



Stuitligging

Als een kind met het hoofd boven in de baarmoeder ligt en met de stuit naar beneden, spreken we van een stuitligging.

Waarom een kind in stuitligging ligt, is meestal 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 folder wordt uitgelegd hoe dat gebeurt. Ook komt aan bod hoe de bevalling bij een stuitligging kan plaatsvinden, met de voor- en nadelen van een gewone bevalling of een keizersnede.

Wat is een stuitligging?

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

Er zijn verschillende soorten stuitligging:

Onvolkomen stuitligging

De benen liggen helemaal naar boven gericht naast het lichaam.

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

Één 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.



Onvolkomen stuitligging



Volkomen stuitligging



Voetligging

Hoe vaak komt een stuitligging voor?

Meestal is het onbekend waardoor 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:

- 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.

Bij meer dan 85% van de zwangeren is er echter geen verklaring voor de stuitligging.

Een stuitligging, wat nu?

Een stuitligging betekent dat je in het ziekenhuis gaat bevallen. De voor- en nadelen van een vaginale stuitbevalling en een keizersnede worden met je besproken.

Het is vaak zinvol om te proberen het kind in hoofdligging te draaien. Dit noemen we een uitwendige versie. De kans op een normale bevalling wordt hierdoor groter en dit is gunstig voor de huidige, maar ook voor een eventuele toekomstige zwangerschap.

Echoscopisch onderzoek

Voordat een versie wordt voorgesteld, vindt altijd echoscopisch onderzoek plaats. Hierbij wordt de groei, de hoeveelheid vruchtwater, positie van het kind en de ligging van de placenta beoordeeld. Ook wordt gekeken naar duidelijk zichtbare grote aangeboren afwijkingen, die een enkele keer een oorzaak van de stuitligging zijn.



Wat gebeurt er bij het draaien?

Het draaien van een kind vindt plaats op de verloskamer.

Vorbereiding

- Een klinisch kraamverzorgende heet u welkom en zal tijdens de voorbereidingen en draaiing zelf bij u zijn ter ondersteuning.
- De eerstelijns verloskundige maakt een echo ter bevestiging of het kind nog in stuitligging ligt.
- Een verpleegkundige of eerstelijns verloskundige zal bij u een infuus plaatsen en zo nodig bloed afnemen. Via het infuus wordt medicatie (ritodrine) gegeven om uw baarmoeder te ontspannen. Dit werkt na ongeveer 30 minuten. Gedurende de looptijd van de medicatie worden bloeddruk en pols gecontroleerd.
- Er wordt een cardiotocogram (CTG) gemaakt om de harttonen van het kind te controleren.
- Het is belangrijk dat je met een (half) volle blaas komt .
- Een getraind eerstelijns verloskundige en een gynaecoloog voeren de versie uit. Dit gebeurt volgens een vast protocol.

De draaiing:

- Het is belangrijk dat je zo ontspannen mogelijk ligt en de buikspieren niet aanspant. Je krijgt een kussen onder de knieën en je wordt comfortabel neer gelegd.
- De buik wordt ingesmeerd met warme echogel

- De gynaecoloog probeert de billen van je baby uit het bekken te liften en opzij te bewegen. De verloskundige zal aan de bovenkant van je buik het hoofd van het kind naar beneden proberen te duwen. Op deze wijze maakt het kind een koprol tot het met het hoofd beneden ligt. Met echografie wordt de vordering gevolgd en ook de harttonen van het kind gecontroleerd.
- Na afloop van de versie poging wordt voordat je naar huis gaat opnieuw de conditie van het kind gecontroleerd met CTG gedurende (minimaal) 30 minuten.
- De totale tijd dat u in het ziekenhuis bent, is dus ongeveer 1,5-2 uur.

Bij welke zwangerschapsduur wordt er gedraaid?

Indien het je eerste kind is, is de kans dat het spontaan naar hoofdligging draait niet meer zo groot na 35 weken. Bij het tweede of volgende kind is de kans nog wel aanwezig.

De versie wordt dan ook vaak wat vroeger in de zwangerschap gepland indien het je eerste kindje betreft, tussen 36-37 weken en iets later, rond 37-38 weken, bij een volgend kind. Factoren om soms een week eerder te draaien, zoals hoeveelheid vruchtwater of indaling in het bekken, spelen ook mee.

