

De stuit aangepakt, een uniek verloskundig project in AZ Maria Middelaes

Sinds april 2019 startte de dienst gynaecologie van AZ Maria Middelaes met een stuitraadpleging. Doelstelling is aanstaande ouders correct te informeren. "De schrik voor een vaginale stuitbevalling zit er bij velen nog diep in. Ouders zijn dan ook vaak eerst wat gereserveerd. Maar als ze horen dat ze aan de voorwaarden voldoen, zijn ze meestal zeer gemotiveerd", klinkt het bij gynaecoloog dr. Martine Casteels.

Het was een onderzoek in *The Lancet* dat in het jaar 2000 de vaginale stuitbevallingen hun – onterecht – kwalijke reputatie bezorgde. Epidemioloog Mary Hannah vergeleek retroactief vaginale stuitbevallingen met stuitbevallingen via keizersnede en concludeerde dat baby's slechter af waren na een vaginale bevalling. "De studie sloeg werkelijk in als een bom", herinnert dr. Casteels zich. "Stuitbevallingen raakten voor jaren in het verdomhoekje. Nochtans volgden al snel nieuwe studies die aantoonde dat, mits goede selectie, een vaginale stuitbevalling zeker verantwoord is. Het gevolg van de studie van Hannah was helaas ook een drastische afname van de skills van de jonge gynaecologen, met nog meer keizersneden als gevolg.

Voortrekker van de heropwaardering van de vaginale stuitbevalling is prof. dr. Frank Louwen uit Frankfurt. Hij zetelt in de EBCOG (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology) en in de FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics), en geeft over de hele wereld training en counseling in de vaginale stuitbevalling. "In 2017 ben ik op studiereis gegaan naar zijn centrum in Frankfurt, waar jaarlijks zo'n 200 vaginale stuitbevallingen plaatsvinden", vertelt dr. Casteels. "Ik woonde op zes dagen zeven vaginale stuitbevallingen bij. Eén bevalling werd een keizersnede."

Als lid van de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie probeerde dr. Casteels om de skills in het Vlaamse gynaecologenkorps in kaart te brengen aan de hand van een enquête. "Maar liefst 70 % van de gynaecologen heeft de bevraging ingevuld. De resultaten werden voorgesteld op een Vlaams congres in maart 2018. Hoewel de jonge artsen beduidend minder ervaring hadden dan hun wat oudere collega's – logisch ook – bleken ze wel open te staan voor



V.l.n.r.: Nathalie Pielaat, dr. Martine Casteels, Marieke Lyppens

vaginale stuitbevallingen. Het merendeel was vragende partij om hierin getraind te worden."

Ook in AZ Maria Middelaes kon dr. Casteels rekenen op de bereidwilligheid van haar collega's. Alle gynaecologen en vroedvrouwen volgden een inhouse stuittraining, gegeven door prof. Louwen, op 20 en 21 december 2019. "Ik heb hiervoor hemel en aarde bewogen, want zijn agenda is bijzonder druk. Maar het is gelukt! Twee dagen lang werden alle collega's ondergedompeld in de stuitbevalling. Na een aantal cases en filmpjes kreeg iedereen praktische simulatietraining in kleine groepjes. Het gaf iedereen het nodige zelfvertrouwen om mee de schouders onder

dit initiatief te zetten." Ondertussen zijn er al een heel aantal vaginale stuitbevallingen succesvol verlopen, tot grote tevredenheid van de patiënten.

STUITRAADPLEGING

De meeste baby's draaien spontaan met het hoofd naar beneden voor de 34ste zwangerschapsweek. Op 32 weken ligt 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, zeker bij een eerste kind.

