



Stuitligging

Verloskunde

Inhoudsopgave

In het kort	3
Stuitligging	3
Oorzaken stuitligging	6
Onderzoek bij een stuitligging	6
Gevolgen van een stuitligging bij 36 weken zwangerschap	6
Het draaien van een kind in stuitligging	7
De vaginale bevalling bij een stuitligging	9
De keizersnede bij een stuitligging	11
Het maken van een keuze	12
Voor- en nadelen van een gewone bevalling en keizersnede	14
Nacontrole	15
Tenslotte	15

In het kort

Sommige baby's 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 eind van de zwangerschap ligt de baby in meer dan 97% van de gevallen met het hoofd naar beneden. Meestal is onbekend waarom een baby in stuitligging ligt. Er zijn wel risicofactoren waarbij de stuitligging vaker voorkomt.

Als de baby bij een zwangerschapsduur van 36 weken nog in een stuitligging ligt, kan de gynaecoloog proberen de baby te draaien. Bij een stuitligging aan het einde van de zwangerschap kun je kiezen tussen een keizersnede of een vaginale baring. Een baby 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.

Stuitligging

Bij een stuitligging ligt het hoofd van de baby 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. Een andere mogelijkheid is dat de baby zich in een half (on) volkomen stuitligging presenteert, dit houdt in dat één been beneden in de bekkeningang ligt en het andere been richting de bovenkant van de baarmoeder. De laatste optie is nog dat de baby gestrekt omlaag zit en één of beide voeten zich in de bekkeningang bevinden. 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 gebogen en één been gestrekt langs het lichaam.



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

Oorzaken stuitligging

Vroeg in de zwangerschap liggen veel baby's in stuitligging. De meeste baby's draaien tijdens de zwangerschap zelf om. Omstreeks de uiterekende datum ligt minder dan 3% van de baby's in stuitligging. Bij meer dan 85% van de zwangeren met een baby in stuitligging is onduidelijk waarom een deze aan het eind van de zwangerschap nog steeds in stuitligging ligt. Er zijn wel enkele situaties waarin de kans op een stuitligging verhoogd is:

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

Onderzoek bij een stuitligging

Bij een stuitligging krijgt je een echoscopisch onderzoek via de buik. De arts of echoscopist bekijkt of de baby aangeboren afwijkingen heeft. Dit komt slechts zelden voor, maar zo'n afwijking kan de oorzaak van de stuitligging zijn. 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.

Gevolgen van een stuitligging bij 36 weken zwangerschap

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

- De gynaecoloog/ verloskundige probeert de baby naar een hoofdligging te 'draaien'. Als dit lukt kun je vaginaal bevallen.
- Een vaginale bevalling waarbij eerst de billen of voeten worden geboren.
- Een keizersnede bij een zwangerschapsduur van ongeveer 39 weken.

De gynaecoloog zal bespreken welke mogelijkheden in jouw situatie realistisch zijn.

Het draaien van de baby in stuitligging

Waarom wordt de stuitligging gedraaid?

De risico's voor de baby en moeder zijn het kleinst bij een vaginale geboorte in

hoofdligging. Dit is de reden dat een kind van stuit- naar hoofdligging gedraaid wordt.

Wanneer wordt de stuitligging gedraaid?

Voor 36 weken zwangerschapsduur draaien veel baby's zelf nog naar een hoofdligging. Het is daarom verstandig pas na dit 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?

Als de baby gedraaid gaat worden, komt je naar het Centrum voor geboortezorg voor een korte opname. De gynaecoloog die dienst heeft probeert de baby uitwendig om te draaien. Het is wenselijk dat je eerst gaat urineren zodat de blaas leeg is.

Je ligt op een bed of onderzoeksbank. Voordat de gynaecoloog met het draaien begint, wordt er een CTG gedraaid om de conditie van het kind te beoordelen en de ligging van de baby door middel van een echo bekeken.