Hoe vaak lukt het om een kind te draaien?

Of een versie lukt hangt af van verschillende factoren, zoals zwangerschapsduur, hoeveelheid vruchtwater, grootte van je kind, ligging van je kind en placenta, dikte en soepelheid van je buikwand en indaling in het bekken.

Bij het eerste kind lukt het in ongeveer 50% van de gevallen om te draaien, bij het tweede of volgende kind ongeveer 80%.

Zijn er complicaties?

Voor de moeder zijn er geen gezondheidsgevaaren. De buik kan door het manipuleren een paar dagen gevoelig zijn.

Voor het kind is er gelukkig ook weinig risico. Bij ongeveer 5% van de kinderen zijn de harttonen na het draaien **tijdelijk** langzamer door de druk op het hoofd. Daarom worden de harttonen van jullie kindje na afloop altijd nauwkeurig gecontroleerd. Bijna altijd worden ze vanzelf weer normaal. Een heel enkele keer (bij ca 0,5%) blijven de harttonen afwijkend, en is het nodig een keizersnede te doen.

Bijzondere situaties

Er zijn situaties waarin een versie meestal niet uitgevoerd wordt, bijvoorbeeld bij een kind wat ernstig in groei achter loopt, te weinig vruchtwater of een ernstig verhoogde bloeddruk. Er wordt geen versie uitgevoerd bij een afwijkende baarmoeder vorm, bloedverlies of een voorliggende placenta. Enige voorzichtigheid is geboden bij een placenta op de voorwand en een keizersnede litteken.

Anti-D

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

Verdere controles van de zwangerschap

Als het is gelukt om het kind te draaien, kijkt men bij een volgende controle altijd opnieuw naar de ligging van het kind. Een enkele keer draait het kind uit zichzelf weer terug naar een stuitligging. Deze kans is groter bij draaien vroeg in de zwangerschap en bij veel vruchtwater. Zo nodig draait men het kind opnieuw, bijvoorbeeld een week later.

Is de versie niet gelukt, dan worden de voor- en nadelen van een vaginale stuitbevalling en een keizersnede met je besproken.

Je krijgt een medische indicatie om in het ziekenhuis te bevallen; de gynaecoloog controleert de rest van de zwangerschap.

Een bevalling van een kind in stuitligging

De bevalling van een kind in stuitligging roept altijd veel vragen op. Is het wel veilig om 'gewoon' vaginaal te bevallen, of is een keizersnede veiliger? Deze vraag houdt niet alleen ouders, maar ook verloskundig zorgverleners bezig, zowel in Nederland als in het buitenland.

Een belangrijk buitenlands onderzoek dat een gewone bevalling vergeleek met een keizersnede, werd in 2000 gepubliceerd. De conclusie was dat een keizersnede bij een stuitligging rond de uitgerekende datum veiliger is voor het kind. Het is echter de vraag of deze conclusie ook in de Nederlandse situatie geldig is. Vooralnog zijn de meeste Nederlandse gynaecologen van mening dat in veel situaties een gewone, vaginale bevalling wel degelijk verantwoord is onder de voorwaarden die in ons land gebruikelijk zijn. Wel is het belangrijk dat je op de hoogte bent van de kans op complicaties, zowel bij een vaginale bevalling als bij een keizersnede.

Wanneer kan een eventueel vaginale bevalling plaatsvinden?

De gynaecoloog zal met je afwegen of een gewone bevalling een optie 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
- het geschatte gewicht van het kind is niet te hoog
- er is enige indaling in het bekken

Wat betekent dit voor je? Kun je kiezen?

De vraag of je kunt kiezen tussen een vaginale bevalling en een keizersnede, is in deze folder 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 groot is of ongunstig ligt, omdat je de vorige keer een moeizame bevalling gehad hebt, omdat de ontsluiting of de uitdrijving onvoldoende vordert, of omdat 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.

Een vaginale stuitbevalling

Evenals bij een bevalling van een kind in hoofdligging, kent een stuitbevalling drie verschillende stadia (perioden): de ontsluiting, de uitdrijving en de periode na de geboorte.

