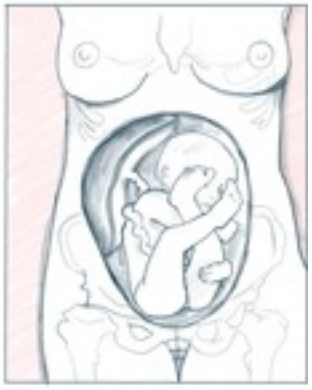
Stuitligging

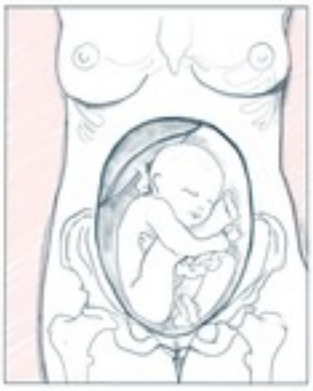
Als een kind met het hoofd boven in de baarmoeder ligt en met de stuit naar beneden, wordt gesproken van een stuitligging. Waardoor een kind in stuitligging ligt, is vaak niet duidelijk.
Tegen het einde van de zwangerschap kan het zinvol zijn te proberen het kind te draaien, zodat het met het hoofd beneden komt te liggen (hoofdligging).
In deze folder wordt uitgelegd hoe dat gebeurt. Ook komt aan bod hoe de bevalling bij een stuitligging kan plaatsvinden of je een keuze hebt tussen een vaginale bevalling en een keizersnede en wat de voor- en nadelen van deze manieren van bevallen zijn.

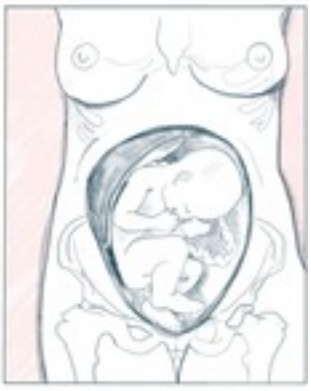
Wat is een stuitligging?

Bij een stuitligging ligt het hoofd van het kind boven in de baarmoeder, terwijl de billen of beentjes bij de ingang van het bekken liggen. Er zijn verschillende soorten stuitligging:

- onvolkomen stuitligging: de benen liggen helemaal omhoog tegen het lichaam, zodat het kind als het ware op zijn tenen kan sabbelen; (afbeelding linksboven)
- volkomen stuitligging: de bovenbenen zijn opgetrokken en de knieën zijn gebogen, zodat de voeten naast de billen zitten); (afbeelding rechtsboven)
- half onvolkomen stuitligging: één been naar boven gestrekt, zoals bij een onvolkomen stuitligging, het andere been naar beneden, zoals bij een volkomen stuitligging; (afbeelding linksonder)
- voetligging: beide benen zijn naar beneden gestrekt, zodat één of twee voetjes onder de billen liggen. (afbeelding rechtsonder)







1298 230207

Hoe vaak komt een stuitligging voor?

Vroeg in de zwangerschap komen stuitliggingen veel voor. In de periode tussen de 20e en 25e weken ligt ongeveer een derde van alle kinderen met het hoofd naar boven. Hoe verder de zwangerschap vordert, hoe meer kinderen met hun hoofd naar beneden draaien. Acht weken voor de uitgerekende datum ligt nog 10 tot 15% van hen in stuitligging. Rondom de uitgerekende datum is dat bij nog 4% van de kinderen het geval.

Waardoor ligt een kind in stuitligging?

Meestal is het onbekend waardoor een kind rond de uitgerekende datum nog in stuitligging ligt. Bij een vroeggeboorte komt het vaker voor, omdat het kind bij een kortere zwangerschapsduur vaak nog met het hoofd naar boven ligt. Daarnaast komt een stuitligging vaker voor bij:

- teveel ruimte in de baarmoeder, doordat er veel vruchtwater aanwezig is of de buikwand slap is;
- een meerlingzwangerschap;
- een afwijkende vorm van de baarmoeder of het bekken;
- een voorliggende moederkoek (placenta) of een vleesboom (myoom) bij de ingang van het bekken;
- aangeboren afwijkingen van het kind.

Bij meer dan 85% van de zwangere vrouwen is geen verklaring voor de stuitligging bekend.

Een stuitligging, wat nu?

