

Stuitligging

Inhoudsopgave

Inleiding

Wat is een stuitligging?

Hoe vaak komt een stuitligging voor?

Waardoor ligt een kind in stuitligging?

Een stuitligging, wat nu?

Echoscopisch onderzoek

Wat gebeurt er bij het draaien?

Bij welke zwangerschapsduur wordt gedraaid?

Hoe vaak lukt het om een kind te draaien?

Zijn er gevaren aan het draaien van het kind?

Bijzondere situaties

Anti-D

Verdere controles van de zwangerschap

Een bevalling van een kind in stuitligging

Wanneer vinden de meeste gynaecologen een vaginale bevalling verantwoord?

Wat betekent dit voor u? Kunt u kiezen?

Een vaginale bevalling

De kans op complicaties bij een vaginale stuitbevalling

Complicaties bij de moeder

Complicaties bij het kind

Een keizersnede

De kans op complicaties bij een keizersnede

Complicaties bij de moeder

Complicaties bij het kind

Gevolgen voor latere zwangerschappen

Het maken van een keuze

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

Tot slot

NVOG-brochures

Inleiding

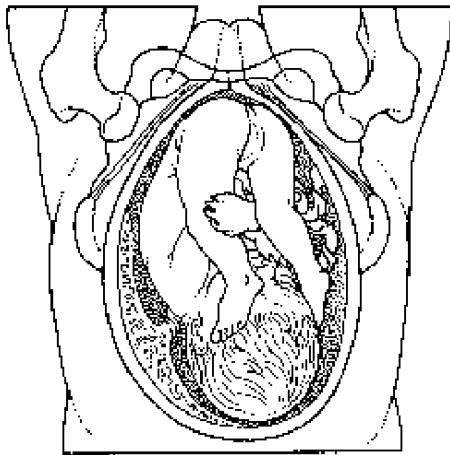
Als een kind met het hoofd boven in de baarmoeder ligt en met de stuit naar beneden, spreken we van een stuitligging. Waardoor een kind in stuitligging ligt, is vaak niet duidelijk. Tegen het einde van de zwangerschap kan het zinvol zijn om te proberen het kind te draaien, zodat het met het hoofd beneden komt te liggen (hoofdligging). In deze folder wordt uitgelegd hoe dat gebeurt. Ook komt aan bod hoe de bevalling bij een stuitligging kan plaatsvinden, of u een keuze hebt tussen een gewone bevalling of een keizersnede, en wat de voor- en nadelen van deze manieren van bevallen zijn.

Wat is een stuitligging?

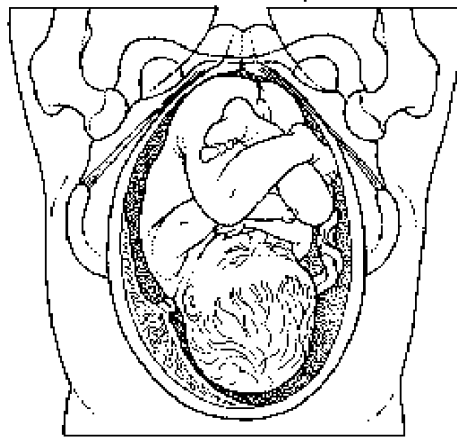
Bij een stuitligging ligt het hoofd van het kind boven in de baarmoeder, terwijl de billen of de beentjes beneden bij de ingang van het bekken liggen.

Er zijn verschillende soorten stuitligging:

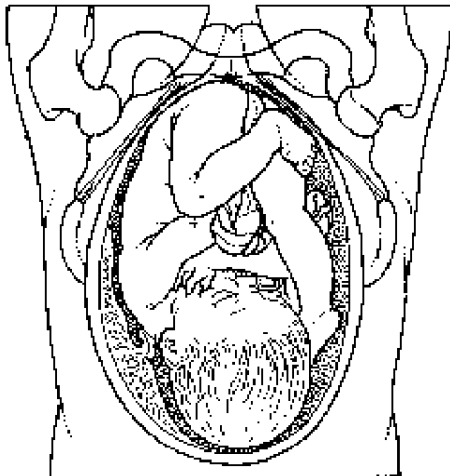
1. onvolkomen stuitligging: de benen liggen helemaal omhoog naast het lichaam, zodat het kind als het ware op zijn tenen kan sabbelen
2. volkomen stuitligging: de bovenbenen zijn langs het lichaam gestrekt, maar de knieën zijn gebogen, zodat de voeten naast de billen liggen ('kleermakerszit')
3. half onvolkomen stuitligging: één been ligt gestrekt naar boven zoals bij een onvolkomen stuitligging, het andere been ligt naar beneden, zoals bij een volkomen stuitligging
4. voetligging: het kind ligt met een of beide benen gestrekt naar beneden, zodat een of twee voetjes onder de billen liggen



