

Uitwendige versie

Het draaien van uw baby van stuit- naar hoofdligging

UITWENDIGE VERSIE

Er is bij u een stuitligging vastgesteld. Daarom bent u doorverwezen voor een uitwendige versie.

In deze folder kunt u lezen:

- waarom het wordt toegepast;
- wie er voor in aanmerking komt;
- hoe de procedure in zijn werk gaat;
- wat de resultaten zijn en
- waar u daarna op moet letten.

Niet elke poging tot uitwendige versie lukt. Waar er in deze folder wordt gesproken van uitwendige versie, wordt iedere versiepoging bedoeld, ongeacht of deze wel of niet slaagt.

WAAROM?

Aan het eind van de zwangerschap ligt ongeveer 4% van de kinderen in stuitligging. Bij een zwangerschapsduur van ± 33 weken is dit 25%. Tussen de 33 weken en het eind van de zwangerschap draait een groot aantal kinderen dus uit zichzelf naar een hoofdligging. Hoofdligging is een gunstiger uitgangspositie voor een goede afloop van de bevalling. Aan de bevalling van een kind in stuitligging kleven een aantal nadelen. Bij een stuitligging moet het grootste deel van het kind, namelijk het hoofd, als laatste het bekken passeren. Bovendien is het bij een kind in stuitligging niet mogelijk om tijdens de bevalling, als deze moeilijker of langzamer gaat dan normaal, de geboorte te bespoedigen door een vacuümextractie (zuignap) of tangverlossing. Dit maakt dat het percentage vrouwen bij wie een keizersnede moet worden verricht in geval van een stuitligging ($\pm 40\%$) hoger is dan in geval van een hoofdligging ($\pm 17\%$). Daarom moet een stuitbevalling altijd in het ziekenhuis onder leiding van een gynaecoloog plaatsvinden.

Door het keren van een kind van stuitligging naar hoofdligging wordt de kans op een spontane bevalling dus groter, en kan de bevalling, als u dat wilt, ook (weer) thuis plaatsvinden.

Dit betekent niet dat, als de uitwendige versie niet lukt, u altijd een keizersnede moet krijgen. Immers 60% van de kinderen in stuitligging wordt gewoon via de natuurlijke weg geboren.

VOOR WIE?

Wanneer er bij u sprake is van een ongestoord verlopen zwangerschap komt u meestal in aanmerking voor uitwendige versie. Voor de stuitligging zelf wordt meestal geen oorzaak gevonden. Men spreekt dan van een variant op de normale ligging.

Soms is er wel een reden voor de stuitligging. In dat geval kan er meestal geen uitwendige versie plaatsvinden. Bijvoorbeeld als er sprake is van een afwijkende vorm van de baarmoeder, of wanneer het kind te groot is voor uw bekken. Ook kunnen er in uw medische voorgeschiedenis zaken zijn die mogelijk een extra risico geven bij het uitvoeren van de uitwendige versie. Zo is een sterk verhoogde bloeddruk in deze zwangerschap een reden om geen uitwendige versie te doen. Een licht verhoogde bloeddruk of een keizersnede in de voorgeschiedenis kan reden zijn om voorafgaand aan de uitwendige versie extra onderzoek te doen. Dat betekent dat er bijvoorbeeld eerst een echo of een hartfilmpje (CTG) van de baby gemaakt wordt.

Over het algemeen kan gesteld worden dat u voor uitwendige versie in aanmerking komt wanneer u bij een verloskundige voor de zwangerschap onder controle bent. Wanneer de gynaecoloog uw zwangerschap controleert kunnen er redenen zijn om geen uitwendige versie te doen, of alleen met extra vooronderzoek.

Als u denkt dat er bij u redenen zijn om uitwendige versie niet uit te voeren, bespreek dit dan vooraf met uw verloskundige, gynaecoloog, of met degene die de uitwendige versie gaat uitvoeren.

DE PROCEDURE

Uw verloskundige of gynaecoloog meldt u aan en maakt voor u een afspraak.

In welke zwangerschapsweek u wordt doorverwezen is afhankelijk van de aard van de stuitligging, of het de eerste of een volgende zwangerschap betreft en van de "ruimte" die het kind in de baarmoeder heeft.

