



Een stuitligging

U ontvangt deze informatie over 'Stuitligging' als aanvulling op de mondelinge informatie die de arts of verloskundige u heeft gegeven. Deze informatie komt voor een deel uit de patiënteninformatie van de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Als u na het lezen nog vragen heeft, dan kunt u hiervoor altijd terecht bij uw arts of verloskundige.

Een stuitligging

Als uw kind in een stuitligging ligt, dan ligt het hoofdje van uw kind boven in de baarmoeder. En de billen of de benen liggen beneden bij de ingang van uw bekken.



Voetligging



Half onvolkomen stuitligging



Volkomen stuitligging



Onvolkomen stuitligging, beentjes liggen omhoog

Hoe vaak komt een stuitligging voor?

In het begin van de zwangerschap liggen veel kinderen in stuitligging. Dit wordt minder aan het einde van de zwangerschap. Rondom de uitgerekende datum ligt ongeveer 3 procent van de kinderen in stuitligging.

Bij 9 van de 10 zwangeren is het niet bekend waarom een kind nabij 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.

Onderzoek bij een stuitligging

Bij een stuitligging vindt meestal echoscopisch onderzoek plaats. Bij dit onderzoek kijkt de arts of een echoscopist naar de precieze ligging van de baby, de stand van het hoofdje van uw kind, de hoeveelheid vruchtwater en de ligging van de moederkoek. Ook kijkt de arts naar vleesbomen of andere afwijkingen die de ingang van het bekken blokkeren en naar duidelijk zichtbare aangeboren afwijkingen, die eventueel de oorzaak van de stuitligging kunnen zijn.

Het draaien van een kind in stuitligging

Wanneer uw kind in stuitligging ligt, kan men proberen het kind te draaien, zodat het hoofd naar beneden gaat liggen. In medische termen wordt dit een 'versie-poging' genoemd. Het draaien gebeurt aan de buitenkant van uw lichaam. Geprobeerd wordt het stuitje van uw kind uit het bekken te brengen (luxeren) en het hoofdje van uw kind richting het bekken van de moeder te bewegen.

Wanneer wordt de stuitligging gedraaid?

Voor 36-37 weken zwangerschap draaien veel kinderen zelf nog tot een hoofdligging. Het is dan ook verstandig om het kind pas na deze tijd te draaien. Soms wordt iets eerder of later gedraaid. Dit hangt meestal af van de indaling van het stuitje van het kind.

Wordt de stuitligging later ontdekt? Dan kan tot aan de bevalling bijna altijd worden geprobeerd om uw kindje te draaien.

Hoe verloopt het draaien?

Het draaien van een baby gebeurt op een verloskamer. Voor het draaien vragen wij u goed uit te plassen. Het draaien gebeurt door een gynaecoloog in opleiding samen met of onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog. U ligt op een bed of onderzoeksbank. Soms is een kussen onder uw knieën prettig.

U krijgt een infuus met een medicijn dat de weeën remt. Dit zorgt ervoor dat de baarmoeder ontspannen blijft. Een mogelijke bijwerking van dit medicijn is dat uw hartslag sneller wordt en u last kunt krijgen van hartkloppingen en 'flushes of blozen'. We houden uw hartslag en uw bloeddruk daarom tijdens het toedienen goed in de gaten. Als de arts klaar is met draaien, stopt het toedienen van het weeën remmend middel. Op deze manier krijgt u zo weinig mogelijk van het medicijn. Na een paar uur werkt het medicijn niet meer en verdwijnen de bijwerkingen.

Voordat de arts met het draaien begint, controleert men de hartslag van uw baby met een CTG. U krijgt hiervoor met elastische banden 2 knoppen op uw buik geplakt.

Ook wordt nog een keer met een echo de ligging van uw kind bepaald. Het is belangrijk dat u zo ontspannen mogelijk ligt en uw buikspieren niet aanspant.

Als u een goede houding heeft gevonden, pakt de arts via uw buik het kind vast. Eén hand pakt daarbij, net boven uw schaambeent, de billen van uw kind en probeert deze omhoog te drukken. De andere hand aan de bovenkant van uw buik beweegt het hoofdje van het kind naar beneden. Op deze manier duikt uw kind tot het met zijn hoofd beneden ligt.

