

Tabel 1: Geïnccludeerde klinische richtlijnen

Land	Instantie	Jaar	Belangrijkste aanbeveling
V.K.	NICE	2023	<p>Richtlijn: Cesarean Birth</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informeer de vrouw volledig over de voor- en nadelen van een keizersnede voor moeder en kind, op korte en lange termijn, de medische indicaties, en de alternatieven. De informatie dient evidence-based te zijn, laagdrempelig toegankelijk en de zorgverlener dient rekening te houden met de voorkeuren en behoeftes van de zorgvrager. 2. De zorgverlener dient de zorgvrager in het beslissingsproces te ondersteunen volgens de principes van shared decision making. 3. Bespreek de wijze van bevallen vroeg in de zwangerschap met alle zwangere vrouwen. Geef informatie zoals: <ul style="list-style-type: none"> • ongeveer 25% tot 30% van de vrouwen krijgt een keizersnede • factoren waardoor vrouwen mogelijk een keizersnede nodig hebben (bijvoorbeeld hogere leeftijd van de moeder en BMI) • veel voorkomende indicaties voor een spoedkeizersnede zijn een trage voortgang van de bevalling of bezorgdheid over de foetale conditie • de geplande plaats van bevalling kan van invloed zijn op de wijze van bevallen • wat de keizersnede inhoudt • hoe een keizersnede de postnatale periode kan beïnvloeden (bijvoorbeeld behoefte aan pijnstilling) • wat de gevolgen zijn voor toekomstige zwangerschappen en bevallingen na een keizersnede of vaginale bevalling (na een keizersnede kan bijvoorbeeld de kans op een keizersnede bij een volgende zwangerschap toenemen). 4. Bespreek de voordelen en risico's van zowel een keizersnede als een vaginale bevalling, rekening houdend met hun omstandigheden, zorgen, prioriteiten en plannen voor toekomstige zwangerschappen.
V.K.	NICE	2022	Richtlijn: Intrapartum care for healthy women and babies

			<ul style="list-style-type: none"> • Informeer vrouwen dat een vaginale bevalling na een eerdere keizersnede een indicatie is om in het ziekenhuis te bevallen, waarbij sommige risico's voor moeder of kind naar verwachting zouden verminderen.
Canada	Association of Ontario Midwives (AOM) 2021	2021	<p>Richtlijn: Vaginal Birth After Previous Low-Segment Caesarean Section</p> <p>VBAC is een veilige keuze voor de meerderheid van de cliënten met een eerdere sectio. De primaire beslisser is de client en VBAC een manier is om een fysiologische bevalling met weinig interventies te realiseren.</p> <p>Indien er geen contra-indicaties zijn voor een vaginale bevalling/VBAC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dienen vroedvrouwen een geplande VBAC aan te bevelen aan cliënten die <u>één eerdere keizersnede</u> hebben gehad. Ze dienen volledige informatie te verstrekken over:: <ul style="list-style-type: none"> • Risico's en voordelen van geplande VBAC in vergelijking met Elective repeat Caesarean section (ERCS) • Risico's en voordelen van sectio en vaginale bevalling, meer in het algemeen • De rol van geplande VBAC in het bereiken van een fysiologische bevalling. • Lokale middelen en toegang tot tijdige diensten die beschikbaar zijn in de gemeenschap van de cliënte • De waarden en voorkeuren van de klant en risicotolerantie • Deze bespreking, met inbegrip van de beslissing van de cliënte, moet worden gedocumenteerd in haar dossier. 2. Bij het ontwikkelen van een zorgplan dient de vroedvrouw haar best te doen om een kopie te krijgen van het operatieverslag van de vorige keizersnede. 3. Vroedvrouwen dienen een geplande VBAC aan cliënten die <u>twee of meer eerdere keizersnedes</u> hebben gehad aan te bevelen. Voor cliënten die van plan zijn om meer dan één kind te krijgen na een eerdere keizersnede, moeten vroedvrouwen de voordelen van VBAC ten opzichte van ERCS bespreken, inclusief de gezondheidsimplicaties op lange termijn die gepaard gaan met meerdere keizersnedes. 4. Vroedvrouwen dienen met hun cliënten de relevante factoren te bespreken die van invloed kunnen zijn op de kans op een VBAC of het risico van een uterusruptuur. Informeer cliënten dat dergelijke factoren geen

