

Een stuitligging

Wat is een stuitligging?

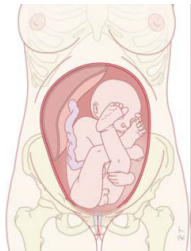
Bij een stuitligging ligt het hoofd van de baby boven in de baarmoeder, terwijl de billen of de benen beneden bij de ingang van het bekken liggen.

Er zijn verschillende soorten stuitliggingen:

- Bij een volkomen stuitligging zijn de knieën van de baby gebogen zodat de voeten naast de billen liggen.



- Bij een onvolkomen stuitligging zijn de benen van de baby omhoog gestrekt met de voeten naast het hoofd.



- Bij een half (on)volkomen stuitligging ligt één been in de houding van de volkomen stuitligging en één been in de houding van de onvolkomen stuitligging.



- Bij een voetligging zijn de benen van de baby gestrekt zodat één of beide voeten onder de billen van de baby liggen.



Hoe vaak komt een stuitliging voor en wat is de oorzaak

Vroeg in de zwangerschap liggen veel baby's in stuitligging. De meeste baby's draaien tijdens de zwangerschap zelf om. Rond de uitgerekende datum ligt ongeveer 3% van de baby's nog in stuitligging.

Bij meer dan 85% van de zwangeren is het onbekend waarom de baby in stuitligging ligt. Een stuitligging komt vaker voor:

- Bij een meerlingzwangerschap.
- Bij een afwijkende vorm van de baarmoeder of van het bekken.
- Als de placenta (moederkoek) of een myoom (vlesboom) voor de ingang van het bekken ligt.
- Bij aangeboren afwijkingen van het kind.

Begeleiding

Bij een stuitligging krijgt u een echoscopisch onderzoek via de buik. De gynaecoloog kijkt of er duidelijk zichtbare aangeboren afwijkingen aanwezig zijn. Dit komt niet vaak voor maar kan wel de oorzaak zijn van de stuitligging. De gynaecoloog kijkt ook naar de stand van het hoofd van de baby, de hoeveelheid vruchtwater, de ligging van de placenta en of er myomen of andere afwijkingen aanwezig zijn die de ingang van het bekken blokkeren.

Er zijn 3 mogelijkheden voor de verdere begeleiding:

1. De gynaecoloog probeert uw baby naar een hoofdligging te draaien.
Dit noemen we ook wel een "versie".
2. U bevalt vaginaal van uw baby in stuitligging.
3. U bevalt door middel van een keizersnede van uw baby in stuitligging.
Dat zal zijn rond 39 weken zwangerschapsduur.

De gynaecoloog zal met u bespreken wat de mogelijkheden in uw situatie zijn.

Het draaien van een kind in stuitligging

Waarom wordt een baby in stuitligging gedraaid?

De risico's voor moeder en kind zijn het kleinst bij een vaginale geboorte in hoofdligging. De kans op een keizersnede is ook kleiner.

Wanneer wordt een baby in stuitligging gedraaid?

Voor 36 weken zwangerschapsduur draaien veel kinderen zelf nog naar een hoofdligging. Het is daarom verstandig pas ná deze termijn het kind te draaien. Het is bijna altijd mogelijk om tot aan de bevalling te proberen het kind te draaien.

Redenen om niet te draaien

In een aantal gevallen zal de gynaecoloog de baby niet draaien.

- Wanneer tijdens een vorige bevalling is gebleken dat uw placenta helemaal of gedeeltelijk heeft losgelaten voordat de baby werd geboren.
- Bij vaginaal bloedverlies.
- Bij een meerlingzwangerschap (zoals een tweeling).
- Als uw baarmoeder een afwijkende vorm heeft.
- Als het hartfilmpje (CTG) dat vooraf wordt gemaakt, niet goed is.
- Als u pre-eclampsie hebt (hoge bloeddruk en te veel eiwit in de urine).
- Als uit laboratoriumonderzoek is gebleken dat de baby bloedarmoede heeft gekregen door de aanwezigheid van bepaalde antistoffen in uw bloed.

Hoe verloopt het draaien?

U wordt kort opgenomen op de afdeling Verloskunde. Vooraf moet uw blaas leeg zijn. Eerst wordt er een CTG gemaakt. Er wordt ook een echo gemaakt om te zien of de baby nog steeds in stuitligging ligt. Als dit zo is en het CTG goedgekeurd is, krijgt u een injectie met een medicijn erin dat de baarmoeder laat ontspannen. Dit vergemakkelijkt het draaien van de baby. Een bijwerking van dit medicijn is dat uw hart een aantal uren sneller klopt.

Het is belangrijk dat u zo ontspannen mogelijk ligt en uw buikspieren niet aanspant. Een kussen onder uw knieën helpt daarbij. De gynaecoloog pakt met één hand de billen van de baby en met de andere hand het hoofd van de baby. Door nu de billen omhoog en het hoofd geleidelijk naar beneden te bewegen zal het kind zelf verder draaien. Hoe lang het draaien duurt verschilt van minder dan 30 seconden tot soms meer dan 5 minuten. Na afloop wordt er weer een CTG gemaakt om de hartslag van de baby te controleren.

