



Stuitligging

Versie 18-3-2020

In het kort

Sommige kinderen 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 het kind normaal gesproken met het hoofd naar beneden. Meestal is onduidelijk waarom een kind aan het eind van de zwangerschap nog steeds in stuitligging ligt. Als uw kind bij een zwangerschapsduur van 35-36 weken nog in een stuitligging ligt, kan de gynaecoloog of verloskundige proberen de baby te draaien. Blijft het kind in stuit liggen aan het einde van de zwangerschap, dan kunt u kiezen tussen een keizersnee 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.



Onvolkomen stuitligging



Volkomen stuitligging



Half onvolkomen stuitligging



Volkomen 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, spreekt men van een onvolkomen stuitligging. De benen kunnen ook onderaan liggen, dat heet een volkomen stuitligging. In de bovenstaande figuren staan verschillende vormen van 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. Omstreeks de uitgerekende datum ligt minder dan 3% van de kinderen in stuitligging.

Waarom ligt een kind in een stuitligging?

Bij meer dan 85% van de zwangeren is het onbekend waarom een kind omstreeks de uitgerekende datum in stuitligging ligt. Er zijn wel enkele situaties waarin de kans op een stuitligging verhoogd is:

- bij een vroeggeboorte;
- bij veel vruchtwater bij een meerlingzwangerschap;

- bij een afwijkende vorm van de baarmoeder of het bekken;
- als de placenta (moederkoek) of een myoom (vleesboom) voor de ingang van het bekken ligt; bij aangeboren afwijkingen van het kind.

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

Recent is er bij u een echo gemaakt waarbij gezien is dat uw kind in stuit ligt. Dit betekent met de billen beneden en het hoofd boven.

Omdat de risico's voor moeder en kind het kleinst zijn bij een vaginale bevalling in hoofdligging biedt het Verloskundig Samenwerkingsverband Breda (VSV) in Amphia de mogelijkheid tot het draaien van het kind naar hoofdligging. Dit draaien gebeurt door het zogenaamde versieteam bestaande uit een gynaecoloog, een 1ste-lijns verloskundige en een 2e-lijns verloskundige. Het voordeel van een gelukte versie is dat in principe een vaginale bevalling mogelijk is.

Indien u geen versie wenst zult u worden doorverwezen naar de polikliniek verloskunde z.s.m. (< 1 week) voor een afspraak met een gynaecoloog voor afspraken over de bevalling. U wordt verwezen naar dit versieteam in de 35ste-36ste week van uw zwangerschap indien u zwanger bent van uw 1ste kind. Als dit echter uw 2e (of meer) zwangerschap is zal u pas in de 36ste week verwezen worden voor het draaien van uw kind, dit omdat er nog een reële kans is dat uw kind vanzelf gaat draaien. Indien de stuitligging pas bij een latere zwangerschapsduur bekend wordt dan kan er zeker nog een poging tot draaien worden gedaan.

Op de speciale versiepoli wordt beoordeeld of uw kind daadwerkelijk gedraaid kan worden. Als u een versiepoging wil laten uitvoeren zal er direct een poging tot draaien worden gedaan. Indien u geen versie wenst zien wij u toch graag op de versiepoli om met u de mogelijkheden voor een vaginale stuitbevalling of een keizersnede te bespreken.

De versie vindt plaats op de verloskamers/triage op de Molengracht van het Amphia ziekenhuis, route 28 in principe op dinsdag en donderdagochtend tussen 8 en 10 uur. Uw behandelend verloskundige of gynaecoloog zal voor u een afspraak maken op dit spreekuur. Een

dag voor de versie zal nogmaals worden gekeken of het kind niet in stuitligging ligt.

Ter voorbereiding op het draaien vragen wij u de volgende voorlichtingsfilm te bekijken. U ziet dan de voorlichtingsfilm van het Catharinaziekenhuis in Eindhoven. Ons versieteam is opgeleid volgens dezelfde methode. De film laat dus exact zien hoe de versie in het Amphia ziekenhuis gebeurt. Daarnaast vragen wij u met een volle blaas te komen naar de afspraak aangezien dit het draaien vergemakkelijkt.

Hoe gaat de versie in zijn werk?

Voordat het team met de versie begint zal het echografisch onderzoek worden herhaald om zeker te zijn van de ligging van uw kind, de ligging van de placenta en de hoeveelheid vruchtwater. Hierna zullen de kinderlijke harttonen worden beoordeeld met behulp van een cardiotocogram (CTG).

Terwijl u aan het CTG ligt zult u instructies krijgen over het uitoefenen van buikademhalingen, dit ook weer om het draaien te vergemakkelijken. Met behulp van uitwendig onderzoek zal de indaling van de stuit in het bekken worden beoordeeld en daarnaast de mate van ontspanning van de baarmoeder.

Indien verstandig zal een medicijn worden toegediend om de baarmoeder te doen ontspannen. Dit is in >80% van de versiepogingen noodzakelijk. De bloeddruk en pols wordt nu ook gemeten. U krijgt nu een kussen onder uw knieën geschoven en er wordt warme gel op uw buik aangebracht.

