

Stuitligging

1 Definitie

Een stuitligging is een lengteligging waarbij het voorliggende deel gevormd wordt door de stuit en/of voeten.

Er zijn verschillende vormen van stuitligging:

- Onvolkomen stuitligging ('frank breech'): de benen langs het lichaam, geflecteerd in de heup en gestrekt in de knie,
- Volkomen stuitligging ('complete breech'): de voeten naast de stuit, de benen geflecteerd in de heup en de knie,
- Half (on)volkomen stuitligging: een combinatie van onvolkomen en volkomen stuitligging,
- Voetligging ('incomplete breech'): een of beide voeten niet naast maar onder de stuit.

Vroeg in de zwangerschap liggen veel kinderen in stuitligging. Dit neemt naarmate de zwangerschap vordert, af. Omstreeks de uitgerekende datum ligt ongeveer 3% van de kinderen in stuitligging.

Bij 85% van de zwangeren is het onbekend waarom een kind omstreeks de uitgerekende datum in stuitligging ligt. Een stuitligging komt vaker voor bij:

- Een meerlingzwangerschap
- Een uterusanomalie of vormafwijkingen van het bekken
- Een voorliggende placenta of een myoom bij de ingang van het bekken
- Aangeboren afwijkingen van het kind
- Foetale groeivertraging
- Navelstrengproblemen
- Polyhydramnion
- Multipariteit

2 Versie

Uitwendige versie a terme blijkt in diverse gerandomiseerde studies te leiden tot een significante reductie van de incidentie van stuitbevallingen (typical odds ratio 0.13, betrouwbaarheidsinterval 0.07-0.23) en daarmee ook tot een reductie van het aantal keizersnedes (de helft van het percentage zonder versie(1,2)Maternale risico's zijn er nauwelijks, incidenteel worden haemorrhagie, uterusbeschadiging en rhesussensibilisatie genoemd.

Foetale complicaties die genoemd worden zijn passagere bradycardie, variërend van 1 tot 12 minuten in 8-9 %.,foetomaternale transfusie (3,7%), breken van de vliezen, uitzakken van de navelstreng en solutio placenta. De perinatale sterfte is 1 % indien bij de versie na 36 weken anesthesie wordt gebruikt en 0% als geen anesthesie wordt gebruikt.

De relatieve contra-indicaties voor versie zijn: littekenuterus, pre-eclampsie, oligohydramnion, foetale groeivertraging of een solutio placenta in de voorgeschiedenis.

Gemiddeld is de kans op succes van de versie ongeveer 40 tot 60%. Een spoedsectio caesarea wordt in 0,43% ten gevolge van een uitwendige versie verricht.

In eerste en tweede lijn bij 33-34 weken AD Moxa-therapie bespreken is wetenschappelijk bewezen.

Bron: <http://www.stuitlig.nl/wetenschap.php>

3 Versieprocedure in het ZRT

Na het vaststellen van een stuitligging wordt de zwangere in de 36e week van haar zwangerschap gezien door de gynaecoloog. De polikliniekassistente regelt een afspraak op het spreekuur, gevolgd

door een afspraak op afdeling A4 voor de versie poging. De eerstelijnsverloskundige geeft de informatie folder "stuitligging" aan de zwangere mee.

Het consult bij de gynaecoloog bevat tenminste de volgende onderdelen:

- Echoscopisch vaststellen van de ligging van het kind, de groei van het kind, de placentalokalisatie en de hoeveelheid vruchtwater.
- Echoscopisch uitsluiten van een uterusanomalie, een uterus myomatosus, een placenta praevia of grove afwijkingen bij het kind (o.a. hydrocephalus)
- Nagaan of er contra-indicaties bestaan voor het verrichten van een versie.
- Counseling van patiënte (en haar partner) ten aanzien van de versie risico's.

Versieprocedure:

- De versie wordt verricht door een hiervoor getrainde tweedelijns verloskundige samen met een O/G verpleegkundige.
- Voorafgaande aan de versie wordt een 30 minuten CTG gemaakt.
- Indien het CTG niet afwijkend is krijgt patiënte tocolyse middels Atosiban 0,9 ml = 6,75 mg als bolusinjectie (onverdund) in 1 minuut intraveneus.
- Na de versiepoging vindt echoscopische controle plaats en vervolgens nogmaals een 30 minuten CTG.
- Een rhesusnegatieve moeder met een rhesuspositief kind krijgt 1000IE Anti-D.

Als de versie gelukt is kan de zwangere weer retour naar de eerstelijns.

