



# Vaginale stuitbevalling

Vraag de Vroedvrouw





# Vanavond

- Waarom deze masterclass?
- Stuitligging: soorten & oorzaken
- Wat zegt de wetenschap over keizersnede of vaginaal baren?
- Verloop van een fysiologische vaginale stuitbevalling
- Wat kun je hiermee in de praktijk?
- Vragen graag bewaren tot aan het eind



©Atelier Mayura

# Copyright

- De foto's en illustraties die ik gebruik, daar heb ik toestemming voor, maar deze toestemming geldt niet voor jou (tenzij er geen © bijstaat, dan is het copyright free).
- Je mag dit dus niet zomaar gebruiken en je moet zelf toestemming vragen aan de desbetreffende persoon.
- Hetzelfde geldt voor deze Powerpoint en de video die ik laat zien: deze mag je alleen gebruiken voor jezelf, maar mag je niet gebruiken om zelf les te geven.
- Ik vind het super leuk als je info van deze avond online deelt in je eigen woorden en nóg leuker als je mij daarbij vermeldt 😊



# Soorten stuitligging

- Onvolkomen, volkomen, half onvolkomen, voetligging (dubbel of enkel), knieligging (dubbel of enkel)





# Kunnen ze allemaal vaginaal geboren worden?

Onvolkomen:

Omtrek 28 centimeter

Gunstiger voor ontsluiting (druk op cervix)

Volkomen:

Omtrek 32-33 centimeter

Daadwerkelijke geboorte verloopt vaak vlotter, maar vaker navelstrengprolaps of 'dropped foot'

Voetligging:

Meer kans op navelstrengprolaps, problemen met geboorte van het hoofd



© Wild Flower Photography

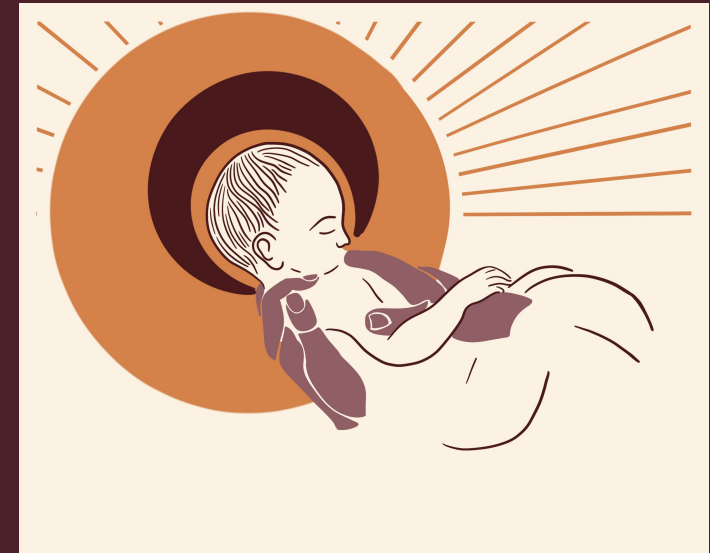


# Navelstrengprolaps

(Kouam, 1980)

		Aantal baringen		% navelstrengprolaps
Hoofdligging	96,9%	19.151		0,5%
Stuitligging	3,1%	608		3,5 %
Onvolkomen	72,9%			0,7%
Volkomen	9,4%			8,8%
Half onvolkomen	7,6%			10,9%
Dubbele voetligging	10%			8,2%
Enkele voetligging	1,2%			0
Knieligging	0,7%			75%
Totaal		19.759		0,16%

©Atelier Mayura



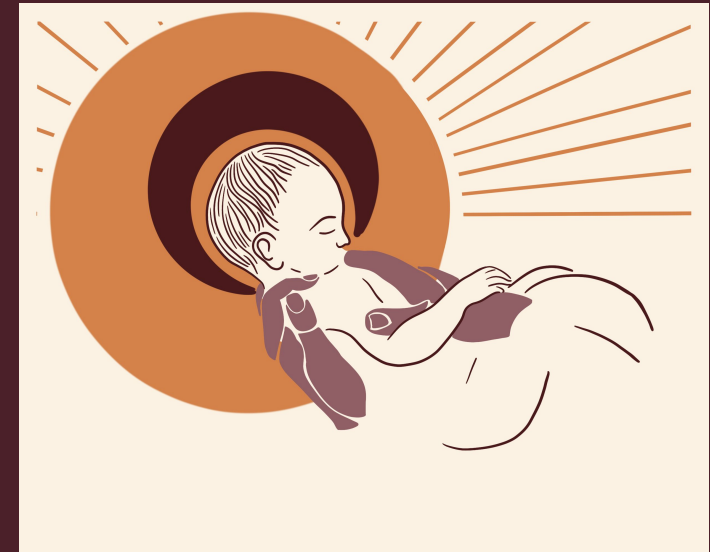


# Hoofd dat vastzit (bij voetligging)

- Lastig om uitspraak over te doen ivm:
  - Weinig data
  - Definitie voetligging
  - Lastig om uit te vinden waar het hoofd vastzit (cervix of bekken)
  - Prematuriteit vertekent het beeld

