

PATIËNTEN INFORMATIE

Stuitligging

**MAASSTAD
ZIEKENHUIS**

een santeon ziekenhuis



Inhoud

1. In het kort	4
2. Wat is een stuitligging.....	5
3. Hoe vaak komt een stuitligging voor.....	6
4. Waarom ligt een kind in stuitligging.....	6
5. Onderzoek bij een stuitligging.....	6
6. De bevalling bij een stuitligging	6
7. Het draaien van een kind in stuitligging.....	7
7.1 Waarom wordt de stuitligging gedraaid?.....	7
7.2 Wanneer wordt de stuitligging gedraaid?.....	7
7.3 Hoe verloopt het draaien	7
7.4 Hoe vaak lukt het om een kind te draaien.....	8
7.5 Mogelijke gevolgen en complicaties van het draaien.....	9
7.6 Na het draaien	9
7.7 Anti-D.....	9
8. De vaginale bevalling bij een stuitligging	10
8.1 Hoe verloopt een gewone bevalling in stuitligging	10
8.2 Mogelijke complicaties bij de moeder	11
8.3 Mogelijke complicaties bij het kind	11
9. Na de bevalling.....	11
10. De keizersnede bij een stuitligging	11
10.1 Mogelijke complicaties bij de moeder	12
10.2 Mogelijke complicaties bij het kind	12
10.3 Na de keizersnede, gevolgen voor latere zwangerschappen....	12
11. Het maken van een keuze.....	13

11.1 Wanneer is een bevalling via de schede mogelijk?	13
11.2 Kunt u kiezen	13
11.3 Voor- en nadelen van een gewone bevalling	14
12. Vragen	14

Met deze folder wil het Maasstad Ziekenhuis u informeren over een stuitligging. Uw gynaecoloog heeft u al het een en ander verteld. Deze informatie is ter ondersteuning van het gesprek. Het is belangrijk dat u deze informatie thuis nog eens goed doorleest.

1. In het kort

Een kind dat tegen het einde van de zwangerschap met de billen, in plaats van het hoofd, omlaag ligt wordt een kind in stuitligging genoemd. Meestal is onbekend waarom een kind in stuitligging ligt. Een stuitligging komt vaker voor bij een tweeling- of meerlingzwangerschap, bij een afwijkende vorm van de baarmoeder of het bekken, bij een moederkoek of vlesboom die voor de uitgang ligt, bij aangeboren afwijkingen van het kind en vaker in de eerste maanden van de zwangerschap.

Een kind in stuitligging kan vaak gewoon, via de vagina, geboren worden waarbij de billen of voeten als eerste worden geboren. Ook kan een kind in stuitligging door middel van een keizersnede worden geboren. Het kind in stuitligging kan tijdens de zwangerschap soms gedraaid worden naar alsnog een hoofdligging.

In Nederland hebben de gynaecologen een aantal voorwaarden afgesproken waaronder een kind in stuitligging via de schede geboren kan worden.



1a. Onvolkomen stuitligging: met de benen omhoog langs het lichaam



1b. Volkomen stuitligging: met gebogen knieën zodat de voeten naast de billen liggen



1c. Half (on)volkomen stuitligging: één been als volkomen, één been als onvolkomen stuitligging



1d. Voetligging: benen gestrekt omlaag zodat een of beide voeten onder de billen lig(t)(gen)

2. Wat is een stuitligging

Bij een stuitligging ligt het hoofd van het kind boven in de baarmoeder, terwijl de billen (onvolkomen stuitligging) of de benen (volkomen stuitligging) beneden bij de ingang van het bekken liggen.

3. Hoe vaak komt een stuitligging voor

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

4. Waarom ligt een kind in stuitligging

Bij meer dan 85% van de zwangeren is het onbekend waarom een kind omstreeks de uitgerekende datum in stuitligging ligt.

Een stuitligging komt 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.

5. Onderzoek bij een stuitligging

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

6. De bevalling bij een stuitligging

De bevalling van een kind in stuitligging kan op 2 manieren plaatsvinden:

- door middel van een gewone bevalling via de vagina waarbij eerst de billen of voeten worden geboren;
- door middel van een keizersnede;
- daarnaast kan het kind alsnog in hoofdligging worden gelegd door het te draaien tijdens de zwangerschap.

7. Het draaien van een kind in stuitligging

7.1 *Waarom wordt de stuitligging gedraaid?*

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

7.2 *Wanneer wordt de stuitligging gedraaid?*

Voor 36 – 37 weken zwangerschapsduur draaien veel kinderen zelf nog tot een hoofdligging. Het is dan ook verstandig pas na deze termijn het kind te draaien. Soms wordt het advies gegeven iets eerder of later te draaien, meestal afhankelijk van de hoeveelheid vruchtwater. Wanneer de stuitligging later ontdekt is, kan tot aan de bevalling het draaien bijna altijd geprobeerd worden.