Indien de versie niet is gelukt wordt de begeleiding van zwangerschap en baring overgenomen door de tweedelijns. Een poli afspraak op korte termijn voor de verdere counseling wordt gemaakt via afdeling A4.

4 Stuitbevalling

De gynaecoloog zal met de zwangere en haar partner bij het volgende poliklinische bezoek afwegen of een vaginale baring veilig is of dat het beter is om een primaire sectio te verrichten.

Voorwaarde voor een veilige vaginale baring zijn:

- Afwezigheid van ernstige problemen rondom een partus in de voorgeschiedenis
- Er is geen sprake van macrosomie van het kind
- Er is geen dysmaturiteit of groeivertraging bij het kind
- Het hoofd van het kind ligt niet in een deflexie houding
- Er is enige indaling van de stuit in het bekken

De vaginale bevalling bij een stuitligging

Mogelijke complicaties bij de moeder:

De kans op complicaties voor de moeder tijdens een vaginale stuitbevalling is niet groter dan bij een bevalling in hoofdligging. Wel is er meer kans dat er tijdens de bevalling wordt besloten om een keizersnede te verrichten (50%).

Mogelijke complicaties bij het kind:

Kinderen in stuitligging die vaginaal geboren worden, worden vaker kort na de geboorte op de couveuseafdeling opgenomen. Bij ongeveer 1 op de 20 kinderen is opname nodig, dit is 10 keer vaker dan na een keizersnede.

Redenen voor opname zijn: asfyxie, beschadigingen welke bij de bevalling zijn opgetreden zoals een botbreuk, een plexuslaesie of cerebraal letsel.

Een dergelijke beschadiging komt zelden voor (bij ongeveer 1% van alle kinderen in stuitligging), maar ongeveer tweemaal vaker na een gewone bevalling dan na een keizersnede.

Op de lange termijn is er geen verschil in het risico op sterfte en is de ontwikkeling van de kinderen niet verschillend.

De keizersnede bij een stuitligging

Mogelijke complicaties bij de moeder:

De kans op ernstige complicaties als gevolg van een keizersnede is heel erg klein, maar toch altijd groter dan na een gewone bevalling. Mogelijke complicaties zijn anemie, trombose of longembolie. Direct aan de keizersnede gerelateerde complicaties zijn een intraperitoneale nabloeding, een buikwand hematoom, wondinfectie of beschadiging aan de blaas. De maternale sterfte voor een keizersnede is 0.18/1000 en 0.042/1000 voor een vaginale baring(3).

Mogelijke complicaties bij het kind:

Een enkele keer kan (zenuw)beschadiging optreden indien het ontwikkelen van het kind uit de baarmoeder moeizaam verloopt. Wanneer de keizersnede voor 39 wk wordt uitgevoerd is er meer kans op longproblemen (IRDS, wetlung). Om deze reden wordt bij voorkeur de sectio gepland na een zwangerschapsduur van 39 weken.

Bij alle kinderen die geboren worden in stuitligging (zowel vaginaal als per sectio) wordt door de kinderarts een heupecho afgesproken 3 maanden postpartum om heupdysplasie uit te sluiten. Ook dient een echo heupen te worden verricht bij iedere stuitligging tot 36 weken en langer, als er een (spontane) versie heeft plaatsgevonden.

5 Na de keizersnede, gevolgen voor zwangerschappen in de toekomst.

Het litteken in de baarmoeder is een nadeel bij een volgende bevalling. Er is geen thuisbevalling meer mogelijk. Complicaties als gevolg van een litteken in de uterus zijn: uterusruptuur(1%), een voorliggende placenta, een placenta increta waardoor als gevolg van een ernstige bloeding soms een uterusextirpatie noodzakelijk is.

6 Literatuur

1. van Veelen AJ, van Cappellen AW, Flu PK et al. Effect of external cephalic version in late pregnancy on presentation at delivery: a randomized controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96:916-21.61
2. Hofmeyr GJ. External cephalic version facilitation for breech presentation at term (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, 4, 2000. Oxford: Update Software
3. Bennebroek Gravenhorst J, van Roosmalen J, Schuitemaker N, et al. Toename van de moedersterfte een reden tot ongerustheid? *Ned Tijdschr Obstet Gynaecol* 2001; 114: 75
4. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, richtlijn Stuitligging, maart 2008.
5. Rosman AN, Guijt A, Vlemmix F et al. Contraindications for external cephalic version in breech position at term: a systematic review. *Acta Obstet Gynaecol Scand* : 10.1111/aogs.12011