

Een stuitligging wat nu?

Als een kind tegen het einde van de zwangerschap met de billen in plaats van het hoofd omlaag ligt, wordt dit een stuitligging genoemd. Meestal is het niet duidelijk waarom een kind in stuitligging ligt. Er zijn wel situaties waarbij een stuitligging vaker voorkomt zoals bij een tweelingzwangerschap of een afwijkende vorm van de baarmoeder.

Een kind dat in stuitligging ligt kan vaak gewoon vaginaal geboren worden. De billen of voeten worden dan als eerste geboren. Bij zo'n 'vaginale stuitbevalling' is er een iets grotere kans op complicaties. Daarom wordt vaak rond 36 weken zwangerschap geprobeerd om je kind te draaien in je buik. Door het draaien gaat je kind met het hoofd omlaag liggen.

Lukt het draaien niet? En er zijn medische redenen waarom een vaginale bevalling niet verstandig is? Dan zal de gynaecoloog een keizersnede adviseren.

Lukt het draaien niet? En er is géén medische reden om een keizersnede te doen? Dan worden de voor- en nadelen van een vaginale bevalling en een stuitligging met jou besproken. Jij en je partner mogen beslissen wat voor jullie de beste manier is om te bevallen.

Wat is een stuitligging?

Bij een stuitligging ligt het hoofd van het kind boven in de baarmoeder. De billen liggen bij de ingang van het bekken. Er zijn verschillende soorten stuitliggingen:

- onvolkomen stuitligging: alleen billen in bekken, de benen omhoog langs het lichaam
- volkomen stuitligging: billen naast voeten in bekken, dus met gebogen knieën
- half (on)volkomen stuitligging: één been gestrekt omhoog, 1 been met gebogen knie naar beneden
- voetligging: benen gestrekt omlaag zodat één voet of beide voetjes onder de billen liggen



Onvolkomen stuitligging:
De benen liggen omhoog naast het lichaam.



Volkomen stuitligging:
De benen zijn gebogen. De voeten liggen bij de billen ("kleermakerszit").



Half onvolkomen stuitligging:
Eén been ligt gestrekt naar boven.
Het andere been ligt gebogen naar beneden.



Voetligging:
De baby ligt met één of beide benen gestrekt naar beneden. Eén of twee voeten liggen lager dan de billen.

Hoe vaak komt een stuitligging voor?

Vroeg in de zwangerschap liggen veel kinderen met de billen naar beneden. Tijdens het einde van de zwangerschap draaien meer kinderen met hun hoofd naar beneden. Rond de uitgerekende datum liggen ongeveer 5-6 van de 100 kinderen met de billen naar beneden (in een stuit).

Waarom ligt een kind in stuit?

In de meeste gevallen (85%) is er geen oorzaak voor de stuitligging. Er zijn wel situaties waarbij een stuitligging vaker voorkomt. Je hebt vaker een stuitligging als:

- je zwanger bent van een tweeling of meerling
- er bepaalde afwijkingen aan de baarmoeder zijn
- de placenta voor de uitgang ligt
- een vleesboom voor de uitgang ligt
- de baby een aangeboren afwijking heeft

Onderzoek bij een stuitligging

Ligt je baby aan het einde van de zwangerschap nog in een stuitligging? Dan krijgt je een echoscopisch onderzoek via de buik. De arts of echoscopist kijkt:

- naar de ligging van het kind
- of je kind grote aangeboren afwijkingen heeft. Dit komt slechts zelden voor. Maar zo'n afwijking kan de oorzaak van de stuitligging zijn.
- naar de stand van het hoofd van de baby
- naar de hoeveelheid vruchtwater
- naar de ligging van de placenta (moederkoek)
- of er eventuele vleesbomen of andere afwijkingen zijn die de ingang van het bekken blokkeren