Hoe vaak lukt het om de baby te draaien?

Het valt niet te voorspellen of het zal lukken om de baby te draaien. 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 nadeel: als de baby gemakkelijk te draaien is, is de kans ook groot dat het zelf weer terugdraait. Draaien is moeilijker als er weinig vruchtwater is en/of de baby groter is. Ook als de placenta op de voorwand van de baarmoeder ligt, is het moeilijker om de baby te draaien. Hoe kleiner en zwaarder u zelf bent, hoe moeilijker het draaien wordt. Bij een eerste zwangerschap zijn de baarmoeder en de buikwand nog stevig en zal het draaien minder kans op succes hebben dan bij een volgende zwangerschap. Gemiddeld is de kans van slagen van het draaien van een stuitligging ongeveer 40%.

Mogelijke gevolgen en complicaties van het draaien

Voor de moeder zijn er geen gevaren. Wel hebben enkele vrouwen last van de bijwerkingen van het medicijn om de baarmoeder te ontspannen. Dit gaat altijd vanzelf over. De buik kan door het duwen en draaien een paar dagen gevoelig en pijnlijk zijn. Dit kan geen kwaad voor de baby. 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 soms nodig een keizersnede te doen.

Wanneer contact opnemen

U moet contact opnemen met de afdeling Verloskunde als zich ná het draaien van uw baby 1 of meerdere van de onderstaande problemen voordoen:

- Toenemende buikpijn.
- Bloedverlies.
- U vindt dat de baby minder beweegt.

De afdeling Verloskunde is 24 uur per dag bereikbaar.

Telefoonnummer: 0515 - 48 83 20.

Na het draaien

Als het is gelukt om de baby te draaien, wordt u weer terug verwezen naar uw eigen verloskundige en mag u ook eventueel thuis bevallen. Dit geldt alleen als u geen andere medische indicatie hebt.

Als u bloedgroep rhesus D-negatief hebt en u zwanger bent van een rhesus-D positief kind, krijgt u na afloop van de draaipoging altijd een injectie met anti-D.

Als de baby uit zichzelf weer is teruggedraaid naar een stuitligging kan geprobeerd worden opnieuw te draaien. Dit gebeurt dan meestal na 1 week. Als de baby in stuitligging blijft liggen, moet u de rest van de zwangerschap en voor de bevalling onder controle blijven van de gynaecoloog.

Vaginale bevalling in stuitligging

De bevalling bestaat uit 3 fasen: de ontsluiting, het persen en de periode na de geboorte. De ontsluiting verloopt vaak iets anders bij een stuitbevalling. De billen, benen of voeten van de baby liggen naar beneden en drukken op de baarmoedermond. Omdat de billen, benen of voeten kleiner zijn dan het hoofd van de baby kunnen deze sneller door de baarmoedermond zakken. U kunt daardoor persdrang krijgen terwijl u nog geen volledige ontsluiting (10 centimeter) hebt. De gynaecoloog die u begeleidt, zal u dan ook vragen om op dat moment nog niet te gaan persen.

Vanaf het persen bij een stuitbevalling wordt het voeteneinde van het bed weggehaald. Uw benen plaatst u dan in de beensteunen (net als bij een inwendig onderzoek op een gynaecologische stoel). Het persen gaat hetzelfde als bij een baby in hoofdligging.

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. Soms wordt er bij de geboorte van het hoofd van de baby gedrukt op het gebied boven uw schaambeentjes. Dit zorgt er voor dat het hoofd goed door uw bekken gaat.

Bij een onvolkomen stuitligging worden eerst de billen geboren, daarna de rest van het lichaam en de armen en tot slot het hoofd. Bij een volkomen stuitligging worden eerst één of twee beentjes geboren en daarna volgen billen, rug en buik, de armen en tot slot het hoofd.

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 om een keizersnede te doen.

Mogelijke complicaties bij de baby

Baby's in stuitligging die gewoon (vaginaal) worden geboren, worden vaker kort na de geboorte op de couveuseafdeling opgenomen dan baby's die geboren worden na een keizersnede. Er bestaan verschillende redenen voor zo'n opname. Soms heeft de baby na de geboorte behoefte aan extra zuurstof of moet het geholpen worden bij de ademhaling.

Een andere reden kan zijn: een beschadiging bij de baby die tijdens de geboorte is opgetreden, zoals een botbreuk, een zenuwbeschadiging of een hersenbloeding. Dit komt niet vaak voor (bij ongeveer 1% van alle baby's in stuitligging), maar wel 2 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. Hun ontwikkeling verloopt hetzelfde en er is geen grotere kans op sterfte. Uit onderzoek onder tweejarige kinderen blijkt dat de gezondheid van kinderen die in de couveuse hebben gelegen niet verschilde van kinderen die niet in een 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 gewone bevalling. Het gaat hier om niet-levensbedreigende complicaties.