Verderop in deze folder staat voor welke keuzes je als ouders mogelijk komt te staan als jouw kind tegen het einde van de zwangerschap in stuitligging ligt.
In ieder geval kun je niet thuis of in het kraamhotel bevallen. Soms adviseert de gynaecoloog een keizersnede. Om dit te voorkomen kan het zinvol zijn om te proberen het kind in hoofdligging te draaien.
Als een kind van stuitligging naar hoofdligging kan worden gedraaid zijn de risico's voor moeder en kind het kleinst bij een vaginale baring en is er een veel lagere kans op een keizersnede.

Echoscopisch onderzoek

Om te bekijken of het verstandig is om te proberen jouw kind te draaien, vindt altijd echoscopisch onderzoek plaats. Hierbij bekijkt de versiekundige de hoeveelheid vruchtwater en de ligging van de moederkoek. Er wordt hierbij geen uitgebreid onderzoek gedaan naar mogelijke kleinere aangeboren afwijkingen. Duidelijk zichtbare grote aangeboren afwijkingen zijn soms een oorzaak van de stuitligging. Ook kijkt de versiekundige of jouw kind niet met het hoofd achterovergebogen ligt.

Wat gebeurt er bij het draaien?

Het draaien vindt plaats op de triageafdeling. Voordat de versiekundige hiermee begint, wordt de hartslag van jouw kind gecontroleerd door middel van een CTG (cardiotocogram). De ligging van jouw kind wordt met een echo bekeken. Om ervoor te zorgen dat de baarmoeder soepel blijft en niet samentrekt, krijg je mogelijk een injectie met een weeënremmend middel. Meer informatie lees je in de folder Het draaien van een kind van stuit- naar hoofdligging. Bij welke zwangerschapsduur wordt er gedraaid? Het meest geschikte moment in de zwangerschap om een kind te draaien, is tussen de 35 en 37 weken. Soms, als er niet zoveel vruchtwater is, kan het raadzaam zijn dit eerder te doen. Als er veel vruchtwater is of als de stuitligging pas laat ontdekt wordt, kan tot aan de bevalling een draaiing bijna altijd geprobeerd worden.

Hoe vaak lukt het om een kind te draaien?

Het is niet altijd te voorspellen of het lukt een kind te draaien. Het draaien is gemakkelijker vroeg in de zwangerschap. Naarmate de zwangerschapsduur vordert, neemt de hoeveelheid vruchtwater af en wordt draaien moeilijker. Als er veel vruchtwater is, is de kans groter dat jouw kind nog genoeg ruimte heeft om, na een draaiing, uit zichzelf terug te draaien naar een stuitligging. Bovendien draaien veel kinderen voor de 36e week van de zwangerschap uit zichzelf.

Ook de ligging van de moederkoek is belangrijk. Als deze tegen de voorwand van de baarmoeder ligt, is het vaak moeilijker om een kind vast te pakken. In 40 tot 60% van de pogingen lukt het een kind te draaien. Bij een zwangerschap van een meerling wordt er niet gedraaid.

Een bevalling van een kind in stuitligging

Een bevalling van een kind in stuitligging roept altijd veel vragen op. Is het wel veilig om vaginaal te bevallen of is een keizersnede veiliger? Deze vraag houdt niet alleen aanstaande ouders, maar ook gynaecologen bezig, zowel in Nederland als erbuiten. Vooralsnog zijn de meeste Nederlandse gynaecologen van mening dat in veel situaties een vaginale bevalling wel degelijk verantwoord is, onder de voorwaarden die in ons land gebruikelijk zijn. Wel vinden zij het belangrijk dat je op de hoogte bent van de kans op complicaties, zowel bij een vaginale bevalling als een keizersnede.

Wanneer is een vaginale bevalling verantwoord?
Iedere gynaecoloog wil dat je na de bevalling tevreden en met een gezond kind het ziekenhuis verlaat. Dit betekent dat de gynaecoloog samen met jou afweegt of een vaginale bevalling veilig is of dat een keizersnede verstandiger is.

Voorwaarden voor een veilige vaginale bevalling:
- bij een vorige bevalling waren er geen ernstige problemen, zoals een moeizame vacuüm- of tangverlossing (een gemakkelijke vacuüm- of tangverlossing is geen bezwaar);
- het geschatte gewicht van jouw kind is niet te hoog;
- het hoofd van jouw kind ligt voor- en niet achterovergebogen;
- er is sprake van enige indaling in het bekken;
- de ontsluiting en uitdrijving vorderen goed.