Tijdens de ontsluitingsfase gaat de baarmoedermond open als gevolg van steeds krachtiger wordende weeën. Bij volledige ontsluiting is de baarmoedermond helemaal open. De ontsluitingsfase verloopt niet anders dan bij een bevalling van een kind in hoofdligging. De **billen (of de voeten)** dalen dan verder in; tijdens de weeën krijg je meestal in toenemende mate drukgevoel. Dan begint de uitdrijvingsfase, die eindigt met de geboorte van het kind.

De harttonen worden nauwkeurig gecontroleerd door middel van een CTG (cardiotocogram). Dit gebeurt meestal via je buik, maar soms wordt er een elektrode op de bil van het kind geplaatst. De weeën activiteit wordt ook geregistreerd via je buik.

Persen

Bij persdrang aan het einde van de ontsluitingsfase is het belangrijk te wachten met mee persen tot de ontsluiting volledig is en de billen zo diep mogelijk in het bekken zijn ingedaald. Het persen op zich verloopt niet anders dan bij een bevalling van een kind in hoofdligging, maar bij een stuitgeboorte maakt men bijna altijd een dwarsbed waarbij je benen in beensteunen worden geplaatst. Bijna altijd wordt er na start persen een verdoving geplaatst als een episiotomie (knip) nodig is. De gynaecoloog of verloskundige kan dan tussen de benen staan om te helpen bij de geboorte. Soms wordt voorgesteld om op handen en knieën te persen.

Als een kind in onvolkomen stuit ligt, met de benen omhoog, worden eerst de billen geboren, daarna de rest van het lichaam en de armpjes, en tot slot het hoofd. Bij de geboorte van het hoofd drukt een assistent vaak boven je schaambeentjes, om ervoor te zorgen dat het hoofd goed door het bekken gaat.

De geboorte van een kind in (half-)onvolkomen stuit of voetligging verloopt hetzelfde, maar dan worden eerst een of twee beentjes geboren. Soms zijn er extra handelingen nodig om de baby goed geboren te laten worden.

De kans op complicaties bij een vaginale stuitbevalling

Bij elke bevalling kunnen complicaties optreden. De meeste gynaecologen zijn van mening dat onder de bovenbeschreven veilige en verantwoorde omstandigheden de kans op complicaties bij een vaginale stuitbevalling klein is, zeker de kans op ernstige complicaties.

Toch kan de kans op complicaties nooit helemaal worden uitgesloten. Aan welke complicaties moet je denken?

Complicaties bij de moeder

De kans op complicaties bij de moeder is bij een stuitbevalling niet groter dan bij een kind in normale ligging. Wel is er meer kans dat de gynaecoloog tijdens de bevalling besluit tot een keizersnede.

Complicaties bij het kind

Kinderen in stuitligging die ‘gewoon’ (vaginaal) ter wereld komen, worden vaker kort na de geboorte opgenomen dan kinderen die geboren worden na een keizersnede. Na een gewone bevalling is bij ongeveer 1 op de 20 kinderen (meestal korte) opname nodig, en dat is ruim 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 opname is een beschadiging die bij de geboorte is opgetreden, zoals een botbreuk, een zenuwbeschadiging of een hersenbloeding. Een dergelijke beschadiging komt gelukkig zelden voor (bij ongeveer 1% van alle kinderen in stuitligging), maar ongeveer tweemaal vaker dan na een keizersnede.

Een keizersnede

Voor algemene informatie over deze operatie verwijzen wij je naar de folder ‘De keizersnede’. Hier bespreken wij alleen de kans op complicaties. Bij een keuze moet je immers alles kunnen afwegen; daarbij is ook deze informatie van belang.

De kans op complicaties bij een keizersnede

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 beschadiging optreden. Belangrijk is, dat een keizersnede niet te vroeg in de zwangerschap gepland wordt. Te vroeggeboren kinderen kunnen ademhalingsproblemen hebben waarvoor opname van het kind noodzakelijk is.



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 het litteken is een zeer zelden voorkomende complicatie. De kans op ernstige gezondheidscomplicaties en sterfte als gevolg van de operatie is voor een gezonde zwangere heel erg klein, maar toch altijd groter dan na een gewone bevalling.

