



Bevallen na eerdere keizersnede: de effecten van vaginaal bevallen versus geplande keizersnede op moeder en kind

Casus

Een laagrisico multipara (26 weken) beviel drie jaar geleden van een gezonde dochter via een primaire sectio omwille van intra-uteriene groeiretardatie (IUGR) van ongekende oorsprong en stuitligging op 38w1d. Deze keer zou ze graag vaginaal willen bevallen van haar zoontje. Ze vraagt zich af hoe groot haar kans is om daadwerkelijk vaginaal te bevallen en welke risico's verbonden zijn aan een vaginale bevalling na haar eerdere keizersnede, dan wanneer ze opnieuw zou kiezen voor een geplande keizersnede.

Ines Rothmann, wetenschappelijk medewerker VBOV-vzw en lid van de Werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek
Luka Van Leugenhaege, MSc, BM, lector-onderzoeker AP Hogeschool opleiding vroedkunde, praktijkassistente Universiteit Antwerpen opleiding Master Verpleegen Vroedkunde en lid van de Werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek
Lieselotte Vandenputte, vroedvrouw, MSc, wetenschappelijk medewerker VBOV-vzw en lid van de Werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek



Situering

Terminologie

Een vaginale bevalling na keizersnede ('Vaginal Birth After Caesarean' of VBAC) beschrijft een vaginale bevalling bij een multipara die tijdens een eerdere zwangerschap via een keizersnede is bevallen. Daarnaast wordt vaak de term TOLAC ('Trial of Labour After Caesarean') gebruikt in de wetenschappelijke literatuur; "een poging tot vaginaal bevallen na eerdere keizersnede". Een TOLAC kan slagen en eindigen in een VBAC, of mislukken en leiden tot een herhaalde (spoed)keizersnede. Daarnaast kan men ook meteen kiezen voor een geplande keizersnede bij een multipara met een eerdere keizersnede in de voorgeschiedenis. In de literatuur refereert men hier naar ERCS of 'Elective Repeat Caesarean Section' (NVOG, 2010).

Keizersneden ervaren een stijgende trend

In Vlaanderen steeg het aantal keizersneden van 9% in 1987 tot 22,1% in 2021. Het percentage keizersneden varieert echter tussen de verschillende Vlaamse materniteiten, met minimaal 15,6% tot maximaal 31,5% in 2021 (Goemaes et al., 2022).

Daarnaast blijken multipara met antecedenten van keizersnede (éénling in hoofdligging, ≥ 37 weken) het grootste aandeel uit te maken van het globaal aantal keizersneden in Vlaanderen (Goemaes et al., 2022). In Wallonië en Brussel zijn de keizersnederatio's vergelijkbaar (20,1% in Brussel en 22,4% in Wallonië in 2021) (Leroy & Van Leeuw, 2022a; Van Leeuw & Leroy, 2022b). België lag in 2019 met een keizersnederatio van 21,5% net onder de Europese mediaan van 26% (Euro-Peristat, 2022). In Europa behoorde Noorwegen (16,4%), IJsland (16,6%) en Nederland (17,4%) tot de landen met het laagste percentage keizersneden en Cyprus (53,1%) en Polen (44,4%) tot de landen met het hoogste aantal keizersneden in 2019 (Euro-Peristat, 2022). Daarnaast benadrukt ook de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) de stijgende trend in keizersneden wereldwijd (WHO, 2021).

VBAC's om de fysiologie van de bevalling te bewaken en bij te dragen tot het verlagen van keizersnederatio's

Hoewel een keizersnede een essentiële en levensreddende operatie kan zijn, kunnen vrouwen en baby's onnodig risico lopen op gezondheidsproblemen op de korte en lange termijn



Tabel 1: Zoektermen.

Nederlandse zoektermen	Engelse termen voor elk van de elementen van de onderzoeksvraag
Vaginale bevalling na eerdere keizersnede, poging tot vaginaal bevallen na eerdere keizersnede	Vaginal Birth After Cesarean (VBAC) [MeSH Terms], Trial of Labour After Cesarean (TOLAC)

als deze wordt uitgevoerd wanneer er geen medische noodzaak voor is (WHO, 2021). Daarbij wordt steeds meer de klemtoon gelegd op het demedicaliseren van de zorg voor vrouwen met een normale zwangerschap (Gyselaers et al., 2015) en de nood om keizersnederatio's te verlagen vanuit een maatschappelijk, preventief oogpunt (Stordeur et al., 2016). Hoewel verschillende landen pogingen ondernemen om het sectiopercentage te doen dalen, halen de meeste landen de door de WHO aanbevolen keizersnederatio van 10-15% niet (Betran et al., 2021).

