

Gynaecologie
040 286 4820

Inleiding

Sommige kinderen liggen tegen het einde van de zwangerschap in stuitligging: met de billen naar beneden en het hoofd omhoog. Dit komt voor bij 3-4% van de zwangerschappen. 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 (in hoofdligging).

In 85% van de gevallen is het onduidelijk waarom een kind aan het eind van de zwangerschap nog steeds in stuitligging ligt. Er zijn enkele situaties waarin de kans op een stuitligging verhoogd is:

- Als je zwanger bent van een tweeling of meerling.
- Als de baarmoeder of het bekken een afwijkende vorm heeft.
- Als de moederkoek of een vleesboom voor de uitgang ligt.
- Bij aangeboren afwijkingen van het kind.

Als jouw kind bij een zwangerschapsduur van 36 weken nog in een stuitligging ligt, kan de gynaecoloog of de verloskundige proberen de baby te draaien. Bij een stuitligging aan het eind van de zwangerschap kun je kiezen tussen een keizersnede of een vaginale bevalling. Een kind in stuitligging kan meestal gewoon vaginaal geboren worden. De billen of de voeten 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.

Wat is een stuitligging

Bij een stuitligging ligt het hoofd van het kind boven in de baarmoeder. Er zijn verschillende soorten stuitliggingen:

1. Onvolkomen stuitligging: de billen liggen bij de uitgang van het bekken. De benen liggen omhoog langs het lichaam.
2. Volkomen stuitligging: bovenbenen zijn langs het lichaam gestrekt, maar de knieën zijn gebogen zodat de voeten naast de billen liggen ('kleermakerszit')
3. De half (on)volkomen stuitligging: één been ligt langs het lichaam omhoog en één been ligt met zijn voet naast zijn billen.
4. Voetligging: het kind ligt met één of beide benen gestrekt naar beneden, zodat één of twee voetjes onder de billen liggen.



1

2

3

4

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 ongeveer 3-4% 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. Daarnaast komt een stuitligging vaker voor bij:

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

Bij een vroeggeboorte komt een stuitligging vaker voor, omdat het kind bij een kortere zwangerschapsduur nog vaak met de billen naar beneden ligt.

Onderzoek bij een stuitligging

Bij een stuitligging krijg je een echoscopisch onderzoek via de buik. De arts of echoscopist bekijkt of jouw kind zichtbare aangeboren afwijkingen heeft. Dit komt slechts zelden voor, maar zo'n afwijking kan de oorzaak zijn van de stuitligging. De arts of echoscopist kijkt ook naar de stand van het hoofd van de baby, de hoeveelheid vruchtwater, de ligging van de moederkoek en naar eventuele vleesbomen of andere afwijkingen die de ingang van het bekken blokkeren.

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

Als jouw kind bij 36 weken of later in stuitligging ligt, zijn er drie mogelijkheden voor de verdere begeleiding:

1. De arts of verloskundige probeert jouw kind naar een hoofdligging te 'draaien'.
2. Een vaginale bevalling waarbij eerst billen of voeten worden geboren.
3. Een keizersnede bij ongeveer 39 weken zwangerschapsduur.

Jouw arts bespreekt met jou welke mogelijkheden in jouw situatie realistisch zijn.

Het draaien van een kind in stuitligging (versie)

Waarom wordt een kind gedraaid?

De risico's voor kind en moeder zijn het kleinst bij een vaginale geboorte in hoofdligging.

Bij welke zwangerschapsduur wordt er gedraaid?

Voor 36 weken draaien veel kinderen zelf nog tot hoofdligging. Het is dan ook verstandig om pas na deze termijn het kind te draaien. Soms wordt het advies gegeven om iets eerder of later te draaien. Dat heeft meestal te maken met de hoeveelheid vruchtwater. Het is bijna altijd mogelijk om tot aan de bevalling te proberen het kind te draaien.

Hoe verloopt het draaien?

