

Bevallen bij een stuitligging

Algemene info stuitligging

Sommige kinderen liggen aan het einde van de zwangerschap in stuitligging. Meestal is onduidelijk waarom het kind aan het van de zwangerschap nog steeds in stuit ligt. Kans op stuitligging is verhoogd bij:

- meerlingzwangerschap
- een afwijkende vorm van de baarmoeder
- placenta of vleesboom voor de uitgang

Er kan dan een poging worden ondernomen om uw kind te draaien tot hoofdligging. Dit is mogelijk bij u geprobeerd en is helaas niet gelukt. Als de versie niet gelukt is of u wilt geen versie ondergaan zijn er twee mogelijkheden.

- De vaginale bevalling waarbij de billen of voeten als eerste worden geboren.
- Een geplande keizersnede.

De gynaecoloog bespreekt met u welke mogelijkheden in uw situatie realistisch zijn.

Bij de stuitligging heeft u een echo gehad. De echoscopist bekijkt of er een oorzaak is voor de stuitligging. De echoscopist kijkt ook naar de stand van het hoofd van de baby, de hoeveelheid vruchtwater, de grootte van het kind, de ligging van de placenta en naar eventuele vleesbomen of andere afwijkingen die de ingang van het bekken blokkeren. Dit is ook van belang om het beleid rondom de bevalling te bepalen.

In Nederland hebben de gynaecologen een aantal voorwaarden afgesproken waaronder een gewone, vaginale bevalling verantwoord is, ook bij een stuitligging.

De vaginale bevalling bij een stuitligging.

Hoe verloopt een gewone bevalling in stuitligging?

Een stuitbevalling lijkt in veel opzichten op een bevalling van een kind in hoofdligging. Er zijn ook drie fasen: de ontsluiting, het persen en de periode na de geboorte. De ontsluitingsfase verloopt vaak iets anders bij een stuitbevalling. De billen, benen of voeten liggen naar beneden en drukken op de baarmoedermond. Deze zijn kleiner dan het hoofd en kunnen daardoor sneller door de baarmoedermond zakken. U kunt daardoor eerder dan dat er volledige ontsluiting is persdrang krijgen. De verloskundige of gynaecoloog zal u dan vragen om nog niet te gaan persen.

Het persen zelf gaat hetzelfde als bij een kind in hoofdligging, aan het einde, (als het lichaam van de baby geboren is tot ongeveer halverwege) vraagt de gynaecoloog u te zuchten en te stoppen met persen. In de volgende wee kan dan het hoofd in een keer geboren worden. Bij de geboorte van het hoofd drukt een assistent vaak boven het schaambeentje om ervoor te zorgen dat het hoofd goed door het bekken gaat.

Bij een stuitbevalling maakt men bijna altijd een "dwarsbed": het voeteneinde van het verlosbed wordt weggehaald en u plaatst uw benen in beensteunen (net als bij inwendig onderzoek op een gynaecologische stoel). De gynaecoloog kan dan tussen uw benen staan om te helpen bij de geboorte. Bij een kind in onvolkomen stuitligging (met de benen omhoog), worden eerst de billen geboren, daarna de rest van het lichaam en de armen, en tot slot het hoofd. De geboorte van een kind in volkomen stuitligging verloopt hetzelfde, maar

dan worden eerst een of twee benen geboren. Controle van de hartslag kan of uitwendig, via de buik, of inwendig, via een elektrodedraadje op de bil van uw kind.

Mogelijke complicaties voor de moeder

De kans op complicaties bij de moeder zijn gelijk aan de kans op complicaties bij een bevalling van een kind in hoofdligging. Wel is er meer kans dat er tijdens de bevalling wordt besloten tot een keizersnede, in vergelijking met een bevalling in hoofdligging.

Mogelijke complicaties bij het kind

Op de lange termijn is er geen verschil tussen kinderen in stuitligging die via een keizersnede zijn geboren en die vaginaal zijn geboren. De ontwikkeling verloopt hetzelfde en er is geen grotere kans op sterfte. Uit onderzoek onder tweejarige kinderen (geboren in stuitligging) blijkt dat de gezondheid van kinderen die in een couveuse hebben gelegen niet verschilde van kinderen die niet in een couveuse hebben gelegen.

Kinderen in stuitligging die vaginaal worden geboren, worden vaker kort na de geboorte op de couveuseafdeling opgenomen dan kinderen die geboren worden na een keizersnede. Na een vaginale stuitbevalling na 38 zwangerschapsweken is bij ongeveer 5% van de kinderen couveuseopname nodig, en dat is tien keer vaker dan na een keizersnede. Er bestaan verschillende redenen voor zo'n opname. Soms heeft het kind na de geboorte behoefte aan extra zuurstof of ademhalingsondersteuning. Soms ontstaat er een beschadiging bij de geboorte, zoals een botbreuk, een zenuwbeschadiging of een hersenbloeding. Dit komt slechts zelden voor (bij ongeveer 1% van alle kinderen in stuitligging), maar ongeveer tweemaal vaker dan na een keizersnede.

