

Een stuitligging

Als een kind met het hoofd boven in de baarmoeder ligt en met de stuit naar beneden, spreken we van een stuitligging. Waardoor een kind in stuitligging ligt, is vaak niet duidelijk. Tegen het einde van de zwangerschap kan het zinvol zijn om te proberen het kind te draaien, zodat het met het hoofd beneden komt te liggen (hoofdligging). In deze folder leest u hoe dat gebeurt. Ook komt in de folder aan de orde hoe de bevalling bij een stuitligging kan plaatsvinden, of u een keuze heeft tussen een gewone bevalling of een keizersnede en wat de voor- en nadelen hiervan zijn.



Rijnstate

**Neem altijd uw
verzekeringsgegevens
en identiteitsbewijs mee!**

Inhoud

De stuitligging in het kort	3
Wat is een stuitligging?	3
Waarom ligt een kind in stuitligging?	4
De bevalling bij een stuitligging	5
Het draaien van een kind in stuitligging	6
De vaginale bevalling bij een stuitligging	8
De keizersnede bij een stuitligging	10
Het maken van een keuze	11
Tot slot	14

De stuitligging in het kort

Een kind dat tegen het einde van de zwangerschap niet met het hoofd maar met de billen omlaag ligt wordt een kind in stuitligging genoemd. Meestal is onbekend waarom een kind in stuitligging ligt. Een kind in stuitligging kan vaak gewoon vaginaal geboren worden. Hierbij worden de billen of voeten als eerste geboren. Een keizersnede is ook mogelijk. Het kind in stuitligging kan tijdens de zwangerschap soms gedraaid worden naar een hoofdligging. In Nederland hebben de gynaecologen een aantal voorwaarden afgesproken waaronder een kind in stuitligging vaginaal geboren kan worden.

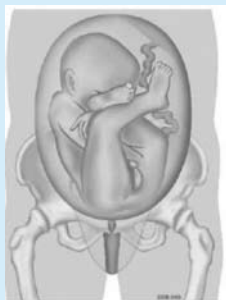
Wat is een stuitligging?

Bij een stuitligging ligt het hoofd van het kind boven in de baarmoeder, terwijl de billen en/of voeten beneden bij de ingang van het bekken liggen.

Indeling van de stuitligging:

- Onvolkomen stuitligging; de billen beneden met de benen omhoog langs het lichaam;
- Volkomen stuitligging; de billen beneden met de voeten naast de billen;
- Voetligging; een of beide benen gestrekt naar beneden. Zie de afbeeldingen op de volgende pagina.

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.



Onvolkomen stuitligging met de benen omhoog langs het lichaam



Volkomen stuitligging: met gebogen knieën zodat de voeten naast de billen liggen



Half (on)volkomen stuitligging: één been als volkomen, één been als onvolkomen stuitligging



Voetligging: benen gestrekt omlaag

Waarom ligt een kind in stuitligging?

Bij meer dan 85% van de zwangere vrouwen is het onbekend waarom een kind omstreeks de uitgerekende datum in stuitligging ligt.

Een stuitligging komt vaker voor bij:

- een meerlingzwangerschap;
- een afwijkende vorm van de baarmoeder of het bekken;
- een voorliggende placenta (moederkoek) of een myoom (vlesboom) bij de ingang van het bekken;
- aangeboren afwijkingen van het kind.

Bij een stuitligging vindt meestal echoscopisch onderzoek via de buik plaats. De arts of echoscopist kijkt naar duidelijk zichtbare aangeboren afwijkingen die vaak zeldzaam zijn, maar eventueel de oorzaak van de stuitligging kunnen zijn. Ook kijkt de arts naar de positie van het hoofd van de baby en beoordeelt de hoeveelheid vruchtwater, de ligging van de moederkoek en of er vleesbomen of andere afwijkingen zijn die de ingang van het bekken blokkeren.

De bevalling bij een stuitligging

De bevalling van een kind in stuitligging kan op twee manieren plaatsvinden:

- Door middel van een gewone vaginale bevalling, waarbij eerst de billen of voeten worden geboren;
- Door middel van een keizersnede bij 39 weken.