			<p>contra-indicatie zijn voor het plannen van een VBAC, maar dat ze wel overwegingen kunnen zijn in hun zorg tijdens de bevalling.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Bij het ontwikkelen van het zorgplan voor de zwangere vrouw die een VBAC wil, moet de vroedvrouw haar best doen om een kopie te krijgen van het operatieve dossier van de vorige keizersnede. Het niet kunnen verkrijgen van het vorige dossier is geen contra-indicatie voor een geplande VBAC, maar het moet wel worden gedocumenteerd in het dossier van de klant. 6. Vroedvrouwen moeten de risico's en voordelen van inductie en augmentatie voor een geplande VBAC met hun cliënten bespreken. Wanneer inductie of augmentatie medisch geïndiceerd is, kunnen vroedvrouwen dit aanbieden aan hun cliënten. Houd voor cliënten die een door de vroedvrouw geleide inductie of augmentatie van de bevalling ondergaan, een duidelijk plan bij voor doorlopende communicatie met de dienstdoende arts en het interprofessionele team over de voortgang van de bevalling en het welzijn van van de barenden ouder en foetus. 7. Bewaking van de foetale hartslag kan plaatsvinden door: <ul style="list-style-type: none"> • Intermitterende auscultatie om de 15 minuten in actieve arbeid en om de 5 minuten in de tweede fase; of • Continue EFM volgens de huidige protocollen: <p>Voorafgaand aan de bevalling moeten de risico's en voordelen van IA en EFM met cliënten worden besproken en in hun dossier worden vastgelegd. Continue EFM moet worden gebruikt als de bevalling langer duurt of als er afwijkingen in de foetale hartslag worden geconstateerd met IA.</p> 8. Voor cliënten met een voorgeschiedenis van keizersnede is het belangrijk dat vroedvrouwen het begin van actieve weeën nauwkeurig diagnosticeren en documenteren en waakzaam zijn voor een niet-vorderende arbeid. Indien langdurige arbeid is vastgesteld, moeten IV-toegang en continue EFM worden gestart, als dit nog niet gebeurd is. Als de pogingen van vroedvrouw om de trage voortgang te beheersen geen succes hebben, moet een verloskundig consult worden aangevraagd. 9. Voor cliënten met een voorgeschiedenis van keizersneden is epidurale anesthesie niet gecontraïndiceerd. Er moet onmiddellijk overlegd worden als de zwangere vrouw ongewone pijn ervaart of als epidurale anesthesie wordt gebruikt maar niet effectief is.
--	--	--	---

			<p>10. Vroedvrouwen moeten de keuze van geboorteplaats aanbieden aan alle cliënten, ook aan diegenen die een VBAC plannen maar verder een laag risico hebben op complicaties. De geïnformeerde keuzebespreking met betrekking tot de risico's en voordelen van een geplande VBAC en de keuze van geboorteplaats moet uitgebreid en goed gedocumenteerd zijn. De documentatie van het gesprek moet het volgende bevatten: een overzicht van de besproken risico's en voordelen, de waarden en voorkeuren van de cliënt en eventuele aanbevelingen van de vroedvrouw, indien van toepassing.</p> <p>11. Bespreek voor cliënten die een keizersnede hebben ondergaan het verband tussen bevallingsinterval en risico op een uterusruptuur en overwegingen voor gezinsplanning vóór ontslag uit de verloskundige zorg.</p>
Australië	Queensland Government	2020	<p>1. Slaagkans op VBAC: Geef bij het counselen van vrouwen over de wijze van bevallen lokale slaagkansen van VBAC om rekening te houden met verschillen in bevolkingsgroepen. Begeleid vrouwen op basis van individuele factoren die de kans op een VBAC beïnvloeden.</p> <p>2. Antenatale counseling:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Presenteer risico's en voordelen op een nauwkeurige, evenwichtige en systematische manier om vrouwen in staat te stellen een weloverwogen beslissing te nemen. ● Stem gesprekken af op de medische omstandigheden, voorkeuren en individuele kans op een VBAC van de vrouw. ● Houd er rekening mee dat vrouwen potentiële risico's en voordelen op een unieke manier afwegen. ● Houd rekening met de beoogde gezinsgrootte en het kans op een volgende zwangerschap, erkennende dat toekomstige plannen onzeker kunnen zijn en kunnen veranderen. <p>3. Interval tussen zwangerschappen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Beschikbaar bewijs geeft aan dat het interval tussen bevallingen een onafhankelijke risicofactor is voor uterusruptuur, placenta praevia en abnormale placentatie. ● Informeer vrouwen dat een zwangerschapsinterval van minder dan 12 maanden gepaard gaat met een verhoogd risico op: <ul style="list-style-type: none"> ○ baarmoederruptuur ○ Placenta praevia ○ abrupctie van de placenta

