

Informatie



Stuitligging



Geboortezorg
Zuid aan Zee

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 brochure wordt uitgelegd hoe dat gebeurt. Ook komt aan bod hoe de bevalling bij een stuitligging kan plaatsvinden. Of je 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 bij de ingang van het bekken] liggen.

Verschillende soorten stuitligging

Onvolkomen stuitligging

De benen liggen helemaal omhoog naast het lichaam, zodat het kind als het ware op zijn tenen kan sabbelen.

Volkomen stuitligging

De bovenbenen zijn langs het lichaam gestrekt, maar de knieën zijn gebogen, zodat de voeten naast de billen liggen (kleermakerszit).

Half onvolkomen stuitligging

Eén been ligt gestrekt naar boven zoals bij een onvolkomen stuitligging, het andere been ligt naar beneden, zoals bij een volkomen stuitligging.

Voetligging

Het kind ligt met één of beide benen gestrekt naar beneden, zodat één of twee voetjes onder de billen liggen.

Hoe vaak komt een stuitligging voor?

Vroeg in de zwangerschap liggen veel kinderen in stuitligging. Dit neemt af naarmate de zwangerschap vordert. Omstreeks de uitgerekende datum ligt ongeveer 3% van de kinderen in stuitligging.



Waarom ligt een kind in stuitligging?

Meestal is het onbekend waarom 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:

- Meerlingzwangerschap;
- afwijkende vorm van de baarmoeder of het bekken;
- 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.

Onderzoek bij een stuitligging

Bij een stuitligging vindt doorgaans echoscopisch onderzoek plaats. De echoscopiste of arts kijkt naar duidelijk zichtbare aangeboren afwijkingen, die zeldzaam zijn maar eventueel de oorzaak van de stuitligging kunnen zijn. Ook wordt er gekeken naar de stand van het hoofd van de baby en de hoeveelheid vruchtwater, de ligging van de moederkoek en of er vleesbomen of andere afwijkingen zijn die de ingang van het bekken blokkeren.

De bevalling bij een stuitligging

De bevalling van een kind in stuitligging kan op twee manieren plaatsvinden:

- een gewone bevalling via de schede waarbij eerst de billen of voeten worden geboren;
- een keizersnede.

Daarnaast kan het kind alsnog in hoofdligging worden gelegd door het te draaien tijdens de zwangerschap.

Het draaien van een kind in stuitligging

Waarom wordt de stuitligging gedraaid?

Als een kind van stuitligging naar hoofdligging kan worden gedraaid is er een veel kleinere kans op een keizersnede.



Bij welke zwangerschapsduur wordt er gedraaid?

De meest geschikte zwangerschapsduur om een kind te draaien is rond de 36 à 37 weken. 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 geprobeerd worden.

Wat gebeurt er bij het draaien?

In ons ziekenhuis vindt draaien van het kind plaats in de kliniek. Degene die jouw kind probeert te draaien is de verloskundige of gynaecoloog, die hier in gespecialiseerd zijn.

Je ligt op een bed of onderzoekbank. Voordat men met draaien begint, controleert men eerst de harttonen met behulp van het CTG (cardiotocogram) en de ligging van het kind door middel van de echo.

Het is belangrijk dat je zo ontspannen mogelijk ligt en je buikspieren niet aanspant. Soms is een kussen onder de knieën prettig. Als je een goede houding hebt gevonden, pakt de verloskundige of gynaecoloog met twee handen het kind vast. Eén hand pakt daarbij net boven je schaambeek de billen van het kind en probeert deze omhoog te drukken.

De andere hand pakt aan de bovenkant van je 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. De duur van het draaien kan verschillen, van minder dan 30 seconden tot soms meer dan 5 minuten. Na afloop, voordat je naar huis gaat, controleert men opnieuw de conditie van het kind, door middel van het CTG.

Hoe vaak lukt het om een kind te draaien?

Of het zal lukken om een kind te draaien, is niet eenvoudig 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 groot dat het zelf weer terugdraait.

Naarmate de zwangerschapsduur vordert, neemt de hoeveelheid vruchtwater af, wordt de baby groter en het draaien dus moeilijker. Ook geldt dat het draaien moeilijker wordt, als je zelf kleiner en/of zwaarder bent. Bij een eerste zwangerschap zijn de baarmoeder en de buikwand nog stevig en zal het draaien minder kans op succes hebben dan bij een tweede of derde zwangerschap. Gemiddeld is de kans op succes van het draaien ongeveer 40 tot 60%.



