



Stuitligging

Poli Gynaecologie
Route 48

2009 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 Communicatie 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 en brochures op het gebied van de verloskunde, gynaecologie en voortplantingsgeneeskunde kunt u vinden op de website van de NVOG: www.nvog.nl.

In het kort

Sommige kinderen liggen tegen het einde van de zwangerschap in stuitligging: met de billen naar beneden en het hoofd omhoog. Vroeg in de zwangerschap is een stuitligging heel gewoon, maar tegen het einde van de zwangerschap ligt het kind normaal gesproken met het hoofd naar beneden.

Meestal is onduidelijk waarom een kind aan het einde van de zwangerschap nog steeds in stuitligging ligt. Er zijn wel enkele situaties waarin de kans op een stuitligging verhoogd is:

- als u zwanger bent van een tweeling of meerling;
- als de baarmoeder of het bekken een afwijkende vorm heeft;
- als de moederkoek of vleesboom voor de uitgang ligt;
- bij aangeboren afwijkingen van het kind.

Als uw kind bij een zwangerschapsduur van 36 weken nog in een stuitligging ligt, kan de gynaecoloog of verloskundige proberen de baby te draaien. Bij een stuitligging aan het einde van de zwangerschap kunt u kiezen tussen een keizersnee of een vaginale baring.

Een kind in stuitligging kan meestal gewoon vaginaal ter wereld komen. De billen of de voetjes van de baby verschijnen dan als eerste. In Nederland hebben de gynaecologen een aantal voorwaarden afgesproken waaronder een gewone, vaginale bevalling verantwoord is, ook bij een stuitligging.

Wat is een stuitligging?

Bij een stuitligging ligt het hoofd van het kind boven in de baarmoeder. Als de billen bij de uitgang van het bekken liggen, spreekt men van een onvolkomen stuitligging. De benen kunnen ook onderaan liggen, dat heet een volkomen stuitligging. In figuur 1 staan verschillende vormen van stuitligging



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



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



Figuur 1c. Half (on)volkomen stuitligging: één been



Figuur 1d. Voetligging: benen gestrekt omlaag zodat een of beide voeten onder de billen ligt/liggen.

Hoe vaak komt een stuitligging voor?

Vroeg in de zwangerschap liggen veel kinderen in stuitligging. De meeste kinderen draaien tijdens de zwangerschap zelf om. Omstreeks de uitgerekende datum ligt minder dan 3% van de kinderen in stuitligging.

Waarom ligt een kind in een stuitligging?

Bij meer dan 85% van de zwangeren is het onbekend waarom een kind omstreeks de uitgerekende datum in stuitligging ligt. Er zijn wel enkele situaties waarin de kans op een stuitligging verhoogd is:

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

Onderzoek bij een stuitligging

Bij een stuitligging krijgt u een echoscopisch onderzoek via de buik. De arts of echoscopist bekijkt of uw kind grote aangeboren afwijkingen heeft. Dit komt slechts zelden voor, maar zo'n afwijking kan de oorzaak van de stuitligging. De arts of echoscopist kijkt ook naar de stand van het hoofd van de baby, de hoeveelheid vruchtwater, de ligging van de moederkoek en naar eventuele vleesbomen of andere afwijkingen die de ingang van het bekken blokkeren.

Wat gebeurt er als de baby bij ongeveer 36 weken nog in stuitligging ligt?

Als uw kind bij 36 weken of later in stuitligging ligt, zijn er drie mogelijkheden voor de verdere begeleiding:

1. de arts probeert uw kind naar een hoofdligging te 'draaien';
2. een vaginale bevalling waarbij eerst de billen of voeten worden geboren;
3. een keizersnede bij 39 weken zwangerschapsduur.

Uw arts zal met u bespreken welke mogelijkheden in uw situatie realistisch zijn.

Het draaien van een kind in stuitligging

Waarom wordt een kind in stuitligging gedraaid?