			<ul style="list-style-type: none"> ○ vroeggeboorte ● Een kort interval tussen de zwangerschappen is geen contra-indicatie voor een VBAC. ● Overleg met een ervaren verloskundige als het interval tussen de zwangerschappen minder dan 12 maanden is. ● Houd rekening met klinische en individuele omstandigheden en adviseer vrouwen over de risico's om een weloverwogen beslissing te kunnen nemen. ● Het is niet aangetoond dat het interzwangerschapsinterval van invloed is op het aantal VBAC's bij vrouwen met een spontane bevalling 4. Twee of meer keizersneden: VBAC is een redelijke optie voor vrouwen met een geschiedenis van twee of meer eerdere CS na counseling met een ervaren vroedvrouw. Bespreek risico op uterusruptuur, maternale morbiditeit en individuele waarschijnlijkheid van vaginale geboorte tijdens counseling. 5. Inductie en augmentatie: <ul style="list-style-type: none"> ● Een zorgvuldige beoordeling door een ervaren vroedvrouw is vereist wanneer inductie en/of augmentatie van de bevalling in een VBAC-setting wordt overwogen. ● Inductie van de bevalling en augmentatie van de bevalling zijn niet gecontra-indiceerd bij een VBAC, maar worden in verband gebracht met: <ul style="list-style-type: none"> ○ Verhoogd risico op uterusruptuur ○ Lager aantal VBAC's ● Informeer vrouwen tijdens de prenatale counseling over de risico's en voordelen van inductie en augmentatie van de bevalling. ● Overweeg IOL als: <ul style="list-style-type: none"> ○ Risico's van afwachtend beleid zwaarder wegen dan de risico's van inductie en/of augmentatie ○ De vrouw IOL/augmentatie verkiest boven keizersnede ● Als er vertraging is in de voortgang in de actieve fase van de bevalling, voer dan kunstmatige breken van de vliezen (ARM) uit voordat augmentatie met oxytocine wordt overwogen. ● Als IOL en/of augmentatie doorgaat: <ul style="list-style-type: none"> ○ o Gebruik waar mogelijk mechanische methoden van IOL
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> ○ Vermijd waar mogelijk prostaglandinen ○ Wees voorzichtig met het gebruik van oxytocine, vooral in hogere doses <p>6. Foetale monitoring: Het is aanbevolen om de vrouw die kiest voor VBAC intrapartum continue elektronisch te monitoren.</p> <p>7. Uterusruptuur:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Categorie 1 keizersnede is vereist bij een vermoedelijke uterusruptuur omdat er een dringend gevaar is voor de moeder en baby ● Er is tegenstrijdig en onvoldoende bewijs met betrekking tot enkelvoudige versus dubbellaagse hechting van de baarmoeder bij een sectio en het risico op een uterusruptuur bij volgende zwangerschappen. ● Snelle laparotomie en neonatale reanimatie zijn essentieel om de daarmee gepaard gaande morbiditeit en mortaliteit te verminderen ● Ultrasound van de baarmoederhalsdikte en pelvimetrie zijn nog niet nuttig bevonden om vrouwen te adviseren over hun risico op een uterusruptuur tijdens een VBAC.
V.K.	NICE	2019	<p>Richtlijn: Intrapartum care for women with existing medical conditions or obstetric complications and their babies</p> <p>1. Breng niet routinematig een infuus in bij vrouwen tijdens de bevalling die een eerdere keizersnede hebben gehad.</p> <p>2. Leg aan vrouwen uit dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● een vaginale bevalling gepaard gaat met een kleine kans op een baarmoederruptuur ● een spoedkeizersnede een grotere kans kan betekenen op: <ul style="list-style-type: none"> ○ hevige bloedingen waarbij een bloedtransfusie nodig is ○ infectie, bijvoorbeeld een intra-uteriene infectie ○ een langer verblijf in het ziekenhuis ○ complicaties in een volgende zwangerschap, bijvoorbeeld placenta praevia en placenta accreta <p>3. Leg aan vrouwen uit dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● er weinig bewijs is voor een verschil in uitkomst voor de baby tussen een vaginale bevalling of een andere keizersnede.