De keizersnede in het algemeen

Een keizersnede is een operatie waarbij het kind via de buikwand ter wereld komt. De operatie duurt ongeveer 45 minuten, soms langer, soms korter. De baby wordt meestal binnen een kwartier na het begin van de operatie geboren. Daarna maakt de gynaecoloog de baarmoeder en de verschillende lagen van de buikwand met hechtingen dicht.

- **Een geplande keizersnede.**

In andere gevallen blijkt tijdens de zwangerschap dat een keizersnede nodig is, bijvoorbeeld als de placenta voor de baarmoedermond ligt, er sprake is van een stuitligging. Het kan ook zijn dat je zelf een keizersnede verkiest boven een vaginale stuitbevalling. In deze gevallen spreekt men van een geplande of primaire keizersnede.

- **Een keizersnede tijdens de bevalling**

Vaak wordt pas tijdens de bevalling duidelijk dat een keizersnede nodig is, dit noemt men een secundaire keizersnede. De meest voorkomende redenen daarvoor zijn het niet vorderen van de bevalling en/of dreigend zuurstofgebrek van het kind.

Bij een keizersnede zijn er twee soorten verdovingen mogelijk: narcose en een ruggenprik. De ruggenprik is de meest gebruikte manier van verdoving vanwege het grootste voordeel dat u de geboorte van uw kind bewust meemaakt. Het is maar zelden dat er gebruik wordt gemaakt van narcose tijdens een keizersnede. Soms bij extreme spoed of als om andere redenen een ruggenprik niet mogelijk is.

Een ruggenprik

Bij een ruggenprik spuit de anesthesist verdovende vloeistof tussen de ruggenwervels. Meestal wordt de huid eerst plaatselijk verdoofd. Vaak voelt u dan de ruggenprik zelf nauwelijks meer. Al snel worden uw onderlichaam en benen gevoelloos. Soms bent u kortdurend wat misselijk als gevolg van een bloeddrukdaling.

Bij een ruggenprik maakt u de geboorte van uw kind bewust mee, en al tijdens de operatie kunt u uw kind zien, horen en aanraken.

U hebt tijdens de operatie geen pijn; wel voelt u soms dat er getrokken wordt of op de buik geduwd. Een enkele keer reikt de verdoving iets hoger dan alleen uw onderlichaam. Het lijkt dan of ademen moeilijk gaat. Dit is vervelend, maar het kan geen kwaad.

Narcose

Bij narcose slaapt u tijdens de keizersnede. De narcose wordt zo gegeven dat het kind zo weinig mogelijk medicijnen zoals inslaapmiddelen en pijnstillers via de placenta krijgt. De medicijnen voor de narcose worden via een infuus ingespoten. Soms krijgt u van te voren wat zuurstof via een kapje of slangetje voor of in uw neus. Terwijl u slaapt krijgt u een buisje in uw luchtpijp voor de beademing. U voelt geen pijn en wordt wakker als de operatie klaar is en de baby en de placenta geboren zijn.

De operatie

Bijna altijd maakt de gynaecoloog een 'bikinisnede', een horizontale (dwarse) snede van 10-15 cm vlak boven het schaambeentje, in de haargrens. Bij uitzondering wordt soms een snede van de navel naar beneden gemaakt. Na de snede in de huid worden het vet onder de huid en een laag verstevigend bindweefsel boven de buikspieren doorgesneden. De lange buikspieren die van de ribbenboog naar beneden lopen worden opzij geschoven, en vervolgens opent de gynaecoloog de buikholte. De blaas, die voor een deel over de baarmoeder heen ligt, wordt losgemaakt van de baarmoeder en naar beneden geschoven. Daarna haalt de gynaecoloog meestal via een dwarse snede in de baarmoeder uw kind naar buiten. Hierbij kan er op de buik gedrukt worden.

Als uw kind geboren is, wordt de navelstreng doorgesneden. Omdat alles steriel moet blijven, mag de vader dit niet zelf doen, zoals bij een 'normale' bevalling. Na het doorknippen van de navelstreng krijgt u via het infuus doorgaans een antibioticum en een medicijn om de baarmoeder te laten samentrekken. Als de placenta geboren is, hecht de gynaecoloog de baarmoeder en de verschillende lagen van de buikwand.

De opvang van de baby op de operatiekamer gebeurt door de kinderarts. Als er geen problemen zijn mag de baby nog even bij moeder liggen. Daarna gaan u partner en uw baby naar de kraamafdeling en mag de baby bij de partner 'buidelen' totdat moeder weer terug is op de afdeling. Soms is het nodig dat de baby wordt opgenomen op de kinderafdeling.

De keizersnede bij een stuitligging

De keizersnede op zichzelf verschilt niet van een keizersnede bij een hoofdligging.

