

Een stuitligging

Inleiding

De arts heeft u verteld dat uw baby in een stuitligging ligt. Vroeg in de zwangerschap is een stuitligging heel gewoon, maar tegen het eind van de zwangerschap ligt de baby normaal gesproken met het hoofd naar beneden. De meeste kinderen draaien tijdens de zwangerschap zelf om. Rondom de uitgerekende datum ligt minder dan 3% van de kinderen in stuitligging.

Deze folder geeft u informatie over een stuitligging, een uitwendige versie (het draaien van een baby in stuitligging), de bevalling en eventueel een keizersnede.

□ Stuitligging

Wat is een stuitligging?

Bij een stuitligging ligt het hoofd van de baby boven in de baarmoeder, terwijl de billen (onvolkomen stuitligging) of de benen (volkomen stuitligging) beneden bij de ingang van het bekken liggen (zie figuur 1).



1a. Onvolkomen stuitligging:
met de benen omhoog langs het lichaam



1b. Volkomen stuitligging: met gebogen knieën zodat de voeten naast de billen liggen



1c. Half (on)volkomen stuitligging: één been als volkomen, één been als onvolkomen stuitligging



1d. Voetligging: benen gestrekt omlaag zodat één of beide voeten onder de billen lig(t)(gen)

Almelo

Zilvermeeuw 1
Postbus 7600
7600 SZ Almelo

Hengelo

Geerdinksweg 141
Postbus 546
7550 AM Hengelo

 facebook.com/ZGTinfo

 twitter.com/ZGT_info

 linkedin.com/company/zgt

 youtube.com/user/ZGTinfo

 zgt.nl - zgt.nl/mijnzgt

Waarom ligt een baby in stuitligging?

In de meeste gevallen (85%) is er geen oorzaak bekend waarom een baby voor de uitgerekende datum in een stuitligging ligt.

Wel komt een stuitligging 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;
- Bij aangeboren afwijkingen van de baby.

Onderzoek bij een stuitligging

Bij een stuitligging krijgt u doorgaans echoscopisch onderzoek. Dit gebeurt via de buik. Hierbij kijkt de arts of echoscopist naar:

- De stand van het hoofd van uw baby;
- De hoeveelheid vruchtwater;
- De ligging van de moederkoek;
- Of er vleesbomen of andere afwijkingen zijn die de ingang van uw bekken blokkeren;
- Eventuele duidelijk zichtbare aangeboren afwijkingen, die zeldzaam zijn maar eventueel de oorzaak van de stuitligging kunnen zijn.

Het draaien van een baby in stuitligging (uitwendige versie)

We proberen uw baby naar een hoofdligging te draaien omdat de risico's voor baby en moeder het kleinst zijn bij een vaginale geboorte in hoofdligging. We proberen dit door middel van een uitwendige versie.

Voor 35-36 weken zwangerschapsduur draaien veel kinderen zelf nog tot een hoofdligging. Het is dan ook verstandig pas na deze termijn de baby te draaien. Soms is het advies iets eerder of later te draaien. Dit is meestal afhankelijk van de hoeveelheid vruchtwater. Wanneer de stuitligging later ontdekt is, kan tot aan de bevalling het draaien bijna altijd geprobeerd worden.

Bij een tweelingzwangerschap is het niet mogelijk om een of beide kinderen te draaien.

Bij een verhoogde bloeddruk of een litteken in de baarmoeder kan de gynaecoloog soms besluiten om de baby niet te draaien.

Bij een uitwendige versie proberen we uw baby aan de buitenkant van uw buik te draaien. De poging tot draaien gebeurt altijd op de polikliniek verloskunde. Dit doet een vast team van gynaecologen en in het ziekenhuis werkende verloskundigen. Meestal heeft uw eigen verloskundige of gynaecoloog al uitgelegd wat er precies gaat gebeuren tijdens het draaien. Voor zowel u als uw baby is een poging tot draaien een veilige methode.

