

Titel

Vaginale stuitbevalling

Specialisme

Obstetrie en gynaecologie

Soort document

Zwangereninformatie/cliëntenfolder

Algemene informatie

Als de baby in een stuitligging ligt, lukt het niet altijd om deze te draaien naar een hoofdligging. Een baby die in een stuitligging ligt, kan op twee manieren geboren worden. Dit kan via een vaginale bevalling, hierbij komen de billen of de voeten van de baby als eerste. Daarnaast is het mogelijk om te kiezen voor een keizersnede.

Vaginale baring bij een stuitligging

Hoe verloopt de bevalling?

Het bijzondere aan een vaginale bevalling bij een stuitligging is dat het grootste deel van de baby, het hoofd, als laatste geboren wordt. Deze bevalling bestaat net als de bevalling van een kind in een hoofdligging uit drie verschillende fases: de ontsluiting, het persen en de periode na de geboorte.

Het laatste gedeelte van de ontsluitingsfase verloopt bij een stuitbevalling iets anders. Bij een stuitligging liggen de billen, benen of voeten beneden en deze zakken al bij 7 a 8 cm ontsluiting door de baarmoedermond naar buiten. Hierdoor krijg je al persdrang voordat er volledige ontsluiting is, maar je mag nog niet meepersen. Het is van belang te wachten tot er volledige ontsluiting is bereikt om zoveel mogelijk ruimte te creëren. Verder verloopt het persen hetzelfde als bij een baby in hoofdligging.

Vlak voor de geboorte van de baby zet de gynaecoloog na lokale verdoving een knip ter hoogte van de vagina uitgang. Dit om de geboorte van het hoofdje te vergemakkelijken. Tijdens de bevalling van een stuitligging, is het van groot belang goed te luisteren naar de aanwijzingen van de gynaecoloog. Als het lijfje al geboren is, wordt voor de geboorte van het hoofd meestal gewacht op de volgende wee. Om de geboorte van het hoofd nog verder te vergemakkelijken kan het zijn dat de assistent net boven je schaambeent drukt om te zorgen dat het hoofd vlot door het bekken gaat en geboren wordt. Zodra je kindje geboren is, wordt het op je buik gelegd. De hartslag van de baby wordt tijdens de bevalling uitwendig via de buik of inwendig via een elektrodedraadje op de bil in de gaten gehouden via een continu hartfilmpje.

Mogelijke complicaties bij de moeder

De kans op complicaties is voor de moeder bij een stuitbevalling niet groter dan bij een bevalling in hoofdligging. Wel is de kans groter dat de gynaecoloog tijdens de bevalling besluit een keizersnede te doen.

Mogelijke complicaties bij het kind

Na een vaginale stuitbevalling na 38 weken zwangerschap is bij ongeveer 1 op de 20 kinderen (5%) een couveuseopname nodig. Dat is tien keer zo vaak als na een keizersnede. Een opname kan om verschillende redenen nodig zijn: soms heeft het kind na de geboorte behoefte aan extra zuurstof of moet het wat extra ondersteund worden bij de ademhaling. Zelden is opname nodig vanwege een beschadiging bij de geboorte, zoals een botbreuk van bijvoorbeeld het bovenarmpje of sleutelbeen, een zenuwbeschadiging of een hersenbloeding. Een dergelijke beschadiging komt echter zelden voor (bij ongeveer 1% van alle kinderen in stuitligging), maar ongeveer tweemaal vaker dan na een gewone bevalling of na een keizersnede.

Op lange termijn is er geen verschil in het risico op sterfte en is de ontwikkeling van een kind na een vaginale stuitbevalling gelijk aan die van een kind geboren door middel van een keizersnede.

Keizersnede bij een stuitligging

Een keizersnede verloopt bij een kindje in stuitligging veelal hetzelfde als bij een baby in een hoofdligging.

Mogelijke complicaties bij de moeder

De kans op ernstige complicaties als gevolg van een keizersnede is voor gezonde vrouwen erg klein, maar wel groter dan bij een gewone bevalling. Het gaat hierbij niet om levensbedreigende complicaties. Sommige, zoals bloedarmoede of trombose, komen ook voor na een gewone bevalling. Andere hangen wel samen met de keizersnede, zoals:

- Een nabloeding in de buik;
- Een bloeditstorting;
- Beschadiging van de blaas;
- Wondinfectie;
- Het niet goed op gang komen van de darmen;
- Een blaasontsteking;
- Pijn door zenuwbeschadiging bij de snede in de buik. Dit komt heel zelden voor.

