

# Ik behoor tot een risicogroep voor vasa previa

Ik behoor tot een van de volgende risicogroepen voor vasa previa:

- Ik heb een laagliggende placenta;
- Ik heb een IVF bevruchting gehad, of andere vruchtbaarheidsbehandeling;
- Mijn navelstreng komt niet in de placenta uit maar in de vliezen (velamenteuze navelstrenginsertie);
- Ik ben zwanger van een meerling (tweeling, drieling enz.);
- Ik heb een curettage of abortus gehad bij eerdere zwangerschappen;
- Mijn placenta bestaat uit meerdere delen (meerlobbig);
- Ik had placenta previa, maar die is omhooggetrokken.

## Wat kan ik vragen bij mijn 20 weken echo?

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat bovenstaande risicogroepen meer kans hebben op vasa previa. Het is dan ook belangrijk om hier tijdens de 20 weken echo aandacht voor te vragen bij de echoscopist.

Vragen die je kunt stellen aan je echoscopist:

1. Zou u met een Color Doppler echo willen kijken naar mijn placenta?
  - a. Kunt u kijken naar de placentavorm (bestaat mijn placenta uit één stuk of is hij meerlobbig?) en placentalokalisatie (ligt mijn placenta hoog, laag of marginaal (aan de rand) ten opzichte van de baarmoedermond?)
  - b. Kunt u kijken naar de navelstrenginsertie: Komt de navelstreng van mijn kind uit in het midden van de placenta, aan de rand (marginale insertie) of in de vliezen (velamenteuze navelstrenginsertie).
2. Lopen er onbeschermd navelstreng- of placentabloedvaten door de vliezen (=velamenteuze vaten)?
3. Lopen er onbeschermd navelstreng- of placentabloedvaten voor de geboorte-uitgang (=vasa previa)?

Als de echoscopist inderdaad onbeschermd bloedvaten ziet, moet hij of zij jou doorverwijzen naar de gynaecoloog. Deze bepaalt dan hoe groot de risico's zijn bij de bevalling. Als de velamenteuze vaten in de buurt van, of vóór de geboorte-uitgang lopen, bestaat er risico op beschadiging van die bloedvaten tijdens de bevalling (bij het breken van de vliezen of door de druk van de weeën). In het ergste geval scheuren de velamenteuze vaten en verliest het kind (een groot deel van) zijn bloed. Een baby heeft slechts 300 ml bloed in zijn lijfje, dat is zoveel als een limonadebeker. Hij kan er dus niet veel van missen.

De gynaecoloog kan het beste inschatten hoe groot dat risico is in jouw geval en of je vaginaal kunt bevallen of via een geplande keizersnede.

# Ik heb de diagnose vasa previa gekregen

Er is bij mij vastgesteld dat ik vasa previa heb, of dat er onbeschermde (velamenteuze) bloedvaten dicht bij de geboorte-uitgang lopen. Ik ben doorgestuurd naar de 2<sup>e</sup> lijn (het ziekenhuis).

## Wat kan ik vragen aan mijn gynaecoloog of echoscopist?

1. Hoeveel cm lopen de velamenteuze bloedvaten van de geboorte-uitgang af?

a. Als men aangeeft dat ze 0-5 cm van de uitgang liggen:

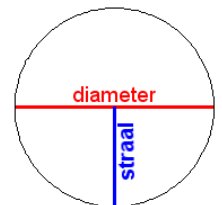
Wat is jullie behandelplan bij velamenteuze vaten die 0-5 cm van de geboorte-uitgang liggen?

*De Vasa Previa Foundation adviseert, dat velamenteuze vaten die tot 5 cm van de geboorte-uitgang af liggen, behandeld dienen te worden als vasa praevia.*

*De ontsluitingsdiameter is namelijk 10 cm, met een straal van 5 cm. Dit is het gebied dat het meeste risico loopt tijdens de bevalling. De bloedvaten scheuren*

*namelijk niet alleen bij het breken van de vliezen, maar ook bij het ontsluiten*

*van de baarmoedermond en de uitdrijving van de baby. Hierbij kunnen de vliezen verder scheuren, waarbij de in dit gebied aanwezige velamenteuze vaten groot risico lopen te scheuren.*



b. Als men aangeeft dat ze meer dan 5 cm van de uitgang liggen:

Wat is jullie behandelplan bij velamenteuze vaten die meer dan 5 cm van de geboorte-uitgang liggen?

*Een bevalling bij een velamenteuze insertie zal poliklinisch plaatsvinden, dus in het ziekenhuis. Je verloskundige mag dus jouw bevalling doen, maar wel in het ziekenhuis.*

2. Wat is het beleid van het ziekenhuis ten aanzien van vasa previa? Wordt er een geboorte-plan voor mij opgesteld?

a. Bij hoeveel weken zwangerschap gaan jullie een keizersnede plannen?