De gynaecoloog bepaalt of je medicatie krijgt om de baarmoeder te ontspannen. Het is belangrijk dat je zo ontspannen mogelijk ligt en je buikspieren niet aanspant. Misschien vindt je een kussen onder de knieën prettig. Als je een goede houding hebt gevonden, pakt de gynaecoloog de baby vast. Eén hand pakt net boven het schaambeek de billen van de baby en probeert deze omhoog te drukken. De andere hand pakt aan de bovenkant van de baby het hoofdje van de baby en probeert dit naar beneden te duwen. Op deze wijze duikt de baby tot het met zijn hoofd beneden ligt.

Hoe lang het draaien duurt verschilt, van minder dan 30 seconden tot soms meer dan 5 minuten. Bij het draaien heeft de gynaecoloog soms nog een paar extra handen nodig om het kind in positie te houden. Een verloskundige of verpleegkundige zal dan assisteren. Na afloop controleert men opnieuw de hartslag van de baby door middel van een CTG.

Hoe vaak lukt het om een baby te draaien?

Of het zal lukken om de baby 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 de baby te draaien. Dat heeft ook een keerzijde: als de baby 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 de baby te kunnen vasthouden bij het draaien.
- Hoe kleiner en zwaarder je 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%.

Er zijn medische redenen om niet te kiezen voor het draaien van de baby zoals bij een tweelingzwangerschap. En bij een verhoogde bloeddruk of een litteken in de baarmoeder kan de gynaecoloog soms besluiten om de baby niet te draaien.

Mogelijke gevolgen en complicaties van het draaien

Voor de moeder is de kans op complicaties zeer klein. Je 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 de baby te draaien, kunt Je in principe gewoon thuis bevallen (tenzij je een andere reden hebt voor een ziekenhuisbevalling). De baby kan uit zichzelf weer terug draaien naar een stuitligging. De gynaecoloog kan dan een nieuwe draaiing overwegen, wat dan meestal na een week gebeurt. Blijft de baby in stuitligging liggen dan moet je 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

je de baby minder voelt bewegen moet je contact opnemen met de verloskundige/ gynaecoloog.

Is je bloedgroep rhesus negatief en de bloedgroep van de baby positief, dan krijgt je na afloop van een draaipoging een injectie met Anti-D of het nu gelukt is de baby 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 baby in hoofdligging. Er zijn ook drie fasen: de ontsluiting, het persen en de periode na de geboorte. Zie voor deze informatie de folder *Bevallen in het Dijklander ziekenhuis*.

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. Je kunt daardoor persdrang krijgen voordat er volledige ontsluiting is. De gynaecoloog of verloskundige zal je dan vragen om nog niet te gaan persen. Het persen zelf gaat hetzelfde als bij een baby in hoofdligging. 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 dan het hoofd in een keer geboren worden. Bij de geboorte van het hoofd drukt een assistent vaak boven het schaambeem om ervoor te zorgen dat het hoofd goed door het bekken gaat.

Bij een stuitbevalling maakt men altijd een dwarsbed. Het voeteneinde van het verlosbed wordt weggehaald en je plaatst de benen in beensteunen (net als bij inwendig onderzoek op een gynaecologische stoel). De gynaecoloog kan dan tussen de benen staan om te helpen bij de geboorte.

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 de baby.

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

• *Direct na de bevalling*

Baby's in stuitligging die vaginaal worden geboren, worden vaker kort na de geboorte op de neonatologie afdeling opgenomen dan baby's die geboren worden na een keizersnede bij stuitligging. Na een vaginale bevalling na 38 weken zwangerschap is bij ongeveer 1 op de 20 baby's een opname in de couveuse op de neonatologie afdeling nodig. Dat is tien keer vaker dan na een keizersnede. Er bestaan verschillende redenen voor zo'n opname. Soms heeft de baby 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 baby's in stuitligging), maar ongeveer tweemaal vaker 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. Ook is uit onderzoek gebleken dat er geen verschillen zijn tussen tweejarige kinderen die wel of niet in de 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 vaginale bevalling. Je kunt dit ook nalezen in de folder *Gentle sectio*. Het gaat hier om niet-levensbedreigende complicaties. Sommige complicaties komen ook na een gewone bevalling voor, zoals bloedarmoede of trombose.

Andere complicaties zijn een direct gevolg van de keizersnede. Zoals:

- een nabloeding in de buik
- een bloeduitstorting
- een wondinfectie
- een beschadiging van de blaas
- het niet goed op gang komen van de darmen na de keizersnede.

