

Het draaien van een kind in stuitligging

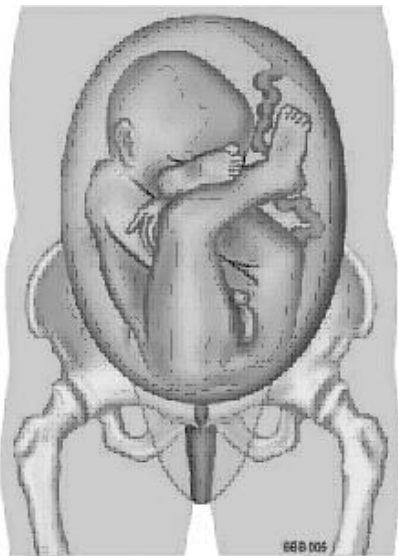
Uw verloskundige heeft vastgesteld dat uw kindje in stuitligging ligt. In deze brochure informeren wij u hierover.

Bij een stuitligging ligt een kind met het hoofd boven in de baarmoeder en met de billen of benen naar beneden. Indien uw verloskundige rond 35 weken zwangerschapsduur bemerkt dat uw kind in stuitligging ligt, wordt u verwezen naar het ziekenhuis.

In het ziekenhuis is het mogelijk om te proberen het kindje te draaien naar een hoofdligging (versiepoging). Het kan zijn dat zo'n poging tot draaien niet mogelijk is, niet het gewenste resultaat oplevert of niet door u gewenst is. Wanneer hier sprake van is, dan bespreken we met u wat de mogelijkheden ten aanzien van de bevalling in ons ziekenhuis zijn.

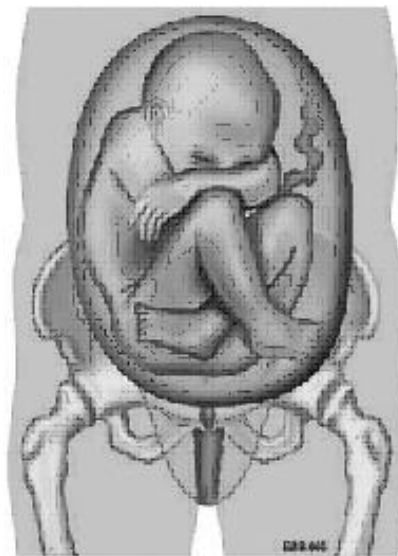
Verschillende soorten stuitligging

Er zijn verschillende soorten stuitligging:



Onvolkomen stuitligging

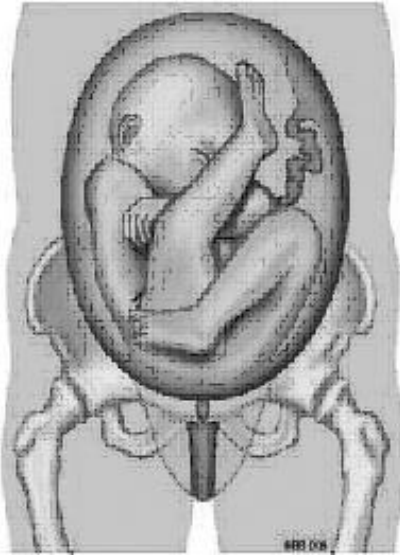
De benen liggen omhoog en volledig gestrekt naast het lichaam.



Volkomen stuitligging

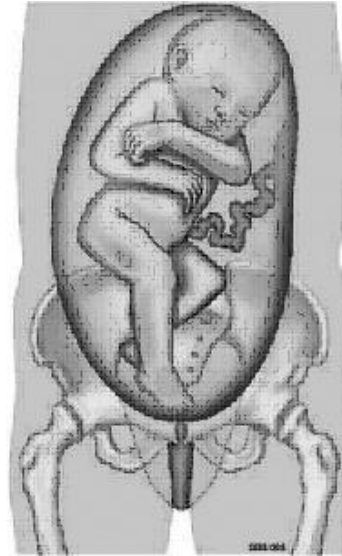
De bovenbenen liggen gestrekt naast het lichaam, de knieën zijn gebogen, zodat de voeten naast de billen liggen.

De informatie in deze folder is van algemene aard en is bedoeld om u een beeld te geven van de zorg en voorlichting die u kunt verwachten. In uw situatie kunnen andere adviezen of procedures van toepassing zijn. Deze folder is dan ook slechts een aanvulling op de specifieke (mondelijke) voorlichting van uw specialist of behandelaar.