Het draaien vindt plaats in het Anna Geboortecentrum (route 67) en wordt uitgevoerd door de leden van het versieteam. Je ligt op een bed. Voordat het draaien begint, worden de harttonen van het kind gecontroleerd met een hartfilmpje (CTG) en de ligging van het kind met een echo. Je krijgt een weeënremmend middel in de vorm van een tablet om eventuele samentrekkingen van de baarmoeder zoveel mogelijk te voorkomen. Het is belangrijk dat je zo ontspannen mogelijk ligt en jouw buikspieren niet aanspant. Als je een goede houding hebt gevonden pakt de gynaecoloog of verloskundige met twee handen het kind vast. Eén hand pakt daarbij net boven jouw schaambeene de billen van het kind en probeert deze omhoog te drukken. De andere hand pakt aan de bovenkant van jouw buik het hoofd van het kind en probeert dit naar beneden te duwen. Op deze wijze 'duikelt' het kind als het ware tot het met het hoofd beneden ligt. Een enkele keer is het nodig via een vaginaal onderzoek de billen van het kind omhoog te duwen. Dit kan voorkomen bij een al

ingedaalde stuitligging. Hoe lang het draaien duurt verschilt van minder dan 30 seconden tot soms meer dan 5 minuten. De hele procedure van het draaien en de controles van de conditie van de baby duurt gemiddeld een uur. Na afloop controleert men opnieuw de hartslag van het kind door middel van een CTG. Tevens krijg je een afspraak voor een herhaling van het CTG voor de volgende dag.

Let op:

Het is belangrijk dat jouw blaas leeg is bij het draaien. Voor en na het uitwendige draaien wordt de hartslag van de baby enige tijd gecontroleerd om te beoordelen of de conditie goed blijft. Als jouw Rhesusfactor negatief is krijg je anti-D toegediend.

Hoe vaak lukt het om een kind te draaien?

Of het lukt om een kind te draaien valt 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. Dit heeft ook een keerzijde: als het kind gemakkelijk te draaien is, is de kans groter dat het zelf weer terug draait. Gemiddeld is de kans op succes ongeveer 40%. In een aantal situaties is het draaien moeilijker:

- Naarmate de zwangerschapsduur vordert neemt de hoeveelheid vruchtwater af, wordt het kind groter en het draaien dus moeilijker.
- Als de moederkoek op de voorwand van de baarmoeder ligt is het moeilijker om het kind vast te houden tijdens het draaien.
- Hoe kleiner en zwaarder je zelf bent, hoe moeilijker het draaien wordt.
- Bij een eerste zwangerschap is de baarmoeder nog stevig en heeft het draaien minder kans op succes dan bij een tweede of derde zwangerschap.

Bij een tweelingzwangerschap is het niet mogelijk om een of beide kinderen te draaien. En bij een verhoogde bloeddruk of een litteken in de baarmoeder kan de gynaecoloog besluiten om het kind niet te draaien.

Mogelijke gevolgen en complicaties van het draaien

Voor de moeder is de kans op complicaties zeer klein. De buik kan door het duwen een paar dagen gevoelig en pijnlijk zijn. Dat is vervelend, maar kan geen kwaad. Het middel dat je krijgt om de baarmoeder te laten ontspannen kan bijwerkingen hebben (bv. hartkloppingen), maar dit gaat altijd vanzelf over. Na het draaien is de hartslag van het kind 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 direct een keizersnede noodzakelijk.

Na het draaien

Als het gelukt is om jouw kind te draaien kun je in principe gewoon thuis bevallen (tenzij je een andere reden hebt voor een ziekenhuisbevalling). Als het kind uit zichzelf weer terug is gedraaid naar een stuitligging kan overwogen worden opnieuw proberen te draaien, meestal na een week. Is het niet gelukt jouw kind te draaien, dan bespreekt de gynaecoloog met jou de verdere gang van zaken rond de bevalling. Je blijft in het ziekenhuis onder controle voor de rest van de zwangerschap. Of het wel of niet gelukt is: bij toenemende buikpijn, bloedverlies of als je jouw kind minder voelt bewegen moet je direct contact opnemen met het ziekenhuis. Het telefoonnummer staat verderop in deze informatie vermeld.