De risico's voor kind en moeder zijn het kleinst bij een vaginale geboorte in hoofdligging.

Wanneer wordt de stuitligging gedraaid?

Voor 36 weken zwangerschapsduur draaien veel kinderen zelf nog tot een hoofdligging. Het is daarom verstandig pas na deze termijn het kind te draaien. Soms is het beter om iets eerder of later te draaien. Dat heeft meestal te maken de hoeveelheid vruchtwater.

Het is bijna altijd mogelijk om tot aan de bevalling te proberen het kind te draaien.

Hoe verloopt het draaien?

In sommige ziekenhuizen wordt een kind in stuitligging op de polikliniek gedraaid, maar het kan ook zijn dat u hiervoor kort wordt opgenomen. De gynaecoloog, een arts-assistent of een verloskundige die in het ziekenhuis werkt probeert het kind te draaien.

U ligt op een bed of onderzoekbank. Voordat men met het draaien begint, controleert de arts de harttonen (CTG, cardiotocogram) en de ligging van het kind. In sommige ziekenhuizen krijgt u een injectie of tablet met een weeënremmend middel om ervoor te zorgen dat de baarmoeder niet samentrekt. Daardoor kan uw hartslag een paar uur lang versnellen en u kunt last krijgen van hartkloppingen.

Het is belangrijk dat u zo ontspannen mogelijk ligt en uw buikspieren niet aanspant. Misschien vindt u een kussen onder uw knieën prettig. Als u een goede houding hebt gevonden, pakt de verloskundige of arts het kind vast. Eén hand pakt net boven uw schaambeent de billen van het kind en probeert deze omhoog te drukken. De andere hand pakt aan de bovenkant van uw buik het hoofd van het kind en probeert dit naar beneden te duwen. Op deze wijze duikelt het kind tot het met zijn hoofd beneden ligt.

Hoe lang het draaien duurt verschilt, van minder dan 30 seconden tot soms meer dan 5 minuten. Een enkele keer, als de billen al wat in het bekken zijn ingedaald, drukt een assistent via de vagina (schede) de billen van het kind omhoog, om zo het draaien te vergemakkelijken.

Na afloop controleert men opnieuw de hartslag van uw kind door middel van een CTG.

Hoe vaak lukt het om een kind te draaien?

Of het zal lukken om een kind te draaien, valt niet te voorspellen. Over het algemeen geldt: hoe vroeger in de zwangerschap en hoe meer vruchtwater, des te gemakkelijker het is om het kind te draaien. Dat heeft ook een keerzijde: als het kind gemakkelijk te draaien is, is de kans ook groot dat het zelf weer terug draait.

In een aantal situaties is het draaien moeilijker:

- In een verder gevorderde zwangerschap is de hoeveelheid vruchtwater kleiner en de baby groter, wat het draaien moeilijker maakt.
- Als de moederkoek op de voorwand van de baarmoeder ligt, is het moeilijker om het kind te kunnen vasthouden bij het draaien.
- Hoe kleiner en zwaarder u zelf bent, hoe moeilijker het draaien wordt.
- Bij een eerste zwangerschap is de baarmoeder nog stevig en heeft het draaien minder kans op succes dan bij een tweede of derde zwangerschap.

Gemiddeld is de kans op succes ongeveer 40%.

Bij een tweelingzwangerschap is het niet mogelijk om een of beide kinderen te draaien. En bij een verhoogde bloeddruk of een litteken in de baarmoeder kan de gynaecoloog soms besluiten om het kind niet te draaien.

Mogelijke gevolgen en complicaties 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 maar die wordt bijna altijd vanzelf weer normaal. Een heel enkele keer (bij veel minder dan 1%) blijven de harttonen afwijkend en is direct een keizersnede noodzakelijk.