Half onvolkomen stuitligging

Eén been ligt gestrekt naar boven zoals bij een onvolkomen stuitligging, het andere been ligt naar beneden zoals bij een volkomen stuitligging.



Voetligging

Het kind ligt met één of beide benen gestrekt naar beneden, zodat een of twee voeten onder de billen liggen.

Percentage stuitligging

Vroeg in de zwangerschap ligt ongeveer een derde van de kinderen in stuitligging. Naarmate de zwangerschap vordert, draaien steeds meer kinderen naar hoofdligging. Bij een zwangerschapsduur van 32 weken ligt ongeveer 10-15% van de kinderen in stuitligging. Rondom een zwangerschapsduur van 37 weken is dat nog bij ongeveer 3% van de kinderen het geval. Bij meer dan 85% van de zwangeren wordt er geen oorzaak voor de stuitligging gevonden.

Wat betekent een stuitligging voor u?

Indien uw kindje in stuitligging ligt dient u altijd in het ziekenhuis te bevallen, of u nu kiest voor een vaginale bevalling of voor een keizersnede. Omdat aan beide opties bepaalde nadelen kleven ten opzichte van een hoofdligging, wordt vaak geprobeerd het kindje te draaien. Als het lukt om uw kind te draaien, kunt u in principe gewoon thuis bevallen, tenzij u een andere reden heeft voor een ziekenhuisbevalling.

Het draaien van een kind in stuitligging

Waar vindt het draaien van een kind in stuitligging plaats?

Het draaien van een kind in stuitligging gebeurt op het zogenaamde 'versiespreekuur', locatie Veldhoven, op de kraamsuites, route 105. De afdeling verloskunde heeft een speciaal team voor het draaien van baby's. Twee gynaecologen zijn hierin gespecialiseerd. De versie wordt door een van hen uitgevoerd.

Mocht een versieping niet gelukt zijn dan krijgt u een week later een vervolgspraak. Tijdens dit gesprek krijgt u uitgebreide uitleg over de voor- en nadelen van een vaginale bevalling en een keizersnede.

Hoe gaat een poging tot draaien van stuitligging naar hoofdligging (versieping) in zijn werk?

U ligt op een bed of onderzoeksbank. Voordat de arts met het draaien begint controleert hij/zij door middel van een echo: de ligging van uw kind, de ligging van de placenta en de hoeveelheid vruchtwater. Door middel van een CTG (cardiotocogram) wordt gedurende 30 tot 60 minuten de conditie van de baby beoordeeld.

Het draaien

Als u een ontspannen houding hebt gevonden en de hartslag van uw kind normaal is, wordt de versie verricht. De draaiing wordt door één persoon uitgevoerd en duurt bijna altijd minder dan 30 seconden.

Met één hand pakt de arts net boven uw schaambeent de billen van het kind vast en probeert deze omhoog te drukken. De andere hand pakt aan de bovenkant van uw buik het hoofd van het kind en probeert dit naar beneden te duwen. Zo wordt geprobeerd het kind voor- of achterover te laten 'duikelen' totdat het hoofd beneden ligt. De meeste vrouwen vinden het draaien gevoelig. Indien het voor u te gevoelig of te pijnlijk is, stoppen we direct met de procedure. Dit komt gelukkig bijna niet voor.

Soms is het noodzakelijk een medicijn toe te dienen om de kans op slagen te vergroten. Dit medicijn ontspant de baarmoeder waardoor het draaien van de baby makkelijk gaat.

Vanwege de (kortdurende) bijwerkingen wordt het alleen gegeven als de eerste poging zonder het medicijn niet is gelukt.

Na afloop

Na afloop van de poging bekijken we de ligging van uw kind door middel van een echo en controleren we opnieuw de hartslag van het kind gedurende 30 tot 60 minuten. Wanneer de hartslag van uw kind normaal is en u zich goed voelt, kunt u naar huis. Mocht de versieping niet gelukt zijn dan krijgt u een vervolgspraak een week later. Tijdens dit gesprek krijgt u uitgebreide uitleg over de voor- en nadelen van een vaginale bevalling en een keizersnede. Als u dat wilt kunt u in Máxima Medisch Centrum vaginaal te bevallen van een baby in stuitligging.

Zwangerschapsduur en slagingskans bij poging tot draaien

De meest geschikte zwangerschapsduur om een versieping te doen is vanaf 35 weken. De kans dat uw kind na een draaipoging in hoofdligging ligt is ongeveer 65%. Vóór een zwangerschapsduur van 35 weken is het meestal makkelijker om het kind te draaien maar is de kans ook groter dat het kind weer teruggedraait naar stuitligging. Als de stuitligging later in de zwangerschap wordt ontdekt kan alsnog een poging plaatsvinden echter met een kleinere kans op succes.

