Uitwendige kering

bij stuit- of dwarsligging van de baby

MARIA MIDDELARES

PATIËNTENINFORMATIE

INHOUD

01 Inleiding **5**

02 Stuitligging **6**

- **2.1** Soorten stuitligging 6
- **2.2** Hoe vaak komt een stuitligging voor? 8
- **2.3** Oorzaken 8

03 Uitwendige Kering **9**

- **3.1** Het ideale tijdstip voor een uitwendige kering 9
- **3.2** Wat is de slaagkans? 9
- **3.3** Voor wie? Voor wie niet? 10
- **3.4** Hoe gebeurt een kering? 11
  - Voorbereiding 11
  - De kering zelf 12
  - Nazorg 12
  - Wat na een mislukte kering? 13
- **3.5** Is een kering veilig? 14
- **3.6** Is een kering pijnlijk? 14
- **3.7** Praktische informatie 14

04 Besluit **16**

05 Referenties **17**

“Bij een stuitligging ligt het hoofd van je baby bovenaan in de baarmoeder, terwijl de billen onderaan liggen.

1. INLEIDING

Bij een stuitligging ligt het hoofd van je baby bovenaan in de baarmoeder, terwijl de billen onderaan liggen. De meeste baby’s draaien spontaan met het hoofd naar beneden voor de 34ste zwangerschapsweek. Daarna daalt de kans dat de baby uit zichzelf draait aanzienlijk, zeker als het je eerste kind is. Een bevalling van een baby in stuitligging gaat gepaard met een verhoogd risico op complicaties, zowel bij een vaginale bevalling als bij een keizersnede. Om die reden proberen we - in overleg met jou en afhankelijk van een aantal factoren - de baby naar hoofdligging te draaien. Dit wordt een uitwendige kering of externe versie genoemd. Dit gebeurt uitsluitend na een zwangerschapsduur van minstens 35 weken. In deze folder krijg je hier meer uitleg over.

2. STUITLIGGING

2.1 Soorten stuitligging bij een voldragen zwangerschap *(zwangerschap meer dan 37 weken)*

» **ONVOLKOMEN STUITLIGGING 50 à 70%:**

beide beentjes zijn omhoog geslagen langs het lichaam (dus geplooid in de heupen en gestrekt in de knieën).

» **VOLKOMEN STUITLIGGING 5 à 10%:**

zoals "kleermakerszit" (dus de beentjes zijn geplooid in de heupen én in de knieën).

» **HALF (ON)VOLKOMEN STUITLIGGING 10 à 20%:**

een combinatie van onvolkomen en volkomen stuitligging (dus één beentje omhoog geslagen, en één beentje geplooid).

» **VOETLIGGING:**

een of beide beentjes bevinden zich duidelijk een eindje onder de stuit van de baby (knie niet volledig geplooid). Dit is zeldzaam bij een voldragen zwangerschap maar komt frequenter voor vroeger in de zwangerschap.

» **DWARSLIGGING:**

Ook een dwarsligging bij een voldragen zwangerschap is een reden tot uitwendige kering. Bij een dwarsligging ligt het lichaam van de baby voor.

2.2 Hoe vaak komt een stuitligging voor?

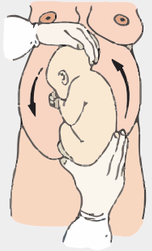
In de eerste zeven maanden van de zwangerschap komt stuitligging veel voor. Op 32 weken liggen nog ongeveer 15% van de baby's in stuit en kunnen ze nog gemakkelijk spontaan naar hoofdligging draaien. Na 37 weken is dit nog maar 3 à 4%, en is de kans op een spontane draai naar hoofdligging klein.