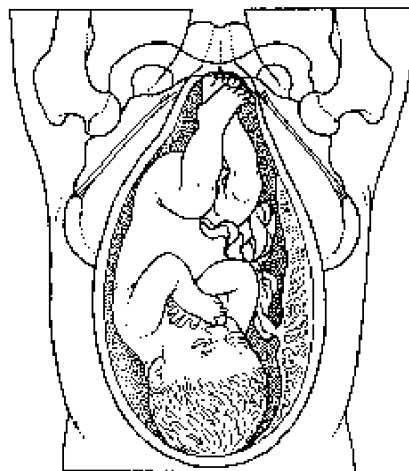
1



2



3



4

Hoe vaak komt een stuitligging voor?

Vroeg in de zwangerschap komen stuitliggingen veel voor: in de periode tussen de 20 en 25 weken ligt ongeveer eenderde van alle kinderen met het hoofd naar boven, maar naarmate de zwangerschap vordert, draaien steeds meer kinderen met hun hoofd naar beneden. Acht weken voor de uitgerekende datum, bij 32 weken, ligt nog 10-15% van de kinderen in stuitligging. Rondom de uitgerekende datum is dat nog bij 3% van de kinderen het geval.

Waardoor ligt een kind in stuitligging?

Meestal is het onbekend waardoor een kind rond de uitgerekende datum in stuitligging ligt. Bij een vroeggeboorte komt een stuitligging vaker voor, omdat het kind bij een kortere zwangerschapsduur nog vaak met het hoofd naar boven ligt. Daarnaast komt een stuitligging 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

Bij meer dan 85% van de zwangeren is er echter geen verklaring voor de stuitligging.

Een stuitligging, wat nu?

Verderop in deze folder beschrijven wij voor welke keuze u als ouders mogelijk komt te staan als uw kind tegen het einde van de zwangerschap in stuitligging ligt. In ieder geval kunt u niet thuis bevallen, en soms adviseert de gynaecoloog een keizersnede. Om dit te voorkomen kan het zinvol zijn om te proberen het kind in hoofdligging te draaien. De kans op een keizersnede halveert hierdoor.

Echoscopisch onderzoek

Om te bekijken of het verstandig is om te proberen het kind te draaien, vindt altijd echoscopisch onderzoek plaats. Hierbij beoordeelt men de hoeveelheid vruchtwater en de ligging van de placenta. Er wordt dan geen uitgebreid onderzoek gedaan naar mogelijke kleinere aangeboren afwijkingen. Wel wordt gekeken naar duidelijk zichtbare grote aangeboren afwijkingen, die een enkele keer een oorzaak van de stuitligging zijn. Ook gaat men na of het kind niet met het hoofd achterovergebogen ligt.

Wat gebeurt er bij het draaien?

In sommige ziekenhuizen vindt draaien van een kind plaats op de polikliniek, andere ziekenhuizen nemen u hiervoor kortdurend op. Degene die uw kind probeert te draaien is de gynaecoloog, een assistent of een in het ziekenhuis werkzame verloskundige.

- U ligt op een bed of onderzoekbank. Voordat men met het draaien begint, controleert men nogmaals de harttonen en de ligging van het kind.
- In sommige ziekenhuizen krijgt u een injectie met een weeënremmend middel om ervoor te zorgen dat de baarmoeder soepel blijft en niet samentrekt. Een mogelijke bijwerking is dat uw hartslag versnelt en dat u last van hartkloppingen krijgt. Na een paar uur, wanneer het middel is uitgewerkt, verdwijnen deze bijwerkingen weer.
- Het is belangrijk dat u zo ontspannen mogelijk ligt en uw buikspieren niet aanspant. Soms is een kussen onder uw knieën prettig. Als u een goede houding hebt gevonden, pakt de verloskundige of arts met twee handen het kind vast. Eén hand pakt daarbij 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.

- 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 voordat u naar huis gaat opnieuw de conditie van het kind. Dit gebeurt met een CTG (cardiotocogram) dat de harttonen van het kind registreert.

Bij welke zwangerschapsduur wordt er gedraaid?