Veiligheid bij poging tot draaien

Voor u en uw kind is een poging tot draaien een veilige methode. U kunt enkele uren last hebben van de bijwerkingen (warmtesensaties, hoofdpijn) van het medicijn om de baarmoeder te ontspannen en uw buik kan door het harde duwen een paar dagen gevoelig en pijnlijk zijn. Dit kan echter geen kwaad.

Uw kind kan na het draaien tijdelijk een wat lagere frequentie van de hartslag hebben, de kans hierop is ongeveer 6%. In een enkel geval, bij ongeveer 0,37%, blijft de hartslag afwijkend. Wanneer dit het geval is, moet uw kind geboren worden en zal er op dat moment een keizersnede gedaan worden.

Vervolgcontroles na het draaien

Indien bij een volgend bezoek aan de verloskundige of gynaecoloog uw kind terug naar stuitligging is gedraaid, bespreken we de mogelijkheid van een tweede poging tot draaien. De kans op terugdraaien is ongeveer 10%. Blijft uw kind in stuitligging liggen, dan blijft u de rest van de zwangerschap in het ziekenhuis onder controle en bespreken we met u wat de mogelijkheden van bevallen in ons ziekenhuis zijn.

Rhesusfactor

Indien uw bloedgroep Rhesus D negatief is, en uw baby een Rhesus D positieve bloedgroep heeft, krijgt u na afloop van de versie-poging, ongeacht het resultaat, een injectie met anti-D. Dit is ter voorkoming van de vorming van antistoffen tegen de bloedcellen van uw baby.

Vaginale bevalling of keizersnede bij een stuitligging

De bevalling van een kind in stuitligging roept de laatste jaren veel vragen op bij patiënten en gynaecologen in binnen- en buitenland. In oktober 2000 werd een (buitenlands) onderzoek gepubliceerd, waarin een vaginale stuitbevalling werd vergeleken met een geplande keizersnede. De conclusie van dit onderzoek is dat kinderen in stuitligging die met een geplande keizersnede werden geboren na een maand in een beter conditie waren dan de kinderen die via een vaginale bevalling werden geboren (2% kinderen met sterfte of een slechtere start na een geplande keizersnede versus 5% na een geplande vaginale bevalling). Op 2-jarige leeftijd was dit verschil niet meer aantoonbaar. Verder blijkt uit het onderzoek dat bij 40% van de vrouwen die aan een vaginale bevalling begonnen, alsnog een keizersnede gedaan werd. Vooralsnog zijn de meeste Nederlandse gynaecologen van mening dat in veel situaties een vaginale bevalling verantwoord is onder de voorwaarden die in ons land gebruikelijk zijn. Wel vinden zij het belangrijk dat u op de hoogte bent van de kans op complicaties, zowel bij een vaginale bevalling als bij een keizersnede.

In 2017 is er voor zwangeren met een baby in stuitligging een overzicht gemaakt van alle voor- en nadelen van een keizersnede versus een stuitbevalling. Deze is te vinden op www.consultkaart.nl. Dit overzicht is ontwikkeld in samenwerking met de landelijke beroepsvereniging van de gynaecologen (NVOG) en Patiëntenfederatie Nederland.

Vaginale bevalling bij een stuitligging

Evenals bij een bevalling van een kind in hoofdligging, kent een stuitbevalling drie verschillende perioden: de ontsluitingsfase, de uitdrijvingsfase en de periode na de geboorte.

De ontsluitingsfase verloopt niet anders dan bij een bevalling van een kind in hoofdligging. Als de ontsluiting op een moment niet vordert, dan kiezen we er meestal niet voor om de weeën krachtiger te maken met medicijnen. We kiezen dan voor een keizersnede. Tijdens de uitdrijvingsfase halen we het einde van het verlosbed weg en zet u uw benen in beensteunen. Zo ontstaat er meer ruimte om uw kind geboren te laten worden. Tevens krijgt u een infuus om de laatste persweeën eventueel krachtiger te maken om uw kind makkelijker geboren te laten worden. Wanneer er tijdens het persen onvoldoende vordering is, wordt alsnog een keizersnede gedaan. De periode na de geboorte verloopt hetzelfde als na een bevalling van een kind in hoofdligging.

Wanneer is een vaginale bevalling verantwoord?

Elke gynaecoloog wil dat u na de bevalling tevreden bent en met een gezond kind ons ziekenhuis kunt verlaten. Dit betekent dat de gynaecoloog samen met u afweegt of een vaginale bevalling veilig is of dat het beter is een keizersnede te doen.