Het draaien kan heel snel gaan en minder dan 30 seconden duren. Maar soms is hiervoor meer dan 5 minuten nodig. Het gevoel kan onaangenaam en drukkend zijn. De buik kan nadien ook wat gekneusd voelen

Na het draaien controleert de arts of verpleegkundige opnieuw de hartslag van uw kind met een CTG.

Hoe vaak lukt het om een kind te draaien?

Of het lukt om uw kind te draaien, is niet eenvoudig te voorspellen. Vaak geldt: hoe vroeger in de zwangerschap en hoe meer vruchtwater er is, hoe gemakkelijker het is om het kind te draaien. Maar een nadeel is dat als uw kind gemakkelijk te draaien is, dan is de kans ook groot dat het zelf weer terug draait.

Het draaien wordt moeilijker als:

- U verder in uw zwangerschap komt, doordat de hoeveelheid vruchtwater afneemt en de baby groter is.
- U zelf kleiner of zwaarder bent.
- Het uw 1^e zwangerschap is. Hierdoor zijn de baarmoeder en de buikwand nog stevig en heeft het draaien minder kans op succes dan bij een 2^e of 3^e zwangerschap.

Ongeveer bij 40 tot 60 procent is het draaien een succes.

Bij een tweelingzwangerschap is het niet mogelijk om een of beide kinderen te draaien. Ook bij een litteken in de baarmoeder of een hoge bloeddruk besluit de gynaecoloog soms om het kind niet te draaien.

Mogelijke gevolgen en complicaties van het draaien

Voor de moeder is kans op complicaties zeer klein. Mogelijke complicaties zijn:

- Sommige vrouwen hebben last van de bijwerkingen van het medicijn dat de weëen remt en de baarmoeder te ontspant. Maar dit gaat altijd vanzelf over.
- De buik kan door het duwen een paar dagen gevoelig en pijnlijk zijn. Dat is vervelend, maar kan geen kwaad.
- 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 minder dan 1%) blijven de harttonen afwijken en is het eventueel nodig direct een keizersnede te doen.

Na het draaien

U kunt na het draaien weer naar huis. Als u thuis een van onderstaande klachten heeft, moet u altijd contact opnemen met uw verloskundige of het ziekenhuis.

- buikpijn die erger wordt
- bloedverlies
- als u uw kind minder voelt bewegen.

Als het is gelukt om uw kind te draaien, dan kunt u gewoon thuis of poliklinisch bevallen, of er is een andere reden voor een ziekenhuisbevalling. Als uw kind uit zichzelf weer terug is gedraaid naar een stuitligging, kan na 1 week eventueel opnieuw worden geprobeerd te draaien. Dit overleggen we met u.

Anti-D

Is uw bloedgroep rhesus D-negatief en de bloedgroep van de baby rhesus-D positief, dan krijgt u na een draaipoging altijd een injectie met Anti-D.

De bevalling bij een stuitligging

Als uw kind na 1 of meer keer proberen te draaien in stuitligging blijft liggen, dan is geboorte op 2 manieren mogelijk:

1. Uw kind wordt vaginaal geboren. Dit is de normale manier. De billen of de voeten van uw kind komen dan als eerste.
2. U kunt kiezen voor een keizersnede.

Beide mogelijkheden beschrijven we hieronder. De arts bespreekt dit ook uitgebreid met u.

Vaginale bevalling bij een stuitligging

Een stuitbevalling kent net als een bevalling van een kind in hoofdligging, 3 verschillende fasen:

- de ontsluiting
- het persen
- de periode na de geboorte

Als u kiest voor een vaginale bevalling, dan wachten we vaak af tot u vanzelf weeën krijgt. We adviseren u om al bij het begin van de bevalling naar het ziekenhuis te komen, zodat we u, uw bevalling en de conditie van uw kind goed in de gaten kunnen houden. Als er een medische reden is kan een bevalling met stuitligging ook worden ingeleid. We zijn meer terughoudend met inleiden bij een stuitligging, omdat het spontaan op gang komen van de bevalling een betere uitgangssituatie is voor de bevalling..