Gevolgen voor latere zwangerschappen

Het litteken in de baarmoeder is een nadeel voor een volgende zwangerschap. Je volgende bevalling zal in het ziekenhuis plaatsvinden, 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 er meer kans op zeer ernstig bloedverlies is. Hoewel deze complicaties zeer zelden voorkomen, treden ze vaker op na een keizersnede dan na een gewone bevalling.

Het maken van een keuze

Als het voor jou als aanstaande ouder mogelijk is te kiezen tussen een gewone bevalling of een keizersnede, is het belangrijk dat je alle argumenten zo goed mogelijk op een rij zet. Velen zijn in eerste instantie geneigd te denken dat een keizersnede de veiligste weg is voor hun kind om geboren te worden, maar zij vergeten dat aan een keizersnede ook nadelen kleven. Vanuit de beroepsgroepen is er een **keuzehulp** gemaakt (zie laatste pagina) met de belangrijkste punten op een rijtje. We vatten daarom de voor en nadelen van beide wijzen van bevallen nog eens samen:

Vaginale bevalling

Voordelen

- geen keizersnede met de nadelen die daarbij horen,
- kortere ziekenhuisopname en een sneller herstel,
- je kunt een volgende keer eventueel thuis bevallen.

Nadelen

- iets meer kans op gezondheidsproblemen van het kind kort na de geboorte.

Keizersnede

Voordelen

- iets minder kans op gezondheidsproblemen van het kind kort na de geboorte.

Nadelen

- 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.

Congenitale heupdysplasie (CHD)

Kinderen die gedurende de zwangerschap voor een langere periode in stuit hebben gelegen hebben een iets verhoogde kans op congenitale heupdysplasie (CHD). Bij congenitale heupdysplasie is de aanleg van de heupkrom niet optimaal, waardoor de heupkop niet goed in de kom past. Hierdoor kan slijtage van het kraakbeen ontstaan. Tijdige ontdekking kan dit voorkomen. Wanneer je kindje gedurende langere periode in de zwangerschap in stuit heeft gelegen of in stuit is geboren, onafhankelijk van de zwangerschapsduur bij geboorte, komt je kindje in aanmerking voor extra controles om CHD op te sporen.

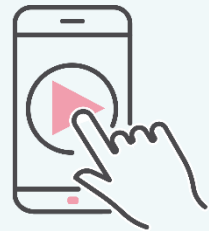
Soms wordt de afspraak in het ziekenhuis automatisch ingepland. Is dit niet het geval geef dan bij de verloskundige of het consultatiebureau aan dat je kindje gedurende langere periode in stuit heeft gelegen.

Informatie filmpje uitwendige versie

<http://www.jijwijn.nl/> -> voorlichtingsvideo's

of

<http://www.youtube.com/watch?v=jKaBsE9m-D8>



Keuzehulp

[Consultkaart-Stuitbevalling-2017.pdf \(degynaecoloog.nl\)](#)

Totstandkoming

Deze folder is tot stand gekomen in samenspraak met alle zorgverleners aangesloten bij JIJWIJ.

<http://www.jijwijn.nl/>

Verloskamers Elkerliek ziekenhuis Helmond: **0492 - 59 56 42**

UW KIND LIGT IN EEN STUIT: VAGINALE STUITBEVALLING OF GEPLANDE KEIZERSNEDE?

Bent u langer dan 36 weken zwanger en ligt uw kind in een stuitligging?

Deze Consultkaart kan u en uw arts helpen om de keuze tussen een stuitbevalling en een keizersnede te bespreken.