Voorwaarden voor een veilige vaginale bevalling zijn:

- een eventuele vorige bevalling verliep ongecompliceerd;
- uw kind heeft een normaal (geschat) gewicht;
- het hoofdje van uw kind ligt bij echoscopisch onderzoek voorovergebogen;
- tijdens de bevalling vordert de ontsluiting en de uitdrijving goed;
- bij voorkeur liggen de billen beneden en niet de voeten.

Complicaties bij een vaginale stuitbevalling

Bij elke bevalling kunnen complicaties optreden. De meeste gynaecologen zijn van mening dat onder de bovenbeschreven veilige en verantwoorde omstandigheden de kans op ernstige complicaties bij een vaginale stuitbevalling klein is.

De kans op complicaties bij de moeder is bij een stuitbevalling niet groter dan bij een kind in hoofdligging. Wel is er een grotere kans dat tijdens de bevalling alsnog wordt besloten tot een keizersnede. Bovendien is er een grotere kans dat een kind, geboren na een vaginale bevalling in stuitligging, op de couveuseafdeling moet worden opgenomen. Uit recent onderzoek blijkt dat de couveuseopname na de geboorte weinig gevolgen heeft voor de gezondheid en ontwikkeling van het kind op lange termijn.

Keizersnede bij een stuitligging

Voor algemene informatie over de keizersnede verwijzen wij u naar de folder 'De keizersnede'. (verkrijgbaar op de polikliniek). In deze folder bespreken wij alleen de kans op complicaties.

Complicaties keizersnede

Een keizersnede is een relatief veilige operatie. Complicaties die kunnen optreden bij de moeder zijn: nabloeding in de buik, wondinfectie, een beschadiging van de blaas of darmen, darmen die niet goed op gang komen, blaasontsteking en trombose. Langdurige pijn als

gevolg van een zenuwbeschadiging bij de snede is een zeer zelden voorkomende complicatie. De kans op ernstige gezondheidscomplicaties en sterfte als gevolg van de operatie is voor gezonde zwangeren erg klein, maar groter dan na een gewone bevalling. In een enkel geval zal de bevalling zo snel gevorderd zijn dat een keizersnede niet meer mogelijk is.

Gevolgen voor volgende zwangerschappen

Na een keizersnede is er een litteken in de baarmoeder. Dit geeft een verhoogde maar kleine kans op complicaties tijdens een volgende bevalling. Om die reden moet u na een keizersnede tijdens een volgende bevalling altijd in het ziekenhuis bevallen.

Het maken van een keuze

Als het voor u als aanstaande ouders mogelijk is te kiezen tussen een gewone bevalling of een keizersnede, is het belangrijk dat u alle voor- en nadelen zo goed mogelijk op een rij zet.

Voor- en nadelen vaginale stuitbevalling

Voordelen:

- geen nadelen van operatie
- kortere ziekenhuisopname moeder (en kind)
- sneller herstel moeder
- thuisbevalling volgende zwangerschap mogelijk
- op 2-jarige leeftijd slechts een gering verschil tussen de kinderen geboren na vaginale bevalling of keizersnede

Nadelen:

- grotere kans op gezondheidsproblemen kind direct na de geboorte

Voor- en nadelen geplande keizersnede

Voordelen:

- kleinere kans op gezondheidsproblemen kind direct na de geboorte

Nadelen:

- langere ziekenhuisopname (minimaal 4 dagen)
- langzamer herstel moeder
- iets grotere kans complicaties moeder
- geen thuisbevalling volgende zwangerschap mogelijk
- iets grotere kans op complicaties tijdens een volgende zwangerschap en bevalling in verband met litteken baarmoeder

Kunt u kiezen?

De vraag of u kunt kiezen tussen een vaginale bevalling en een keizersnede is afhankelijk van eerder genoemde factoren die te maken hebben met moeder en kind. In sommige situaties is er geen keuze mogelijk en in andere situaties zijn beide mogelijkheden verantwoord en kunt u doorgaans kiezen tussen een keizersnede of een vaginale bevalling.

Vragen

U vindt in deze folder veel informatie. Aarzel niet om vragen en onduidelijkheden met de gynaecoloog te bespreken. Het is belangrijk dat u goed bent voorgelicht om een weloverwogen keuze te kunnen maken.

Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen, dan kunt u contact opnemen met de polikliniek gynaecologie via telefoonnummer (040) 888 83 80. Ook kunt u uw vragen stellen tijdens de volgende zwangerschapscontrole.