Kun je zelf kiezen?

In overleg met de gynaecoloog kun je de mogelijkheden bespreken en zelf een keuze maken tussen een vaginale bevalling en een keizersnede.
In twee situaties heb je geen keuze:
- het is te laat om een keizersnede te doen, omdat het kind op het punt staat geboren te worden;
- de dienstdoende gynaecoloog vindt het niet verantwoord je vaginaal te laten bevallen.

Een vaginale stuitbevalling
Evenals bij een bevalling van een kind in hoofdligging, kent een stuitbevalling drie verschillende fases: de ontsluiting, uitdrijving en periode na de geboorte.

Tijdens de ontsluitingsfase gaat de baarmoedermond open als gevolg van steeds krachtiger wordende weeën. De verloskundige of arts-assistent gaat (onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog) de mate van ontsluiting na door regelmatig inwendig onderzoek te doen. Bij volledige ontsluiting (10 cm) is de baarmoedermond helemaal open. De billen (of beentjes) dalen dan verder in. Tijdens de weeën krijg je meestal in toenemende mate het gevoel mee te moeten persen. Zo begint de uitdrijvingsfase. Die eindigt met de geboorte van jouw kind. De ontsluitingsfase verloopt niet anders dan die bij een bevalling van een kind in hoofdligging. Wel wordt de hartslag nauwkeurig gecontroleerd door middel van een CTG (cardiotocogram). Je krijgt dan twee banden om je buik die twee doppen vasthouden, deze registreren je hartslag van je kind en de weeën.

Bij persdrang aan het einde van de ontsluitingsfase is het belangrijk te wachten met persen tot de ontsluiting volledig is. Het persen op zich verloopt niet anders dan bij een bevalling van een kind in hoofdligging. Een stuitgeboorte vindt bijna altijd plaats in een ‘dwarsbed’. Het onderste gedeelte van het verlosbed wordt daarbij weggehaald. Je plaatst jouw benen in beensteunen (net als bij inwendig onderzoek op een gynaecologische stoel).

De verloskundige of arts-assistent kan dan tussen je benen staan om te helpen bij de geboorte. De gynaecoloog is in principe altijd aanwezig bij de uitdrijving. 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. Het hoofd komt als laatste naar buiten. De geboorte van een kind in (half-)onvolkomen of volkomen stuit verloopt hetzelfde, maar daarbij worden eerst één of twee beentjes geboren.

De kans op complicaties bij een vaginale stuitbevalling

Bij elke bevalling kunnen complicaties optreden. De meeste gynaecologen zijn van mening dat, onder de hiervoor beschreven 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.

Complicaties bij de moeder

De kans op complicaties bij de moeder is bij een stuitbevalling niet groter dan bij een bevalling van een kind in hoofdligging. Wel is er een grotere kans dat de gynaecoloog tijdens de bevalling besluit tot een keizersnede. Ook bij een kind in hoofdligging kan dit nodig zijn.

Complicaties bij het kind

Kinderen in stuitligging die vaginaal ter wereld komen, worden vaker op de couveuseafdeling opgenomen dan kinderen die geboren worden met behulp van een keizersnede. Na een vaginale bevalling (na de 38e week) is bij ongeveer 1 op de 20 kinderen opname op de couveuseafdeling nodig. Dat zijn er tien keer meer dan bij een keizersnede.
Er bestaan verschillende redenen voor een opname. Soms heeft een kind na de geboorte behoefte aan extra zuurstof of moet het geholpen worden met de ademhaling.
Een andere reden voor een opname is een beschadiging die bij de geboorte is ontstaan, zoals een botbreuk, zenuwbeschadiging of hersenbloeding. Een dergelijke beschadiging komt zelden voor (bij ongeveer 1% van alle kinderen in stuitligging), maar ongeveer twee keer zo vaak na een vaginale bevalling dan na een keizersnede.