Daarnaast kan het kind alsnog in hoofdligging worden gelegd door het te draaien tijdens de zwangerschap (een versie).

Het draaien van een kind in stuitligging

Waarom draaien bij een stuitligging?

Als een kind van stuitligging naar hoofdligging kan worden gedraaid zijn de risico's voor moeder en kind het kleinst bij een vaginale baring in hoofdligging en is er een veel lagere kans op een keizersnede.

Wanneer draaien bij een stuitligging?

Voor 36-37 weken draaien veel kinderen zelf nog naar hoofdligging. Het is dan ook verstandig pas na deze termijn het kind te draaien. Soms is het advies iets eerder of juist later te draaien. Is de stuitligging later ontdekt, dan kan tot aan de bevalling het draaien bijna altijd geprobeerd worden.

Hoe verloopt het draaien?

In ons ziekenhuis vindt draaien van een kind plaats op het observatorium. De versie-poging wordt gedaan door de versiekundigen (een gynaecoloog en een 1^e lijns verloskundige die de opleiding tot versiekundige heeft gedaan).

De gynaecoloog maakt eerst een echo om te kijken of uw kindje nog steeds in stuitligging ligt. Als dit het geval is wordt er een CTG (hartfilmpje van uw kindje) gemaakt. Dit kan 30-45 min duren. Voordat het draaien begint, kunt u kiezen voor een infuus met het medicijn ritodrine. Dit middel zorgt ervoor dat uw baarmoeder zo ontspannen mogelijk is en dat u geen harde buiken krijgt tijdens de versie-poging. Met ritodrine is de kans dat de versie slaagt groter. Wel kunt u last krijgen van bijwerkingen, zoals hartkloppingen, trillen of een gejaagd gevoel. Deze verdwijnen weer zodra u de ritodrine niet meer toegediend krijgt. Als u een hartziekte heeft, mag u geen ritodrine gebruiken.

Begin van het draaien

Voor de versie is het fijn als u niet helemaal uitplast. Ideaal is als u een halfvolle blaas heeft. Tijdens de versie ligt u op een onderzoeksbank. Het is belangrijk dat u zo ontspannen mogelijk ligt en uw buikspieren niet aanspant. Er wordt een kussen onder uw knieën gelegd, zodat u zo ontspannen mogelijk ligt. Als u een goede houding heeft gevonden, wordt gestart met de versie-poging. Met de hand/handen worden net boven uw schaambeent de billen van uw kind uit het bekken opgelicht en naar de zijkant en vervolgens omhoog gedrukt.

Met de andere hand wordt aan de bovenkant van uw buik het hoofd van uw kind lichtjes naar beneden begeleid. Op deze wijze proberen we het kind te draaien tot het met zijn/haar hoofd beneden ligt. De duur van de versie-poging kan variëren en is afhankelijk van meerdere factoren. Na het draaien krijgt u opnieuw een CTG, wat nogmaals 30 - 45 minuten kan duren.

Hoe vaak lukt het om een kind te draaien?

Of het zal lukken om een kind te draaien valt niet eenvoudig te voorspellen. De kans op slagen is van meerdere factoren afhankelijk. Bij een eerste zwangerschap zijn de baarmoeder en de buikwand nog stevig en heeft het draaien minder kans op succes dan bij een tweede of derde zwangerschap. Gemiddeld is de kans op succes van het draaien ongeveer 40-60% zonder ritodrine. Kiest u voor ritodrine, dan loopt dit op naar 70%.

In sommige gevallen kan de gynaecoloog om medische redenen besluiten om het kind niet te draaien. Bij een tweelingzwangerschap is het niet mogelijk om een of beide kinderen te draaien.