Anti-D

Ben je rhesus-negatief en is de bloedgroep van de baby positief, dan krijg je na afloop van de draaipoging een injectie met Anti-D. Ongeacht of het draaien wel of niet gelukt is.

Een vaginale bevalling bij een stuitligging

Hoe verloopt een gewone bevalling in stuitligging

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

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 sneller door de baarmoedermond zakken. Je kunt daardoor persdrang

krijgen voordat er volledige ontsluiting is. Je mag dan nog niet beginnen met persen. Het persen verloopt hetzelfde als bij een kind in hoofdligging. Aan het einde, als het lichaam geboren is tot ongeveer halverwege, vraagt de gynaecoloog jou te zuchten en te stoppen met persen. In de volgende wee kan dan het hoofd in één keer geboren worden. Bij de geboorte van het hoofd kan het zijn dat een verpleegkundige uitwendig boven jouw schaambeent drukt om ervoor te zorgen dat het hoofd goed door het bekken gaat.

Bij een stuitbevalling maakt men altijd een dwarsbed: het voeteneinde van het verlosbed wordt weggehaald en je plaatst jouw benen in beensteunen. De gynaecoloog kan dan tussen jouw benen staan om te helpen bij de geboorte. Bij een kind in onvolkomen stuitligging 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 stuit verloopt hetzelfde, maar dan worden eerst één of twee benen geboren.

Controle van de hartslag van het kind kan gewoon plaatsvinden. Uitwendig via de buik of inwendig via een elektrodedraadje op de bil van jouw kind. De periode na de vaginale stuitbevalling verschilt niet van die van een bevalling in hoofdligging.

Mogelijke complicaties bij de moeder

De kans op complicaties bij de moeder is bij een stuitbevalling 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

1. Direct na de bevalling

Kinderen in stuitligging die vaginaal worden geboren, worden vaker kort na de geboorte op de couveuseafdeling opgenomen dan kinderen die via een keizersnede worden geboren. Na een gewone bevalling na 38 weken zwangerschapsduur is bij ongeveer 1 op de 20 kinderen couveuzeopname nodig. 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 kan zijn een beschadiging die bij de geboorte is opgetreden, zoals een botbreuk, zenuwbeschadiging of 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.

2. 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 de gezondheid van kinderen die in een couveuze hebben gelegen niet verschilde van kinderen die niet in een couveuze hebben gelegen.

Een keizersnede bij een stuitligging

Voor algemene informatie over deze operatie verwijzen wij je naar de folder 'Keizersnede'.

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 vaginale bevalling. Het gaat hier om niet-levensbedreigende complicaties. Sommige complicaties, zoals bloedarmoede of trombose, komen ook na een gewone bevalling voor. Andere zijn een gevolg van de keizersnede zoals een nabloeding in de buik, bloeditstorting of wondinfectie, beschadiging van de blaas of het niet goed op gang komen van de darmen. 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 dat in stuitligging ligt via een keizersnede uit de baarmoeder te halen en kan er een (zenuw)beschadiging optreden. Soms moet de keizersnede erg vroeg in de zwangerschap worden gepland om een spontane bevalling te voorkomen. Dan kan het kind longproblemen krijgen, waarvoor opname op de couveuseafdeling noodzakelijk is. Hierom

wordt de keizersnede in principe niet voor 38 weken van de zwangerschap gepland. Het liefst wordt de keizersnede gepland bij 39 weken zwangerschapsduur, maar dit is niet altijd haalbaar.

Na de keizersnede

Het litteken in de baarmoeder is een nadeel voor een eventuele volgende zwangerschap. Je krijgt dan 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: openscheuren van het litteken, de moederkoek kan voor de opening liggen of de moederkoek kan heel vast met de baarmoeder vergroeid zijn. Dit geeft meer bloedverlies na de bevalling. Een zeldzaam gevolg hiervan kan zijn dat de baarmoeder na de keizersnede verwijderd moet worden. Hoewel deze complicaties zelden voorkomen, treden ze vaker op na een keizersnede dan na een vaginale bevalling.