De meest geschikte zwangerschapsduur om een kind te draaien is rond de 36 weken. Soms, als er niet zoveel vruchtwater is, kan het raadzaam zijn dit al eerder te doen. Als er veel vruchtwater is of als de stuitligging pas laat ontdekt wordt, draait men het kind ook nog later in de zwangerschap; tot aan de bevalling kan dit bijna altijd geprobeerd worden.

Hoe vaak lukt het om een kind te draaien?

Of het zal lukken om een kind te draaien, valt niet altijd 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. Maar dat heeft ook een keerzijde: als er veel vruchtwater is, is de kans ook groot dat het kind nog veel ruimte heeft om uit zichzelf terug te draaien naar een stuitligging. Bovendien draaien voor 36 weken veel kinderen uit zichzelf nog wel. Naarmate de zwangerschapsduur vordert, neemt de hoeveelheid vruchtwater af, en wordt draaien moeilijker. Tot slot is ook de ligging van de placenta van belang. Als deze tegen de voorwand van de baarmoeder ligt, is het vaak moeilijker om het kind vast te pakken dan als hij tegen de achterwand ligt.

Zijn er gevaren aan het draaien van een kind?

Voor de moeder zijn er geen gezondheidsgevaaren. Wel hebben enkele vrouwen last van de bijwerkingen van het middel om de baarmoeder te ontspannen, maar dit gaat altijd na een paar uur weer vanzelf over. Ook kan de buik door het harde duwen een paar dagen gevoelig en pijnlijk zijn. Dit is vervelend, maar kan geen kwaad. Voor het kind zijn er als regel geen levensbedreigende gezondheidsgevaaren. Bij minder dan 10% van de kinderen zijn de harttonen na het draaien tijdelijk wat langzamer. Daarom controleert men ze na afloop altijd nauwkeurig. Bijna altijd worden ze vanzelf weer normaal. Een heel enkele keer (bij minder dan 1%) blijven de harttonen afwijkend, en is het nodig direct een keizersnede te doen.

Bijzondere situaties

Bij een tweelingzwangerschap is het over het algemeen moeilijk om een of beide kinderen te draaien. Zoals vermeld, lukt bij een eenlingzwangerschap het draaien minder vaak als de moederkoek tegen de voorwand van de baarmoeder ligt, of als er weinig vruchtwater is. Dan laat men een draaipoging soms achterwege. Ook bij een ernstig verhoogde bloeddruk of een litteken in de baarmoeder zijn gynaecologen nogal eens terughoudend om het kind te draaien.

Anti-D

Bent u 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. Meer informatie vindt u in [Zwanger, algemene informatie](#) en [Bloedgroep, rhesusfactor en irregulaire antistoffen](#). Weet u zeker dat de vader van uw kind rhesus-negatief is, dan kunt u bespreken of de injectie achterwege kan blijven.

Verdere controles van de zwangerschap

Als het is gelukt om uw kind te draaien, kijkt men bij een volgende controle altijd opnieuw naar de ligging van het kind. Een enkele keer draait het kind uit zichzelf weer terug naar een stuitligging. Deze kans is groter bij draaien vroeg in de zwangerschap en bij veel vruchtwater. Zo nodig draait men het kind opnieuw, bijvoorbeeld een week later. Is het niet gelukt uw kind te draaien, dan bespreekt de gynaecoloog met u de verdere gang van zaken rond de bevalling. U krijgt in ieder geval een medische indicatie om in het ziekenhuis te bevallen, en meestal controleert de gynaecoloog de rest van uw zwangerschap.

Een bevalling van een kind in stuitligging

De bevalling van een kind in stuitligging roept altijd veel vragen op. Is het wel veilig om 'gewoon' vaginaal (via de schede) te bevallen, of is een keizersnede veiliger? Deze vraag houdt niet alleen aanstaande ouders, maar ook gynaecologen bezig, zowel in Nederland als in het buitenland. Een belangrijk buitenlands onderzoek dat een gewone bevalling vergeleek met een keizersnede, werd in oktober 2000 gepubliceerd. De conclusie was dat een keizersnede bij een stuitligging rond de uitgerekenende datum veiliger is voor het kind. Het is echter de vraag of deze conclusie ook in de Nederlandse situatie geldig is. Vooralsnog zijn de meeste Nederlandse gynaecologen van mening dat in veel situaties een gewone, vaginale bevalling wel degelijk verantwoord is onder de voorwaarden die in ons land gebruikelijk zijn. Wel vinden zij het belangrijk dat u op de hoogte bent van de kans op complicaties, zowel bij een vaginale bevalling als bij een keizersnede.