Mogelijke gevolgen en complicaties van het draaien

Voor de moeder is kans op complicaties zeer klein. De buik kan door het duwen tijdens de versie-poging een paar dagen gevoelig en pijnlijk zijn. Dat is vervelend, maar kan geen kwaad. Tijdens en na het draaien is de hartslag van de baby soms wat trager maar bijna altijd wordt deze vanzelf weer normaal. Een heel enkele keer (bij vier op de duizend vrouwen) blijven de harttonen afwijkend en is het nodig direct een keizersnede te doen.

Na het draaien

Als het is gelukt om uw kind te draaien, kunt u in principe gewoon thuis bevallen, tenzij u een andere reden heeft voor een ziekenhuisbevalling. Als het niet gelukt is uw kind te draaien of als uw kind uit zichzelf weer terug is gedraaid naar een stuitligging, kunt u overwegen om een nieuwe draaipoging te laten doen, meestal een week na de eerste keer. Blijft uw kind in stuitligging liggen, dan moet u in het ziekenhuis onder controle blijven voor de zwangerschap en de bevalling. U krijgt dan een gesprek met de gynaecoloog met uitleg over de bevalling als u in ons ziekenhuis onder controle blijft. Vervolgens krijgt u een controle-afspraken mee om na een week op de polikliniek te komen. Als u voor een ander ziekenhuis kiest, regelt uw verwijzende verloskundige de vervolgspraken voor u.

Heeft u last van toenemende buikpijn of bloedverlies? Breken uw vliezen of voelt u uw kind minder bewegen? Neem dan contact op met uw zorgverlener.

Anti-D

Is uw bloedgroep rhesus-negatief en heeft uw kind rhesus-typering positief, dan krijgt u na afloop van de versie een injectie met anti-D.

De vaginale bevalling bij een stuitligging

Hoe verloopt een gewone bevalling in stuitligging?

Een stuitbevalling kent net als een bevalling van een kind in hoofdligging, drie verschillende perioden: de ontsluiting, het persen en de periode na de geboorte.

De ontsluitingsfase bij een stuitbevalling verloopt vaak iets anders. Bij een stuitligging liggen de billen, benen of voeten beneden en drukken op de baarmoedermond. Omdat de billen, benen en voeten kleiner zijn dan het hoofd, kunnen ze al door de baarmoedermond zakken en persdrang geven voordat er volledige ontsluiting is. Bij een stuitligging kunt u daarom persdrang krijgen voordat u volledige ontsluiting heeft. In dat geval mag u nog niet gaan persen. Het persen verloopt hetzelfde als bij een kind in hoofdligging. Aan het einde, als het lichaam van de baby geboren is tot ongeveer halverwege, vraagt uw gynaecoloog u te zuchten en te stoppen met persen. In de volgende wee kan dan de rest van het lichaam en het hoofd in een keer geboren worden. Bij een stuitbevalling maken we bijna altijd gebruik van een dwarsbed: het voeteneinde van het verlosbed wordt weggehaald en u plaatst uw benen in beensteunen (net als bij inwendig onderzoek op een gynaecologische stoel). De gynaecoloog kan dan tussen uw benen staan om te helpen bij de geboorte.

Bij een kind in onvolkomen stuitligging, met de benen omhoog, worden eerst de billen geboren, daarna de rest van het lichaam en de armen, en tot slot het hoofd. De geboorte van een kind in volkomen stuitligging verloopt hetzelfde, maar dan worden eerst een of twee benen geboren. Controle van de hartslag kan gewoon plaatsvinden (uitwendig via de buik of inwendig via een elektrodedraadje op de bil van uw kind).

Mogelijke complicaties bij de moeder

De kans op complicaties voor de moeder is bij een bevalling in stuitligging niet groter dan bij een bevalling in hoofdligging. Wel is er meer kans dat de gynaecoloog tijdens de bevalling besluit tot een keizersnede.