2.3 Oorzaken van stuitligging

In 85% van de gevallen is er geen oorzaak voor de stuitligging. In de andere 15% van de gevallen kan de stuitligging het gevolg zijn van:

- Een afwijking bij de moeder van het bekken of van de baarmoeder
- De placenta die voor de baarmoederhals ligt (placenta previa)
- Te veel of te weinig vruchtwater
- Een aangeboren afwijking bij de baby

3. UITWENDIGE KERING



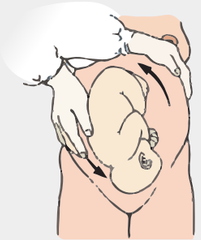
Bij een uitwendige kering probeert de gynaecoloog door middel van uitwendige handgrepen op de buik, de baby van stuitligging naar hoofdligging te draaien.

3.1 Het ideale tijdstip voor een uitwendige kering

- Bij een eerste kind: rond een zwangerschapsduur van 35-36 weken
- Bij een tweede of volgend kind: rond 37-38 weken

Eerder in de zwangerschap is de kans namelijk reëel dat de baby spontaan nog naar hoofdligging draait, of na een gelukte kering terugkeert naar stuitligging.

3.2 Wat is de slaagkans?



De kans op slagen van een uitwendige kering is van veel zaken afhankelijk. Volgende factoren verhogen de kans op slagen:

- een ervaren gynaecoloog
- een ontspannen baarmoeder
- een niet-ingedaalde stuit in het bekken
- een eerdere vaginale bevalling
- een grote hoeveelheid vruchtwater
- een volkomen stuitligging.

Ook als deze factoren niet (of niet allemaal) aanwezig zijn, is er zeker kans op slagen. Gemiddeld genomen is de slaagkans ongeveer 50%. De slaagkans is iets kleiner bij een eerste kind en iets groter indien er al eerder een kind vaginaal gebaard is. Het blijft altijd de moeite waard om een kering te proberen.

Ook na een geslaagde kering is de kans op keizersnede bij de bevalling iets groter dan wanneer de baby spontaan met het hoofd naar beneden draait. Dit heeft vooral te maken met baarmoederafwijkingen of bekkenafwijkingen bij de moeder, die meestal niet op voorhand aantoonbaar zijn.

3.3 Voor wie? Voor wie niet?

De gynaecoloog zal samen met je nagaan of een kering bij jou mogelijk is.

In volgende gevallen wordt een kering afgeraden, of is ze niet mogelijk of niet zinvol:

- wanneer de baby echt te klein is voor de zwangerschapsduur
- bij een voorliggende placenta: een kering heeft geen zin, je moet sowieso met een keizersnede bevallen
- bij een meerlingzwangerschap
- bij een voorgeschiedenis van een placenta loslating
- als het hoofd van de baby helemaal achterover ligt

Andere factoren die de slaagkansen verminderen, maar op zich geen tegenindicatie zijn, en dus steeds individueel te bespreken met je gynaecoloog:

- een voorgaande keizersnede
- als er weinig vruchtwater is
- als je beduidend overgewicht hebt

3.4 Hoe gebeurt een kering?

Eerst wordt de stuit van de baby uit het bekken een beetje omhoog gedrukt, daarna wordt het hoofdje vastgehouden en wordt geprobeerd de baby een 'koprol' te laten maken naar hoofdligging. Meestal is dit een voorwaartse koprol.

Voorbereiding

Een uitwendige kering gebeurt op het verloskwartier (dus nooit tijdens een gewone consultatie).

- Vooraf maakt de gynaecoloog een echografie, om te zien hoe de baby ligt, hoeveel vruchtwater er is en waar de placenta ligt.
- Daarna wordt een monitor (cardiotocografie of CTG) van minimaal 30 minuten uitgevoerd om te bevestigen of je baby in goede conditie is. Indien deze monitor afwijkingen in het hartritme van de baby toont, dan zal de kering niet uitgevoerd worden.
- Vooraf krijg je een infuus en nemen we bloed af. Kort voor de kering krijg je via het infuus een medicijn dat de baarmoederspier doet ontspannen, wat de uitwendige kering vergemakkelijkt.

