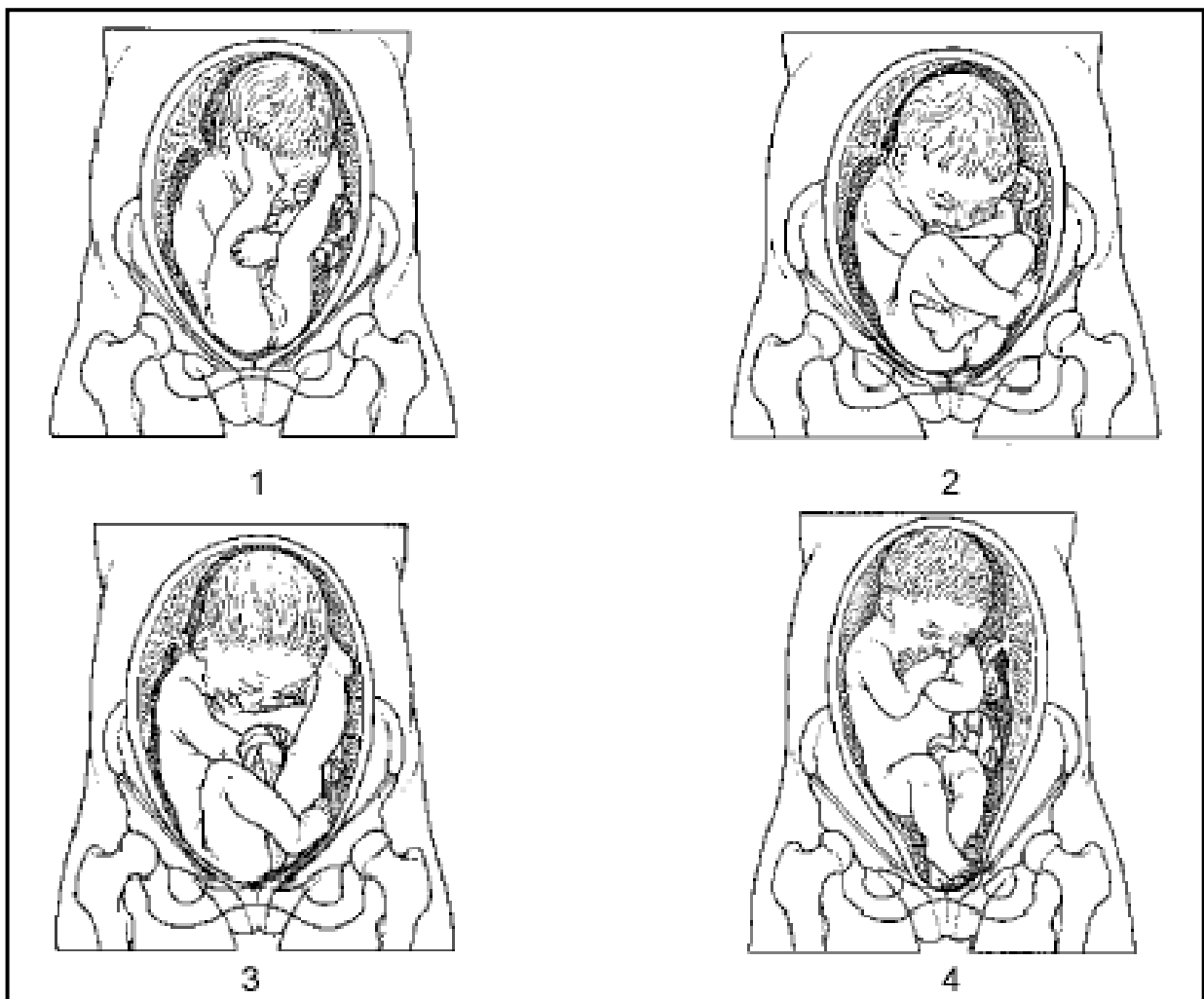


Stuitligging

Maatschap Gynaecologie IJsselland Ziekenhuis

Als een kind met het hoofd boven in de baarmoeder ligt en met de stuit naar beneden, spreken we van een stuitligging. Waardoor een kind in stuitligging ligt, is vaak 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, of u een keuze hebt tussen een gewone bevalling of 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 de beentjes beneden bij de ingang van het bekken liggen. Er zijn verschillende soorten stuitligging:

1. onvolkomen stuitligging: de benen liggen helemaal omhoog naast het lichaam, zodat het kind als het ware op zijn tenen kan sabbelen.
2. volkomen stuitligging: de bovenbenen zijn langs het lichaam gestrekt, maar de knieën zijn gebogen, zodat de voeten naast de billen liggen ('kleermakerszit')
3. 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
4. voetligging: het kind ligt met een of beide benen gestrekt naar beneden, zodat een of twee voetjes onder de billen liggen

Hoe vaak komt een stuitligging voor?