Onderzoek Curet 1982, Borbolla Foster 2014

Geen sterfte geregistreerd door vastzittend hoofd bij voetligging





Ja, ook wanneer de baby niet in onvolkomen  
stuit ligt, kan 'ie vaginaal geboren worden

Mits: ingedaald & normaal CTG

Adjaoud (2017)

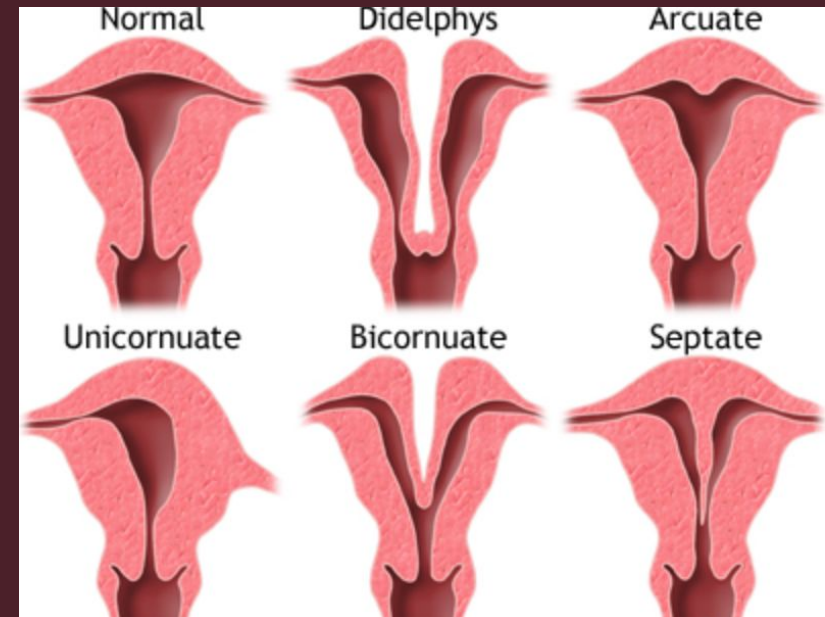
- In 12 jaar tijd
- Ziekenhuis met veel ervaring
- 665 vaginale stuit vs 876 keizersnedes
- Meer acidose, maar niet meer NICU of sterfte





# Mogelijke oorzaken stuitligging

- Zwangerschap: placenta praevia, veel/weinig vruchtwater, meerling
- Kind: 10% anomalie (versus 6% in hoofdligging), prematuriteit, korte navelstreng / navelstreng om lijfje
- Moeder: vorm baarmoeder, myoom, schildklier (metabool), volgens Spinning Babies ook mogelijk disbalans ligamenten/spieren





# Huidige stand van zaken

- Geplande keizersnedes bij stuitligging: 60%
- Vaginale baringen bij stuitligging: 40%
- Keizersnede tijdens de baring bij stuitligging: 50%
- Verschillen per ziekenhuis en zorgverlener





# Term Breech Trial in 2000

- 122 centra in 26 landen
- 2088 vrouwen gerandomiseerd
- Selectiecriteria:
  - Eenling in stuit
  - Aterme
  - Onvolkomen of volkomen
  - < 4000 gram
  - Hoofd niet extreem naar achteren
  - Geen bekende afwijkingen bij de baby



# Term Breech Trial in 2000

## **Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial**

*Mary E Hannah, Walter J Hannah, Sheila A Hewson, Ellen D Hodnett, Saroj Saigal, Andrew R Willan, for the Term Breech Trial Collaborative Group\**

	Keizersnede	Vaginale baring
Sterfte	0,3%	1,3%
Ernstige complicaties baby	1,4%	3,8%
Samengestelde uitkomstmaat	1,6%	5%