Alles start met een poging tot uitwendige kering op 35 à 36 weken. "Onze

gynaecologen geven hiervoor eerst de nodige counseling. Ouders krijgen ook een informatiebrochure mee waarin alles nog eens duidelijk wordt uitgelegd. Lukt een kering niet, dan volgt nog de dag zelf een bekkenmeting op de radiologie", licht dr. Casteels toe. Vervolgens komen de ouders op de stuitraadpleging bij dr. Casteels of dr. Podevyn.

Dr. Casteels: "Tijdens deze raadpleging overlopen we samen met de ouders de voorwaarden voor een vaginale stuitbevalling (zie kader onderaan). Daaruit blijkt overigens dat de meeste vrouwen in aanmerking komen. Vervolgens wordt het verloop van de bevalling geschetst. Tot slot worden de risico's van een keizersnede besproken, zowel voor de huidige bevalling als voor toekomstige bevallingen. Patiënten zijn doorgaans heel blij met deze informatie. Ze krijgen het counselingblad mee naar huis, zodat ze alles nog eens kunnen laten bezinken. We waarschuwen hen ook voor onterechte bangmakerij vanuit hun omgeving of op allerhande forums."

"Ook als de patiënt in aanmerking komt voor een vaginale stuitbevalling, benadrukken we dat de keuze hiervoor volledig vrij is," geeft dr. Casteels mee. **Vroedvrouw Marieke Lyppens** vult aan: "Het is echt belangrijk dat ouders hun keuze bewust maken en gemotiveerd zijn voor een vaginale stuitbevalling."

"Kiezen mensen toch voor een keizersnede, dan maken we duidelijke afspraken over wat te doen wanneer de bevalling zich aandient vóór de geplande keizersnede datum. Al zijn de patiënten in dat geval bijna allemaal bereid tot WAS - *wait and see*", lacht dr. Casteels.



Inhouse stuittraining door prof. Louwen

Als de patiënt niet voldoet aan de voorwaarden voor een vaginale stuitbevalling, dan plannen we een keizersnede. Deze patiënten begrijpen dan ook heel goed waarom die beslissing wordt genomen.

DE VAGINALE STUITBEVALLING

Dr. Casteels geeft aan zo weinig mogelijk tussen te komen tijdens een vaginale stuitbevalling. "We geven weinig weeënstimulerende middelen, leiden niet in (tenzij 10 dagen overtijd), kiezen voor een *walking epidural* om de mobiliteit van de benen beter te bewaren, en voeren zo weinig mogelijk interventies uit tijdens het persen. Omgekeerd bevallen (op handen en knieën) blijkt vaak beter te werken dan in ruglig. De zwaartekracht kan dan een handje helpen. Indien de arbeid toch onvoldoende voortgang kent, dan kan een keizersnede alsnog nodig zijn."

Vroedvrouw Nathalie Pielaat: "Toen ik onlangs een aantal ouders bevroeg naar hun ervaringen met de vaginale stuitbevalling, bleken ze heel positief: blij over de voorbereiding op de stuitraadpleging en over de begeleiding tijdens de bevalling door een getraind team, bestaande uit twee gynaecologen, twee vroedvrouwen en een pediater. Dat gaf hen een heel gerust gevoel."

MEER INFO?

U kunt met vragen terecht bij dr. Casteels (09 246 80 00) of dr. Podevyn (09 245 47 99).

Surf ook eens naar www.mariamiddelaes.be.

Scan me!



www.mariamiddelaes.be/nl/zorgaanbod/behandelingen-en-testen/uitwendige-kering-bij-stuitligging

WAT ZIJN DE VOORWAARDEN VOOR EEN VAGINALE STUITBEVALLING?

1. Het kindje moet in uitstekende conditie zijn. Dat wordt geëvalueerd aan de hand van:
 - het CTG (een monitor die de hartfrequentie van de baby registreert);
 - de doorbloeding in de navelstrengslagader (dit leert veel over de placentafunctie).
2. De bekkeningang moet minimum 12 cm zijn.
3. Het kindje moet minstens 2 kg wegen.
4. De navelstreng mag niet voorliggen.