Om het aantal keizersneden onder controle te houden, moet er ingezet worden op het vermijden van een eerste keizersnede (bij spontane of geïnduceerde partus) en op het ruimer toepassen van een vaginale bevalling na eerdere keizersnede of VBAC (Goemaes et al., 2022). In 2011 beviel 34,5% van de groep vrouwen met een keizersnede in de voorgeschiedenis vaginaal. Dit aandeel daalde tot 29,3% in 2020 en kende een stijging terug naar 39% in 2021 (Devlieger et al., 2020, 2021; Goemaes et al., 2022).

STAP 1: Identificeer de onderzoeksvraag relevant voor de vroedvrouwenpraktijkvoering

Een onderzoeksvraag dient volgende elementen te beschrijven: met behulp van het mnemotechnische hulpmiddeltje PICO (Probleem, Interventie, Controle, Outcome) (Polit & Beck, 2012).

- Populatie: a terme multipara met een eenling zwangerschap en maximaal 1 keizersnede in de voorgeschiedenis
- Interventie: (poging tot) vaginale bevalling na maximaal 1 eerdere keizersnede (TOLAC, VBAC)
- Controle: Electieve herhaalde keizersnede (ERCS)
- Uitkomsten: maternale en neonatale uitkomsten

De onderzoeksvraag luidt als volgt: “Wat zijn de effecten op maternale en neonatale klinische uitkomsten van (poging tot) vaginaal bevallen naar één eerdere keizersnede versus bevallen met keizersnede na één eerdere keizersnede?”

STAP 2: Bedenk Engelse zoektermen voor de vier belangrijkste elementen van de onderzoeksvraag

Nederlandse en Engelstalige zoektermen voor de belangrijkste elementen van de onderzoeksvraag worden in tabel 1 weergegeven.

STAP 3: Bedenk naar welk type wetenschappelijk onderzoek je gericht wil zoeken

Wanneer we wetenschappelijk onderbouwde antwoorden willen op vragen uit de praktijk, bekijken we eerst of er kwalitatieve en recente klinische richtlijnen bestaan gepubliceerd in de laatste 5 jaar. Evidence-based ontwikkelde richtlijnen hebben namelijk al op systematische wijze gezocht in de literatuur naar wetenschappelijk bewijs over het onderwerp en dit bewijs is afgetoetst op de graad van evidentie. We zoeken naar richtlijnen die bestaan in andere Europese landen, Noord-Amerika of Australië en naar richtlijnen gepubliceerd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Databanken zoals het CEBAM, TripDatabase en EBPracticenet kunnen ons helpen om dergelijke richtlijnen gericht te zoeken. Indien klinische praktijkrichtlijnen ontbreken, is het noodzakelijk om zelf literatuur te gaan opzoeken. Bij voorkeur zoeken we eerst naar systematische reviews of meta-analyses. Hiervoor kijken we in databanken bijvoorbeeld van Cochrane en de Johanna Briggs Foundation. Pas op het moment dat er geen dergelijke meta-analyses te vinden zijn, gaan we verder op zoek naar primaire onderzoeksartikelen. We kiezen indien mogelijk voor ‘Randomised Controlled Trials’ (RCTs) want zij bieden het hoogste niveau van evidentie. Dergelijke primaire bronnen zijn op te zoeken bijvoorbeeld via Medline (Ovid of PubMed).

STAP 4: Ga naar Cochrane Library of PubMed, online zoekmachines voor wetenschappelijke publicaties en combineer de zoektermen

Gebruik ‘AND’ (en) tussen de zoektermen die tegelijk moeten voorkomen en ‘OR’ (of) tussen



de zoektermen waartussen je twijfelt. Deze zoekstring luidt als volgt: Search: (“vaginal birth after caesarean”[Mesh Terms] OR Vaginal Birth After Caesarean [Text Word]) OR (Trial of Labour After Caesarean).

Daarnaast kan je filters ingeven, wij kozen voor ‘last 5 years’, ‘Human’.

STAP 5: Bekijk de gevonden publicaties

Op basis van deze zoekterm en filters (niet ouder dan 5 jaar, mensen) werden 8 internationale richtlijnen en 705 wetenschappelijke studies gevonden.

