

Uitwendige versie bij stuitligging

Inleiding

De meeste kinderen liggen vanaf 36 weken in hoofdligging. Bij 3 tot 4% van de zwangerschappen vanaf 36 weken ligt het kind in stuitligging.

Wat is een stuitligging?

Bij een stuitligging ligt het hoofd van het kind bovenin de baarmoeder en de billen beneden bij de ingang van het bekken. Er zijn verschillende soorten stuitligging (zie afbeelding 1):

- Onvolkomen stuitligging

De benen liggen gestrekt omhoog naast het lichaam.

- Volkomen stuitligging

De benen zijn gebogen zodat de voeten bij de billen liggen.

- Half onvolkomen stuitligging

Een been ligt gestrekt naar boven, het andere been ligt gebogen naar beneden.

- Voetligging

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



1a. Onvolkomen stuitligging: met de benen omhoog langs het lichaam



1b. Volkomen stuitligging: met gebogen knieën zodat de voeten naast de billen liggen



1c. Half (on)volkomen stuitligging: één been als volkomen, één been als onvolkomen stuitligging



1d. Voetligging: benen gestrekt omlaag zodat een of beide voeten onder de billen lig(t)(gen)

Wat is de oorzaak van een stuitligging?

In de meeste gevallen is er geen oorzaak voor de stuitligging (85%).

Wel komt een stuitligging vaker voor bij:

- een meerlingzwangerschap;
- bij een placenta die voor de uitgang van de baarmoeder ligt;
- bij bepaalde vormafwijkingen aan de baarmoeder;
- verminderde beweeglijkheid van het kind.

Om deze oorzaken uit te sluiten wordt bij elke stuitligging een uitgebreide echo gemaakt, hierbij wordt gekeken naar:

- ligging en grootte van het kind;
- hoeveelheid vruchtwater;
- plaats van de placenta.

Welke keuzes heeft u?

Nu uw kind in stuitligging ligt, en de echo geeft geen afwijkende bevindingen heeft u twee keuzemogelijkheden:

1. Een uitwendige versie waarbij een versiekundige (verloskundige en/of gynaecoloog) uw kind probeert te draaien naar hoofdligging;
2. Afwachten.

Indien u afwacht is de kans op spontane draaiing na 35-36 weken klein. Kiest u voor afwachten of lukt de versie niet dan heeft u daarna twee opties die u met de gynaecoloog kunt bespreken, een vaginale stuitbevalling of een geplande keizersnede.

Waarom een uitwendige versie?

Voor een kind is hoofdligging de meest natuurlijke ligging om geboren te worden. Een normale bevalling in hoofdligging geeft de minste kans op complicaties voor moeder en kind. Na een vaginale stuitbevalling of een keizersnede wordt een kind vaker opgenomen op de couveuseafdeling.

De moeder heeft na een keizersnede een groter risico op complicaties dan bij een normale bevalling:

- wondinfectie;
- nabloeding;
- beschadiging van de blaas;
- het niet goed op gang komen van de darmen.

Alle volgende bevallingen na een keizersnede moeten plaatsvinden in het ziekenhuis onder leiding van de gynaecoloog omdat de baarmoeder een litteken heeft, een thuisbevalling is voor altijd uitgesloten. Tijdens de bevalling bestaat een klein risico dat dit litteken scheurt (1%). Ook is er een geringe kans dat tijdens een volgende zwangerschap de placenta ingroeit in het litteken van de keizersnede, wat veel bloedverlies met zich meebrengt en bij hoge uitzondering ook verwijdering van de baarmoeder tot gevolg heeft.

Wanneer een uitwendige versie?

Het beste moment om uw kind te draaien is rond de 35-36 weken. Veel kinderen draaien nog spontaan in hoofdligging voor deze termijn. Daarom is het verstandig om uw kind pas te gaan draaien rond deze termijn. Soms is het beter om iets eerder te draaien of later te draaien, maar dat is een uitzondering. Daarnaast is het van belang dat er voldoende vruchtwater aanwezig is.

Het is bijna altijd mogelijk om tot aan de bevalling een versie te proberen. Daarbij is het wel van belang dat er geen sprake is van gebroken vliezen en/of weeën.

Wie voert de uitwendige versie uit?