De bevalling bij een stuitligging

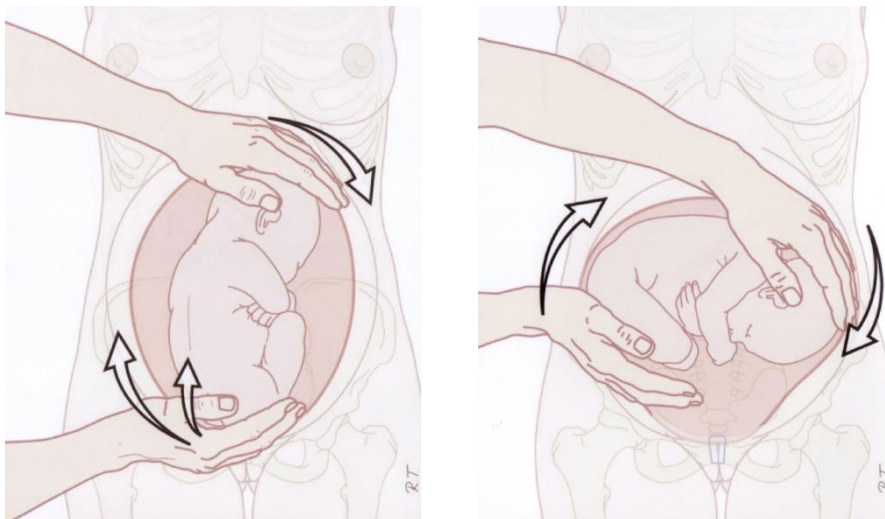
De geboorte van een kind in stuitligging kan op twee manieren:

- met een gewone bevalling via de schede waarbij eerst de billen of de voeten worden geboren en als laatste het hoofd
- door een keizersnede

Een bevalling van een kind in stuitligging heeft een iets grotere kans op complicaties. Daarom wordt vaak geprobeerd het kind alsnog te draaien zodat het hoofd naar beneden komt te liggen (hoofdligging). De medische term hiervoor is 'uitwendige versie'. Met het doen van een uitwendige versie (draaien van je kind in de baarmoeder) wordt de kans op een keizersnede verkleind.

Het draaien van een kind in stuitligging

Als een kind van stuitligging naar hoofdligging kan worden gedraaid, is er een veel lagere kans op een keizersnede. Voor 36-37 weken zwangerschapsduur draaien veel kinderen zelf nog tot een hoofdligging. Het is dan ook verstandig pas na 36-37 weken zwangerschap het kind te draaien. Soms wordt het advies gegeven iets eerder of later te draaien. Dit heeft dan vaak te maken met de hoeveelheid vruchtwater. Wordt de stuitligging pas laat ontdekt? Dan kan meestal nog tot aan de bevalling een uitwendige versie geprobeerd worden.



Uitwendige versie door de verloskundige

Voor en na het draaien van de baby, luistert de verloskundige met de doptone en/of een echo naar de hartslag van je baby. Je ligt op de onderzoeksbank in een ontspannen houding met opgetrokken knieën. De verloskundige pakt met beide handen de billen van de baby en brengt deze naar één kant van het bekken. Daarna wordt de baby met één hand op deze plaats gehouden. En met de andere hand wordt het hoofd naar beneden

bewogen. Door nu de billen omhoog en het hoofd geleidelijk naar beneden te bewegen zal de baby zelf verder draaien.

De vertrouwde omgeving van de verloskundigenpraktijk kan helpen om jezelf goed te ontspannen, waardoor de uitwendige versie mogelijk beter lukt.

Uitwendige versie door de gynaecoloog

Voor en na de uitwendige versie maakt de gynaecoloog een CTG (cardiotocogram) en registreert 30 minuten de hartslag van je kindje. Je ligt op de onderzoeksbank in een ontspannen houding met opgetrokken knieën. De gynaecoloog pakt met beide handen de billen van de baby en brengt deze naar één kant van het bekken. Daarna wordt de baby met één hand op deze plaats gehouden. En met de andere hand wordt het hoofd naar beneden bewogen. Door nu de billen omhoog en het hoofd geleidelijk naar beneden te bewegen zal de baby zelf verder draaien.

Wordt het draaien van je kindje gedaan in het ziekenhuis? Dan kunnen er medicijnen (weeënremmers) gegeven worden om de baarmoeder te laten ontspannen. Hierdoor wordt de kans van slagen met 10% verhoogd. Het medicijn wordt via een prik in een bloedvat gegeven. Je kunt van deze medicijnen hartkloppingen en een gejaagd gevoel krijgen. Ook kun je last krijgen van trillen. Deze bijwerkingen verdwijnen snel. Je mag pas naar huis als je geen last meer hebt van deze bijwerkingen. Je baby heeft geen last van deze medicijnen.