			<ul style="list-style-type: none"> • ze waarschijnlijk minder kans hebben op complicaties tijdens de bevalling als ze ook een eerdere vaginale bevalling hebben gehad. <ol style="list-style-type: none"> 4. Als je oxytocine bespreekt voor niet vorderende arbeid en bevalling, leg dan uit aan vrouwen die een eerdere keizersnede hebben gehad dat dit: <ul style="list-style-type: none"> • de kans op een baarmoederruptuur vergroot • de kans op nog een keizersnede verkleint • de kans op een instrumentele bevalling vergroot. 5. Leg aan vrouwen uit dat het echter onzeker is of met continue cardiotocografie (CTG) in deze omstandigheden eventuele risico's voor moeder en kind eerder zouden kunnen worden vastgesteld dan met intermitterende auscultatie. 6. Informeer vrouwen volledig over alle opties van pijnbestrijding en ondersteun hen maximaal hierin, waaronder de keuze van arbeid en bevalling in water. Leg aan vrouwen uit dat regionale analgesie gepaard gaat met: <ul style="list-style-type: none"> • een kleinere kans op nog een keizersnede • een verhoogde kans op een instrumentele bevalling. 7. Bied geen routinematig amniotomie aan tijdens de bevalling aan vrouwen die een eerdere keizersnede hebben gehad. 8. Wees er bij vrouwen die een eerdere keizersnede hebben gehad op bedacht dat het extra belangrijk is om de aanbevelingen uit de NICE-richtlijn over intrapartum zorg voor gezonde vrouwen en baby's op te volgen, zoals: <ul style="list-style-type: none"> • eten en drinken tijdens de bevalling • het beheersen van de zuurgraad van de maag • de positie tijdens de bevalling, inclusief de latente eerste fase, en de geboorte.
Australië en Nieuw Zeeland	RANZCOG	2019	<p>Best Practice Statement: Birth after previous caesarean section</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vroeg in de postnatale periode na een primaire keizersnede moet vrouwen de gelegenheid worden geboden om te debriefen en te praten over hun bevallingservaring te bespreken, evenals hun mogelijke