Wanneer wordt er mogelijk niet voor draaien gekozen?

- als de moederkoek op de voorwand van de baarmoeder ligt is het risico groter;
- bij een tweelingzwangerschap (gemelli) is het niet mogelijk om één of beide kinderen te draaien;
- bij weinig vruchtwater;
- bij een litteken in de baarmoeder, door een eerdere keizersnede;
- omstrengeling van de baby;
- bij een verhoogde bloeddruk.

Mogelijke gevolgen en complicaties van het draaien

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.

Na het draaien is de hartslag van de baby soms wat trager, maar bijna altijd wordt deze vanzelf weer normaal. Daarom controleert men deze na afloop altijd nauwkeurig. Een heel enkele keer (bij minder dan 1%) blijven de harttonen afwijkend en is het nodig direct een keizersnede te verrichten.

Na het draaien

Als het is gelukt om het kind te draaien, kun je in principe gewoon thuis bevallen, tenzij er een andere reden is voor een ziekenhuisbevalling. Als het kind uit zichzelf weer terug is gedraaid naar een stuitligging, kan overwogen worden te proberen opnieuw te draaien. Meestal is dit een week later. Blijft het kind in stuitligging liggen, dan moet je onder controle blijven bij de gynaecoloog voor de zwangerschap en de bevalling. Of het draaien wel of niet gelukt is, neem altijd contact op met je verloskundige of gynaecoloog bij: toenemende buikpijn, bloedverlies of als je je kindje minder voelt bewegen.

Anti-D

Ben je rhesusnegatief van bloedgroep, dan krijg je na afloop van een draaipoging een injectie met anti-D, of het nu wel of niet gelukt is het kind te draaien.

De vaginale bevalling bij een stuitligging

Evenals bij een bevalling van een kind in hoofdligging, kent een stuitbevalling drie verschillende perioden: de ontsluiting, het persen en de periode na de geboorte.



Tijdens de ontsluitingsfase worden de harttonen nauwkeurig gecontroleerd door middel van een CTG (cardiotocogram). Dit gebeurt via de buik, maar soms plaatst de klinisch verloskundige of gynaecoloog een elektrode op de bil van het kind. Daarbij breekt men ook de vliezen. Je 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.

De ontsluitingsfase bij een stuitbevalling verloopt vaak iets anders. Bij een stuitligging liggen de billen, benen of voeten beneden en drukken op de baarmoedermond. Omdat deze kleiner zijn dan het hoofd kunnen deze al door de baarmoedermond zakken en persdrang geven voordat er volledige ontsluiting is. Het is belangrijk te wachten tot de ontsluiting volledig is.

Het persen verloopt hetzelfde als bij een kind in hoofdligging. Aan het eind, als het lichaam van de baby geboren is tot halverwege, vraagt de gynaecoloog je te zuchten en te stoppen met persen. In de volgende wee kan dan het hoofdje in een keer geboren worden. Bij een stuitbevalling maakt men altijd een dwarsbed; het voeteneind van het verlosbed wordt weggehaald en je plaatst je benen in beensteunen (net als bij inwendig onderzoek op een gynaecologische stoel). De gynaecoloog kan tussen je 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 één of twee benen geboren.

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 het kind

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 is bij ongeveer één op de twintig kinderen couveuseopname nodig en dat is tien keer vaker dan na een keizersnede.



Er zijn 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.

Na de bevalling

Op lange termijn is er geen verschil in het risico op sterfte en is de ontwikkeling van een kind geboren in stuitligging door middel van een keizersnede, gelijk aan die van een kind in stuitligging vaginaal geboren.

De keizersnede bij een stuitligging

Voor algemene informatie over de keizersnede, zie de folder Keizersnede. Hier bespreken wij alleen de kans op complicaties. Bij een keuze moet je immers alle informatie tegen elkaar kunnen afwegen; daarbij is ook deze informatie van belang.

Mogelijke complicaties bij de moeder

Alhoewel een keizersnede op zich een veilige operatie is, brengt iedere operatie een kleine kans op complicaties met zich mee. 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.

Mogelijke 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 een (zenuw) beschadiging optreden. Een ander probleem is dat een keizersnede 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. Hierom wordt de keizersnede wegens stuitligging in principe niet voor 38 voltooide weken van de zwangerschap uitgevoerd.