Na het draaien

Als het is gelukt om uw kind te draaien, kunt u in principe gewoon thuis bevallen (tenzij u een andere reden hebt voor een ziekenhuisbevalling). Het kind kan uit zichzelf weer terug draaien naar een stuitligging. Uw arts of verloskundige kan dan een nieuwe draaiing overwegen, wat dan meestal na een week gebeurt. Blijft het kind in stuitligging liggen dan moet u in het ziekenhuis onder controle blijven voor de zwangerschap en de bevalling. Vrouwen met de bloedgroep resusnegatief krijgen na afloop van een draai-poging een injectie met antiD, of het nu gelukt is het kind te draaien of niet. Zie voor meer informatie de folder Zwanger, algemene informatie en Bloedgroep, rhesusfactor en irregulaire antistoffen.

De vaginale bevalling bij een stuitligging

Hoe verloopt een gewone bevalling in stuitligging?

Een stuitbevalling lijkt in veel opzichten op een bevalling van een kind in hoofdligging. Er zijn ook drie fasen: de ontsluiting, het persen en de periode na de geboorte (zie de folder Gewone bevalling).

De ontsluitingsfase verloopt vaak iets anders bij een stuitbevalling. De billen, benen of voeten liggen naar beneden en drukken op de baarmoedermond. Deze zijn kleiner dan het hoofd en kunnen daardoor sneller door de baarmoedermond zakken. U kunt daardoor persdrang krijgen voordat er volledige ontsluiting is. De arts of verloskundige zal u dan vragen om nog niet te gaan persen.

Het persen zelf gaat 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 een assistent vaak boven het schaambeentje om ervoor te zorgen dat het hoofd goed door het bekken gaat.

Bij een stuitbevalling maakt men bijna altijd 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, of 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

1. Direct na de bevalling 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, en 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. Soms ontstaat er een beschadiging bij de geboorte, zoals een botbreuk, een zenuwbeschadiging of een hersenbloeding. Dit komt slechts zelden voor (bij ongeveer 1% van alle kinderen in stuitligging), maar ongeveer tweemaal vaker dan na een keizersnede.
2. 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. Uit onderzoek onder tweejarige kinderen blijkt dat de gezondheid van kinderen die in een couveuse hebben gelegen niet verschilde van kinderen die niet in een couveuse hebben gelegen.

De keizersnede bij een stuitligging

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 (zie: De keizersnede). Het gaat hier om niet-levensbedreigende complicaties. Sommige komen ook na een gewone bevalling voor, zoals bloedarmoede of trombose. Andere zijn een gevolg van de keizersnede, zoals

een nabloeding in de buik, een bloeduitstorting of wondinfectie, een beschadiging van de blaas of darmen die niet goed op gang komen. Een blaasontsteking komt na een keizersnede vaker voor dan na een gewone bevalling.

Mogelijke complicaties bij het kind

Een enkele keer is het moeilijk om een kind in stuitligging via een keizersnede uit de baarmoeder te halen, en kan een (zenuw)beschadiging optreden. Soms moet de keizersnede erg vroeg in de zwangerschap worden gepland om een spontane bevalling te voorkomen. Dan kan het kind longproblemen krijgen, waarvoor opname op de couveuseafdeling noodzakelijk is. Daarom doet men bij een stuitligging in principe geen keizersnede voordat de zwangerschap 38 weken oud is.

Na de keizersnede

Een keizersnede veroorzaakt een litteken in de baarmoeder. Dit is een nadeel bij een volgende bevalling. U krijgt na een keizersnede het advies om bij een volgende zwangerschap in het ziekenhuis te bevallen, omdat het litteken een verhoogde kans op complicaties tijdens een volgende bevalling met zich meebrengt. Het litteken kan bijvoorbeeld openscheuren, de moederkoek kan voor de opening liggen, of de moederkoek kan heel vast met de baarmoeder vergroeid zijn wat veel meer bloedverlies na de bevalling geeft. Een zeldzaam gevolg is dat de baarmoeder na de keizersnede verwijderd moet worden.

Deze complicaties komen zelden voor, maar wel vaker na een keizersnede dan na een gewone bevalling (zie ook De keizersnede).