Wanneer vinden de meeste gynaecologen een vaginale bevalling verantwoord?

Elke gynaecoloog wil dat u na de bevalling tevreden met een gezond kind het ziekenhuis verlaat. Dit betekent dat de gynaecoloog met u afweegt 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 moeizame vacuüm- of tangverlossing (een gemakkelijke vacuüm- of tangverlossing de vorige keer is geen bezwaar)
- het geschatte gewicht van het kind ligt niet te hoog
- het hoofd van het kind ligt voorover en niet achterovergebogen
- er is enige indaling in het bekken
- de ontsluiting en de uitdrijving vorderen goed

Wat betekent dit voor u? Kunt u kiezen?

De vraag of u kunt kiezen tussen een vaginale bevalling en een keizersnede, is in deze folder niet voor alle vrouwen te beantwoorden. In twee situaties hebt u geen keuze:

1. het is te laat om een keizersnede te doen, omdat het kind op het punt staat geboren te worden
2. de dienstdoende gynaecoloog vindt het niet verantwoord om u vaginaal te laten bevallen (bijvoorbeeld omdat het kind groot is of ongunstig ligt, omdat u de vorige keer een moeizame bevalling gehad hebt, omdat de ontsluiting of de uitdrijving onvoldoende vordert, of omdat de harttonen verslechteren)

In andere situaties kunt u doorgaans kiezen tussen een keizersnede of een vaginale bevalling, op voorwaarde dat de gynaecoloog die de bevalling begeleidt, een gewone bevalling verantwoord vindt. We geven nu eerst meer informatie over een vaginale stuitbevalling en een keizersnede.

Een vaginale stuitbevalling

Evenals bij een bevalling van een kind in hoofdligging, kent een stuitbevalling drie verschillende stadia (perioden): de ontsluiting, de uitdrijving en de periode na de geboorte.

Tijdens de ontsluitingsfase gaat de baarmoedermond open als gevolg van steeds krachtiger wordende weeën. De arts gaat de mate van ontsluiting na door middel van inwendig onderzoek. Bij volkomen ontsluiting is de baarmoedermond helemaal open. De billen (of de beentjes) dalen dan verder in; tijdens de weeën krijgt u meestal in toenemende mate het gevoel mee te moeten persen. Zo begint de uitdrijvingsfase, die eindigt met de geboorte van uw kind.

De ontsluitingsfase verloopt niet anders dan bij een bevalling van een kind in hoofdligging. Wel worden de harttonen nauwkeurig gecontroleerd door middel van een CTG (cardiotocogram). Dit gebeurt soms via uw buik, maar vaak plaatst de arts een elektrode op de bil van het kind. Daarbij breekt men ook de vliezen. U voelt dan warm vruchtwater naar buiten stromen. Ook kan een dun slangetje (drukkatheter) in de baarmoeder gebracht worden om de sterkte van de weeën te meten. Soms laat men dit achterwege of registreert men de weeën met een band om de buik. Bij persdrang aan het einde van de ontsluitingsfase is het belangrijk te wachten met meepersen tot de ontsluiting volledig is.

Het persen op zich verloopt niet anders dan bij een bevalling van een kind in hoofdligging, maar bij een stuitgeboorte maakt men bijna altijd een dwarsbed: het onderste gedeelte 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. Als een kind in onvolkomen stuit ligt, met de benen omhoog, worden eerst de billen geboren, daarna de rest van het lichaam en de armpjes, en tot slot het hoofd. Bij de geboorte van het hoofd drukt een assistent vaak boven uw schaambeentjes, om ervoor te zorgen dat het hoofd goed het bekken passeert. De geboorte van een kind in (half-)onvolkomen stuit of voetligging verloopt hetzelfde, maar dan worden eerst een of twee beentjes geboren.

De kans op complicaties bij een vaginale stuitbevalling

Bij elke bevalling kunnen complicaties optreden. De meeste gynaecologen zijn van mening dat onder de bovenbeschreven veilige en verantwoorde omstandigheden de kans op complicaties bij een vaginale stuitbevalling klein is, zeker de kans op ernstige complicaties. Toch kan de kans op complicaties nooit helemaal worden uitgesloten. Aan welke complicaties moet u denken?

Complicaties bij de moeder

De kans op complicaties bij de moeder is bij een stuitbevalling niet groter dan bij een kind in normale ligging. Wel is er meer kans dat de gynaecoloog tijdens de bevalling besluit tot een keizersnede, maar ook bij een kind in hoofdligging kan dit altijd nodig blijken.