Wat gebeurt er vooraf aan de uitwendige versie?

Voordat de uitwendige versie plaatsvindt, krijgt u een aantal onderzoeken. Deze onderzoeken zijn:

- Echo, bij een echo zien wij:
 - De ligging van uw baby;
 - De hoeveelheid vruchtwater;
 - De plaats van uw placenta;
 - Soms ook de grootte van de baby.
- Cardio-toco-grafie (CTG). Gedurende 30 minuten registreren we de hartslag van uw baby. Hiermee beoordelen wij de conditie van uw baby.
- Om te voorkomen dat de baarmoeder zich gaat samentrekken, kan het zijn dat u een kortwerkende weeënremmer toegediend krijgt. Hier kunt u hartkloppingen van krijgen of een opgejaagd/warm gevoel.

Hoe gebeurt het draaien?

De billen van uw baby worden uit het bekken getild en het hoofdje van uw baby wordt naar beneden bewogen. Zo wordt geprobeerd de baby voor- of achterover te laten "duikelen", totdat het hoofdje beneden ligt.

Het is hierbij belangrijk dat u zo ontspannen mogelijk ligt en uw buikspieren niet aanspant. Sommige vrouwen vinden het draaien gevoelig. Als het voor u te gevoelig is, mag u altijd vragen de poging te stoppen.

Wat gebeurt er na het draaien?

Na het draaien krijgt u gedurende 30 minuten een CTG. Dit ongeacht of het draaien wel of niet gelukt is. Is uw bloedgroep Rhesus negatief en is uw baby Rhesus positief? Dan krijgt u na de versie poging een injectie met 1000IE Anti D. Dit is ongeacht of de draaiing is gelukt of niet.

Is het draaien gelukt? Dan krijgt u een week na de draaiing een afspraak voor echo-onderzoek. Hierbij wordt de ligging van uw baby gecontroleerd. U kunt dan thuis bevallen en gaat terug naar uw eigen verloskundige. Is het draaien niet gelukt? Dan moet u in het ziekenhuis bevallen. Mocht de baby dan toch in hoofdligging liggen dan gaat u terug naar uw eigen verloskundige.

Wanneer neemt u contact op met de gynaecoloog?

U neemt contact op met de gynaecoloog, ongeacht het draaien wel of niet is gelukt:

- Bij toenemende buikpijn;
- Bij bloedverlies
- Als u uw baby minder voelt bewegen.

Hoe vaak lukt het om een baby te draaien?

Of het zal lukken om een baby te draaien, valt niet eenvoudig te voorspellen. Wel kunnen een aantal factoren van invloed zijn bij het succesvol draaien:

- Hoeveelheid vruchtwater;
- Grootte van uw baby;
- Ligging van de moederkoek. Ligt de moederkoek op de voorwand van uw baarmoeder? Dan is het moeilijker om uw baby te kunnen vasthouden bij het draaien;
- Uw postuur;
- Of het uw eerste zwangerschap betreft of niet. Bij een eerste zwangerschap zijn uw baarmoeder en buikwand namelijk nog stevig. Hierdoor zal het draaien minder kans op succes hebben dan bij een tweede of derde zwangerschap.

Gemiddeld is de kans op succes van het draaien ongeveer 40%. Het makkelijk draaien heeft ook een keerzijde. Want als de baby gemakkelijk te draaien is, is de kans ook groot dat het zelf weer terug draait.

Mogelijke gevolgen en complicaties van het draaien

Voor de moeder is kans op complicaties zeer klein. 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 die wordt bijna altijd weer normaal. Een enkele keer (bij veel minder dan 1%) blijven de harttonen afwijkend en is direct een keizersnede noodzakelijk.

De bevalling bij een stuitligging

Dit betekent dat u in het ziekenhuis moet bevallen. De bevalling kan op twee manieren gebeuren:

- Door middel van een gewone bevalling via de schede waarbij eerst de billen of voeten worden geboren;
- Door middel van een keizersnede.