BEHANDEL- MOGELIJKHEDEN ➔	VAGINALE STUITBEVALLING	GEPLANDE KEIZERSNEDE
Hoe gaat de bevalling?	<ul style="list-style-type: none"> • U bevalt in het ziekenhuis. Er zijn ongeveer 5 mensen bij, onder andere een gynaecoloog en een kinderarts. • U kunt meerdere mensen bij de bevalling aanwezig laten zijn. • Wilt u iets tegen de pijn? Dan kan dat. U kunt ook een ruggenprik krijgen. • Als uw ontsluiting niet voldoende vlot gaat of als de conditie van uw kind niet goed is, dan wordt er alsnog een keizersnede gedaan. Dit gebeurt bij ongeveer 50 van de 100 (50%) vrouwen. • Vaak wordt er een knip gezet en soms moet de arts, als uw kind al gedeeltelijk geboren is, extra helpen door uw kind vast te pakken en te draaien. 	<ul style="list-style-type: none"> • Een keizersnede is een grote operatie aan uw buik. Er zijn ongeveer 10 mensen bij. • Er mag meestal maar 1 persoon met u mee naar de operatiekamer (uw partner of iemand anders). • Meestal krijgt u een ruggenprik en blijft u dus wakker. • De keizersnede wordt gepland in de week voor de uitgerekende datum. Begint de bevalling voor de geplande datum? Dan wordt de keizersnede op dat moment gedaan.
Wat zijn de risico's voor mijn kind?	Ongeveer 23 van de 1000 kinderen (2,3%) moeten door problemen direct na de geboorte opgenomen worden op de kinderafdeling in het ziekenhuis. De meeste kinderen hebben hierdoor later geen problemen.	Ongeveer 3 van de 1000 kinderen (0,3%) moeten door problemen direct na de geboorte opgenomen worden op de kinderafdeling in het ziekenhuis. De meeste kinderen hebben hierdoor later geen problemen.
Hoe groot is het risico dat mijn kind overlijdt?	Ongeveer 2 van de 1000 kinderen (0,2%) overlijden rondom de geboorte.	Minder dan 0,5 van de 1000 kinderen (0,05%) overlijdt rondom de geboorte.
Wat zijn de risico's voor mijzelf? Wat zijn de gevolgen voor latere zwangerschappen?	<ul style="list-style-type: none"> • Net als bij een gewone bevalling bij een kind in hoofdligging, krijgen ongeveer 80 van de 1000 moeders (8%) complicaties. Bijvoorbeeld veel bloedverlies, ontstekingen of trombose. • Na een vaginale bevalling lukt het 95 van de 100 moeders (95%) om nog een keer vaginaal te bevallen. Dit kan bij de verloskundige. Een thuisbevalling is eventueel mogelijk. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ongeveer 90 van de 1000 moeders (9%) krijgen complicaties. Bijvoorbeeld veel bloedverlies, ontstekingen of trombose. • U kunt bij een volgende zwangerschap kiezen tussen opnieuw een geplande keizersnede of een vaginale bevalling. De meeste gynaecologen adviseren een vaginale bevalling. Een vaginale bevalling lukt bij 75 van de 100 vrouwen (75%). • Een volgende bevalling is altijd bij een gynaecoloog vanwege een zeer kleine kans (0,8%) op het scheuren van het litteken. • Hoe meer keizersneden, hoe groter de risico's worden.
Wat zijn de voor- en nadelen?	<ul style="list-style-type: none"> • Bij een vaginale stuitbevalling zijn de risico's voor uzelf het kleinst. • U kunt uw kind na de bevalling direct borstvoeding geven. • Zijn er geen problemen tijdens de bevalling? Dan kunt u vaak dezelfde dag weer naar huis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bij een geplande keizersnede zijn de risico's voor uw kind het kleinst. • In veel ziekenhuizen is een 'gentle' keizersnede mogelijk. U, uw partner en uw kind blijven dan zoveel mogelijk samen en u kunt uw kind meteen borstvoeding geven. Bij een 'gewone' keizersnede kan het zijn dat u uw kind het eerste uur niet ziet. • Het herstel voor uzelf duurt langer. U blijft meestal 2 of 3 dagen in het ziekenhuis. De eerste dagen heeft u hulp nodig bij de zorg voor uzelf en voor uw kind.
Wat zijn de voorwaarden?	<ul style="list-style-type: none"> • Uw kind is niet te groot en heeft geen relatief groot hoofd. • Uw kind ligt niet in een voetligging en het hoofdje ligt niet naar achter gebogen. • Er is een ervaren gynaecoloog die u kan helpen. 	<ul style="list-style-type: none"> • De bevalling moet niet te snel gaan. Als de bevalling te snel gaat is het mogelijk dat een keizersnede niet meer lukt en dat een vaginale bevalling veiliger is.