» Het voeteinde van het bed waarop je ligt zal een beetje hoger wordt gezet dan het hoofdeinde. Op deze manier kan de stuit van de baby gemakkelijker uit het bekken worden gelicht. Onder je knieën leggen we een kussen, zodat je comfortabel ligt en goed kan ontspannen.

De kering zelf

De gynaecoloog (eventueel geholpen door een tweede gynaecoloog of een gynaecoloog in opleiding) zal vervolgens via uitwendige handgrepen de baby proberen te keren naar de juiste positie. Dit gebeurt onder nauwkeurige echografische controle.

Via onderstaande link kan je een (Engelstalig) filmpje van een uitwendige kering bekijken. Zo krijg je een duidelijk beeld.

https://www.youtube.com/watch?v=aWTmxPV15DI

Scan deze QR-code om het filmpje te bekijken.

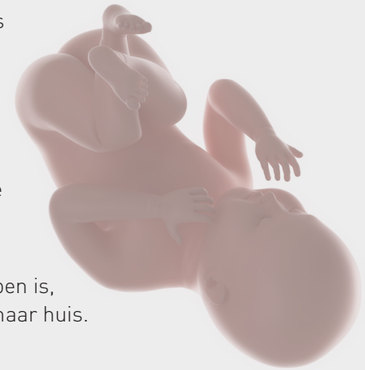
Na de kering

Na de kering (onafhankelijk van het feit of ze al dan niet is gelukt) wordt opnieuw een monitor van 30 minuten uitgevoerd en gebeurt een tweede bloedafname. Op deze manier kunnen we nagaan of extra controles nodig zijn. De hartslag van de baby kan door de kering tijdelijk wat lager zijn, dit komt vanzelf weer in orde.

Indien je Rhesus-negatief bent, krijg je ook een inspuiting, om te vermijden dat je antistoffen aanmaakt in het geval dat je baby een Rhesus-positieve bloedgroep heeft.

Nazorg

Er is een kleine kans dat je na de uitwendige kering contracties krijgt of bloed verliest. In dat geval word je tijdelijk in observatie gehouden tot alles weer in orde is.



Als alles goed verlopen is, mag je direct terug naar huis.

Wat na een mislukte kering?

Als de uitwendige kering niet succesvol was zal de gynaecoloog de verdere planning met je bespreken. Meestal proberen we om direct na de mislukte kering een bekkenfoto te maken. De straling die hiervoor wordt gebruikt, is minimaal en ongevaarlijk, zowel voor jou als de baby. Deze foto is nuttig om de verdere stappen te bepalen.

Je gynaecoloog zal je doorverwijzen naar de "stuitpoli". Hier zal een ervaren collega je uitleg geven over de mogelijke manieren om te bevallen van een baby in stuitligging. Het is zeker nuttig om je hierover goed te informeren, zodat je een weloverwogen beslissing kan nemen. Deze afspraak zal in principe doorgaan op een vrijdag tussen 13 en 14 uur. Het is belangrijk dat je partner dan ook aanwezig is.

3.5 Is een kering veilig?

Een uitwendige kering is een veilige procedure, zowel voor jou als voor je baby:

- In 4% van de keringen zien we een voorbijgaande en onschuldige daling van de foetale hartslag na de kering.
- In minder dan 1% van de gevallen is er wat bloedverlies
- De kans dat er, als gevolg van de kering, moet overgegaan worden tot een keizersnede, is zeer klein (<0.5 %).

Merken we een van deze symptomen op, dan houden we je mogelijk iets langer in observatie.

3.6 Is een kering pijnlijk?

De meerderheid van de patiënten ervaart een kering als onaangenaam door de druk op de buik. Af en toe wordt een kering als pijnlijk omschreven. Je mag tijdens de procedure op elk moment vragen om te stoppen.

3.7 Praktische informatie

Je gynaecoloog zal met jou en met het verloskwartier het moment van de kering afspreken. Dit zal ook "geboekt" worden in de agenda van het verloskwartier.