			<p>geschiktheid voor een geplande VBAC in toekomstige zwangerschappen. Respect moet worden gegeven aan het recht van de vrouw om betrokken te worden bij de <u>besluitvorming</u> over de manier van bevallen, rekening houdend met haar wensen, haar perceptie van de risico's en haar plannen voor toekomstige zwangerschappen. Vrouwen die opties overwegen voor een bevalling na een eerdere keizersnede moeten worden geïnformeerd dat een herhaalde keizersnede het risico op ernstige complicaties bij toekomstige zwangerschappen met zich meebrengt.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. <u>Documentatie</u>: De beslissing over de bevallingswijze moet worden gedocumenteerd en overeengekomen tussen de vrouw en haar verloskundige vóór de verwachte/geplande bevallingsdatum (idealiter vóór 36 weken zwangerschap). Een plan ingeval de bevalling eerder begint dan de geplande datum, moet eveneens worden overeengekomen en gedocumenteerd. 3. <u>Bevallingsplaats</u>: Informeer vrouwen dat een geplande VBAC moet worden uitgevoerd in een bevallingsruimte met voldoende personeel en apparatuur, met continue intrapartum zorg, foetale monitoring en met beschikbare middelen voor een dringende keizersnede en neonatale reanimatie als zich complicaties zoals een baarmoederruptuur voordoen.. 4. <u>Continue intrapartum zorg</u> is nodig om de voortgang te monitoren en om een snelle identificatie en behandeling van een baarmoederruptuur mogelijk te maken. 5. Informeer vrouwen dat het nodig zal zijn om continue elektronische <u>foetale monitoring</u> toe te passen na het begin van arbeid en voor de duur van de geplande VBAC. 6. <u>Epidurale anesthesie</u> is niet gecontra-indiceerd bij een geplande VBAC. 7. Vroege diagnose van de ernstige complicatie van baarmoederruptuur gevolgd door een snelle laparotomie en reanimatie is essentieel om de bijbehorende morbiditeit en mortaliteit voor moeder en kind te verminderen. 8. <u>Inductie</u>: verhoogt het risico op een uterusruptuur in vergelijking met spontane bevalling of herhaalde keizersnede. Bespreek daarom de risico's en voordelen van inductie. Prostaglandinen verhogen het risico op een uterusruptuur in vergelijking met andere inductiemethoden. Bespreek daarom de risico's en voordelen van prostaglandines. Bij gebrek aan voortgang van de bevalling bespreek met de vrouw de voor- en nadelen van augmentatie met oxytocine.
--	--	--	--

			<p>9. <u>Audit</u>: De wijze van bevallen na een keizersnede dient te worden onderworpen aan een multidisciplinaire klinische audit, inclusief beoordeling van het aantal vrouwen die kiezen voor geplande VBAC versus ERCS en het aantal vrouwen dat een VBAC bereikt. De kwaliteit van de naleving van overeengekomen protocollen moet deel uitmaken van de klinische audit.</p>
Canada	SOCG	2019	<p>No. 382-Trial of Labour After Caesarean</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mits er geen contra-indicaties zijn, dient een TOLAC te worden aangeboden aan alle vrouwen met 1 eerdere laagsegment transversale keizersnede na een goede bespreking en documentatie van de maternale en perinatale risico's en voordelen. 2. Informeer vrouwen dat het relatieve risico van maternale sterfte hoger is voor een electieve herhaalde keizersnede en dat het risico van uterusruptuur en andere ernstige maternale morbiditeit hoger is voor een TOLAC (incl. uterusruptuur), maar dat de absolute risico's van deze uitkomsten laag zijn. Informeer vrouwen dat de meeste andere maternale complicaties niet significant verschillen tussen een electieve herhaalde keizersnede en TOLAC. 3. Informeer vrouwen dat het relatieve risico op perinatale sterfte en ernstige morbiditeit hoger is bij een TOLAC in vergelijking met een electieve herhaalde keizersnede, maar dat het absolute risico laag is. 4. Vrouwen moeten geïnformeerd worden over het feit dat het risico op placenta previa en placenta accreta toeneemt naarmate het aantal keizersneden toeneemt. 5. De vroedvrouw wordt aanbevolen haar best te doen om een kopie te krijgen van het operatieverslag van de vorige keizersnede, inclusieve informatie over het type incisie. 6. <u>Inductie</u>: is niet gecontra-indiceerd. Informeer vrouwen dat inductie van arbeid gepaard gaat met een lager percentage vaginale bevalling na keizersnede en een verhoogd risico op ruptuur van de uterus. Het is aanbevolen om een Foley-katheter te gebruiken om de baarmoederhals te doen rijpen bij een vrouw die een TOLAC plant (II-2B). Het gebruik van oxytocine voor inductie of augmentatie is niet gecontra-indiceerd bij vrouwen met een TOLAC. Het gebruik van oxytocine wordt echter in verband gebracht met een verhoogd risico op uterusruptuur. Het gebruik van prostaglandine E2 (dinoprostone) wordt niet aanbevolen en in verband gebracht met een verhoogd risico op uterusruptuur