De ontsluitingsfase bij een stuitbevalling verloopt vaak iets anders dan bij een bevalling met een kind in hoofdligging. Bij een stuitligging liggen de billen, benen of voeten beneden en drukken op de baarmoedermond. Omdat deze kleiner zijn dan het hoofd, kunnen deze al door de baarmoedermond zakken. Dit kan eerder persdrang geven terwijl er nog geen volledige ontsluiting is. U mag dan nog niet persen. Doordat tijdens de ontsluitingsfase de harttonen van de baby steeds worden geregistreerd met een CTC, kunt u mogelijk een beetje minder vrij bewegen.

Bij een kind in onvolkomen stuitligging, waarbij de benen omhoog liggen, worden eerst de billen geboren. Daarna de rest van het lichaam en de armen en aan laatste het hoofd.

De geboorte van een kind in volkomen stuitligging verloopt hetzelfde, maar dan worden eerst 1 of 2 benen geboren. De hartslag van uw kind wordt gecontroleerd via de buitenkant van uw buik, of via een elektrodedraadje op de bil van uw kind.

Bij de geboorte van een kind in stuitligging wordt als het nodig een knip (episiotomie) gegeven.

Het persen bij volledige ontsluiting verloopt hetzelfde als bij een kind in hoofdligging. Aan het einde, als het lichaam van de baby geboren is tot ongeveer halverwege, vraagt de gynaecoloog u te zuchten en te stoppen met persen. In de volgende wee kan dan het hoofd in een keer geboren worden. Bij de geboorte van het hoofd drukt vaak een assistent boven uw schaambeent, om ervoor

te zorgen dat het hoofd goed door het bekken gaat.

Als u op uw rug bevalt van een kind in stuitligging, dan maakt men bijna altijd een dwarsbed. Dit betekent dat het voeteneinde van het verlosbed wordt weggehaald en u uw benen in beensteunen plaatst. Dit is te vergelijken met het inwendig onderzoek op een gynaecologische stoel. De gynaecoloog kan dan tussen uw benen staan om te helpen bij de geboorte.

Ook kan u als u dit wilt de 'all fours positie' aannemen. Hierbij leunt u op uw handen en knieën. Het voordeel van de 'all fours positie' is dat de zwaartekracht meehelpt met de geboorte 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 alsnog besluit tot een keizersnede dan bij een hoofdligging.

Mogelijke complicaties bij het kind

Kinderen in stuitligging die gewoon (vaginaal) worden geboren, worden vaker kort na de geboorte op de kinderafdeling 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 10 keer vaker dan na een keizersnede. Er zijn verschillende redenen voor zo'n opname. Soms heeft het kind na de geboorte behoefte aan extra zuurstof of moet het geholpen worden bij de ademhaling. Een andere reden voor een opname is een beschadiging die bij de geboorte is opgetreden, zoals een botbreuk, een zenuwbeschadiging of een hersenbloeding. zo'n beschadiging komt bij ongeveer 1% van alle kinderen in stuitligging voor. Dit is niet heel vaak, maar dit gebeurt ongeveer 2 keer vaker dan na een gewone bevalling of na een keizersnede.

Over een langere periode is er geen verschil in risico op sterfte. Ook de ontwikkeling van een kind dat vaginaal is geboren in stuitligging is gelijk aan die van een kind geboren met een keizersnede.

De keizersnede bij een stuitligging

Voor algemene informatie over de keizersnede kunt u informatie opvragen bij de gynaecoloog of verpleegkundige of nalezen op umcg.nl. Zoek op keizersnede.

Mogelijke complicaties bij de moeder

De kans op ernstige complicaties door 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 complicaties zoals bloedarmoede of trombose, komen ook na een gewone bevalling voor.

Andere complicaties zoals een nabloeding in de buik, een bloeduitstorting of wondinfectie, een beschadiging van de blaas, of het niet goed op gang komen van de darmen of longembolie horen bij een geboorte met keizersnede. Ook een blaasontsteking komt na een keizersnede vaker voor. Pijn door een zenuwbeschadiging bij de bikinisnede is een complicatie die weinig voorkomt na een keizersnede.