7.3 *Hoe verloopt het draaien*

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

U ligt op een bed of onderzoeksbank. Voordat men met het draaien begint, controleert de arts de harttonen (CTG, cardiotocogram) en de ligging van het kind door middel van een echo. In ongeveer de helft van de ziekenhuizen krijgt u een injectie of tablet met een weeënremmend middel om ervoor te zorgen dat de baarmoeder niet samentrekt. Een mogelijke bijwerking hiervan is dat uw hartslag versnelt en u last van hartkloppingen krijgt. Na een paar uur is het middel uitgewerkt en verdwijnen deze bijwerkingen weer.

Het is belangrijk dat u zo ontspannen mogelijk ligt en uw buikspieren niet aanspant; voor het draaien goed uitplassen helpt daarbij. Soms is een kussen onder uw knieën prettig. Als u een goede houding hebt gevonden, pakt de verloskundige of arts het kind vast. 1 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 manier 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.

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 opnieuw de hartslag van uw kind door middel van een CTG.

7.4 Hoe vaak lukt het om een kind te draaien

Of het lukt om een kind te draaien, is niet 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. Dat heeft ook een keerzijde: als het kind gemakkelijk te draaien is, is de kans ook groot dat het zelf weer terug draait.

Als de zwangerschapsduur vordert, neemt de hoeveelheid vruchtwater af, wordt de baby groter en het draaien dus moeilijker. Als de moederkoek op de voorwand van de baarmoeder ligt is het moeilijker om het kind te kunnen vasthouden bij het draaien. Ook geldt dat het draaien moeilijker wordt als u zelf kleiner en/of zwaarder bent.

Bij een eerste zwangerschap zijn de baarmoeder en de buikwand nog stevig en heeft het draaien minder kans op succes dan bij een tweede of derde zwangerschap. Gemiddeld is de kans op succes van het draaien ongeveer 40 tot 60%.

Bij een tweelingzwangerschap is het niet mogelijk om een of beide kinderen te draaien.

Bij een verhoogde bloeddruk of een litteken in de baarmoeder kan de gynaecoloog soms besluiten om het kind niet te draaien.

7.5 Mogelijke gevolgen en complicaties van het draaien

Voor de moeder is kans op complicaties zeer klein. Wel hebben enkele vrouwen last van de bijwerkingen van het middel om de baarmoeder te ontspannen, maar dit gaat altijd vanzelf over. De buik 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 bijna altijd wordt deze vanzelf weer normaal. Een heel enkele keer (bij minder dan 1%) blijven de harttonen afwijkend en is het eventueel nodig direct een keizersnede te verrichten.

7.6 Na het draaien

Als het is gelukt om uw kind te draaien, kunt u in principe gewoon thuis bevallen, behalve als u een andere reden hebt voor een ziekenhuisbevalling. Als het kind uit zichzelf weer terug is gedraaid naar een stuitligging, kan meestal na 1 week opnieuw geprobeerd worden om het te draaien.

Blijft het kind in stuitligging liggen dan moet u in het ziekenhuis onder controle blijven voor de zwangerschap en de bevalling. Of het draaien wel of niet gelukt is: bij toenemende buikpijn, bij bloedverlies of als u uw kind minder voelt bewegen moet u contact opnemen met de gynaecoloog.

7.7 Anti-D

Is uw bloedgroep resusnegatief, dan krijgt u na afloop van een draaipoging een injectie met anti-D, of het nu gelukt is het kind te draaien of niet (Zwanger, algemene informatie en Bloedgroep, resusfactor en irregulaire antistoffen).

8. De vaginale bevalling bij een stuitligging

8.1 Hoe verloopt een gewone bevalling in stuitligging

Een stuitbevalling kent net als een bevalling van een kind in hoofdligging, 3 verschillende perioden: de ontsluiting, het persen en de periode na de geboorte (zie de gewone bevalling).

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.

Bij een stuitligging kan persdrang daarom eerder ontstaan dan er volledige ontsluiting is en mag u soms pas later persen. Het persen verloopt 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 vaak een assistent boven uw schaambeentjes, 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 1 of 2 benen geboren. Controle van de hartslag kan gewoon plaatsvinden, of uitwendig via de buik, of inwendig via een elektrodedraadje op de bil van uw kind.

8.2 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.

8.3 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 na 38 zwangerschapsweken is bij ongeveer 1 op de 20 kinderen couveuseopname nodig, en dat is 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 2 keer vaker na een gewone bevalling dan na een keizersnede.

9. Na de bevalling

Op de 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.

10. De keizersnede bij een stuitligging

Voor algemene informatie over de keizersnede zie de [folder de keizersnede](#).

10.1 Mogelijke complicaties bij de moeder

De kans op ernstige complicaties als gevolg van 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, zoals bloedarmoede of trombose, komen ook na een gewone bevalling voor. Andere, zoals een nabloeding in de buik, een bloeditstorting of wondinfectie, een beschadiging van de blaas, of het niet goed op gang komen van de darmen, hangen samen met de keizersnede; ook een blaasontsteking komt na deze operatie vaker voor dan na een gewone bevalling. Pijn als gevolg van een zenuwbeschadiging bij de bikinisnede is een zeer zelden voorkomende complicatie van een keizersnede.

