voor alle groepen) als in de groep vrouwen wiens bevalling werd ingeleid (72.8 tot 75.4% versus 67.6%, significant voor de groepen 32-34 weken en 34-37 weken). Complicatiepercentages waren laag en niet verschillend tussen vrouwen met een eerste premature en een eerste a terme keizersnede. De referentiegroep bestaande uit vrouwen met een eerste a terme keizersnede bevatte relatief meer vrouwen waarbij de eerste keizersnede was gedaan tijdens de bevalling, bijvoorbeeld door een niet vorderende ontsluiting of uitdrijving. Dit zou de verklaring kunnen zijn voor de succeskans die lager is dan bij de vrouwen die niet hebben geprobeerd vaginaal te bevallen. Helaas was in onze database de indicatie voor de eerste keizersnede niet in méér detail beschreven dan het moment van de keizersnede: voorafgaand of tijdens de bevalling. Desondanks is het informatief om de absolute succesansen van vrouwen met een voorafgaande premature keizersnede te kennen. Zij hebben relatief hoge kansen; grofweg vier van de vijf vrouwen die proberen vaginaal te bevallen, slaagt daarin.

Hoofdstuk 4 beschrijft een studie uitgevoerd volgens de Q methode. Het doel van de studie is het besluitvormingsproces van vrouwen en hun zorgverleners aangaande het plannen van de bevalling na een eerdere keizersnede te ondersteunen, door het begrijpen van de prioriteiten die bestaan bij vrouwen die voor deze keuze staan. Aan participanten werden 31 stellingen gepresenteerd die voor hen belangrijk zouden kunnen zijn wat betreft hun aanstaande bevalling. De stellingen waren gebaseerd op het *Health belief model*. De participanten hebben de stellingen gerangschikt volgens de mate waarin ze de stellingen belangrijk vonden voor hun aanstaande bevalling. Daarna werd hen gevraagd om uit te leggen waarom ze de stellingen juist op die manier hadden gerangschikt. In de analyse werden de participanten als variabelen gezien (*'by-person factor analysis'*), zodat er patronen in de rangschikkingen konden worden gevonden. De geïdentificeerde factoren werden geïnterpreteerd als voorkeuren voor de aanstaande bevalling. De analyse bracht drie voorkeuren aan het licht. A: *"Minimaliseer het risico voor mij en mijn kind"*, waarin prioriteit werd gegeven aan advies van artsen en kansen op complicaties. B: *"Op zoek naar de voordelen van een normale bevalling"*, waarin een verlangen naar een zo normaal mogelijke bevalling naar voren kwam, om zowel praktische als emotionele redenen. C: *"Kiezen voor een keizersnede"*, waarin werd uitgesproken dat een geplande keizersnede comfort biedt.

Deze resultaten van deze studie suggereren dat zorgverleners zouden moeten overwegen om het counselingsgesprek ruimschoots voor het derde trimester plaats te laten vinden, en er rekening mee moeten houden dat niet elke vrouw op dezelfde manier ontvankelijk is voor de balans tussen risico's en voordelen, omdat de waarden waarop zij haar beslissing baseert reeds gevormd worden vóór het counselingsgesprek.

Deel 2 De bevalling na een keizersnede begeleiden

Hoofdstuk 5 beschrijft een kwalitatieve studie die als doel heeft om beter te begrijpen hoe gynaecologen keuzes maken tijdens een vaginale proefbaring en hoe hierin mogelijkheden om onverklaarde praktijkvariatie in succespercentages van vaginale proefbaringen te vinden zijn. Omdat er grote variatie is in het succespercentages van vrouwen met vergelijkbare klinische risicofactoren, hebben we beter inzicht nodig in hoe beslissingen tijdens een vaginale proefbaring worden gemaakt. Gebruikmakend van een constructivistische gefundeerde theoriebenadering werden negen Nederlandse gynaecologen geïnterviewd. Deze kwalitatieve data lieten zien dat gynaecologen tijdens een vaginale proefbaring continu de kans op een succesvolle uitkomst afwegen tegen de kans op complicaties. In het besluitvormingsproces speelt de mening van de vrouw, de voortgang van de bevalling en de mening van de gynaecoloog over vaginale proefbaringen een rol, beïnvloedt door de cultuur binnen de organisatie en wat als geoorloofd wordt beschouwd. Variatie in de beoordeling van de individuele succeskans en variabele drempels voor het verrichten van een keizersnede droegen bij aan de complexiteit van de besluitvorming. Deze kwalitatieve studie verbindt verschillende factoren die resulteren in cruciale beslissingen. Deze factoren zijn zowel patiënt-, bevallings-, arts-, als maatschappij-gebonden. De studie legt zowel de complexiteit als de repetitieve patronen die deel uitmaken van het besluitvormingsproces bloot. Door deze factoren aan het licht te brengen, worden mogelijkheden gecreëerd om ze te gebruiken in interventies om de onverklaarde praktijkvariatie te reduceren.

Hoofdstuk 6 beschrijft maternale en neonatale uitkomsten van gepoogde operatieve vaginale verlossingen vergeleken met spoedkeizersnedes tijdens vaginale proefbaringen in een achtjarig cohort afkomstig van de Nederlandse Perinatale Registratie. Vrouwen met één eerdere keizersnede die bevielen per operatieve vaginale bevalling (vacuum- of forcepsextractie) of spoedkeizersnede waren geïnccludeerd. De resultaten laten zien dat een zeer verhoogd risico op geboorte trauma (aOR 15.0 (5.94 to 38.0)) en een verhoogd risico op fluxus postpartum (aOR 2.59 (2.17 to 3.09)), maar een licht verlaagd risico op *wet lung syndrome* (aOR 0.53 (0.35 to 0.80)) en neonatale convulsies (aOR 0.47 (0.24 to 0.91)) bestaat na een gepoogde operatieve vaginale verlossing vergeleken met een spoedkeizersnede. Daarom stellen wij voor dat een gepoogde operatieve vaginale verlossing tijdens een vaginale proefbaring beschouwd moet worden als een complexe operatieve vaginale verlossing.

In **hoofdstuk 7** worden de bevindingen van dit proefschrift bediscussieerd en worden suggesties voor de huidige richtlijn en vervolgonderzoek gedaan. Sleutel in het dilemma tussen de vaginale proefbaring en de geplande keizersnede is het voorspellen van wie succesvol zal zijn en wie niet. Niet alleen klinische risicofactoren, maar ook socioculturele processen beïnvloeden de kans op een succesvolle vaginale baring. Deze factoren verdienen meer aandacht in de dagelijkse praktijk, richtlijnen en vervolgonderzoek.