De uitwendige versie vindt plaats in het Slotervaartziekenhuis op afdeling 6A. Meestal door mevrouw R. van Baaren, verloskundige, of door mevrouw L.J. Schottelndreijer, verloskundige.

HET DRAAIEN

U meldt zich op het afgesproken tijdstip op afdeling 6A.

Vergeet niet om uw polikliniekaartje mee te nemen. Nadat uw zwangerschapsgegevens zijn gecontroleerd, neemt u plaats op een onderzoeksbank. Zonodig wordt er een echo of een CTG gemaakt. Daarna wordt u gevraagd om met iets opgetrokken benen te gaan liggen. Nadat uw buik met echogel of talkpoeder is ingesmeerd, tilt de verloskundige of de gynaecoloog uitwendig met twee handen de stuit tot boven de bekkeningang. Vervolgens wordt de stuit zijwaarts bewogen, zodat deze boven de bekkenkam staat, en met één hand tegengehouden. Met de andere hand wordt nu het hoofd van de baby in de richting van de buik, of in de richting van de rug, van het kind geduwd. Het kind maakt als het ware een koprol voor- of achterover. De richting van het draaien is afhankelijk van de aard van de stuitligging. Of het een onvolkomen stuitligging is (met de billetjes omlaag en de beentjes omhoog), een half-onvolkomen (met 1 been omhoog en 1 been opgetrokken onder de billetjes) of volkomen stuitligging (met de beentjes opgetrokken onder de billetjes).

Na het draaien, ongeacht of dit wel of niet slaagt, worden de harttonen van de baby beluisterd. Als daar aanleiding voor is wordt er ook een hartfilmpje (CTG) van de baby gemaakt. U wordt weer terugverwezen naar uw eigen verloskundige of gynaecoloog. Eventueel krijgt u een afspraak voor een tweede poging tot uitwendige versie.

Uit deze beschrijving kunt u opmaken, dat het noodzakelijk is om enige 'grip' op de baby te krijgen. De baby ligt als het ware in een waterbad, dat omgeven is door verschillende lagen; de wand van de baarmoeder en de buikwand met de buikspieren.

Dat betekent dat er enige kracht nodig is om het kind door deze lagen heen te kunnen draaien.

Daarom kan het draaien pijnlijk zijn. Bovendien is het een natuurlijke reactie om bij aanraking of pijn de buikspieren aan te spannen. U beschermt dan als het ware uw kind. De onwennigheid met de situatie maakt het soms moeilijk om de buikspieren te ontspannen. Als u in staat bent om uw buikspieren goed te ontspannen maakt dit het draaien gemakkelijker.

DE RESULTATEN

De afgelopen jaren hebben wij bijgehouden hoe vaak een uitwendige versie is gelukt. Per jaar doen wij ongeveer 200 uitwendige versies. Hierbij slaagde bij een eerste zwangerschap ongeveer 30% en bij een tweede zwangerschap of meer ongeveer 70%. Bij alle zwangeren met een kind in stuitligging lukt het dus in $\pm 50\%$ om het kind naar hoofdligging te draaien.

Nadat u bent terugverwezen naar uw verloskundige kunt u eventueel thuis bevallen. Wanneer uw kind in stuitligging blijft liggen, wordt u direct of via de eigen verloskundige doorverwezen naar de gynaecoloog. Meer informatie over de geboorte van een kind in stuitligging kunt u lezen in de folder "De stuitbevalling".

WAAR MOET U OPLETTEN?

In de periode aansluitend aan de uitwendige versie, kunt u gedurende enkele uren wat minder leven voelen. Dit wordt veel vaker gezien en heeft doorgaans geen consequenties.

Na enkele uren herstelt zich dit weer tot normale kindsbewegingen.

Als u na enkele uren nog steeds verminderd leven voelt, minder keer of minder hevig dan u gewend bent, neem dan contact op met uw eigen verloskundige of met het ziekenhuis. Doe dat ook als er sprake is van bloedverlies, vruchtwaterverlies, heftige buikpijn of weeën.

TELEFOONNUMMERS

Van uw eigen verloskundige staan de telefoonnummers op de controlekaart. Andere belangrijke telefoonnummers staan aan de voorzijde van deze folder.