Je mag je eerst melden aan de infobalie in de inkomhal van het ziekenhuis. Vermeld dat je komt voor een onderzoek op het verloskwartier. Je zal een reeks patiëntenklevers meekrijgen. Daarna begeef je je via de liften van gate A naar de 2de verdieping. Als je uit de lift komt, loop je de gang in die zich recht voor jou bevindt. Halfweg op je linkerzijde kan je aanbellen aan de ingang van het verloskwartier. Een vroedvrouw komt je halen en zal je verder begeleiden.

4. BESLUIT

Behalve in het geval van een absolute tegenindicatie, zullen we je steeds adviseren om een poging tot kering van de baby uit te voeren. Een uitwendige kering bij een zwangerschap van meer dan 35 weken is al jaren – en is nog steeds - de eerste aanbeveling van alle grote internationale centra.

Uiteraard heb je het recht om te weigeren.

Laat je niet leiden door (meestal goedbedoelde) adviezen van familie,vrienden,of wilde verhalen op het internet. Laat je goed informeren door je eigen gynaecoloog (of na doorverwijzing op de stuitpoli), zowel over de poging tot kering, als over de beslissing die moet genomen worden na een mislukte poging tot kering.

5. Referenties

- Patiëntenfolder UZ Gent
- Patiëntenfolder UZ Leuven
- Patienteninfo St-Katharina Ziekenhuis Eindhoven (Dr. Simone Kuppens)
- Hofmeyr GJ. Overview of issues related to breech presentation. Uptodate 2018 July.
- Hofmeyr GJ, Lockwood CJ. *External cephalic version. Uptodate 2018 June.*
- Hofmeyr GJ, Kulier R, West HM. External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database Syst Rev 2015*
- Kok M, Cnossen J, Gravendeel L, van der Post J, Opmeer B, Mol BW. Clinical factors to predict the outcome of external cephalic version: *a metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 2008 Dec;199(6):630.e1-7*
- Kok M, Cnossen J, Gravendeel L, Van Der Post JA, Mol BW. Ultrasound factors to predict the outcome of external cephalic version: a meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol 2009 Jan;33(1):76-84. doi: 10.1002/uog.6277.*
- Cluver C , Hofmeyr GJ, Gyte G,Sinclair M. Interventions for helping to turn term breech babies to head first presentation when using external cephalic version. *Cochrane Database Syst Rev. 2012; 1: CD000184.*
- Collins S1, Ellaway P, Harrington D, Pandit M, Impey LW. The complications of external cephalic version: results from 805 consecutive attempts. BJOG 2007 *May; 114(5):636-8. Epub 2007 Mar 12.*
- Grootscholten K1, Kok M, Oei SG, Mol BW, van der Post JA. External cephalic version-related risks: a meta-analysis. Obstet Gynecol. *2008 Nov;112(5):1143-51.*
- Rosman AN1, Guijt A, Vlemmix F, Rijnders M, Mol BW, Kok M. Contraindications for external cephalic version in breech position at term: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand. 2013 Feb;92(2):137-42*
- Hutton EK, Hannah ME, Ross SJ, Delisle MF, Carson GD, Windrim R et al. Early ECV2 Trial Collaborative Group. The Early External Cephalic Version (ECV) 2 Trial: an international multicentre randomised controlled trial of timing of ECV for breech pregnancies.BJOG. *2011 Apr;118(5):564-77. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02837.x. Epub 2011 Feb*
- Illustratie pag. 9 *Herwerkte illustratie op basis van ©2006 Lippincott Williams & Wilkins*

Notities

MARIA MIDDELARES

GezondheidsZorg met een Ziel

VOLG ONS OOK OP:

Buitenring Sint-Denijs 30 | 9000 Gent | 09 246 46 46 | www.mariamiddelares.be | info@azmmsj.be

SAP 20813 juni 2019