Hoe lang duurt het draaien?

Het draaien kan minder dan 30 seconden duren, maar soms meer dan 5 minuten. Door de controle van de hartslag vóór en ná het draaien duurt de behandeling in totaal ongeveer 30 – 90 minuten.

Doet het pijn?

Het draaien van je baby kan wat pijnlijk zijn. Maar de meeste vrouwen vinden de pijn goed te verdragen. Neem vooraf rust en slik paracetamol. Het draaien van je baby gaat makkelijker als je tijdens het draaien diep via je buik ademt en je buik ontspant. Het draaien is dan ook minder pijnlijk. Neem gerust je partner of een naaste mee tijdens het draaien van je baby.

Rhesus negatief

Is je bloedgroep Rhesus-D negatief? En die van je baby Rhesus-D positief? Dan kan dit gezondheidsproblemen opleveren voor de baby. Dan krijg je anti-D toegediend om te voorkomen dat jij antistoffen aanmaakt tegen het bloed van je baby.

Hoe vaak lukt het om een kindje te draaien?

Gemiddeld lukt het draaien van een baby bij 55% van de vrouwen. Hoe soepeler de buik, hoe makkelijker het draaien. Bij een eerste zwangerschap lukt het bij ongeveer 30% van de vrouwen. En bij vrouwen die al één of meerdere kinderen hebben gekregen lukt het draaien vaker, bij ongeveer 60% van de vrouwen. Of het draaien lukt is ook afhankelijk van de hoeveelheid vruchtwater, de ligging van de placenta en de ligging van de baby.

Wanneer kan draaien niet?

Bij een tweelingzwangerschap is het niet mogelijk om één of beide kinderen te draaien. En bij een verhoogde bloeddruk of een litteken in de baarmoeder kan er soms besloten worden om je kindje niet te draaien.

Wat zijn de risico's van het draaien?

Bijwerkingen na het draaien komen bijna niet voor.

Wat zijn de nadelen van het draaien?

- Voor de moeder zijn er geen gevaren. U krijgt misschien een middel om de baarmoeder te ontspannen. Dat middel kan bijwerkingen geven, maar die gaan altijd vanzelf over. De buikwand 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. De kans hierop is 5%. De hartslag van de baby wordt bijna altijd vanzelf weer normaal. Blijft de hartslag wat trager van je baby? Dan wordt de baby in het ziekenhuis gecontroleerd met een CTG (registratie van de hartslag). Heel soms blijven de harttonen afwijkend en is direct een keizersnede nodig. Dit gebeurt bij 4 op de 1000 vrouwen. Deze kans is niet groter dan de normale kans op een spoedkeizersnede.
- Een stuitligging kan invloed hebben op de heupontwikkeling van de baby. Er is daardoor een iets hogere kans op heupdysplasie. Advies is om 3 maanden na de geboorte een echo te laten maken van de heupjes van de baby. Dit kan via het consultatiebureau of de huisarts worden aangevraagd.

Als het draaien niet lukt?

Is het gelukt om je baby te draaien? Dan kan je meestal gewoon bevallen. Draait je baby uit zichzelf weer terug? Dan kan meestal na een week, opnieuw geprobeerd worden om je baby te draaien. Lukt het draaien niet? En blijft je baby in een stuitligging liggen? Of draait je baby weer terug? Dan moet je onder controle blijven van de gynaecoloog. En bevallen in het ziekenhuis.

De gynaecoloog onderzoekt of een vaginale stuitbevalling veilig is. Je kunt kiezen voor een vaginale bevalling of een keizersnede. Een kind in stuitligging kan meestal gewoon vaginaal geboren worden. De billen of de voetjes van de baby komen dan als eerste. Soms adviseert de gynaecoloog om medische redenen een keizersnede.

Hoe gaat een stuitbevalling?