In onze regio worden de versies uitgevoerd door het versieteam. Dit team bestaat uit gespecialiseerde verloskundigen en gynaecologen die samen met u de versie gaan uitvoeren.

De uitwendige versie

Bij uitwendige versie is het belangrijk de conditie van het kind tevoren te controleren. Dit gebeurt door middel van een CTG registratie. Hierbij wordt de hartactie van het kind voor minimaal een half uur geregistreerd.

Aansluitend zal er via echoscopie gecontroleerd worden of het kind nog in stuitligging ligt. Er bestaat de mogelijkheid dat u vlak voor de versiepoging via een infuusnaald een middel krijgt ingespoten dat ervoor zorgt dat de baarmoeder zich gedurende ongeveer een kwartier ontspant. Dit zal door u versiekundige voorafgaand aan de versiepoging met u besproken worden.

Belangrijk is dat u een prettige ontspannen houding aanneemt met opgetrokken knieën, zorg dat uw blaas leeg is.

De versiekundige omvat met beide handen de stuit van het kind en brengt deze naar één kant van het bekken. Zij houdt het kind daarna met één hand op deze plaats en beweegt met de andere hand het hoofd naar voren. Door nu de stuit omhoog en het hoofd geleidelijk naar beneden te bewegen draait het kind zelf verder.

Na de uitwendige versie poging, geslaagd of niet geslaagd, wordt de conditie van het kind nogmaals een half uur door middel van een CTG registratie gecontroleerd.

Indien u Rhesus negatief bent van bloedgroep en de baby heeft een Rhesus positieve bloedgroep, krijgt u een injectie met Anti-D.

Hoe vaak lukt een uitwendige versie?

Of het lukt om uw baby te draaien is van te voren moeilijk te voorspellen. Een aantal factoren speelt hierbij een rol:

- De zwangerschapsduur. Hoe verder de zwangerschap is gevorderd, hoe kleiner de kans dat de versiepoging lukt.
- De hoeveelheid vruchtwater. Het draaien is bij ruim voldoende vruchtwater makkelijker dan bij weinig vruchtwater.
- De ligging van de placenta. Het is gemakkelijker om het kind vast te pakken als de placenta tegen de achterkant van de baarmoeder ligt.
- De buikwand. Een stevige buikwand of een verhoogde BMI, maakt het draaien veelal iets minder gemakkelijk.

De kans op succes ligt rond de 40%. Bij een eerste zwangerschap is die kans wat kleiner, bij een volgende zwangerschap is de kans wat groter.

Wat zijn de risico's van een uitwendige versie?

Complicaties als gevolg van een uitwendige versie zijn zeer zeldzaam. Bij een kind kan de hartslag tijdelijk vertragen. De hartslag herstelt vrijwel altijd na enige tijd spontaan. Als de hartslag niet herstelt kan medisch ingrijpen nodig zijn. Dit komt bij minder dan 1% voor.

Wanneer bellen?

U moet na de versie direct contact opnemen met uw verloskundige of gynaecoloog bij de volgende klachten:

- heftige buikpijn;
- vruchtwater verlies;
- regelmatige weeën;
- vaginaal bloedverlies.

U kunt na de versie een gevoelige buik hebben, dit is normaal.

Ook kunt u na de versie wat minder leven voelen. Na enkele uren herstellen de normale bewegingen van het kind. Is dit niet het geval, neem ook dan contact op met uw zorgverlener. Natuurlijk kunt u altijd bellen bij twijfel, onzekerheid of vragen.

Controle van het heupgewricht van uw kind

Ondanks de versie wel of niet lukt, dienen de heupjes van de baby 3 maanden na de geboorte te worden gecontroleerd. Deze controle verloopt via het consultatiebureau. Geef bij hen aan dat uw baby in stuit heeft gelegen.

Wilt u nog meer informatie over de uitwendige versie lezen of hulp bij het maken van een keuze, zie dan voor meer informatie:

1. <https://deverloskundige.nl/over-de-verloskundige/subtekstpagina/188/stuitligging-uitwendige-versie>
2. <https://www.degynaecoloog.nl/onderwerpen/baby-laten-draaien-stuitligging-versie/>
3. <https://www.keuzehulp.info/pp/versie/intro>