Mogelijke complicaties bij het kind

Een enkele keer kan het moeilijk zijn om een kind in stuitligging via een keizersnede uit de baarmoeder te halen en kan er een (zenuw) beschadiging optreden. Als de keizersnede te vroeg in de zwangerschap wordt gedaan kan het kind door onrijpheid van de longen, meestal kortdurende en voorbijgaande longproblemen ondervinden. Hierdoor kan het zijn dat een kindje in de couveuse moet, meestal kortdurend ter observatie en ondersteuning. Daarom wordt een keizersnede, indien mogelijk, na 39 weken zwangerschap gedaan.

Gevolgen voor volgende zwangerschap en bevalling

Het litteken in de baarmoeder geeft een wat grotere kans op complicaties bij een volgende zwangerschap en bevalling. Bij een volgende zwangerschap kan de moederkoek zich ter hoogte van het litteken bevinden of nauw vergroeid zijn met de baarmoederwand. Bij spontane weeën kan het litteken van de keizersnede openscheuren (0,8%). Hoewel deze complicaties zelden voorkomen, treden ze vaker op na een keizersnede dan na een gewone bevalling. Je krijgt na een keizersnede dan ook het advies in het ziekenhuis te bevallen.

Bij een volgende zwangerschap kun je kiezen tussen een geplande keizersnede of een vaginale bevalling. Een vaginale bevalling na eerdere keizersnede heeft een goede kans van slagen, bij 75 van de 100 vrouwen lukt het.

Vaginale baring of keizersnede, een keuze maken

De gynaecoloog bespreekt met jou en je partner of een gewone bevalling veilig is of dat het beter is een keizersnede te doen.

Voorwaarden

Een vaginale baring is mogelijk als:

- Er geen ernstige problemen waren bij de vorige bevalling
- Het geschatte gewicht van de baby niet te hoog is
- Het hoofd van de baby voorovergebogen ligt
- De stuit iets is ingedaald in het bekken
- De ontsluiting en uitdrijving tijdens de bevalling goed en soepel verloopt
- De hartslag van de baby tijdens de bevalling optimaal blijft

Veelal kun je zelf kiezen tussen een vaginale stuitbevalling of een keizersnede. Voorwaarde is wel dat de gynaecoloog die de vaginale bevalling begeleidt, dit ook verantwoord vindt.

Wanneer heb je geen keuze?

Soms kun je niet zelf kiezen hoe je bevalt. Je kunt niet kiezen als:

- De bevalling zo snel gaat dat de baby al bijna geboren wordt.
- De gynaecoloog het niet verantwoord vindt om je vaginaal te laten bevallen. Bijvoorbeeld als je een moeizame kunstverlossing bij de vorige bevalling hebt gehad, de baby te groot wordt geschat, niet gunstig ligt, de ontsluiting of de uitdrijving niet snel genoeg verloopt of de harttonen van de baby verslechteren.
- Je voor de 39 weken weeën krijgt of de vliezen breken. Dan zal de gynaecoloog met u in gesprek gaan over hoe de baby geboren kan gaan worden. Dit is afhankelijk van de situatie op dat moment en jullie wensen.

Een keuze maken

Als je als aanstaande ouders kunt kiezen tussen een gewone bevalling of een keizersnede, is het belangrijk alle voor- en nadelen goed op een rij te zetten. Veel ouders denken dat de keizersnede de veiligste manier is, maar aan een keizersnede kleven ook nadelen. Hieronder staan de voor- en nadelen op een rij.

Vaginale baring

- Een vaginale baring verloopt en voelt natuurlijk en spontaan
- Je ondergaat geen operatie en heeft dus niet te maken met bijkomende nadelen
- De kans dat uw baby kort na de geboorte wat aanpassingsproblemen heeft is iets groter
- Minder lang verblijf in het ziekenhuis
- Je herstelt sneller
- Bij een volgende bevalling kun je meestal gewoon vaginaal bevallen

Keizersnede

- Bij een keizersnede is de kans op complicaties bij je baby kort na de geboorte iets kleiner

- Je moet langer in het ziekenhuis blijven
- Langere hersteltijd voor de moeder
- Bij een keizersnede is de kans op complicaties bij de moeder groter
- Na een keizersnede is bij een volgende zwangerschap een vaginale bevalling of opnieuw een keizersnede mogelijk. Dit is altijd in het ziekenhuis onder leiding van de gynaecoloog
- Bij een volgende bevalling is er een iets grotere kans op complicaties, zie eerder genoemde punten onder 'gevolgen voor een volgende zwangerschap en bevalling'

Na de bevalling

Zes weken na de bevalling zal er een nacontrole plaats vinden bij de gynaecoloog. Tevens vindt er een nacontrole plaats bij de kinderarts en zal er een echo gemaakt worden van de heupjes van jullie kindje. Omdat het kindje in een stuitligging heeft gelegen gedurende een groter deel van de zwangerschap, is er een verhoogd risico op heupdysplasie.

Datum protocol

Gepubliceerd in 2018.