

Een stuitligging, wat nu?

Een kind dat tegen het einde van de zwangerschap met de billen in plaats van het hoofd omlaag ligt, wordt een kind in stuitligging genoemd. De bevalling van een kind in stuitligging kan op natuurlijke wijze of via een keizersnede plaatsvinden. Daarnaast kan het kind alsnog in hoofdligging worden gelegd door het te draaien tijdens de zwangerschap. In deze folder leest u meer over de mogelijkheden en de voor- en nadelen hiervan.

Meestal is onbekend waarom een kind in stuitligging ligt. Een stuitligging komt vaker voor bij een tweeling- of meerlingzwangerschap, bij een afwijkende vorm van de baarmoeder of het bekken, bij een moederkoek of vleesboom die voor de uitgang ligt, bij aangeboren afwijkingen van het kind en vaker in de eerste maanden van de zwangerschap.

Een kind in stuitligging kan vaak gewoon, via de schede, geboren worden waarbij de billen of voeten als eerste worden geboren. Ook kan een kind in stuitligging door middel van een keizersnede worden geboren. Het kind in stuitligging kan tijdens de zwangerschap soms gedraaid worden naar alsnog een hoofdligging. In Nederland hebben de gynaecologen een aantal voorwaarden afgesproken waaronder een kind in stuitligging via de schede geboren kan worden.

Wat is een stuitligging?

Bij een stuitligging ligt het hoofd van het kind boven in de baarmoeder, terwijl de billen (onvolkomen stuitligging) of de voeten naast de billen (volkomen stuitligging) in het bekken liggen.

Hoe vaak komt een stuitligging voor?

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.

Waarom ligt een kind in stuitligging?

Bij meer dan 85% van de zwangeren 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.

Onderzoek bij een stuitligging

Bij een stuitligging vindt doorgaans echoscopisch onderzoek via de buik plaats. De arts of echoscopist kijkt naar duidelijk zichtbare aangeboren afwijkingen, die zeldzaam zijn, maar eventueel de oorzaak van de stuitligging kunnen zijn. Ook kijkt de arts naar de stand 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 bevalling via de schede waarbij eerst de billen of voeten worden geboren.
- Door middel van een keizersnede.
- Daarnaast kan het kind alsnog in hoofdligging worden gelegd door het te draaien tijdens de zwangerschap.

Het draaien van een kind in stuitligging

Waarom wordt de stuitligging gedraaid?

Als een kind van stuitligging naar hoofdligging kan worden gedraaid is er een veel lagere kans op een keizersnede.

Wanneer wordt de stuitligging gedraaid?

Voor 36–37 weken zwangerschapsduur draaien veel kinderen zelf nog tot een hoofdligging. Het is dan ook verstandig pas na deze termijn het kind te draaien. Soms wordt het advies gegeven iets eerder of later te draaien, meestal afhankelijk van de hoeveelheid vruchtwater. Wanneer de stuitligging later ontdekt is, kan tot aan de bevalling het draaien bijna altijd geprobeerd worden.

Hoe verloopt het draaien?

In het Maasziekenhuis Pantein wordt u enkele uren opgenomen voor het draaien van een stuit. Degene die uw kind probeert te draaien is de gynaecoloog of een in het ziekenhuis

werkzame verloskundige. U ligt op een bed. Voordat men met het draaien begint worden de harttonen van de baby gecontroleerd door een CTG (cardiotocogram). De ligging van het kind wordt gecontroleerd door middel van een echo.

Het is belangrijk dat u zo ontspannen mogelijk ligt en uw buikspieren niet aanspant; voor het draaien goed uitplassen helpt daarbij. Soms is een kussen onder uw knieën prettig. Als u een goede houding hebt gevonden, pakt de verloskundige of arts het kind vast. Eén hand pakt daarbij net boven uw schaambeek 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 duikt het kind tot het met zijn hoofd beneden ligt. De duur van het draaien kan verschillen, van minder dan 30 seconden tot soms meer dan 5 minuten. Na afloop controleert men opnieuw de hartslag van uw kind door middel van een CTG. Als uw baarmoeder snel samentrekt door de aanraking en het draaien daarom niet mogelijk is, kan er een medicament gegeven worden dat zorgt dat de baarmoeder niet samentrekt. Een mogelijke bijwerking hiervan is dat uw hartslag versnelt en u last van hartkloppingen krijgt. Na een paar uur is het middel uitgewerkt en verdwijnen deze bijwerkingen weer.