Mogelijke complicaties bij de moeder

De kans op ernstige complicaties door een keizersnede is voor gezonde zwangeren heel erg klein, maar toch altijd groter dan na een gewone bevalling. Het gaat hier om niet-levensbedreigende complicaties. Sommigen komen ook na een gewone bevalling voor, zoals bloedarmoede of trombose. Anderen zijn een gevolg van de keizersnede, zoals een nabloeding in de buik, een bloeduitstorting of wondinfectie, een beschadiging van de blaas of darmen die niet goed op gang komen de eerste dagen na een keizersnede. Een blaasontsteking (i.v.m. katheteriseren tijdens de keizersnede) komt vaker voor dan na een gewone bevalling.

Mogelijke complicaties bij het kind

Een enkele keer is het moeilijk om een kind in stuitligging via een keizersnede uit de baarmoeder te halen, en kan een (zenuw)beschadiging optreden. Soms moet de keizersnede erg vroeg in de zwangerschap worden gepland om een spontane bevalling te voorkomen. Dan kan het kind longproblemen krijgen, waarvoor opname op de couveuseafdeling noodzakelijk is. Daarom doet men bij een stuitligging in principe geen keizersnede voordat de zwangerschap 39 weken gevorderd is.

Na de keizersnede

Een keizersnede veroorzaakt een litteken in de baarmoeder. Dit is een nadeel bij een volgende bevalling. U krijgt na een keizersnede het advies om bij een volgende zwangerschap in het ziekenhuis te bevallen, omdat het litteken een verhoogde kans op complicaties tijdens een volgende bevalling met zich meebrengt. Het litteken kan bijvoorbeeld openscheuren, de placenta kan voor de opening liggen, of de placenta kan heel vast met de baarmoeder vergroeid zijn wat veel meer bloedverlies na de bevalling geeft. Een zeldzaam gevolg is dat de baarmoeder na de keizersnede verwijderd moet worden. Deze complicaties komen zelden voor, maar wel vaker na een keizersnede dan na een gewone bevalling.

Het maken van een keuze

Wanneer is een vaginale bevalling mogelijk?

Aan het einde van de zwangerschap zal de gynaecoloog met u en uw partner bespreken of een bevalling veilig is, of dat het beter is om voor een keizersnede te kiezen. Voor een veilige vaginale bevalling gelden enkele voorwaarden:

1. Er waren geen ernstige problemen bij een evt. vorige bevalling, zoals een technisch lastig uit te voeren vacuüm- of tangverlossing (een gemakkelijk uit te voeren vacuüm of tangverlossing de vorige keer is geen bezwaar).
2. Het geschatte gewicht van het kind is niet te hoog.
3. Het hoofd van het kind ligt voorover en niet achterover gebogen.
4. Er is enige indaling van de stuit in het bekken.
5. De ontsluiting en de uitdrijving vorderen goed tijdens de bevalling.

Heeft u eigenlijk wel een keuze?

Uw gynaecoloog geeft advies bij een stuitligging. Veel vrouwen kunnen zelf kiezen tussen een keizersnede of een vaginale bevalling. Een voorwaarde is wel dat de gynaecoloog die de vaginale bevalling zal begeleiden, dit ook verantwoord vindt. In dat geval is er weinig reden om toch voor een keizersnee te kiezen.

In een aantal situaties hebt u geen keuze:

- Het is te laat om een keizersnede te doen: het kind staat op het punt geboren te worden.
- De gynaecoloog vindt het niet verantwoord om u vaginaal te laten bevallen, bijvoorbeeld omdat het kind te groot is of niet gunstig ligt, omdat u de vorige keer een technisch lastig verlopen bevalling hebt gehad, omdat de ontsluiting of de uitdrijving niet goed vordert of omdat de harttonen van het kind verslechteren.

Het verschil tussen een vaginale baring en een keizersnede is alleen onderzocht voor de zogeheten 'a terme-stuiten'. Dat zijn kinderen in stuitligging die na een normale zwangerschapsduur worden geboren (tussen de 37 en 42 weken).

Het maken van een keuze

Als u als aanstaande ouders kunt kiezen tussen een gewone bevalling of een keizersnede, is het belangrijk dat u alle argumenten zo goed mogelijk op een rij zet. Veel ouders denken dat de keizersnede de veiligste manier is, maar een keizersnede heeft ook nadelen. We zetten de voor- en nadelen van beide manieren van bevallen op een rij:

Voordelen vaginale bevalling

- Natuurlijk, spontaan
- Geen nadelen van een operatie
- Kortere ziekenhuisopname
- Sneller herstel
- Volgende bevalling eventueel thuis

Nadelen vaginale bevalling

- Iets hogere kans op problemen bij het kind kort na de geboorte

Voordelen keizersnede

- Iets minder kans op problemen bij het kind na de geboorte

Nadelen keizersnede

- Langere ziekenhuisopname
- Langer/langzamer herstel
- Hogere kans op complicaties voor de moeder
- Geen thuisbevalling meer mogelijk
- Iets hogere kans op complicaties tijdens de volgende zwangerschap

Tot slot.

Een kind in stuitligging kan aanleiding geven tot veel vragen. U kunt uw ideeën, twijfels en zorgen bespreken bij het volgende bezoek aan de gynaecoloog. Deze folder is bedoeld om dit gesprek voor te bereiden,