Een blaasontsteking komt na een keizersnede 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 de baby

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 de baby longproblemen krijgen, waarvoor opname op de neonatologie afdeling noodzakelijk is. Daarom doet men bij een stuitligging in principe geen keizersnede voordat de zwangerschap tot 39 weken gevorderd is.

Na de keizersnede

Een keizersnede veroorzaakt een litteken in de baarmoeder. Dit is een nadeel bij een volgende bevalling. Je 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. Je kunt dit nalezen in de folder *Keizersnede*.

Het maken van een keuze

Wanneer is een bevalling via de schede mogelijk?

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

- Er waren geen ernstige problemen bij een eventuele 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).
- Het geschatte gewicht van het kind is niet te hoog.
- Het hoofd van het kind ligt voorover en niet achterover gebogen.
- De stuit van het kind is enigszins ingedaald in het bekken.
- De ontsluiting en de uitdrijving vorderen goed tijdens de bevalling.

Kun je kiezen?

De 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 keizersnede te kiezen.

In een aantal situaties hebt je geen keuze:

- De bevalling is al te ver gevorderd. Het kind staat op het punt geboren te worden.
- De bevalling is nog niet op gang gekomen en je bent nog geen 38 weken zwanger. Voor deze tijd is het risico op ademhalingsproblemen bij de baby te hoog.
- De gynaecoloog vindt het niet verantwoord om je vaginaal te laten bevallen. Bijvoorbeeld omdat de baby te groot is of niet gunstig ligt, omdat je de vorige keer een lastig verlopen bevalling hebt gehad, omdat de ontsluiting of de uitdrijving niet goed vordert of omdat de harttonen van de baby verslechteren.

Het verschil tussen een vaginale baring en een keizersnede is alleen onderzocht voor baby in stuitligging die na een normale zwangerschapsduur worden geboren (tussen de 37 en 42 weken).

Voor- en nadelen van een gewone bevalling en een keizersnede

Als je als aanstaande ouders kunt kiezen tussen een gewone bevalling of een keizersnede, is het belangrijk dat je 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:

Voordelen Vaginale bevalling	Nadelen Vaginale bevalling
Natuurlijk, evt spontaan	Iets hogere kans op problemen bij het kind na de geboorte
Korte ziekenhuisopname	
Sneller herstel tov keizersnede	
Volgende bevalling evt thuis mogelijk	
Geen nadelen van operatie	
Voordelen Keizersnede	Nadelen Keizersnede
Iets minder kans op problemen bij het kind na de bevalling	Langere ziekenhuisopname
	Langzamer herstel tov vaginale bevalling
	Hogere kans op complicaties voor moeder
	Geen thuisbevalling meer mogelijk
	Iets hogere kans op complicaties bij volgende bevalling
	Meer kans op blaasontsteking

Nacontrole

In verband met de stuitligging wordt er voor de baby 3 maanden na de geboorte een echo heupen gepland en een poli-afspraak bij de kinderarts. De baby's uit de regio Purmerend kunnen ook terecht op de poli in Dijklanderziekenhuis locatie Purmerend.

Wanneer er sprake is van een keizersnede zal er voor je een controle-afspraak gemaakt worden bij de gynaecoloog, dit vindt meestal plaats rond 6 weken na de bevalling.

Tenslotte

Een baby in stuitligging geeft meestal aanleiding tot veel vragen. Je kunt ideeën, eventuele twijfels en zorgen natuurlijk met de gynaecoloog bespreken. Deze tekst helpt je om dit gesprek voor te bereiden.

Bron: NVOG

Notities:

Locatie Enkhuizen

Molenweg 9b
1601 SR Enkhuizen
T. 0228 312 345

Locatie Hoorn

Maelsonstraat 3
1624 NP Hoorn
T. 0229 257 257

Locatie Purmerend

Waterlandlaan 250
1441 RN Purmerend
T. 0299 457 457

Locatie Volendam

Heideweg 1b
1132 DA Volendam
T. 0229 257 500

Postbus 600, 1620 AR Hoorn

www.dijklander.nl
info@dijklander.nl



FLD-00949-NL 19-09-2023