Commentaar van verschillende onderzoekers



# Verloop in Nederland

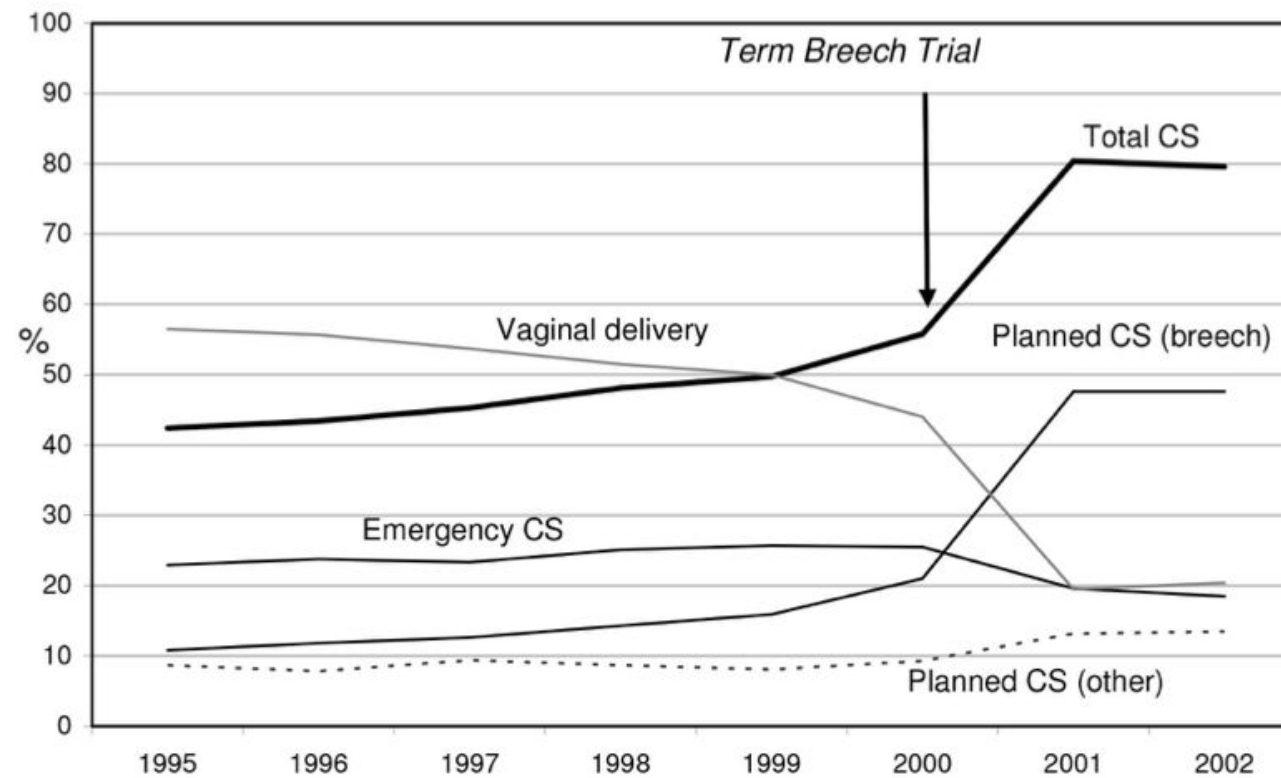


Figure 1. Trends in vaginal delivery and caesarean section in women with a term singleton infant in breech presentation between 1995 – 2002.



# Maar er is meer, veel meer!

## Mortaliteit

		Vaginaal	Keizersnede
Term Breech Trial		13/1000	3/1000
Håheim 2004		1,2/1000	0,6/1000
PREMODA 2006	Prospectief observationeel	0,8/1000	1,4/1000
Vlemmix 2014	PRN data	1,6/1000	0
Berhan 2016	Meta-analyse	3/1000	0,5/1000
RCOG 2017	Richtlijn	2/1000	0,5/1000



## Morbiditeit korte termijn

		Vaginaal	Keizersnede
Term Breech Trial		38/1000	14/1000
PREMODA 2006	Prospectief observationeel	1,52/1000	1,3/1000
Vlemmix 2014		4/1000	1/1000
Berhan 2016	Meta-analyse	3/1000	0,5/1000
RCOG 2017	Richtlijn	2/1000	0,5/1000

## Morbiditeit lange termijn



# All fours

(Louwen 2017)

- 269 vaginale stuitbevallingen (229 'upright' versus 40 rugligging)
  - Minder manoeuvres (44% vs 95%)
  - Minder geboortetrauma (0,9% vs 5%)
  - Kortere persfase 1,02 uur vs 1,77 uur
  - Minder keizersnedes
  - Geen significant verschil ernstige morbiditeit of mortaliteit







# En de moeder dan?

Over het algemeen zijn de uitkomsten voor de moeder beter bij een vaginale baring tov een (geplande) keizersnede.