STAP 6: Kijk in het abstract of de gevonden publicaties relevant zijn voor jouw vraag

Na screening van titel en abstract, werden hiervan zeven richtlijnen (AOM, 2021; Dy et al., 2019; NICE, 2019; NICE, 2020; NICE, 2022; Queensland Clinical Guidelines, 2020; RANZCOG, 2019) relevant bevonden en slechts 3 retrospectieve observationele wetenschappelijke studies (Chen et al., 2022; İzbudak et al., 2021; Levin et al., 2020) beantwoorden aan de vooropgestelde PICO-vraag.

STAP 7: Interpreteer de voor jou relevante resultaten

Hoe beantwoorden de meest recente richtlijnen deze onderzoeksvraag?

Tabel 2 (digitale versie) beschrijft de verschillende aanbevelingen van elk van de geïncludeerde klinische richtlijnen van de laatste 5 jaar aangaande bevallingswijze bij multipariteit na eerdere keizersnede. Hieronder beantwoorden we de vraag uit de casus op basis van de verschillende richtlijnen.

Over het algemeen bevelen alle richtlijnen aan dat een VBAC als geboortek keuze moet worden aangeboden aan alle vrouwen met een keizersnede in de voorgeschiedenis. Er is weinig bewijs voor een verschil in neonatale uitkomsten tussen een vaginale bevalling of keizersnede. Echter heeft een vrouw minder kans op complicaties tijdens de bevalling als ze ook een eerdere vaginale bevalling heeft gehad. Daarbij gaat een vaginale bevalling na sectio steeds

gepaard met een kleine kans op een baarmoederruptuur. De kans op een spoedkeizersnede (bijv. bij trage voortgang van de bevalling of bezorgdheid over de foetale conditie) is reëel wat de kansen vergroot op hevige bloedingen waarbij een bloedtransfusie nodig is, infectie (bijv. intra-uteriene infectie), een langer verblijf in het ziekenhuis, of complicaties in een volgende zwangerschap (bijv. placenta praevia en placenta accreta). Daarnaast kan een keizersnede ook de postnatale periode beïnvloeden (bijv. behoefte aan pijnstilling).

Indien oxytocine wordt toegediend omwille van niet vorderende ontsluiting tijdens een TOLAC, vergroot de kans op een uterusruptuur en een instrumentele bevalling. Toch ziet men dat de kans op een keizersnede dan verkleint. Een routinematige amniotomie wordt afgeraden bij vrouwen die eerder een keizersnede hebben gehad, maar inductie en augmentatie van de arbeid zijn niet contrageïndiceerd voor een TOLAC. Inductie en augmentatie worden wel in verband gebracht met een lagere slaagkans op VBAC. Zorgverleners moeten weten dat mechanische inductiemethoden de voorkeur genieten, dat prostaglandinen waar mogelijk vermeden dienen te worden en men voorzichtig moet zijn met het gebruik van oxytocine, vooral in hogere dosissen.

Men kan vrouwen informeren dat epidurale anesthesie niet is contrageïndiceerd bij een VBAC. Dit gaat wel gepaard met een kleinere kans op een herhaalde keizersnede maar een verhoogde kans op een instrumentele bevalling. Niet-farmacologische pijnbestrijding behoort uiteraard ook steeds tot de mogelijkheden, waaronder ook een bevalling in bad.

Er zijn verschillende factoren die de slaagkans van een vaginale bevalling en de kans op uterusruptuur beïnvloeden (bijv. eerdere vaginale bevalling, leeftijd >35 jaar, dikte van het lagere baarmoedersegment <2mm, voorgaande zwangerschap <24 maanden geleden, verhoogde BMI, hechttechniek baarmoeder (enkelvoudige versus dubbelvoudige hechting), meerdere herhaalde sectio's, tweelingzwangerschap). Toch kan men vrouwen informeren dat de kans op een geslaagde VBAC erg hoog ligt.

Een vaginale bevalling na een eerdere keizersnede is een indicatie om in het ziekenhuis te bevallen, waarbij sommige risico's voor moeder

of kind kunnen opgevangen worden. De mate waarin een vrouw continue CTG-monitoring krijgt, hangt af van welke richtlijnen gevolgd worden. De NICE (2019) trok de aanbeveling aangaande continue CTG bij VBAC in omdat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs zou zijn dat met continue CTG risico's voor moeder en kind eerder kunnen worden vastgesteld dan met intermitterende auscultatie (NICE, 2019). Vier richtlijnen bevelen echter continue CTG aan in geval van geplande VBAC (Dy et al., 2019; Queensland Clinical Guidelines, 2020; RANZCOG, 2019).