De kans op complicaties bij een keizersnede

Complicaties bij de moeder

Hoewel een keizersnede op zich een veilige operatie is, brengt iedere operatie een kleine kans op complicaties met zich mee. Deze staan uitgebreid beschreven in de folder Keizersnede. Het gaat hierbij meestal om niet-levensbedreigende complicaties. Sommige, zoals bloedarmoede en trombose, komen ook voor na vaginale bevallingen. Andere, zoals een nabloeding in de buik, bloeduitstorting, wondinfectie, beschadiging van de blaas of darmen die niet goed op gang komen, hangen samen met de keizersnede. Een blaasontsteking komt na deze operatie vaker voor dan na een vaginale bevalling. Langdurige ernstige pijn als gevolg van een zenuwbeschadiging bij de bikinisnede komt zelden voor. De kans op ernstige gezondheidscomplicaties of sterfte als gevolg van de keizersnede is voor gezonde zwangere vrouwen heel erg klein, maar groter dan na een vaginale bevalling.

Complicaties bij het kind

Ook kinderen die via een keizersnede zijn geboren, hebben kans op gezondheidsproblemen. Een enkele keer is het bij een keizersnede moeilijk een kind dat in stuitligging ligt uit de baarmoeder te halen. In dat geval kan beschadiging optreden. Een ander gevaar is dat een keizersnede te vroeg in de zwangerschap gepland wordt, om een spontane bevalling te voorkomen. Pasgeboren kinderen kunnen longproblemen hebben waarvoor opname op de couveuseafdeling noodzakelijk is. Voornamelijk kinderen die via een keizersnede ter wereld komen, kunnen vocht in hun longen hebben. Dit is het gevolg van het niet via het baringskanaal geboren worden en een verminderde stresscomponent. Deze twee factoren bevorderen het huilen van vaginaal pasgeborenen, waar door ze hun longen ‘droog huilen’.

Gevolgen voor latere zwangerschappen
Aan het begin van een volgende zwangerschap wordt na overleg tussen de verloskundige en gynaecoloog besproken hoe de zwangerschap begeleid wordt. Het ontstane litteken in de baarmoeder is een nadeel tijdens volgende zwangerschappen. Je bevalt op medische indicatie in het ziekenhuis, omdat een dergelijk 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 is vergroeid. Dan kan een baarmoederverwijdering noodzakelijk zijn. Hoewel deze complicaties zeer zelden voorkomen, treden ze vaker op na een keizersnede dan na een vaginale bevalling.

Na de bevalling

Op de lange termijn is er geen verschil in het risico op sterfte en/of problemen in de ontwikkeling van een kind dat na een stuitligging vaginaal of via een keizersnede is geboren.

Het maken van een keuze

Als het voor jou mogelijk is te kiezen tussen een vaginale bevalling of een keizersnede, is het belangrijk alle argumenten zo goed mogelijk op een rij te zetten. Veel vrouwen zijn in eerste instantie 7 geneigd te denken dat een keizersnede de veiligste weg is voor een kind om geboren te worden. Ook aan een keizersnede zitten nadelen. We hebben de voor- en nadelen van beide manieren van bevallen daarom hieronder nog eens samengevat.

Voor- en nadelen vaginale stuitbevalling

- geen keizersnede, met de nadelen die daarbij horen;
- iets meer kans op gezondheidsproblemen van jouw kind kort na de geboorte;
- kortere ziekenhuisopname en een sneller herstel van de moeder;
- je kunt een volgende keer eventueel thuis of in het Kraamhotel bevallen.

Voor- en nadelen keizersnede

- iets minder kans op gezondheidsproblemen van jouw kind kort na de geboorte;
- langere ziekenhuisopname;
- meer kans op complicaties voor de moeder;
- bij een volgende zwangerschap is er geen thuisbevalling mogelijk;
- iets meer kans op complicaties tijdens een volgende zwangerschap/bevalling;
- het herstel na een keizersnede verloopt langzamer (na ongeveer 6 weken zijn de meeste vrouwen weer hersteld).

Tot slot

Mocht je naar aanleiding van de informatie in deze folder nog vragen hebben, aarzel dan niet deze met jouw verloskundige of gynaecoloog te bespreken.

Verklarende woordenlijst

CTG:	*cardiotocogram, hartfilmpje, registratiemethode om de conditie van jouw kind te controleren*
vaginale bevalling:	*natuurlijke bevalling (via de schede)*
placenta:	*moederkoek*
myoom:	*vleesboom*