Je moet altijd in het ziekenhuis bevallen. De hartslag van de baby wordt tijdens de bevalling continu geregistreerd via de buik, of inwendig via een elektrodedraadje op de bil van jouw kind.

Een stuitbevalling kent net als een normale bevalling, 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 de voeten beneden en drukken op de baarmoedermond. Omdat deze kleiner zijn dan het hoofd kunnen deze al door de baarmoedermond zakken en persdrang geven voordat er volledige ontsluiting is. Je mag pas meepersen als er volledige ontsluiting is dus soms moet je dan een tijdje persweeën wegzuchten. Bij een stuitbevalling wordt het bed waar je op ligt anders opgemaakt. Het voeteneinde van het verlosbed wordt weggehaald en je plaatst je benen in beensteunen (net als bij inwendig onderzoek op een gynaecologische stoel). De gynaecoloog kan dan tussen je benen staan om te helpen bij de geboorte.

Het persen verloopt hetzelfde als bij een baby die met zijn hoofd eerst geboren wordt. Aan het einde, als het lichaam van de baby geboren is tot ongeveer halverwege, vraagt de gynaecoloog je te zuchten en te stoppen met persen. In de volgende wee kan het hoofd dan in één keer geboren worden. Bij de geboorte van het hoofd drukt vaak de arts-assistent of verpleegkundige boven je schaambeent, om ervoor te zorgen dat het hoofd goed door het bekken gaat.

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.

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 worden er tijdens een stuitbevalling strengere eisen aan de bevalling gesteld:

- › de ontsluiting moet snel verlopen
- › na 1 uur persen bij een eerste bevalling en 30 minuten persen voor een 2e of 3e bevalling moet het kind er echt bijna zijn
- › het hartfilmpje moet tijdens de bevalling tot aan de uitdrijving optimaal zijn.

Als er iets tijdens de bevalling niet goed lijkt te lopen? Dan zal de gynaecoloog sneller tot een keizersnede besluiten dan bij een kind in hoofdligging. Er is dus een grotere kans op een keizersnede bij een stuitbevalling.

Mogelijke complicaties bij het kind

Kinderen in stuitligging die vaginaal worden geboren, worden vaker kort na de geboorte opgenomen op de neonatologie afdeling dan kinderen die geboren worden na een keizersnede. Na een gewone stuitbevalling na 38 zwangerschapsweken is bij ongeveer 1 op de 20 kinderen opname in het ziekenhuis nodig. Dit is 10 keer vaker dan na een keizersnede.

Er zijn verschillende redenen waarom dit nodig kan zijn:

- › Soms heeft het kind na de geboorte behoefte aan extra zuurstof of moet het geholpen worden bij de ademhaling.
- › Een andere reden voor opname op de neonatologie afdeling 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 2 keer vaker na een gewone bevalling dan na een keizersnede.

Na de bevalling

Op lange termijn is er geen verschil in de ontwikkeling van een kind in stuitligging geboren via de vagina of via een keizersnede. Ook is er geen verschil in het risico op sterfte.

De keizersnede bij een stuitligging

Voor algemene informatie over de keizersnede zie de folder 'Keizersnede in het Spaarne Gasthuis'.

Mogelijke complicaties bij de moeder

De kans op ernstige complicaties als gevolg van een keizersnede is voor gezonde zwangeren heel erg klein. Maar de kans is toch altijd groter dan na een gewone bevalling.

Het gaat om complicaties die niet levensbedreigend zijn.

Na een gewone bevalling én na een keizersnede kunnen voorkomen:

- › bloedarmoede
- › trombose
- › blaasontsteking

Na een keizersnede kunnen voorkomen:

- › een nabloeding in de buik
- › een bloeduitstorting
- › een wondinfectie
- › een beschadiging van de blaas
- › het niet goed op gang komen van de darmen
- › pijn als gevolg van een zenuwbeschadiging bij het litteken (de bikinisnede), dit komt zeer zelden voor
- › blaasontsteking, dit komt na een keizersnede vaker voor dan na een gewone bevalling.