Wat zeggen de meest recente wetenschappelijke onderzoeken?

Tabel 3 (digitale versie) geeft een overzicht van de belangrijkste resultaten op vlak van neonatale en maternale uitkomsten met vermelding van statistische details.

Retrospectieve studies die TOLAC vergeleken met electieve keizersnede wezen uit dat de kans dat een vrouw effectief vaginaal bevult na TOLAC hoog is, namelijk van 72,3% tot 86%. Izbudak et al. (2020) en Chen et al. (2022) tonen geen significante verschillen in maternale klinische uitkomsten. Daarnaast beschrijft men qua neonatale uitkomsten geen significante verschillen qua opname NICU, maar zijn er tegenstrijdige bevindingen in kader van het neonataal geboortegewicht en Apgar scores (Chen et al., 2022; Izbudak et al., 2021; Levin et al., 2020).

STAP 8: Implicaties van het wetenschappelijk onderbouwd antwoord voor de vroedvrouwenpraktijk

Veel vrouwen moeten beslissen over de manier van bevallen bij een volgende zwangerschap na een eerdere keizersnede. Elke geboorte-optie, ofwel bevallen met het oog op een vei-

lige vaginale bevalling, ofwel een geplande herhaalde keizersnede, heeft zowel voordelen als ook risico's. De voorkeuren, mogelijkheden en risicoprofielen van elke individuele vrouw zullen anders zijn. Alle richtlijnen bevelen aan dat vrouwen zonder tegenindicaties de kans moeten krijgen om vaginaal te bevallen en dat ouders volledig en evenwichtig over beide bevallingswijzen geïnformeerd moeten worden.

De uitdaging voor de vroedvrouw in samenwerking met andere zorgverleners is, om ouders te informeren over risico's op bepaalde complicaties die eerder zelden voorkomen maar ernstige gevolgen kunnen hebben voor moeder en kind (bijv. uterusruptuur), zonder onnodig angsten te creëren. Vaak speelt de bevalervaring met de eerdere keizersnede een belangrijke rol bij de toekomstige beslissing over wijze van bevalling. Het is zinvol dat de vroedvrouw de algemene factoren toelicht die de slaagkans op een succesvolle vaginale bevalling kunnen beïnvloeden. Hierbij mag ze echter niet de individuele situatie van de vrouw en het belang van het vertrouwen van de vrouw in eigen kunnen uit het oog verliezen. In de antenatale voorbereiding licht de vroedvrouw duidelijk de implicaties toe die de geboortekeuze heeft op de verdere familieplanning (en hieraan gekoppelde potentiële complicaties), de plaats van bevalling en het belang van continue één-op-één opvolging door de vroedvrouw.

Uit de meest recente wetenschappelijke literatuur blijkt dat de kans om vaginaal te bevallen na een eerdere keizersnede hoog ligt, toch bestaat er nog steeds een kans dat men tijdens de arbeid moet overgaan tot een (spoed)keizersnede. De recente studies geven geen verminderde klinische risico's aan in het voordeel van een geplande keizersnede versus een poging tot vaginale bevalling na een eerdere keizersnede. Echter spreken studies elkaar tegen op het vlak van neonataal geboortegewicht en Apgar-scores. Men kan een VBAC echter niet zomaar over dezelfde kam scheren als een eerste vaginale bevalling zonder een keizersnede in de voorgeschiedenis. De kans op negatieve klinische uitkomsten zijn voor zowel moeder als kind groter met VBAC dan voor een nullipara die voor het eerst vaginaal bevult (Elvander et al., 2019; Lauterbach et al., 2022; Paymová et al., 2022; Vaajala et al., 2023).

De uitdaging voor de vroedvrouw in samenwerking met andere zorgverleners is, om ouders te informeren over risico's op bepaalde complicaties die eerder zelden voorkomen maar ernstige gevolgen kunnen hebben voor moeder en kind zonder onnodig angsten te creëren.



Beperkingen van de geïncludeerde studies

De geïncludeerde richtlijnen baseren hun aanbevelingen op systematische reviews, RCTs en observationele studies van vóór 2015. Daarentegen dateren de voor deze casus geïncludeerde wetenschappelijke studies van na 2015, welke enkel observationele studies met kleine deelnemersaantallen betreft en met een zeer beperkte reeks aan uitkomstmaten. De conclusies van de geïncludeerde wetenschappelijke studies moeten daarom met voorzichtigheid bekeken worden. De beoordeling van de maternale en neonatale uitkomsten van VBAC dient zorgvuldig te differentiëren tussen uitkomsten van een VBAC in vergelijking met ofwel een herhaalde primaire sectio ofwel met een populatie zwangere vrouwen die vaginaal bevallen zonder een sectio in de voorgeschiedenis.