10.2 Mogelijke complicaties bij het kind

Een enkele keer is het bij een keizersnede moeilijk een kind dat in stuitligging ligt uit de baarmoeder te halen, en kan een (zenuw) beschadiging optreden. Wanneer de keizersnede te vroeg in de zwangerschap wordt gepland, om zo een spontane bevalling te voorkomen, kan het kind longproblemen krijgen waarvoor opname op de couveuseafdeling noodzakelijk is. Hierom wordt de keizersnede wegens stuitligging in principe niet voor 38 voltooide weken van de zwangerschap uitgevoerd.

10.3 Na de keizersnede, gevolgen voor latere zwangerschappen

Het litteken in de baarmoeder is een nadeel bij een volgende bevalling. U krijgt na een keizersnede het advies in het ziekenhuis te bevallen, omdat het 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, zeldzaam, een baarmoederverwijdering noodzakelijk is. Hoewel deze complicaties zelden voorkomen, treden ze vaker op na een keizersnede dan na een gewone bevalling.

11. Het maken van een keuze

11.1 Wanneer is een bevalling via de schede mogelijk?

De gynaecoloog weegt met u en uw partner af 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 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;
- 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.

11.2 Kunt u kiezen

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:

1. Het is te laat om een keizersnede te doen: het kind staat op het punt geboren te worden .
2. Het is te vroeg om een keizersnede te doen: bij een bevalling die nog niet op gang is gekomen voert de gynaecoloog pas een keizersnede uit na 38 voldragen zwangerschapsweken. Voor deze tijd bestaat er een te hoog risico op ademhalingsproblemen bij uw baby.
3. De gynaecoloog vindt het niet verantwoord om u vaginaal te laten bevallen. Redenen hiervoor kunnen bijvoorbeeld zijn dat het kind te groot is of niet gunstig ligt, dat u de vorige keer een technisch lastig verlopen bevalling hebt gehad, dat de ontsluiting of de uitdrijving onvoldoende vordert, of dat de harttonen verslechteren.

Als het voor u als aanstaande ouders mogelijk is te kiezen tussen een gewone bevalling of een keizersnede, is het belangrijk dat u alle voor- en nadelen zo goed mogelijk op een rij zet. In eerste instantie kan gedacht worden dat de keizersnede de veiligste weg is om geboren te worden, maar aan een keizersnede kleven ook nadelen.

11.3 Voor- en nadelen van een gewone bevalling en een keizersnee

	Voordelen	Nadelen
Gewone bevalling	<ul style="list-style-type: none"> - Natuurlijk, spontaan - Geen nadelen van operatie - Ziekenhuisopname korter - Herstel sneller - Volgende bevalling eventueel thuis mogelijk 	<ul style="list-style-type: none"> - Gering hogere kans op problemen van het kind kort na de geboorte
Keizersnede	<ul style="list-style-type: none"> - Iets minder kans op problemen van het kind kort na de geboorte 	<ul style="list-style-type: none"> - Ziekenhuisopname langduriger - Herstel langzamer - Hogere kans op complicaties voor de moeder - Geen thuisbevalling meer mogelijk - Gering hogere kans op complicaties tijdens een volgende bevalling

12. Vragen

Een kind in stuitligging geeft meestal aanleiding tot veel vragen. U vindt in deze folder veel informatie. Aarzel niet om vragen en onduidelijkheden met uw gynaecoloog te bespreken.

Notities



De informatie in deze folder is belangrijk voor u. Als u moeite heeft met de Nederlandse taal, zorg dan dat u deze folder samen met iemand leest die de informatie voor u vertaalt of uitlegt.

The information in this brochure is important for you. If you have any difficulties understanding Dutch, please read this brochure together with somebody who can translate or explain the information to you.

Bu broşürdeki bilgi sizin için önemlidir. Hollandaca dilde zorlanıyorsanız, bu broşürü size tercüme edecek ya da açıklayacak biriyle birlikte okuyun.

Informacje zawarte w tym folderze są ważne dla Państwa. Jeśli język niderlandzki sprawia Państwu trudność, postarajcie się przeczytać informacje zawarte w tym folderze z kimś, kto może Państwu je przetłumaczyć lub objaśnić.

المعلومات المتواجدة في هذا المنشور مهمة بالنسبة لكم. إذا كنتم تواجهون صعوبة في اللغة الهولندية،
إحرصوا حينئذ على أن تقرأوا هذا المنشور بحضور شخص ما، الذي يترجم لك المعلومات الواردة فيه
أو بشرحها لكم.

Maasstad Ziekenhuis
Maasstadweg 21
3079 DZ Rotterdam

T: (010) 291 19 11

I: www.maasstadziekenhuis.nl / www.maasnik.nl (kinderwebsite)

I: www.maasstadziekenhuis.nl/mijn (patiëntenportaal)