Mogelijke complicaties bij het kind

Kinderen in stuitligging die gewoon (vaginaal) worden geboren, worden vaker kort na de geboorte op de couveuseafdeling opgenomen dan kinderen die geboren worden na een keizersnede. Na een gewone bevalling na 38 zwangerschapsweken is bij ongeveer 1 op de 20 kinderen couveuseopname nodig. Dat is tien keer vaker dan na een keizersnede. Er bestaan verschillende redenen voor zo'n opname. Soms heeft het kind na de geboorte behoefte aan extra zuurstof of ademhalingsondersteuning. Een andere reden voor een couveuseopname is een beschadiging die bij de geboorte is opgetreden, zoals een botbreuk, een zenuwbeschadiging of een hersenbloeding. Een dergelijke beschadiging komt zelden voor (bij ongeveer 1% van alle kinderen in stuitligging), maar ongeveer twee keer vaker na een stuitbevalling dan na een keizersnede.

Na de bevalling

Op de lange termijn is er geen verschil in het risico op sterfte en is de ontwikkeling van een kind in stuitligging dat geboren is door middel van een keizersneden hetzelfde als van een kind in stuitligging dat vaginaal geboren wordt.

De keizersnede bij een stuitligging

Voor algemene informatie over de keizersnede zie de folder 'De keizersnede'.

Mogelijke complicaties bij de moeder

De kans op ernstige complicaties als gevolg van een keizersnede is voor gezonde zwangeren heel erg klein, maar toch altijd groter dan na een gewone bevalling. Het gaat hier om niet-levensbedreigende complicaties. Sommige, zoals bloedarmoede of trombose, komen ook na een gewone bevalling voor. Andere complicaties, zoals een nabloeding in de buik, een bloeditstorting of wondinfectie, een beschadiging van de blaas of het niet goed op gang komen van de darmen, komen voor na een keizersnede. Ook een blaasontsteking komt na deze operatie vaker voor dan na een gewone bevalling. Pijn als gevolg van een zenuwbeschadiging bij de bikinisnede is een zeer zelden voorkomende complicatie van een keizersnede.

Mogelijke complicaties bij het kind

Een enkele keer is het bij een keizersnede moeilijk een kind dat in stuitligging ligt uit de baarmoeder te halen en kan een (zenuw)beschadiging optreden. Als de keizersnede te vroeg in de zwangerschap wordt gepland om zo een spontane bevalling te voorkomen, kan het kind longproblemen krijgen. Hiervoor is een opname op de couveuseafdeling noodzakelijk. Daarom doen we de keizersnede bij een stuitligging in principe niet voor 39 weken.

Na de keizersnede

Het litteken in de baarmoeder is een nadeel bij een volgende bevalling. U krijgt na een keizersnede het advies in het ziekenhuis te bevallen, omdat het litteken een verhoogde kans op complicaties tijdens een volgende bevalling met zich meebrengt. Voorbeelden daarvan zijn het openscheuren van het litteken, een voorliggende moederkoek of een moederkoek die heel vast met de baarmoeder vergroeid is, zodat een baarmoederverwijdering noodzakelijk is. Hoewel deze complicaties zelden voorkomen, treden ze vaker op na een keizersnede dan na een gewone bevalling (zie ook de folder “De keizersnede”).

Het maken van een keuze

Wanneer is een vaginale bevalling mogelijk?

Uw gynaecoloog weegt samen met u en uw partner af of een gewone bevalling veilig is of dat het beter is een keizersnede te doen.

Voorwaarden voor een veilige vaginale bevalling zijn:

- Bij een vorige bevalling waren er geen ernstige problemen, zoals een technisch lastig uit te voeren vacuüm- of tangverlossing (een gemakkelijk uit te voeren vacuüm- of tangverlossing de vorige keer is geen bezwaar);
- Het geschatte gewicht van uw kind is niet te hoog;
- Het hoofd van uw kind ligt voorover en niet achterover gebogen;
- De stuit is een beetje ingedaald in uw bekken;
- De ontsluiting en de uitdrijving vorderen goed tijdens de bevalling.

Kunt u kiezen?

Doorgaans kunt u na een adviserend gesprek met uw gynaecoloog kiezen tussen een keizersnede of een vaginale bevalling. Voorwaarde hiervoor is wel dat de gynaecoloog die de vaginale bevalling begeleidt, een gewone bevalling verantwoord vindt.