In sommige studies werden VBAC-vrouwen geïnduceerd wat de slaagkans op VBAC, maternale en neonatale uitkomsten kan beïnvloeden. Ook is vaak niet bekend welke soort begeleiding vrouwen hadden bij hun vaginale bevalling (bijv. continuïteit van zorgverlening, vroedvrouw- versus arts-geleide zorg).

Slaagkansen VBAC

Als vrouwen kiezen voor een VBAC is de slaagkans dat ze ook effectief vaginaal bevallen 60% tot 86% (AOM, 2021; Chen et al., 2022; Dy et al., 2019; Izbudak et al., 2021; Levin et al., 2020; Queensland Clinical Guidelines, 2020). Vrouwen hebben dus een reële kans om vaginaal te bevallen na een eerdere keizersnede. Volgens onderzoek worden de volgende factoren geassocieerd met een succesvolle VBAC: eerdere vaginale bevalling vóór de keizersnede, eerdere VBAC, blanke ras, hogere Bisschopscore, en foetale malpresentatie als indicatie voor een eerdere keizersnede. Daarentegen worden de volgende factoren geassocieerd met een niet-succesvolle VBAC: hoge leeftijd, obesitas, diabetes, hypertensie, niet-blanke ras, macrosomie, inductie van de bevalling, cefalopelvische disproportie (CPD), schouderdystocie, mislukte inductie als indicatie voor de eerdere keizersnede (Whitehorn & Ogonowska-Slodownik, 2023a en 2023b).

Het is aanbevolen dat de vroedvrouw ouders informeert over deze algemene factoren die de slaagkans op een succesvolle vaginale bevalling

kunnen beïnvloeden. Een lagere voorspelling/waarschijnlijkheid van succes alléén mag niet worden gebruikt als reden om een herhaalde geplande keizersnede boven een VBAC aan te bevelen (Whitehorn & Ogonowska-Slodownik, 2023a en 2023b).

Ervaringen van vrouwen en zorgverleners

De eerdere bevallingservaring met een keizersnede kan de visie hoe de vrouw nadien wil bevallen sterk beïnvloeden. Een moeilijker postpartum herstel en indien de eerdere keizersnede een spoedkeizersnede was, geven vaak aanleiding tot lagere tevredenheid over de geboorte ervaring, bijgevolg vergroot de wens om vaginaal te bevallen in een volgende zwangerschap (Davis et al., 2020; Ryan et al., 2019). Veel vrouwen geven de voorkeur aan vaginaal bevallen na een eerdere keizersnede (Attanasio et al., 2014; Dodd et al., 2004). Het is daarom essentieel dat vrouwen de gelegenheid krijgen om met hun vroedvrouw te praten over hun bevallingservaring, evenals de mogelijkheid voor een geplande VBAC in toekomstige bevallingen (NICE, 2019; RANZCOG, 2019).

Uit kwalitatief onderzoek blijkt verder dat vrouwen die vaginaal bevallen na keizersnede gevoelens van voldoening en empowerment ervaren (Keedle et al., 2019). Zorg op maat en continuïteit van zorg blijken essentieel voor een positieve bevalervaring bij VBAC (Keedle et al., 2022).

Geboorteomgeving

Alle richtlijnen wijzen op het belang dat vrouwen direct toegang moeten hebben tot goed uitgeruste verloskamers die middelen ter beschikking hebben om snel op complicaties in te spelen zoals een spoedkeizersnede, neonatale reanimatie of littekenbreuk. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de maternale en neonatale uitkomsten van TOLACs thuis of in extramurale geboortehuizen versus TOLACs in ziekenhuizen. Bayrampour et al. (2021) en Rowe et al. (2016) concluderen dat thuisbevallingen voor vrouwen die in aanmerking kwamen voor een VBAC en begeleid werden door vroedvrouwen hogere vaginale geboortecijfers hadden vergeleken met geplande VBACs in ziekenhuizen en ongunstige maternale en neonatale uitkomsten waren vergelijkbaar. Grünebaum et al. (2017) en Tilden et al. (2017) daarentegen verwij-





zen naar een hoger risico op ongunstige uitkomsten voor de pasgeborene (bijv. 5-min Apgar <7, neonatale aanvallen of ernstige neurologische stoornissen) thuis of in geboortehuizen. De onderzoeken moeten met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden en meer wetenschappelijk onderzoek is nodig. In Vlaanderen is een TOLAC een absolute indicatie voor een ziekenhuisbevalling zoals door andere internationale richtlijnen wordt aanbevolen zoals de Verloskundige Indicatielijst (NL) die ook voor de verzekeringsmaatschappij een basis betekent bij eventuele procedures.