De daadwerkelijke versie kan nu gaan plaatsvinden. Hierbij zijn altijd 3 personen van het versieteam bij aanwezig. Eerst wordt met twee handen het hoofd van uw kind bovenin de buik omvat. Een tweede persoon omvat hierna met twee handen net boven het schaambeek de billen van uw kind vast en probeert deze omhoog en zijwaarts uit het bekken te drukken. Afwisselend zal geprobeerd worden om uw kind met kleine stukjes voor- of achterover te laten 'duikelen' totdat het hoofd beneden ligt. Dit alles gebeurt onder echoscopische begeleiding van de derde persoon. Het verrichten van een versie is gevoelig, maar kan ook als pijnlijk worden ervaren. Soms lukt de versie niet in 1 keer. Er kunnen meer- dere pogingen worden gedaan. De versiepoging zelf duurt niet langer dan 5 minuten. De totale procedure kan 1-1,5 uur duren.



Na afloop

Na afloop van de versie wordt bekeken hoe de ligging van het kind is door middel van een echo.

U zult nu eerst gevraagd worden uw blaas te legen. Hierna zal opnieuw een CTG gemaakt worden ter controle van de kinderlijke harttonen. Indien u zelf rhesus negatief bent en bekend is dat uw kind rhesus positief is zult u na het draaien anti-D toegediend krijgen.

Dit alles maakt het moeilijk om voor u specifiek een inschatting te maken. Echter uit onderzoek is bekend dat de kans dat uw kind na een versiepoging in hoofdligging ligt ongeveer 50-60 procent is. De versie lukt in bijna 1 op de 2 vrouwen die zwanger zijn van hun 1ste kind. Bent u zwanger van uw 2e of 3e kind, dan lukt het bij 3 van de 4 vrouwen om het kind te draaien.

Veiligheid van een versie

Een versiepoging is een veilige methode voor moeder en kind. Uw baarmoeder kan tot een aantal dagen na de versie wat gevoeliger aanvoelen door het draaien. De hartslag van uw kind kan na de versie soms wat sneller of langzamer zijn. Dit wordt gecontroleerd met behulp van het CTG. In een zeer zeldzaam geval blijft de hartslag afwijkend en zal een keizersnede moeten worden verricht.

Vervolgcontroles na versie

Wanneer er na de versie sprake is van een hoofdligging wordt u in principe terugverwezen naar uw eigen zorgverlener. Er zal na een week een echoscopische controle van de ligging worden verricht.

Indien de versie niet lukt dan zal de zorg over uw zwangerschap worden overgenomen door de gynaecoloog. Deze zal met u de keuze tussen vaginale stuitbevalling of een keizersnede bespreken.

De vaginale bevalling bij een stuitligging

Hoe verloopt een gewone bevalling in stuitligging? Een stuitbevalling lijkt in veel opzichten op een bevalling van een kind in hoofdligging. Er zijn ook drie fasen: de ontsluiting, het persen en de periode na de geboorte. 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 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 een keer geboren worden. Bij de geboorte van het hoofd drukt een assistent vaak boven het schaambeentje om ervoor te zorgen dat het hoofd goed door het bekken gaat.

Bij een stuitbevalling maakt men bijna altijd een dwarsbed: het voeteneinde 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. 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 kan gewoon plaatsvinden, of uitwendig, via de buik, of inwendig, via een elektrodraadje op de bil van uw kind.

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 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 1 op de 20 kinderen couveuseopname nodig, en dat is tien 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 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 kinderen 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. Uit onderzoek onder tweejarige kinderen blijkt dat de gezondheid van kinderen die in een 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 (zie ook De keizersnede).

Het gaat hier om niet-levensbedreigende complicaties. Sommige komen ook na een gewone bevalling voor, zoals bloedarmoede of trombose.

Andere zijn een gevolg van de keizersnede, zoals een nabloeding in de buik, een bloeditstorting of wondinfectie, een beschadiging van de blaas of 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

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. Daarnaast doet men in principe geen keizersnede voordat de zwangerschap 39 weken oud is. Dit om longproblemen, waarvoor opname op de couveuseafdeling noodzakelijk is, te voorkomen,

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, omdat het litteken een verhoogde kans op complicaties tijdens een volgende bevalling met zich meebrengt. Het litteken kan bijvoorbeeld open scheuren, 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 zou kunnen zijn 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 (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 gynae-coloog 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, 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 (< 4000 gram) en heeft geen relatief groot hoofd.
- Het kind is niet extreem klein (groei <P5)
- Optimale foetale bewaking.
- 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 verantwoord vindt. In dat geval is er weinig reden om toch voor een keizersnede te kiezen. We bespreken de mogelijkheden voor uw situatie graag met u in een persoonlijk gesprek.

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:

Voordelen	Nadelen
<ul style="list-style-type: none"> - Geen keizersnede met de nadelen die daarbij horen; - Kortere ziekenhuisopname en een sneller herstel; - U kunt een volgende keer met uw verloskundige (eventueel thuis) bevallen; 	<ul style="list-style-type: none"> - Iets meer kans op 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.

Zie ook consultkaart stuitbevalling.

Na de bevalling

Er zal voor uw kind 6 weken na de bevalling controle moeten plaatsvinden van de heupjes in verband met stuitligging. Deze afspraak zal bij de kinderarts zijn. De kinderarts zal voor 3 maanden na de geboorte nog een echo van de heupen afspreken.

Deze folder is grotendeels gebaseerd op informatie die u terug kunt vinden op de website van de landelijke vereniging van gynaecologen (NVOG; <https://www.degynaecoloog.nl/onderwerpen/hoe-wil-bevallen-kind-stuitligging/>) en de verloskundigen (KNOV; <https://deverloskundige.nl/zwangerschap/subtekstpagina/173/stuitligging>) en de consultkaart stuitbevalling (https://consultkaart.nl/wp-content/uploads/2017/12/FMS_ck_Stuitbevalling_2017.01.pdf)