Het maken van een keuze

Wanneer is een bevalling via de vagina mogelijk?

Aan het einde van de zwangerschap zal de gynaecoloog met u en uw partner bespreken of een gewone bevalling veilig is, of dat het beter is een keizersnede te doen. Voor een veilige vaginale bevalling gelden enkele voorwaarden:

1. Er waren geen ernstige problemen bij een vorige bevalling, zoals een technisch lastig uit te voeren vacuüm- of tangverlossing (een gemakkelijk uit te voeren vacuüm of tangverlossing de vorige keer is geen bezwaar).

2. Het geschatte gewicht van het kind is niet te hoog.
3. Het hoofd van het kind ligt voorover en niet achterover gebogen.
4. Er is enige indaling van de stuit in het bekken.
5. De ontsluiting en de uitdrijving vorderen goed tijdens de bevalling.

Hebt u eigenlijk wel een keuze?

Uw gynaecoloog geeft advies bij een stuitligging. Veel vrouwen kunnen zelf kiezen tussen een keizersnede of een vaginale bevalling. Een voorwaarde is wel dat de gynaecoloog die de vaginale bevalling zal begeleiden, dit ook verantwoord vindt. In dat geval is er weinig reden om toch voor een keizersnee te kiezen.

In een aantal situaties hebt u geen keuze:

- Het is te laat om een keizersnede te doen: het kind staat op het punt geboren te worden.
- Het is te vroeg om een keizersnede te doen: als de bevalling nog niet op gang is gekomen zal de gynaecoloog pas een keizersnede doen na 38 voldragen zwangerschapsweken. Voor deze tijd is het risico op ademhalingsproblemen bij uw baby te hoog.
- De gynaecoloog vindt het niet verantwoord om u vaginaal te laten bevallen, bijvoorbeeld omdat het kind te groot is of niet gunstig ligt, omdat u de vorige keer een technisch lastig verlopen bevalling hebt gehad, omdat de ontsluiting of de uitdrijving niet goed vordert of omdat de harttonen van het kind verslechteren.

Het verschil tussen een vaginale baring en een keizersnede is alleen onderzocht voor de zogeheten 'a terme-stuiten'. Dat zijn kinderen in stuitligging die na een normale zwangerschapsduur worden geboren (tussen de 37 en 42 weken). Over de preterme stuiten (kinderen in stuitligging die te vroeg worden geboren) zijn er nog geen goede gegevens. Daarom kunt u bij een bevalling vóór 37 weken niet kiezen: dan krijgt u altijd een keizersnede.

Het maken van een keuze

Als u als aanstaande ouders kunt kiezen tussen een gewone bevalling of een keizersnede, is het belangrijk dat u alle argumenten zo goed mogelijk op een rij zet. Veel ouders denken dat de keizersnede de veiligste manier is, maar een keizersnede heeft ook nadelen. We zetten de voor- en nadelen van beide vormen op een rij:

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

Voordelen	Nadelen
Gewone bevalling	
Natuurlijk, spontaan	
Geen nadelen van operatie	
	Iets hogere kans op problemen bij het kind kort na de geboorte
Kortere ziekenhuisopname	
Sneller herstel	
Volgende bevalling eventueel thuis mogelijk	
Keizersnede	
Iets minder kans op problemen bij het kind kort na de geboorte	
	Langere ziekenhuisopname
	Langzamer herstel
	Hogere kans op complicaties voor de moeder
	Geen thuisbevalling meer mogelijk
	Iets hogere kans op complicaties tijdens een volgende bevalling

Tot slot

Een kind in stuitligging geeft meestal aanleiding tot veel vragen. U kunt uw ideeën, eventuele twijfels en zorgen natuurlijk met uw gynaecoloog bespreken. Deze tekst helpt u om dit gesprek voor te bereiden.

Auteurs: dr. G. Kleiverda en dr. M.D.A. Lambers

R335.05 2009-12

1062903