Beleidsimplicaties

In België is er dringend nood aan een federaal beleidsplan om keizersneden structureel te verlagen. Om het aantal keizersneden onder controle te houden, moet er ingezet worden op het vermijden van een eerste keizersnede (bij spontane of geïnduceerde partus) en op het ruimer toepassen van een vaginale bevalling na eerdere keizersnede (Goemaes et al., 2021). VBAC is een veilige geboortecaptes voor laagrisico zwangere vrouwen. Ze bevorderen de fysiologie van de bevalling en dragen bij aan maternale tevredenheid met de bevalling en de kraamperiodes, terwijl risico's op uitzonderlijke complicaties zoals een uterusruptuur zelden voorkomen. Bovendien blijkt uit een vergelijkende kosteneffectiviteitsstudie in vier Europese landen dat VBACs kosteneffectief zijn (lagere kosten, hogere levenskwaliteit) in vergelijking met een geplande herhaalde keizersnede voor laagrisico zwangere vrouwen (Fobelets et al., 2018).

Een belangrijk aspect bij het bevorderen van VBACs is dat ouders meer gesensibiliseerd moeten worden dat “eens een keizersnede

niet altijd een keizersnede” betekent. Een platform waar ouders evidence-based informatie over deze geboortecaptes kunnen vinden en die breed gedragen is door verschillende zorgberoepen draagt bij aan deze bewustwording en aan de volledige en evenwichtige informatievoorziening over de voor- en nadelen van VBACs versus herhaalde keizersneden. Laagdrempelige keuzehulpen kunnen nuttig zijn om ouders te helpen bij het nemen van dergelijke complexe geboortebeslissingen.

STAP 9: Implicaties van het wetenschappelijk onderbouwd antwoord voor vroedvrouwenonderzoek

Er is meer grootschalig onderzoek nodig naar de voordelen en risico's van VBACs versus een herhaalde keizersnede, in het bijzonder systematische reviews. Gezien de geïnformeerde keuze rond de manier van bevallen centraal staat bij de bevalling zijn gerandomiseerde studies ethisch moeilijk te verantwoorden.

Bovendien is er onderzoek nodig naar meerdere, eerdere keizersneden, de plaats van bevalling (thuis/extramuraal geboortehuis, ziekenhuis) en van continue één-op-één opvolging door de vroedvrouw op de slaagkans VBAC en maternale en neonatale uitkomsten.

Referenties

- AOM. (2021). Management of vaginal birth after previous low-segment caesarean section 2021. *Association of Ontario Midwives*. <https://www.ontariomidwives.ca/sites/default/files/2021-06/CPG-Vaginal-birth-after-caesarean-section-2021-PUB.pdf>.
- Attanasio, L.B., McPherson, M.E. & Kozhimannil, K.B. (2014). Positive childbirth experiences in U.S. hospitals: A mixed methods analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 18(5), 1280–1290. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1363-1>.
- Bayrampour, H., Lisonkova, S., Tamana, S., Wines, J., Vedam, S. & Janssen, P. (2021). Perinatal outcomes of planned home birth after cesarean and planned hospital vaginal birth after cesarean at term gestation in British Columbia, Canada: A retrospective population-based cohort study. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 48(3), 301–308. <https://doi.org/10.1111/birt.12539>.
- Betran, A.P., Ye, J., Moller, A.B., Souza, J.P. & Zhang, J. (2021). Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Glob Health*; 6(6):e005671. doi: 10.1136/bmjgh-2021-005671.
- Chen, Y.T., Hsieh, Y.-C., Shen, H., Cheng, C.-H., Lee,

Zorg op maat en continuïteit van zorg blijken essentieel voor een positieve bevalervaring bij VBAC.