Een keizersnede tijdens de baring heeft meer kans op complicaties dan een geplande keizersnede.

Een keizersnede geeft in een volgende zwangerschap een verhoogde kans op:

- Placenta praevia
- Placenta accreta
- Uterusruptuur (0,3-0,5%)
- Adhesies en/of niche



voorgaande sectio (n)	placenta praevia (%)	placenta accreta (%)	placenta accreta indien placenta praevia (%)
0	0,26	0,004-0,01	2-5
1	0,65	0,16-0,30	14-24
2	1,8	0,26-1,6	23-47
3	3	1,20-5,1	29-40
4	10	2,30-9,1	33-67



# Numbers Needed to Treat

	Hoeveel keizersnedes om 1 babysterfte te voorkomen?
Term Breech Trial	104
Rietberg 2003/2005	175
Berhan 2014	338
Vlemmix 2014	649
RCOG 2017	666
Premoda 2006	Geen verschil

Vlemmix 2014: 649 keizersnedes voorkomt 1 babysterfte, 2 geboortetrauma, ca 12 minder lage Apgarscores

Verhoeven(2005): Als in de periode 2001-2005 8500 keizersnedes waren verricht (ipv vaginaal):

- 19 kinderen gered
- Maar volgende zwangerschap: 4 moedersterfte, 9 babysterfte door uterusruptuur, 140 ernstige complicaties bij moeder
  - Voor elke 3-7 geredde baby's, overlijdt 1 moeder



© Wild Flower Photography





# De fysiologische vaginale stuitbevalling

Eerst maar eens kijken naar een vaginale stuitbevalling!



© Birth Day  
Geboortefotografie

## Verloop fysiologische vaginale stuitbevalling



[https://www.researchgate.net/publication/312645578\\_The\\_art\\_of\\_vaginal\\_breech\\_birth\\_at\\_term\\_on\\_all\\_fours](https://www.researchgate.net/publication/312645578_The_art_of_vaginal_breech_birth_at_term_on_all_fours)



[https://www.researchgate.net/publication/312645578\\_The\\_art\\_of\\_vaginal\\_breech\\_birth\\_at\\_term\\_on\\_all\\_fours](https://www.researchgate.net/publication/312645578_The_art_of_vaginal_breech_birth_at_term_on_all_fours)





# De 10 stappen nog even op 'n rijtje

1. De billen en/of voeten zijn transversaal zichtbaar
2. Roteert bij geboorte van het lijfje (met buik naar sacrum moeder)
3. Benen 'los'
4. Bovenlijfje wordt verder geboren: rimpels borstkas laten zien dat armen niet boven het hoofdje vastzitten
5. Baby buigt > flecteert ruggengraat en hoofd (soort sit up) > het hoofd is geflecteerd
6. Armen worden geboren
7. Perineum oogt 'vol': hoofd is geflecteerd
8. Hoofd wordt geboren
9. Baby wordt aan moeder gegeven
10. Navelstreng blijft intact (ook bij beademing of reanimatie)



# Walker et al 2016

## First Principles

Ensuring skilled and experienced professionals attend the birth has a significant impact on the safety of breech birth.	100	4.82	0.39
The primary purpose of upright breech birth is to optimise physiology, e.g. facilitate the mother's ability to birth her baby with maximum efficiency.	100	4.77	0.43
The safest breech birth exhibits optimum physiology: e.g. labour begins spontaneously at or near term and progresses steadily.	100	4.77	0.43
Power from above is safer than pulling from below.	100	4.73	0.46
In a physiological breech birth, a healthy, uncompromised baby moves in ways which assist his/her own birth.	100	4.64	0.49
Optimising the physiological process increases the safety of breech birth for the baby.	96	4.68	0.57
The mother's attitude and approach to birthing a breech baby has a significant impact on the safety of breech birth.	96	4.55	0.60
Optimising the physiological process increases the safety of breech birth for the mother.	91	4.55	0.67
Episiotomy is never, or rarely, needed to assist an upright breech birth.	91	4.50	0.67
In a physiological breech birth, there should be no touching of mother or baby unless there is a problem requiring assistance. There are no routine manoeuvres.	91	4.43	0.81
It is the mother's ability to move at the time of expulsive efforts that supports the physiological process.	87	4.35	0.71
It is uncommon to need to do anything in physiological breech birth, that is, non-medicated woman, baby at term, spontaneous labour with woman-led positions.	74	3.95	0.95