Complicaties bij het kind

Kinderen in stuitligging die 'gewoon' (vaginaal) ter wereld komen, worden vaker kort na de geboorte op de couveuseafdeling opgenomen dan kinderen die geboren worden na een keizersnede. Na een gewone bevalling is bij ongeveer 1 op de 20 kinderen couveuseopname nodig, en dat is ruim 10 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 dan na een keizersnede. Of de couveuseopname kort na de geboorte ook gevolgen heeft voor de gezondheid en ontwikkeling van het kind op lange termijn, is nog niet bekend.

Een keizersnede

Voor algemene informatie over deze operatie verwijzen wij u naar [De keizersnede](#). Hier bespreken wij alleen de kans op complicaties. Bij een keuze moet u immers alles kunnen afwegen; daarbij is ook deze informatie van belang.

De kans op complicaties bij een keizersnede

Complicaties bij de moeder

Alhoewel een keizersnede op zich een veilige operatie is, brengt iedere operatie een kleine kans op complicaties met zich mee. Deze zijn uitgebreid beschreven in de genoemde folder [De keizersnede](#). Het gaat hier meestal om niet-levensbedreigende complicaties. Sommige, zoals bloedarmoede of trombose, komen ook na een gewone bevalling voor. Andere, zoals een nabloeding in de buik, een bloeduitstorting of wondinfectie, een beschadiging van de blaas, of darmen die niet goed op gang komen, hangen samen met de keizersnede; ook een blaasontsteking komt na deze operatie vaker voor dan na een gewone bevalling. Langdurige ernstige pijn als gevolg van een zenuwbeschadiging bij de bikinisnede is een zeer zelden voorkomende complicatie. De kans op ernstige gezondheidscomplicaties en sterfte als gevolg van de operatie is voor gezonde zwangeren heel erg klein, maar toch altijd groter dan na een gewone bevalling.

Complicaties bij het kind

Ook kinderen die via een keizersnede zijn geboren, lopen risico op gezondheidsproblemen. Een enkele keer is het ook bij een keizersnede moeilijk een kind dat in stuitligging ligt uit de baarmoeder te halen, en kan beschadiging optreden. Een ander gevaar is dat een keizersnede te vroeg in de zwangerschap gepland wordt, om een spontane bevalling te voorkomen. Te vroeg geboren kinderen kunnen longproblemen hebben waarvoor opname op de couveuseafdeling noodzakelijk is.

Gevolgen voor latere zwangerschappen

Het litteken in de baarmoeder is een nadeel voor een volgende zwangerschap. U krijgt dan het advies in het ziekenhuis te bevallen, omdat zo'n 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 zelfs een baarmoederverwijdering noodzakelijk is. Hoewel deze complicaties zeer zelden voorkomen, treden ze vaker op na een keizersnede dan na een gewone bevalling.

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. Velen zijn in eerste instantie geneigd te denken dat een keizersnede de veiligste weg is voor hun kind om geboren te worden, maar zij vergeten dat aan een keizersnede ook nadelen kleven. We vatten daarom de voor en nadelen van beide wijzen van bevallen nog eens samen.

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

	Voordelen	Nadelen
Gewone bevalling	geen keizersnede met de nadelen die daarbij horen kortere ziekenhuisopname en een sneller herstel u kunt een volgende keer eventueel thuis bevallen	iets meer kans op gezondheidsproblemen van het kind kort na de geboorte
Keizersnede	iets minder kans op gezondheidsproblemen van het kind kort na de geboorte	langere ziekenhuisopname en langzamer herstel meer kans op complicaties voor de moeder bij een volgende zwangerschap geen thuisbevalling mogelijk iets meer kans op complicaties tijdens een volgende bevalling

Tot slot

U vindt in deze folder zeer veel informatie. Aarzel niet om vragen en onduidelijkheden met de gynaecoloog te bespreken

NVOG-brochures

Zwanger, algemene informatie

Bloedgroep, rhesusfactor en irregulaire antistoffen

De keizersnede

Behalve bij uw gynaecoloog kunt u deze brochures vinden op de website van de NVOG:

<http://www.nvog.nl> , rubriek voorlichting

© 2001 NVOG

Copyright en 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 Patiëntenvoorlichting 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: <http://www.nvog.nl>, rubriek voorlichting. Als basis voor deze folder diende de richtlijn Stuitligging van de NVOG uit 2001.

*Auteur en redacteur: dr. G. Kleiverda
Bureauredacteur: Jet Quadekker*