			<p>7. <u>Bevallingsinterval</u>: Vrouwen die bevallen met een interval tussen de bevallingen van <18 maanden moeten worden geïnformeerd over een verhoogd risico op een uterusruptuur bij het uitproberen van de bevalling na een keizersnede.</p> <p>8. <u>Foetale monitoring</u>: Informeer vrouwen dat een CTG noodzakelijk bij vrouwen die kiezen voor een TOLAC.</p> <p>9. <u>Plaats van bevalling</u>: Informeer de vrouw dat een TOLAC enkel mogelijk is in een ziekenhuis. Informeer de vrouw en haar zorgverlener dat verloskundig, anesthesisch, pediatriesch en operatiekamerpersoneel aanwezig moet zijn op de plaats waar de vrouw kiest om te bevallen.</p>
--	--	--	--

Tabel 2: Overzicht van statistische details van geïncludeerde wetenschappelijke studies, Obstetrische uitkomsten VBAC en TOLAC

Auteur(s)	Jaar	Land	Studiedesign en setting	N	Belangrijkste resultaten
Studies: 1 sectio voorgeschiedenis, CG: ERCS					
1. Chen et al.	2022	Taiwan	retrospectieve studie	n=199 zwangere vrouwen met minstens 1 sectio in anamnese waarvan n=156 ERCS n=43 (21,6%) TOLAC	<p>De algehele geslaagde VBAC's na TOLAC was 86% (37 van 43 TOLAC vrouwen).</p> <p>Voor alle vrouwen die ooit eerder vaginaal bevielen monde de TOLAC uit in een geslaagde VBAC, Echter slechts 81.8% van de vrouwen die nooit eerder vaginaal bevielen hadden een geslaagde VBAC na TOLAC.</p> <p>Er waren geen significante verschillen in maternale uitkomsten (zoals baarmoederruptuur (p=0.22), postpartum bloedingen (p=0.13) , bloedtransfusie (p=1)) en neonatale uitkomsten (geboortegewicht (p=0.39), 1-min Apgar <7 (p=0.17), opname NICU (p=1)) voor vrouwen met TOLAC versus vrouwen met ERCS, behalve voor 5-min Apgar <7 (p=0.046) en perinatale sterfte (p=0.046).</p> <p>Binnen de TOLAC-groep had één vrouw een baarmoederruptuur met neonatale sterfte als gevolg, zonder maternale complicaties postpartum. Eén vrouw had chorioamnionitis en haar baby had een 5-min Apgar score <7.</p> <p>Van de 43 vrouwen met TOLAC werden 86% geïnduceerd en 67,6% hadden een vacuümgeboorte. DOI: 10.1016/j.tjog.2022.03.006</p>
2. Levin et al.	2020	Israël	multicenter retrospectieve cohort studie, tussen 2007 en 2019	Adolescente moeders (tussen 18-21 jaar oud) waarvan n=167 met eerdere sectio (zonder eerdere vaginale bevalling), waarvan n=117 TOLAC n=50 ERCS	<p>Slaagkans VBAC: 83% (97 van 117 TOLAC vrouwen). Misukte TOLACs: n=17</p> <p>ERCS versus TOLAC werden geassocieerd met:</p> <ul style="list-style-type: none"> • significant lager neonataal geboortegewicht (mediaan 2937 vs 3170 g, p=0.03) • significant kortere zwangerschapsduur (mediaan 38 vs 39 weken, p=0.009) • significant meer macrosome baby's (6% vs 3%) (p=0.03) • significant hoger risico op baby's met een laag geboortegewicht (24% vs 10%) (p=0.03) • Apgar-scores en opname op NICU verschilden niet tussen beide groepen.

3. Izbudak et al.	2020	Turkije	twee jaar durende retrospectieve cohort studie tussen november 2015 en mei 2017	n=423 vrouwen met een eerdere sectio, waarvan n=195 TOLAC n=228 ERCS	<p>Slaagkans VBAC: 72,3%</p> <p>Er waren geen statistisch significante verschillen tussen beide groepen op het vlak van baarmoederruptuur, heropenen van de hechting, postpartumbloeding, de nood aan bloedtransfusie en infectie van wondranden ($P>0.5$)</p> <p>Ook geen statistische verschillen in neonatale postpartum uitkomsten zoals opname op NICU, respiratoire aandoeningen, sepsis of geboortetrauma ($p>0,05$).</p>
-------------------	------	---------	---	--	--