Hieronder leest u hierover meer informatie.

Gewone bevalling

Een stuitbevalling kent net als een bevalling van een baby in hoofdligging, drie verschillende perioden:

- De ontsluiting;
- Het persen;
- 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 deze kleiner zijn dan het hoofd kunnen deze al door de baarmoedermond zakken en persdrang geven. Persdrang kan dus eerder ontstaan dan dat er volledige ontsluiting is.

Het persen verloopt hetzelfde als bij een baby in hoofdligging. Aan het einde, als het lichaam van uw 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.

Bij een baby 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 baby in volkomen stuitligging verloopt hetzelfde, maar dan worden eerst een of twee benen geboren.

Controle van de hartslag kan gewoon plaatsvinden, of uitwendig, via de buik, of inwendig, via een elektrodedraadje op de bil van uw baby.

Dwarsbed

Bij een stuitbevalling maakt men bijna altijd een dwarsbed. Hierbij wordt het voeteneinde van het verlosbed weggehaald. U plaatst uw benen in beensteunen, dit net als bij inwendig onderzoek op een gynaecologische stoel. De gynaecoloog kan dan tussen uw benen staan om te helpen bij de geboorte.

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 de baby

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 een couveuseopname:

- Soms heeft de baby na de geboorte behoefte aan extra zuurstof of moet het geholpen worden bij de ademhaling.
- Er is een beschadiging bij de geboorte opgetreden. Zoals een botbreuk, een zenuwbeschadiging of een hersenbloeding. Een dergelijke beschadiging komt zelden voor. Ongeveer bij 1% van alle kinderen in stuitligging. Maar dit is ongeveer tweemaal vaker na een gewone bevalling dan na een keizersnede.

Na de bevalling

Op de lange termijn is er geen verschil tussen kinderen in stuitligging die via een keizersnede zijn geboren en die vaginaal zijn geboren. De ontwikkeling verloopt hetzelfde en er is geen grotere kans op sterfte.

Keizersnede

De keizersnede bij een stuitligging

Algemene informatie over de keizersnede leest u in folder '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 (zie folder 'keizersnede'). Het gaat hier om niet-levensbedreigende complicaties.

Complicaties die kunnen optreden zijn:

- bloedarroede (kan ook optreden bij een gewone bevalling);
- trombose (kan ook optreden bij een gewone bevalling);
- nabloeding in de buik;
- bloeduitstorting of wondinfectie;
- beschadiging van de blaas;
- het niet goed op gang komen van de darmen;

- blaasontsteking.

Pijn als gevolg van een zenuwbeschadiging bij de bikinisdene is een zeer zelden voorkomende complicatie van een keizersdene.

Mogelijke complicaties bij de baby

Een enkele keer is het bij een keizersdene moeilijk om een baby die in stuitligging ligt uit de baarmoeder te halen. Hierdoor kan een (zenuw)beschadiging optreden.

In principe wordt een keizersdene wegens stuitligging niet voor 39 voltooide weken van de zwangerschap uitgevoerd. Soms gebeurt dit om een spontane bevalling te voorkomen. Mocht een keizersdene voor de 38^e zwangerschapsweek plaatsvinden, kan de baby longproblemen krijgen waarvoor opname op de couveuseafdeling noodzakelijk is.

Gevolgen voor latere zwangerschappen

U krijgt na een keizersdene het advies een volgende keer in het ziekenhuis te bevallen. Dit omdat het litteken in de baarmoeder bij een volgende bevalling, een verhoogde kans op complicaties met zich meebrengt.

Voorbeelden daarvan zijn:

- Het openscheuren van het litteken;
- Een voorliggende moederkoek;
- Een moederkoek die heel vast met de baarmoeder vergroeid is wat veel meer bloedverlies geeft. Een zeldzaam gevolg is dat de baarmoeder na de keizersdene verwijderd moet worden.