Het maken van een keuze

Wanneer is een vaginale bevalling bij een stuitligging mogelijk

Aan het einde van de zwangerschap zal de gynaecoloog met jou en jouw partner bespreken of een vaginale bevalling veilig is of dat het beter is een keizersnede te doen. Voorwaarden voor een veilige vaginale bevalling zijn:

- Er waren geen ernstige problemen bij een vorige bevalling, zoals een technisch lastig uit te voeren vacuüm- of tangverlossing. Bij een technisch gemakkelijk uit te voeren vacuüm- of tangverlossing de vorige keer is er geen bezwaar tegen een vaginale stuitbevalling.
- 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 uitdrijving vorderen goed tijdens de bevalling.

Heb je eigenlijk wel een keuze

Doorgaans kun je na een adviserend gesprek met de gynaecoloog een keuze maken. Voorwaarde voor de keuze voor een vaginale bevalling is wel dat de gynaecoloog die de vaginale bevalling begeleidt dat ook verantwoord vindt.

In een aantal situaties heb je geen keuze:

- Het is te laat om een keizersnede te doen: het kind staat op het punt geboren te worden.
- Het is te vroeg om een keizersnede te doen: als de bevalling nog niet op gang is gekomen zal de gynaecoloog pas een keizersnede doen na 38 voldragen weken zwangerschap. Voor deze tijd is het risico op ademhalingsproblemen bij de baby hoger.
- De gynaecoloog vindt het niet verantwoord jou vaginaal te laten bevallen omdat:
 - jouw kind te groot is of niet gunstig ligt;
 - je de vorige keer een technisch lastig verlopen bevalling hebt gehad;
 - de ontsluiting of uitdrijving onvoldoende vordert of dat de harttonen van jouw kind verslechteren.

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). Als je als aanstaande ouders kunt kiezen tussen een gewone bevalling of een keizersnede, is het belangrijk dat je 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.

Hieronder hebben we voor jou de voor- en nadelen van beide vormen op een rij gezet.

Voordelen gewone bevalling	Nadelen gewone bevalling
Natuurlijk, spontaan	Iets hogere kans op problemen bij kind na geboorte

Geen nadelen van een operatie	
Kortere ziekenhuisopname	
Sneller herstel	
Volgende bevalling mogelijk thuis	

Voordelen keizersnede	Nadelen keizersnede
Iets minder kans op problemen bij kind na geboorte	Langere ziekenhuisopname
	Langzamer herstel
	Hogere kans op complicaties voor de moeder
	Geen thuisbevalling bij volgende zwangerschap meer mogelijk
	Iets hogere kans op complicaties tijdens een volgende bevalling

Tot slot

Een kind in stuitligging geeft meestal aanleiding tot veel vragen. Je kunt jouw ideeën, eventuele twijfels en zorgen natuurlijk met jouw gynaecoloog of verloskundige bespreken.

Belangrijke telefoonnummers en adressen

Polikliniek gynaecologie, 8.00 – 17.00 uur: 040 - 286 48 20

Anna Geboortecentrum: 040 - 286 48 38

Vereniging Keizersnede-Ouders (VKO)

Postbus 233

2170 AE Sassenheim

076 - 503 71 17

Vereniging Ouders van Couveusekinderen

Postbus 1024

2260 BA Leidschendam

070 - 386 25 35

www.couveuseouders.nl

Heb je nog vragen?

Heb je nog vragen, neem dan contact op met de polikliniek gynaecologie, telefoonnummer 040 - 286 48 20, of met jouw eigen verloskundige.

Wil je deze informatie online bekijken ga dan naar
[www.annaziekenhuis.nl/medische-informatie/gyn027-
stuitligging/](http://www.annaziekenhuis.nl/medische-informatie/gyn027-stuitligging/)
Of scan met je telefoon of tablet de QR-code.



GYN027
16-05-2022