Gevolgen voor latere zwangerschappen

Het litteken in de baarmoeder is een nadeel voor een volgende zwangerschap. Je 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 zelden een baarmoederverwijdering noodzakelijk is. Hoewel deze complicaties zelden voorkomen, treden ze vaker op na een keizersnede dan na een gewone bevalling.

Wanneer vinden de meeste gynaecologen een vaginale bevalling verantwoord?

Elke gynaecoloog streeft er naar dat je na de bevalling tevreden met een gezond kind het ziekenhuis verlaat. Dit betekent dat de gynaecoloog en eventueel jouw verloskundige met je 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 achterover gebogen.
- Er is enige indaling in het bekken.
- De ontsluiting en de uitdrijving vorderen goed.

Wat betekent dit voor jou/kun je kiezen?

De vraag of je kunt kiezen tussen een vaginale bevalling en een keizersnede, is in deze brochure niet voor alle vrouwen te beantwoorden.

In twee situaties heb je 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 je vaginaal te laten bevallen. Bijvoorbeeld omdat: het kind te groot is of ongunstig ligt, er sprake is van een baringsbelemmering omdat je de vorige keer een moeizame bevalling gehad hebt, de ontsluiting of de uitdrijving onvoldoende vordert of de harttonen verslechteren.



In andere situaties kun je doorgaans kiezen tussen een keizersnede of een vaginale bevalling; op voorwaarde dat de gynaecoloog die de bevalling begeleidt een gewone bevalling verantwoord vindt.

Voordat je een keuze maakt is het belangrijk dat je alle argumenten zo goed mogelijk op een rij zet.

Voor- en nadelen van een gewone bevalling en een keizersnede

Gewone bevalling	
Voordelen	Nadelen
natuurlijk, spontaan	gering hogere kans op complicaties van het kind kort na de geboorte
geen nadelen van operatie	
ziekenhuisopname korter	
herstel sneller	
volgende bevalling eventueel thuis mogelijk	

Keizersnede	
Voordelen	Nadelen
iets minder kans op complicaties van het kind kort na de geboorte	langere ziekenhuisopname
	herstel langzamer
	hogere kans op complicaties voor moeder
	geen thuisbevalling meer mogelijk
	gering hogere kans op complicaties tijdens een volgende bevalling



Tot slot

Een kind in stuitligging geeft meestal aanleiding tot veel vragen. Bespreek aan de hand van bovenstaande tekst, jouw ideeën, eventuele twijfels en zorgen met je verloskundige of gynaecoloog.

Vergoeding zorg

De basisverzekering vergoedt zorg die moeder en baby voor, tijdens en na de bevalling nodig hebben. Dit betekent dat de kosten voor de verloskundige, gynaecoloog en kraamverzorgende vanuit de basisverzekering worden vergoed. Wel kunnen er kosten (deels) ten laste komen van het verplichte eigen risico. Ook zijn er zorgvoorzieningen en behandelingen waarvoor je een eigen bijdrage moet betalen. Denk hierbij aan geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek, kosten voor vervoer of de verplichte eigen bijdrage voor kraamzorg. In je zorgpolis kun je lezen welke zorg je vergoed krijgt door je zorgverzekering. Het type zorgpolis bepaalt bovendien of je zelf een zorgaanbieder mag kiezen.

Stuitligging

S17/05 22032022





Geboortezorg Zuid aan Zee

De juiste geboortezorg door de juiste zorgverleners

Voor iedere zwangere en partner in onze omgeving moet de geboortezorg vertrouwd, laagdrempelig en veilig aanvoelen. Vanuit de gedachte dat de zwangere centraal staat, wordt gewerkt vanuit één team en zet de coöperatie Geboortezorg Zuid aan Zee in op de juiste zorg door de juiste zorgverlener.

Hierbij staat de continuïteit van zorg voor de zwangere en het streven naar één zorgverlener die haar begeleidt (zwangerschaps- / zorgcoördinatie) voorop. De zwangere krijgt goede zorg van de verloskundige en de kraamverzorgende als het kan en van de gynaecoloog als het moet. Als er toch sprake is van bijvoorbeeld

een medisch noodzakelijke overdracht is alle informatie inzichtelijk en kent deze een vloeiend verloop. Alle partijen in de keten van de geboortezorg hebben een eigen rol en verantwoordelijkheid, die vanuit de ambitie 'één team, één zwangerschapscoördinator en de zwangere' centraal wordt ingevuld.

De coöperatie Geboortezorg Zuid aan Zee wordt gevormd door