Sommige complicaties kunnen ook na een gewone bevalling voorkomen. Dit kunnen zijn:

- Bloedarmoede.
- Trombose.

Andere complicaties zijn een gevolg van de keizersnede:

- Een nabloeding in de buik.
- Een bloeditstorting in het wondgebied.
- Een wondinfectie.
- Een beschadiging van de blaas.
- Een blaasontsteking.

Mogelijke complicaties bij het kind

Soms is het bij een keizersnede moeilijk een baby die in stuitligging ligt uit de baarmoeder te halen. Er kan dan een (zenuw)beschadiging ontstaan.

Wanneer de keizersnede te vroeg in de zwangerschap wordt gepland, om zo een spontane bevalling te voorkomen, kan de baby longproblemen krijgen.

Dan is opname op de couveuseafdeling nodig. In principe wordt daarom bij een stuitligging geen keizersnede gedaan voor de 39ste week van de zwangerschap .

Na de keizersnede

Door een keizersnede zit er 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 in de baarmoeder een verhoogde kans op complicaties geeft. De complicaties zijn:

- Het openscheuren van het litteken.
- De placenta (moederkoek) kan vóór de opening van de baarmoeder gaan liggen.
- De placenta kan vast vergroeien in de baarmoeder (wat veel bloedverlies na de bevalling geeft).

Deze complicaties komen weinig voor maar wel vaker na een keizersnede dan na een gewone bevalling. Voor algemene informatie over de keizersnede kunt u ook de folder “De keizersnede” lezen.

Het maken van een keuze

Wanneer is een vaginale bevalling bij een stuitligging 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 problemen bij een vorige bevalling (zoals een vacuüm- of tangverlossing).
- Het geschatte gewicht van de baby is niet te hoog.
- Het hoofd van de baby in de buik ligt voorover en niet achterover gebogen.
- Er is enige indaling van de stuit (de billen van de baby) in het bekken.
- De ontsluiting en het persen vorderen goed tijdens de bevalling

Hebt u eigenlijk wel een keuze?

Meestal 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: de baby staat op het punt geboren te worden.
- Het is te vroeg om een keizersnede te doen: na een zwangerschapsduur van 39 weken wordt er pas een keizersnede gedaan. Voor deze tijd is het risico op ademhalingsproblemen bij de baby te groot.
- De gynaecoloog vindt het niet verantwoord om u vaginaal te laten bevallen. Redenen hiervoor kunnen zijn:
 - De baby in de buik lijkt te groot te zijn.
 - De baby in de buik ligt niet gunstig.
 - De vorige bevalling verliep technisch gezien moeizaam.
 - De ontsluiting of het persen tijdens deze bevalling vordert niet voldoende.
 - De harttonen van de baby verslechteren (te zien op het CTG/hartfilmpje).

Als de bevalling eerder dan 39 weken spontaan begint en een keizersnede al gepland was, dan wordt de keizersnede wel vóór 39 weken zwangerschap gedaan.

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.

De voor- en nadelen van een gewone bevalling en een keizersnede op een rij:

Gewone bevalling	Keizersnede
natuurlijk, spontaan	hogere kans op complicaties voor de moeder
geen nadelen van operatie	iets hogere kans op complicaties bij een volgende bevalling
kortere ziekenhuisopname	langere ziekenhuisopname
sneller herstel	langzamer herstel
volgende bevalling thuis is mogelijk	geen thuisbevalling meer mogelijk
iets hogere kans op problemen bij de baby kort na de geboorte	iets kleinere kans op problemen bij de baby kort na de geboorte

Tot slot

Als uw baby in een stuitligging ligt, geeft dit meestal aanleiding tot veel vragen. U kunt uw ideeën, eventuele twijfels en zorgen natuurlijk met de gynaecoloog bespreken. Deze folder is bedoeld om u zo goed mogelijk voor te bereiden en u te helpen bij het maken van de juiste keuze.

Als u na het lezen van deze folder vragen hebt, kunt u contact opnemen met de polikliniek Gynaecologie/Verloskunde. De polikliniek is bereikbaar van maandag tot met vrijdag tussen 8:30 en 12:30 uur en tussen 13:30 en 16.30 uur.

Telefoonnummer: 0515 - 48 89 83.

U kunt ook contact opnemen met de afdeling Verloskunde. Wij verzoeken u dit zoveel mogelijk tijdens kantooruren te doen.

Telefoonnummer: 0515 - 48 83 20.

**Antonius Ziekenhuis
Bolswarderbaan 1
8601 ZK Sneek**

**Urkerweg 4
8303 BX Emmeloord**

**Vissersburen 17
8531 EB Lemmer**

**Postadres
Postbus 20.000
8600 BA Sneek**

**Telefoon
0515 - 48 88 88**

www.mijnantonius.nl

13-02-2018