- K.-H. & Torng, P.-L. (2022). Vaginal birth after cesarean section: Experience from a regional hospital. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 61(3), 422–426. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2022.03.006>.
- Davis, D., S Homer, C., Clack, D., Turkmani, S. & Foureur, M. (2020). Choosing vaginal birth after cesarean section: Motivating factors. *Midwifery*, 88, 102766. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102766>
 - Devlieger, R., Goemaes, R. & Laubach, M. (2020). Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2019. *SPE, Brussel*.
 - Devlieger, R., Goemaes, R. & Laubach, M. (2021). Perinatale gezondheid in Vlaanderen – Jaar 2020. *SPE, Brussel*.
 - Dodd, J., Pearce, E. & Crowther, C. (2004). Women's experiences and preferences following Caesarean birth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 44(6), 521–524. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2004.00300.x>.
 - Dy, J., DeMeester, S., Lipworth, H. & Barrett, J. (2019). No. 382-Trial of Labour After Caesarean. *JOGC*, 41(7), 992–1011. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.11.008>.
 - Elvander, C., Ahlberg, M., Edqvist, M. & Stephansson, O. (2019). Severe perineal trauma among women undergoing vaginal birth after cesarean delivery: A population-based cohort study. *Birth*, 46(2), 379–386. <https://doi.org/10.1111/birt.12402>.
 - Euro-Peristat. (2022). European perinatal health report - Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015 to 2019. https://www.europeristat.com/images/Euro-Peristat_Fact_sheets_2022_for_upload.pdf.
 - Goemaes, R., Fomenko, E., Laubach, M., De Coen, K., Roelens, K. & Bogaerts, A. (2022). Perinatale gezondheid in Vlaanderen—Jaar 2021. *SPE, Brussel*.
 - Grünebaum, A., McCullough, L., Arabin, B. & Chervenak, F. (2017). Serious adverse neonatal outcomes such as 5-minute Apgar score of zero and seizures or severe neurologic dysfunction are increased in planned home births after cesarean. *PLoS One*. doi.org/10.1371/journal.pone.0173952
 - Gyselaers, W., Jonckheer, P., Ahmadzai, N., Ansari, M., Carville, S., Dworzynski, K., et al. (2015). Welke onderzoeken zijn aanbevolen bij een zwangerschap? Good Clinical Practice (GCP). *Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)*. <https://doi.org/10.57598/R248AS>.
 - İzbudak, G., Tozki, E., Cogendez, E., Uzun, F. & Eser, S.K. (2021). Comparison of maternal-neonatal results of vaginal birth after cesarean and elective repeat cesarean delivery. *Ginekologia Polska*, 92(4), 306–311. <https://doi.org/10.5603/GP.a2020.0132>.
 - Keedle, H., Schmied, V., Burns, E. & Dahlen, H. G. (2022). From coercion to respectful care: Women's interactions with health care providers when planning a VBAC. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 70. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04407-6>.
 - Lauterbach, R., Ben David, C., Bachar, G., Khatib, N., Divon, M.Y., Zipori, Y., et al. (2022). Higher risk of hemorrhage and maternal morbidity in vaginal birth after second stage of labor C-section. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 305(6), 1431–1438. <https://doi.org/10.1007/s00404-021-06254-w>.
 - Leroy, C. & Van Leeuw, V. (2022). Santé périnatale en Wallonie—Année 2021. *Centre d'Épidémiologie Périnatale*.
 - Levin, G., Meyer, R., Mor, N., Yagel, S., David, M., Yinon, Y., et al. (2020). Trial of Labor After Cesarean in Adolescents—A Multicenter Study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 33(4), 398–402. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.02.006>.
 - NICE (2019). Intrapartum care for women with existing medical conditions or obstetric complications and their babies (ng121). *National Institute for Health and Excellence*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng121>.
 - NICE (2020). Intrapartum care for healthy women and babies (Guidelines cg190). *National Institute for Health and Excellence*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>.
 - NICE (2022). Intrapartum care for healthy women and babies. *NICE*.
 - NVOG. (2010). Zwangerschap en bevalling na een voorgaande sectio caesarea - Versie 1.0. *Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie*. <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2017/12/Zwangerschap-en-bevalling-na-een-voorgaande-sectio-caesarea-1.0-04-06-2010.pdf>.
 - Paymová, L., Švábík, K., Kališ, V., Ismail, K.M. & Rušavý, Z. (2022). Timing of caesarean section and its impact on levator ani muscle avulsion at the first subsequent vaginal birth—A pilot study. *Ceska Gynekologie*, 87(3), 173–178. <https://doi.org/10.48095/cccg2022173>.
 - Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (9th ed.). *Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins*.
 - Queensland Clinical Guidelines. (2020). Vaginal birth after caesarean (VBAC) - *Maternity and Neonatal Clinical Guideline*. https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0022/140836/g-vbac.pdf.
 - RANZCOG. (2019). Birth after previous caesarean section. *The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists*. <https://ranzocg.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/Birth-after-previous-caesarean-section.pdf>.
 - Ryan, G., O Doherty, K.C., Devane, D., McAuliffe, F. & Morrison, J. (2019). Questionnaire survey on women's views after a first caesarean delivery in two tertiary centres in Ireland and their preference for involve-