Mogelijke complicaties bij het kind

Soms is het bij een keizersnede moeilijk een kind dat in stuitligging ligt uit de baarmoeder te halen. Hierdoor kan een (zenuw)beschadiging optreden. Om een spontane bevalling te voorkomen wordt soms vroeg in de zwangerschap een keizersnede gepland. Door onrijpheid van de longen kan de baby longproblemen krijgen. Hiervoor is opname op de neonatologie afdeling nodig. Om die reden wordt een keizersnede meestal pas in de 39e week van de zwangerschap gedaan.

Na de keizersnede, gevolgen voor latere zwangerschappen

Het litteken in de baarmoeder is een nadeel bij een volgende bevalling. Je krijgt na een keizersnede het advies in het ziekenhuis te bevallen. Omdat het litteken zorgt voor een verhoogde kans op complicaties tijdens een volgende bevalling. Voorbeelden daarvan zijn:

- het openscheuren van het litteken
- een voorliggende moederkoek (placenta)
- een moederkoek die heel vast met de baarmoeder vergroeid is zodat heel soms de baarmoeder verwijderd moet worden.

Hoewel deze complicaties zelden voorkomen, treden ze vaker op na een keizersnede dan na een gewone bevalling.

Vaginale bevalling of keizersnede

Wanneer is een vaginale bevalling mogelijk?

De gynaecoloog zal met jou en jouw partner bespreken of een gewone bevalling veilig is. Of dat het beter is om een keizersnede te doen.

Voorwaarden voor een veilige vaginale bevalling zijn:

- bij een vorige bevalling waren er geen ernstige problemen, zoals moeizame vacuüm- of tangverlossing
- het geschatte gewicht van het kind is niet te hoog
- 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

Meestal kan je na een adviserend gesprek met jouw 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 heb je géén keuze tussen een vaginale bevalling of een keizersnede:

- Het is te laat om een keizersnede te doen. Je baby wordt al bijna geboren.
- De gynaecoloog vindt het niet verantwoord om je vaginaal te laten bevallen. Redenen hiervoor kunnen bijvoorbeeld zijn:
 - dat je baby te groot is
 - je baby niet gunstig ligt
 - dat je de vorige keer moeizame bevalling hebt gehad
 - dat de ontsluiting of de uitdrijving onvoldoende vlot gaan
 - dat de harttonen van je baby verslechteren

Zelf een keuze maken

Als je als aanstaande ouders kunt kiezen tussen een gewone bevalling of een keizersnede is het belangrijk dat je alle argumenten zo goed mogelijk afweegt. In eerste instantie kan gedacht worden dat de keizersnede de veiligste weg is om geboren te worden, maar aan een keizersnede kleven ook nadelen.

Vaginale bevalling

Voordelen gewone bevalling

- je bevalt op een natuurlijke manier
- je kunt wachten tot de bevalling vanzelf begint
- geen nadelen van operatie of een langdurige ziekenhuis opname
- sneller herstel na de bevalling
- een volgende keer kun je als je dat wilt thuis bevallen

Nadelen gewone bevalling

- iets hogere kans op problemen bij je baby kort na de geboorte
- grotere kans op een keizersnede tijdens de bevalling dan bij de geboorte van een kind in hoofdligging

Keizersnede

Voordelen keizersnede

- › iets minder kans op problemen bij je baby kort na de geboorte.

Nadelen keizersnede:

- › langere opname in het ziekenhuis
- › herstel langzamer
- › hogere kans op complicaties voor de moeder
- › geen thuisbevalling meer mogelijk
- › iets hogere kans op complicaties tijdens een volgende bevalling

Extra keuze hulpmiddel

Om je misschien makkelijker een keuze te laten maken, kan je gebruik maken van de 'consultkaart stuitligging'. Hierop staat een overzicht met de voordelen en nadelen van beide bevallingen. Je vindt de kaart op: <https://www.randomzwanger.nl/folders/>

Nog vragen?

Bij een kind in stuitligging zijn er vaak veel vragen. Stel deze aan je verloskundige of gynaecoloog. Bespreek je ideeën, eventuele twijfels en zorgen.

Informatiebron

Deze informatie is gebaseerd op de voorlichtingsfolder van de NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie): <https://www.nvog.nl/> . De tekst is aangepast aan het beleid van Rndom Zwanger en het Spaarne Gasthuis.