In de volgende situaties heeft u geen keuze:

1. Het is te laat om een keizersnede te doen: uw kind staat op het punt geboren te worden;
2. Het is te vroeg om een keizersnede te doen: bij een bevalling die nog niet op gang is gekomen zal de gynaecoloog pas een keizersnede uitvoeren na 39 weken. Voor deze tijd bestaat er een te hoog risico op ademhalingsproblemen bij uw baby;
3. de gynaecoloog vindt het niet verantwoord om u vaginaal te laten bevallen. Redenen hiervoor kunnen bijvoorbeeld zijn dat het kind te groot is of niet gunstig ligt, dat u de vorige keer een technisch lastig verlopen bevalling heeft gehad, dat de ontsluiting of de uitdrijving onvoldoende vordert of dat de harttonen verslechteren.

Als het voor u als aanstaande ouders mogelijk is te kiezen tussen een gewone bevalling of een keizersnede, is het belangrijk dat u alle argumenten zo goed mogelijk op een rij zet. In eerste instantie kunt u denken dat een keizersnede de veiligste manier is maar een keizersnede heeft ook nadelen.

Voor- en nadelen van een gewone bevalling en een keizersnee op een rij

Gewone bevalling	
Voordelen	Nadelen
Natuurlijk, spontaan	Een iets hogere kans op problemen bij uw kind kort na de geboorte
Geen nadelen van een operatie	
Ziekenhuisopname is korter	
U herstelt sneller	
Volgende bevalling eventueel thuis mogelijk	
Keizersnede	
Voordelen	Nadelen
Iets minder kans op problemen van uw kind kort na de geboorte	Ziekenhuisopname duurt langer
	U herstelt duurt langer
	Er is een grotere kans op complicaties voor de moeder
	Geen thuisbevalling meer mogelijk
	Een iets grotere kans op complicaties tijdens een volgende bevalling

Tot slot

Het is normaal als u veel vragen heeft nu uw kind in stuitligging ligt. Bespreek uw ideeën, eventuele twijfels en zorgen met uw gynaecoloog.

Kijk ook eens op www.degynaecoloog.nl/onderwerpen/hoe-wil-bevallen-kind-stuitligging/

© 2005 NVOG

Het copyright en de verantwoordelijkheid voor deze folder berusten bij de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) in Utrecht. Leden van de NVOG mogen deze folder, mits integraal, onverkort en met bronvermelding, zonder toestemming vermenigvuldigen. Folders en brochures van de NVOG behandelen verschillende verloskundige en gynaecologische klachten, aandoeningen, onderzoeken en behandelingen. Zo krijgt u een beeld van wat u normaliter aan zorg en voorlichting kunt verwachten. Wij hopen dat u met deze informatie weloverwogen beslissingen kunt nemen. Soms geeft de gynaecoloog u andere informatie of adviezen, bijvoorbeeld omdat uw situatie anders is of omdat men in het ziekenhuis andere procedures volgt. Schriftelijke voorlichting is altijd een aanvulling op het gesprek met de gynaecoloog. Daarom is de NVOG niet juridisch aansprakelijk voor eventuele tekortkomingen van deze folder. Wel heeft de Commissie Patiëntenvoorlichting van de NVOG zeer veel aandacht besteed aan de inhoud. Dit betekent dat er geen belangrijke fouten in deze folder staan en dat de meerderheid van de Nederlandse gynaecologen het eens is met de inhoud.

Andere folders op het gebied van de verloskunde, gynaecologie en voortplantingsgeneeskunde kunt u vinden op de website van de NVOG: www.degynaecoloog.nl.

Bij Rijnstate kunt u telefonisch en voor de meeste specialismen via www.rijnstate.nl uw afspraak maken.

Rijnstate,
uw ziekenhuis in de regio
Arnhem, Rheden en De
Liemers.
 @rijnstate
 facebook.com/rijnstate

Rijnstate
Postbus 9555
6800 TA Arnhem
T 088 - 005 8888
E info@rijnstate.nl
www.rijnstate.nl