ment in a future randomised trial on mode of birth. *BMJ Open*, 9(10), e031766. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031766>.

- Stordeur, S., Jonckheer, P., Fairon, N. & De Laet, C. (2016). Geplande keizersnede: Wat zijn de gevolgen voor de gezondheid van moeder en kind? (1st ed.). *Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)*. <https://doi.org/10.57598/R275AS>.
- Tilden, E., Cheyney, M., Guise, J.-M., Emeis, C., Lapidus, J., Biel, F., et al. (2017). Vaginal Birth After Cesarean: Neonatal Outcomes and United States Birth Setting. *Am J Obstet Gynecol*, 216(4):403.e1-403.e8, doi: 10.1016/j.ajog.2016.12.001.
- Vaajala, M., Liukkonen, R., Ponkilainen, V., Kekki, M., Mattila, V.M. & Kuitunen, I. (2023). Delivery mode and fetal outcome in attempted vaginal deliveries after previous cesarean section: A nationwide register-based cohort study in Finland. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 36(1), 2198062. <https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2198062>
- Van Leeuw, V. & Leroy, C. (2022a). Perinatale gezondheid in het Brussels Gewest – Jaar 2021. *Centre d'épidémiologie périnatale*.
- Van Leeuw, V. & Leroy, C. (2022b). Perinatale gezondheid in Wallonië – Jaar 2021. *Centre d'épidémiologie périnatale*.
- Whitehorn A. & Ogonowska-Slodownik A., Johanna Briggs Institute Evidence Summary, Vaginal Birth After Cesarean Section: Factors Affecting Success, Search date 08/01/2022, gepubliceerd 15 maart 2023a.
- Whitehorn A. & Ogonowska-Slodownik A., Johanna Briggs Institute Evidence Summary, Birth After Cesarean: Vaginal, Search date 4 januari 2023, gepubliceerd 15 maart 2023b.
- Whitehorn A. & Ogonowska-Slodownik A., Johanna Briggs Institute Evidence Summary, Birth After Cesarean Section: Decision Aids, Search date 3 november 2020, gepubliceerd 5 maart 2023c.
- Whitehorn A. & Ogonowska-Slodownik A., Johanna Briggs Institute Evidence Summary, Birth After Cesarean Section: Elective Repeat Cesarean, Search date 4 januari 2023, gepubliceerd 5 maart 2023d.
- World Health Organization (2021). Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access. <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>

Wereldborstvoedingsweek van 1 oktober tot 7 oktober 2023



Jaarlijks wordt de Wereldborstvoedingsweek van 1 tot 7 oktober door 120 landen gevierd. Borstvoeding wordt dan extra in de kijker gezet. Ook in België sluiten heel wat organisaties en de overheid zich hierbij aan.

Zoals elk jaar publiceert het Federaal Borstvoedingscomité (FBVC) ter gelegenheid van de Wereld Borstvoedingsweek (WBW) een poster, in samenspraak met het Federaal Voedings-Gezondheidsplan (PFNS) De slogan van de poster is "Borstvoeding en werken, het kan!".

Steeds meer vrouwen in België willen borstvoeding blijven geven, ook wanneer ze het werk hervatten. Om hen hierbij te helpen, is het belangrijk dat gezondheidswerkers hen correcte informatie verstrekken op lichamelijk, voedings-, praktisch, juridisch en sociaal vlak. Het is eveneens belangrijk dat de hele samenleving hen aanmoedigt en ondersteunt.

De campagne kan gevolgd worden op www.borstvoedingnatuurlijk.be en op Facebook® 'Borstvoeding, ik ben voor'. De affiche kan gratis verkregen worden via info.borstvoeding@gezondheid.belgie.be.

Organiseerde jij een activiteit in het kader van de wereldborstvoedingsweek? Laat het even weten aan communicatie@vroedvrouwen.be. We maken graag een overzicht.