Hoe vaak lukt het om een kind te draaien?

Of het zal lukken om een kind te draaien, valt niet eenvoudig te voorspellen. Over het algemeen geldt: hoe vroeger in de zwangerschap en hoe meer vruchtwater, des te gemakkelijker is het 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. Naarmate de zwangerschapsduur vordert, neemt de hoeveelheid vruchtwater af, wordt de baby groter en het draaien dus moeilijker. Als de moederkoek op de voorwand van de baarmoeder ligt is het moeilijker om het kind te kunnen vasthouden bij het draaien. Ook geldt dat het draaien moeilijker wordt als u zelf kleiner en/of zwaarder bent. Bij een eerste zwangerschap zijn de baarmoeder en de buikwand nog stevig en 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 tot 60%.

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 het kind niet te draaien.

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 bijna altijd wordt deze vanzelf weer normaal. Een heel enkele keer (bij minder dan 1%) blijven de harttonen afwijkend en is het eventueel nodig direct een keizersnede te verrichten.

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. Als het kind uit zichzelf weer terug is gedraaid naar een stuitligging, kan overwogen worden opnieuw proberen te draaien, meestal na een week.

Blijft het kind in stuitligging liggen, dan moet u in het ziekenhuis onder controle blijven voor de zwangerschap en de bevalling. Of het draaien wel of niet gelukt is: bij toenemende buikpijn, bij bloedverlies of als u uw kind minder voelt bewegen, moet u contact opnemen met de gynaecoloog.

Anti-D

Is uw bloedgroep rhesus-negatief, dan krijgt u na afloop van een draaipoging een injectie met anti-D, of het nu gelukt is het kind te draaien of niet (voor meer informatie: zie de voorlichtingsbrochures 'Zwanger!' en 'Bloedgroep, rhesusfactor en irregulaire antistoffen' op www.nvog.nl).

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 (zie de gewone bevalling). 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 voordat er volledige ontsluiting is. Bij een stuitligging kan persdrang daarom eerder ontstaan dan dat er volledige ontsluiting is en mag u soms pas later 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 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 schaambeentjes, 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

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 moet het geholpen worden bij de ademhaling. 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 tweemaal vaker na een gewone bevalling of 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 geboren in stuitligging door middel van een keizersnede gelijk aan die van een kind in stuitligging vaginaal geboren.

De keizersnede bij een stuitligging

Voor algemene informatie over de keizersnede zie de folder 'Keizersnede' van Maasziekenhuis Pantein en/of de voorlichtingsbrochure 'Keizersnede' op www.nvog.nl.

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: De keizersnede). Het gaat hier om niet-levensbedreigende complicaties. Sommige, zoals bloedarmoede of trombose, komen ook na een gewone bevalling voor. Andere, 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, hangen samen met de 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 om een kind dat in stuitligging ligt uit de baarmoeder te halen en kan een (zenuw)beschadiging optreden. Wanneer de keizersnede te vroeg in de zwangerschap wordt gepland, om zo een spontane bevalling te voorkomen, kan het kind longproblemen krijgen waarvoor opname op de couveuseafdeling noodzakelijk is. Hierom wordt de keizersnede wegens stuitligging in principe niet voor 38 voltooide weken van de zwangerschap uitgevoerd.

Na de keizersnede, gevolgen voor latere zwangerschappen

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, zeldzaam, 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 'Keizersnede'). Het is niet raadzaam binnen een jaar opnieuw zwanger te worden.

Het maken van een keuze

Wanneer is een bevalling via de schede mogelijk?

De gynaecoloog zal met u en uw partner afwegen 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 het kind is niet te hoog en het hoofd is niet te groot.
- 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 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 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: bij een bevalling die nog niet op gang is gekomen, zal de gynaecoloog pas een keizersnede 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 het kind 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.

Het maken van een keuze

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 kan gedacht worden dat de keizersnede de veiligste weg is om geboren te worden, maar aan een keizersnede kleven ook nadelen.

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

Gewone bevalling

Voordelen:

- Natuurlijk, spontaan.
- Geen nadelen van operatie.
- Ziekenhuisopname korter.
- Herstel sneller.
- Volgende bevalling eventueel thuis mogelijk.

Nadeel:

- Gering hogere kans op problemen van het kind kort na de geboorte.

Keizersnede

Voordeel:

- Iets minder kans op problemen van het kind kort na de geboorte.

Nadelen:

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

Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen, neemt u dan contact op met de Poli Gynaecologie op telefoonnummer 0485-84 55 60.