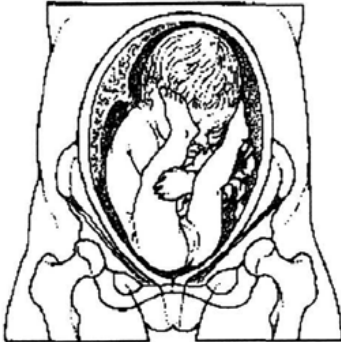


Wat is een stuitligging?

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. Hieronder een paar voorbeelden van verschillende stuitliggingen.



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 met gebogen knie,
andere been omhoog langs het
lichaam



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 zwangere 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 (placenta) 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 ongeveer 39 weken zwangerschapsduur.

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

Het draaien (versie) 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?

U ligt op een bed. Voordat men met het draaien begint, controleert de arts / klinisch verloskundige de harttonen (CTG, cardiotocogram) en de ligging van het kind.

Bij een versie draait de gynaecoloog of klinisch verloskundige de baby handmatig, door gerichte druk te zetten aan de buitenkant van de buik. 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 duikt 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. 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. Bij 55% van de zwangere vrouwen lukt de versie (55 van de 100 baby's liggen na het draaien met het hoofd omlaag).

Mogelijke gevolgen en complicaties van het draaien

Voor de moeder zijn er geen gevaren. 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 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 rhesus negatief krijgen na afloop van een draaipoging een injectie met anti-D, of het nu gelukt is het kind te draaien of niet.

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.

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 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. Omdat de geboorte van de baby moeizamer kan gaan bij een stuitligging, wil de gynaecoloog dat de ontsluiting vlot verloopt. Gebeurt dit niet, dan kan de gynaecoloog adviseren om alsnog een keizersnede te doen. In Nederland gebeurt dit bij 50% van de vrouwen (50 op de 100) die aan een vaginale stuitbevalling beginnen.

Mogelijke complicaties bij het kind

Direct na de bevalling: Omdat het hoofd als laatste geboren wordt, kan de baby kortdurend zuurstoftekort krijgen tijdens het persen. De navelstreng wordt dan dichtgedrukt tussen het hoofd en de baarmoeder. Hierdoor wordt 2,3% van de kinderen (23 op de 1.000 kinderen) opgenomen

op de kinderafdeling om daar te worden behandeld. Het risico dat de baby overlijdt, is 0,2% (2 op de 1.000 kinderen).

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

Een keizersnede is een grote buikoperatie. Ernstige complicaties treden op bij 0,8% van de vrouwen (8 van de 1000 vrouwen). De moeder kan veel bloedverlies hebben, een infectie krijgen, een trombose (bloedpropje in bijvoorbeeld een bloedvat in je been of longen), 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.

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 (Dit gebeurt bij 0.8% van de vrouwen met een litteken in de baarmoeder (8 op de 1000)). 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. Hoe meer keizersnedes, hoe groter het risico op complicaties voor de moeder tijdens de operatie of complicaties tijdens een volgende zwangerschap.

Mogelijke complicaties bij het kind

Soms moet de baby op de kinderafdeling worden opgenomen. Dit gebeurt bij 0,3% van de keizersnedes (3 op de 1000 kinderen). Het risico dat een kindje overlijdt rondom de bevalling is heel laag; minder dan 0,05% (minder dan 0,5 op de 1000 kinderen). 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. Bij een stuitligging wordt in principe geen keizersnede gepland voor 39 weken zwangerschapsduur.

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 gemakkelijke vacuüm of tangverlossing 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.

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 een aantal situaties heeft u geen keuze:

- Het is te laat om een keizersnede te doen: het kind staat op het punt geboren te worden.

- Het is vroeg om een keizersnede te doen: als de bevalling nog niet op gang is gekomen zal de gynaecoloog in principe een keizersnede doen vanaf 39 weken zwangerschap. 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 37-42 weken).

Het maken van een keuze

Als u als aanstaande ouders kunt kiezen tussen een gewone bevalling en 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:

Vaginale bevalling

Voordelen

- Natuurlijk
- Spontaan
- Geen nadelen operatie
- Kortere ziekenhuisopname
- Sneller herstel
- Volgende bevalling eventueel thuis mogelijk

Nadelen

- Iets hogere kans op problemen bij het kind kort na de geboorte

Keizersnede

Voordelen

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

Nadelen

- Langere ziekenhuisopname
- Langzamer herstel
- Hogere kans op complicaties voor de moeder
- Geen thuisbevalling meer mogelijk
- Iets hogere kans op complicaties tijdens een volgende bevalling

Telefoonnummers:

Polikliniek gynaecologie (via het Klantcontactcentrum): 075 650 1225
Op werkdagen van 08.30 uur – 16.30 uur

Afdeling Gynaecologie/Verloskunde: 075 650 7722
24 uur per dag bereikbaar

Zaans Medisch Centrum, algemeen receptie: 075 650 2911

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 kan u helpen om dit gesprek voor te bereiden.

Meer informatie:

www.degynaecoloog.nl 'Hoe wil ik bevallen van mijn kind in stuitligging?'

www.degynaecoloog.nl consultkaart Stuitbevalling

www.degynaecoloog.nl 'Je baby laten draaien bij stuitligging: een versie'