Mogelijke complicaties bij het kind

Soms is het bij een keizersnede moeilijk een kind dat in stuitligging ligt uit de baarmoeder te halen. Een (zenuw) beschadiging komt soms voor. Wanneer de keizersnede te vroeg in de zwangerschap wordt gepland, om zo een spontane bevalling te voorkomen, dan kan het kind longproblemen krijgen. Hierdoor is het nodig uw kind op de couveuseafdeling op te nemen. Daarom wordt de keizersnede bij stuitligging meestal vanaf 39 weken van de zwangerschap uitgevoerd.

Keizersnede en de gevolgen voor latere zwangerschappen

Het litteken in de baarmoeder is een nadeel bij een volgende bevalling. U krijgt na een keizersnede het advies altijd in het ziekenhuis te bevallen. Door het litteken in de baarmoeder is er een hogere kans op ernstige complicaties tijdens een volgende bevalling. Voorbeelden van deze ernstige complicaties zijn het openscheuren van het litteken, een voorliggende moederkoek, of een moederkoek die heel vast met de baarmoeder (op de plaats van het litteken) vergroeid is. Deze complicaties komen niet vaak voor, maar treden vaker op na een keizersnede dan na een gewone bevalling.

Het maken van een keuze

Meestal kunt u na een gesprek met uw gynaecoloog of verloskundige samen kiezen tussen bevallen met een keizersnede of een vaginale bevalling. Een voorwaarde hiervoor is wel dat de gynaecoloog vindt dat een vaginale bevalling veilig is.

In de volgende situaties mag u niet zelf kiezen:

- Het is te laat om een keizersnede te doen. Het kind is al zo diep in het bekken dat al bijna geboren wordt.
- De gynaecoloog vindt het niet veilig om u vaginaal te laten bevallen. Bijvoorbeeld omdat uw kind te groot is, niet gunstig ligt of dat u de vorige keer een moeilijke bevalling heeft gehad.

Wanneer is een vaginale bevalling mogelijk?

De gynaecoloog of verloskundige zal met u en uw partner bespreken of een vaginale bevalling veilig is, of dat het beter is om te bevallen met een keizersnede.

Eisen voor een veilige vaginale bevalling zijn:

- Bij diabetes (gravidarum) moet het geschatte gewicht van het kind boven 4000 gram 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 hoofd van het kind ligt voorover en niet achterover gebogen.
- Er is enige indaling van de stuit in het bekken.
- De ontsluiting en de uitdrijving verlopen goed tijdens de bevalling.

De voor- en nadelen van een gewone bevalling en een keizersnede

Als het voor u als aanstaande ouders mogelijk is te kiezen tussen een gewone bevalling of een geboorte met keizersnede, dan is het belangrijk dat u goed nadenkt over alle voordelen en nadelen. Veel mensen denken dat de keizersnede de veiligste weg is om geboren te worden, maar ook een keizersnede heeft nadelen.

	Voordelen	Nadelen
Vaginale bevalling	Natuurlijk, spontaan	Gering hogere kans op problemen van het kind kort na de geboorte
	Geen nadelen van operatie	Verhoogde kans op (alsnog) een keizersnede
	Ziekenhuisopname korter	
	Herstel sneller	
	Volgende bevalling eventueel thuis mogelijk	
Keizersnede	Iets minder kans op problemen van het kind kort na de geboorte	Ziekenhuisopname langduriger
		Herstel langzamer
		Hogere kans op complicaties voor de moeder
		Gering hogere kans op complicaties tijdens een volgende bevalling
		Geen thuisbevalling meer mogelijk

Op consultkaart.nl vindt u meer informatie over een stuitbevalling. Zoek op stuitbevalling.

Vragen

Als u een kind in stuitligging heeft, dan heeft u meestal veel vragen. U kunt met uw gynaecoloog uw mogelijke twijfels en zorgen bespreken. Hiervoor kunt u contact opnemen met de polikliniek Verloskunde, via telefoonnummer (050) 361 30 80.

U kunt voor algemene informatie ook de website verloskunde.umcg.nl raadplegen.

Patiënteninformatie VLC536 / februari 2020