*De NVOG schrijft in haar richtlijn: 34-37 weken.*

*De VPF adviseert om in deze keuze ook rekening te houden met de zwangerschapsduur van eventuele eerdere kinderen. Als die eerder kwamen, is de kans groot dat dit kindje ook eerder komt. Ook kan er rekening gehouden worden met de cervixlengte: Als de cervix korter is dan 3 cm, heb je meer kans op vroeggeboorte.*

b. Bij hoeveel weken zwangerschap wordt ik opgenomen in het ziekenhuis?

*De VPF adviseert: een week vóór de keizersnede, afhankelijk van de lengte van de cervix.*

*Als de cervix korter is dan 3 cm, heb je meer kans op vroeggeboorte.*

c. Krijg ik spuiten om de longrijping van mijn kind te bevorderen?

d. Is er een noodplan, waar alle medewerkers van de verloskunde-afdeling van op de hoogte zijn?

Bij opname: Zijn ze op de hoogte van wat er moet gebeuren als:

- i. Mijn vliezen breken
- ii. Er bloedverlies plaatsvindt
- iii. Ik weeën krijg

Als ik nog thuis ben: Zijn ze op de hoogte van wat er moet gebeuren als ik bel met de mededeling:

- i. Mijn vliezen zijn gebroken
- ii. Ik heb weeën
- iii. Ik word wakker in een plas met bloed.

## Mijn vasa previa lijkt opeens verdwenen te zijn

Er is vasa previa bij jou vastgesteld tijdens een echo. Bij een vervolgecho zegt men dat er niks aan de hand is. Alles lijkt normaal te zijn.

### Wat kan ik nu doen?

Allereerst kan een velamenteuze navelstrenginsertie niet verdwijnen. Als die er eenmaal is, dan blijft die er. Er kan geen placentaweefsel omheen gaan groeien.

Datzelfde geldt bij een meerlobbige placenta. De twee placentadelen kunnen niet meer aan elkaar groeien.

Als een echoscopist constateert dat er geen sprake meer is van velamenteuze vaten of meerlobbige placenta, kunnen er twee dingen aan de hand zijn:

1. Tijdens de 20 weken echo is er niet goed gekeken. We noemen dit een 'vals positieve' bevinding.
2. Het zit er nog steeds, maar doordat het kind gegroeid is, is het minder goed of niet meer te zien. Het kind zit ervoor.

Wat je nu kunt doen is:

- a. Vragen of de gynaecoloog/echoscopist een echo wil maken met een vaginale (inwendige) echo (met Color Doppler flow), omdat ze het hiermee beter kunnen zien.
- b. Als ze het niet goed kunnen zien, vraag dan of ze de meest ervaren echoscopist erbij willen halen of willen overleggen met een collega ziekenhuis.
- c. Als je er nog steeds geen goed gevoel bij hebt: vraag om een second opinion bij een ander ziekenhuis.

Als een echoscopist constateert dat er geen sprake meer is van vasa previa (dus voorliggende vaten), kan er het volgende aan de hand zijn:

Door oprekking van de baarmoeder (door de groei van het kind) liggen de velamenteuze vaten, die eerst voor de uitgang lagen, nu niet meer exact voor de uitgang. Ze liggen dus nog wel steeds in de buurt. Dit betekent dat ze nog wel een (hetzij minder) gevaar opleveren, omdat deze bloedvaten onbeschermd zijn.

Je kunt de volgende vragen stellen:

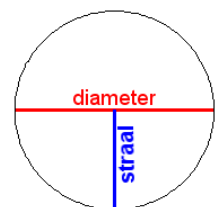
1. Hoeveel cm lopen de velamenteuze bloedvaten van de geboorte-uitgang af?

- a. Als men aangeeft dat ze 0-5 cm van de uitgang liggen:

Wat is jullie behandelplan bij velamenteuze vaten die 0-5 cm van de geboorte-uitgang liggen?

*De Vasa Previa Foundation adviseert, dat velamenteuze vaten die tot 5 cm van de geboorte-uitgang af liggen, behandeld dienen te worden als vasa praevia.*

*De ontsluitingsdiameter is namelijk 10 cm, met een straal van 5 cm. Dit is het gebied dat het meeste risico loopt tijdens de bevalling. De bloedvaten scheuren namelijk niet alleen bij het breken van de vliezen, maar ook bij het ontsluiten van de baarmoedermond en de uitdrijving van de baby. Hierbij kunnen de vliezen verder scheuren, waarbij de in dit gebied aanwezige velamenteuze vaten groot risico lopen te scheuren.*



- b. Als men aangeeft dat ze meer dan 5 cm van de uitgang liggen:

Wat is jullie behandelplan bij velamenteuze vaten die meer dan 5 cm van de geboorte-uitgang liggen?

*Een bevalling bij een velamenteuze insertie zal poliklinisch plaatsvinden, dus in het ziekenhuis. Je verloskundige mag dus jouw bevalling doen, maar wel in het ziekenhuis.*