# Wat doe je wel en wat liever niet?

- Moeder bepaalt houding (vaak all fours)
  - Ervaren zorgverlener erbij
  - Spontane start baring
  - Normale vooruitgang
  - Fysiologisch proces laten gebeuren
  - Geen routine interventies (ook geen episiotomie)
  - Moeder of baby worden alleen aangeraakt indien er een probleem is
- Niet trekken
  - Instructies tav houding of persinstructies





# Welke situaties kunnen ontstaan bij een fysiologische vaginale stuitbevalling?

*(Waar een zorgverlener op moet kunnen reageren)*

- Roteert niet (dus blijft met lijfje dwars)
- Opgeslagen arm(en)
- Hoofd onvoldoende geflecteerd (in bekkenuitgang)
- Zeldzaam: (extreem) gedeflecteerd hoofd bekkeningang



# Hoe vertaal je vanavond naar de dagelijkse praktijk?

- Bespreek beide opties uitgebreid, inclusief verschillende mogelijkheden
- Bespreek mogelijke toekomstwensen (wel/niet mogelijk wens tot volgende zwangerschap)
- Wanneer je cijfers toelicht: gebruik absolute getallen
- Bied de mogelijkheid tot het zien van filmpjes
- Indien gesprek in de tweedelijjn vastloopt: wijs op mogelijkheid second opinion. Welk ziekenhuis in de regio heeft meer stuitervaring?





# Zin in meer van dit?

## Vraag de Vroedvrouw in 2023

We hebben in Nederland een veilig geboortezorgstelsel.

Tegelijk voelen we allemaal dat sommige dingen niet kloppen en beter kunnen voor zwangeren, ouders, baby's.

En ook voor onszelf trouwens.

Met Vraag de Vroedvrouw kijken we v erder dan de gebaande paden, niet omdat die slecht zijn, maar omdat er meer mogelijk is.

Ik heb de waarheid niet pacht, maar ik ben wel goed in verder kijken (en graven) dan wat we aangeleerd hebben gekregen. In kritische vragen stellen. In de nieuwste onderzoeken aan je uitleggen.

Zodat we echt zorg op maat kunnen bieden, wat niet alleen fijn is voor zwangeren, ouders en baby's, maar ook voor onszelf.





# Zin in meer van dit?

## Vraag de Vroedvrouw in 2023

18 uur aan live masterclasses met terugkijk mogelijkheid

24+artikelen (met elke maand nieuwe!)

Op je eigen tijd terugkijken van heel veel uur aan masterclasses die al online staan.

- Fluxus postpartum
- Hyperemesis gravidarum – Leonie Flipse, verloskundige
- Bekkenbodem & diastase: herstel – Romana Serno, pre- en postnataal fitnessexpert
- Dik & zwanger – Stichting Dikke Vinger
- Korte tongriem & Concorde houding – Myrte van Lonkhuijsen, lactatiekundige
- Geboortetrauma bij de baby – Lisa de Bruin, orthopedagoog & IMH-specialist
- Plek van bevallen – Prof. Dr. Ank de Jonge
- SGA: de kleine baby
- Diabetes gravidarum
- LGA: de grote baby
- Tweelingzwangerschap
- Tweelingbevalling



# Literatuur

- Breechwithoutborders.org (online training, maar je vindt ook veel info in hun blogs)
- Filmpjes: <https://www.breechwithoutborders.org/videos/>
- Breechbirth.org.uk (online training, maar je vindt ook veel info in de blogs)
- Adjaoud 2017 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28412313/>
- Berhan 2016 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26234485/>
- Goffinet 2006 (PREMODA) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16580289/>
- Håheim 2004 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14756727/>
- Hannah 2000 (Term Breech Trial) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11052579/>
- Kouam 1980 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7445828/>
- Louwen 2017 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28099742/>
- RCOG richtlijn 2017  
<https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/management-of-breech-presentation-green-top-guideline-no-20b/>
- Rietberg 2005 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15663585/>
- Verhoeven 2005 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16235796/>
- Visser 2005 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16235797/>
- Vistad 2015 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26037909/>
- Vlemmix 2014 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25113411/>
- Artikel Vraag de Vroedvrouw: Baren na eerdere keizersnede