Hoewel deze complicaties zelden voorkomen, treden ze vaker op na een keizersdene dan na een gewone bevalling (zie folder 'keizersdene').

Het maken van een keuze

De gynaecoloog bespreekt met u en uw partner of een gewone bevalling veilig is, of dat het beter is om een keizersdene te doen. Daarbij wordt rekening gehouden met enkele

voorwaarden. Voorwaarden voor een veilige vaginale bevalling zijn, dat:

- Er bij een vorige bevalling geen ernstige problemen waren. Zoals een technisch lastig uit te voeren vacuüm- of tangverlossing. Een gemakkelijk uit te voeren vacuüm- of tangverlossing bij de vorige keer is geen bezwaar.
- Het geschatte gewicht van de baby niet te hoog is.
- Het hoofd van de baby voorover ligt en niet achterover gebogen is.
- Er enige indaling van de stuit in het bekken is.
- De ontsluiting en de uitdrijving goed vorderen tijdens de bevalling.

Doorgaans kunt u na een adviserend gesprek met uw gynaecoloog kiezen tussen een keizersdene 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 hebt u geen keuze:

- Het is te laat om een keizersdene te doen: uw baby staat op het punt geboren te worden;
- Het is te vroeg om een keizersdene te doen: bij een bevalling die nog niet op gang is gekomen zal de gynaecoloog pas een keizersdene uitvoeren na 38 voldragen zwangerschapsweken. Voor deze tijd bestaat er een te hoog risico op ademhalingsproblemen bij uw baby.
- De gynaecoloog vindt het niet verantwoord om u vaginaal te laten bevallen. Redenen hiervoor kunnen bijvoorbeeld zijn dat uw baby te groot is of niet gunstig ligt, dat u de vorige keer een technisch lastig verlopen bevalling hebt gehad, dat de ontsluiting of de uitdrijving onvoldoende vordert, of dat de harttonen verslechteren.

Overzicht voor- en nadelen

Kunt u kiezen tussen een gewone bevalling of een keizersnede? Dan is het belangrijk dat u alle argumenten zo goed mogelijk op een rij zet. In eerste instantie kan gedacht worden dat de keizersnede de veiligste weg is om geboren te worden, maar aan een keizersnede zitten ook nadelen.

De voor- en nadelen van een gewone (vaginale) bevalling en een keizersnede worden hieronder weergegeven.

Voordelen	Nadelen
Gewone bevalling	
Natuurlijk, spontaan	
Geen nadelen van operatie	
	Gering hogere kans op problemen van de baby kort na de geboorte
Ziekenhuisopname korter	
Herstel sneller	
Volgende bevalling eventueel thuis mogelijk	
Keizersnede	
Iets minder kans op problemen van de baby kort na de geboorte	
	Ziekenhuisopname langduriger
	Herstel langzamer

	Hogere kans op complicaties voor de moeder
	Geen thuisbevalling meer mogelijk
	Gering hogere kans op complicaties tijdens een volgende bevalling

Tot slot

Een baby in stuitligging geeft meestal aanleiding tot veel vragen. Bespreek met uw gynaecoloog, aan de hand van bovenstaande tekst, uw ideeën, eventuele twijfels en zorgen.

Vragen

Mocht u na het lezen van deze folder nog vragen hebben, uw gynaecoloog, verloskundige, verpleegkundige of huisarts is altijd bereid ze te beantwoorden.

Algemene informatie

Telefoonnummers

- ZGT (algemeen nummer): 088 708 78 78
- Voor zwangeren is onze afdeling Moeder en kind op locaties Almelo én Hengelo op één centraal nummer bereikbaar:
088 708 44 16

Bron: ©NVOG

Het copyright en de verantwoordelijkheid voor deze folder berust bij de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) te Utrecht.