

Verloskunde

Stuitligging

Sommige kinderen liggen tegen het einde van de zwangerschap in stuitligging: met de billen naar beneden en het hoofd omhoog.

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 keizersnede 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, spreken we over een 'onvolkomen stuitligging'. De benen kunnen ook onderaan liggen, dat heet een 'volkomen stuitligging'.

Hoe vaak komt een stuitligging voor?

Vroeg in de zwangerschap liggen veel kinderen in stuitligging. De meeste kinderen draaien tijdens de zwangerschap zelf om. Rond de uitgerekende datum ligt minder dan drie procent van de kinderen in stuitligging.

Waarom ligt een kind in een stuitligging?

Vroeg in de zwangerschap is een stuitligging heel gewoon, maar tegen het eind van de zwangerschap ligt het kind normaal gesproken met het hoofd naar beneden. Meestal is het onduidelijk waarom een kind aan het eind van de zwangerschap nog steeds in stuitligging ligt. Er zijn wel enkele situaties waarin de kans op een stuitligging hoger is:

- bij een zwangerschap van meer dan één kind (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 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.

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

Als uw kind bij 36 weken of later in stuitligging ligt, zal de arts met u de mogelijkheid van uitwendige draaiing bespreken. Als dit niet kan, zijn er 2 mogelijkheden voor bevalling:

1. een vaginale bevalling waarbij eerst de billen of voeten worden geboren;
2. een keizersnede bij 39 weken zwangerschapsduur.

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?

Voordat de moeder 36 weken zwanger is, 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 met de hoeveelheid vruchtwater. Het is bijna altijd mogelijk om tot aan de bevalling te proberen het kind te draaien.

Hoe verloopt het draaien?

De gynaecoloog, een arts-assistent of een verloskundige die in het ziekenhuis werkt, probeert het kind te draaien. U ligt op bed.

- De arts controleert eerst de harttonen (CTG, cardiotocogram) en de ligging van het kind. Het is belangrijk dat u zo ontspannen mogelijk ligt en uw buikspieren niet aanspant. De arts kan ervoor kiezen om u vooraf een medicijn toe te dienen wat ervoor zorgt dat de baarmoeder zich ontspant. Van dit medicijn kan uw hartslag tijdelijk wat stijgen en u kunt last hebben van hartkloppingen. Dit is onschuldig en gaat vanzelf weer weg. 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 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 duikelt het kind tot het met zijn hoofd beneden ligt. Hoe lang het draaien duurt verschilt, van minder dan dertig seconden tot soms meer dan vijf minuten.
- Na het draaien controleert de arts opnieuw de hartslag van uw kind met een CTG.

Hoe vaak lukt het om een kind te draaien?

We kunnen niet van tevoren zeggen of het lukt om een kind te draaien. Over het algemeen geldt: hoe vroeger in de zwangerschap en hoe meer vruchtwater, hoe 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 dat het lukt om een kind te draaien ongeveer veertig procent (4 op de 10). Bij een tweeling-zwangerschap 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.

Wat zijn 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. Heel soms (bij minder dan één procent, dus 1 op de 100) blijven de harttonen afwijkend en is direct een keizersnede noodzakelijk.

Wat gebeurt er na het draaien?

Als het is gelukt om uw kind te draaien, kunt u in principe gewoon thuis bevallen als u dat wilt (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 besluiten om uw kind opnieuw te draaien. Dat gebeurt 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.

Rhesus-D negatieve vrouwen die zwanger zijn van een rhesus-D positief kind, krijgen na afloop van een draaipoging een injectie met antiD, of het nu gelukt is het kind te draaien of niet. Zie voor meer informatie de folder Zwanger, algemene informatie.

De vaginale bevalling bij een stuitligging

Hoe verloopt een gewone bevalling in stuitligging?

Een stuitbevalling lijkt veel op een bevalling van een kind in hoofdligging. Er zijn ook 3 fasen: de ontsluiting, het persen en de periode na de geboorte.

De ontsluiting

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

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 één 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 maken we bijna altijd een 'dwarsbed': het voeteneinde van het verlosbed wordt weggehaald en u plaatst uw benen in been-steunen (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 gebeurt via de buik (uitwendig), of via een elektrodedraadje op de bil van uw kind (inwendig).

Mogelijke complicaties bij de moeder

De kans op problemen (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 om een keizersnede te doen.

Mogelijke complicaties bij het kind

- 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 één op de twintig kinderen couveuseopname nodig. Dat is tien keer vaker dan na een keizersnede.

Er bestaan verschillende redenen voor een opname op de couveuseafdeling. 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 één procent van alle kinderen in stuitligging), maar ongeveer twee keer 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. Uit onderzoek onder kinderen van 2 jaar blijkt dat de gezondheid van kinderen die in een couveuse hebben gelegen niet verschilt van kinderen die niet in een couveuse hebben gelegen.

De keizersnede bij een stuitligging

Mogelijke complicaties bij de moeder

De kans op ernstige problemen (complicaties) door een keizersnede is voor gezonde zwangere heel erg klein, maar groter dan na een gewone bevalling (zie ook De keizersnede). Het gaat hier om niet-levensbedreigende complicaties. Sommige komen ook na een gewone bevalling voor, zoals bloedarmoede of trombose. Andere problemen die kunnen voorkomen zijn een gevolg van de keizersnede, zoals:

- een nabloeding in de buik
- een bloeditstorting of wondinfectie
- een beschadiging van de blaas

- 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

Soms 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. Het kind kan dan longproblemen krijgen, waardoor opname op de couveuseafdeling noodzakelijk is. Daarom doen we bij een stuitligging in principe geen keizersnede voor 38 voldragen weken zwangerschap.

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. Het litteken van de keizersnede zorgt voor een grotere kans op complicaties tijdens een volgende bevalling. Het litteken kan bijvoorbeeld openscheuren, de moederkoek kan voor de opening liggen, of de moederkoek kan 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 bijna nooit 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:

- Er waren geen ernstige problemen bij een vorige bevalling. Bijvoorbeeld een technisch lastig uit te voeren vacuüm- of tangverlossing (een gemakkelijk uit te voeren vacuüm- of tangverlossing is geen bezwaar).
- Het geschatte gewicht van het kind is niet te hoog.
- 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.

Heeft 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 verstandig 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 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. Vóór deze tijd is het risico op ademhalingsproblemen bij uw baby te hoog.
- De gynaecoloog vindt het niet verantwoord om u vaginaal te laten bevallen. Vaginaal bevallen is bijvoorbeeld niet verstandig als het kind te groot is, niet gunstig ligt, als u de vorige keer

een technisch lastige bevalling heeft gehad, omdat de ontsluiting of de uitdrijving zich niet goed ontwikkelt of omdat de harttonen van het kind slechter worden.

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).

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 gewone bevalling vs. keizersnede

Voordelen stuitbevalling

- natuurlijk, spontaan
- geen nadelen van operatie
- kortere ziekenhuisopname
- sneller herstel
- volgende bevalling eventueel thuis mogelijk

Nadelen stuitbevalling

- iets hogere kans op problemen bij het kind na de geboorte

Voordelen keizersnede

- iets minder kans op problemen bij het kind na de geboorte

Nadelen keizersnede

- langere ziekenhuisopname
- langzamer herstel
- geen thuisbevalling meer mogelijk
- iets hogere kans op complicaties tijdens volgende bevalling

Tot slot

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