Vroeg in de zwangerschap komen stuitliggingen veel voor: in de periode tussen de 20 en 25 weken ligt ongeveer eenderde van alle kinderen met het hoofd naar boven, maar naarmate de zwangerschap vordert, draaien steeds meer kinderen met hun hoofd naar beneden. Acht weken voor de uitgerekende datum, bij

32 weken, ligt nog 10-15% van de kinderen in stuitligging. Rondom de uitgerekende datum is dat nog bij 3% van de kinderen het geval.

Waardoor ligt een kind in stuitligging?

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. Stuitligging komt vaker voor bij:

- een meerlingzwangerschap
- een afwijkende vorm van de baarmoeder of het bekken
- een voorliggende placenta (moederkoek) of een myoom (vleesboom) 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?

Verderop in deze folder beschrijven wij voor welke keuze u als ouders mogelijk komt te staan als uw kind tegen het einde van de zwangerschap in stuitligging ligt. In ieder geval kunt u niet thuis bevallen, de gynaecoloog overlegt met u over een keizersnede. Om dit te voorkomen kan het zinvol zijn om te proberen het kind in hoofdligging te draaien, zodat u vaginaal kunt bevallen.

Echoscopisch onderzoek

Om te bekijken of het verstandig is om te proberen het kind te draaien, vindt altijd echoscopisch onderzoek plaats. Hierbij beoordeelt men de hoeveelheid vruchtwater en de ligging van de placenta.

Er wordt gekeken naar duidelijk zichtbare grote aangeboren afwijkingen, die een enkele keer een oorzaak van de stuitligging zijn.

Zie ook folder 'Echoscopie in de zwangerschap'

Wat gebeurt er bij het draaien?

In het IJsselland Ziekenhuis vindt draaien van een kind plaats op de afdeling verloskunde. Degene die uw kind probeert te draaien is de gynaecoloog, een assistent of een in het ziekenhuis werkzame verloskundige.

- U ligt op een bed of onderzoeksbank. Voordat we met het draaien beginnen, controleren we nogmaals de harttonen en de ligging van het kind, dmv een CTG en een echo. Een CTG is een registratie van de harttonen van u kindje en eventuele samentrekkingen van de baarmoeder. U krijgt hiervoor 2 ronde registratie-schijven op uw buik met wat gelei voor betere geleiding. Deze schijven worden gefixeerd met twee elastieken banden. De registratie zal ongeveer 20 tot 30 minuten duren.
- Het is belangrijk dat u zo ontspannen mogelijk ligt en uw buikspieren niet aanspant. Soms is een kussen onder uw knieën prettig. Als u een goede houding hebt gevonden, pakt de arts met twee handen uw buik vast. Eén hand pakt daarbij net boven uw

schaambeem 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. Na afloop controleert men voordat u naar huis gaat opnieuw de conditie van het kind. Dit gebeurt met een CTG .

Bij welke zwangerschapsduur wordt er gedraaid?

De meest geschikte zwangerschapsduur om een kind te draaien is rond de 36 weken. Soms, als er niet zoveel vruchtwater is, kan het raadzaam zijn dit al eerder te doen. Als er veel vruchtwater is of als de stuitligging pas laat ontdekt wordt, draait men het kind ook nog later in de zwangerschap; tot aan de bevalling kan dit bijna altijd geprobeerd worden.

Hoe vaak lukt het om een kind te draaien?

Of het zal lukken om een kind te draaien, valt niet altijd 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. Maar dat heeft ook een keerzijde: als er veel vruchtwater is, is de kans ook groot dat het kind nog veel ruimte heeft om uit zichzelf terug te draaien naar een stuitligging.

Bovendien draaien voor 36 weken veel kinderen uit zichzelf nog wel. Naarmate de zwangerschapsduur vordert, neemt de hoeveelheid vruchtwater af, en wordt draaien moeilijker. Tot slot is ook de ligging van de

placenta van belang. Als deze tegen de voorwand van de baarmoeder ligt, is het vaak moeilijker om het kind vast te pakken dan als hij tegen de achterwand ligt.

Zijn er gevaren aan het draaien van een kind?

Voor de moeder zijn er geen gezondheidsgevaren. De buik kan door het harde duwen een paar dagen gevoelig en pijnlijk zijn. Dit is vervelend, maar kan geen kwaad. Voor het kind zijn er als regel geen gezondheidsgevaren. Bij minder dan 10% van de kinderen zijn de harttonen na het draaien tijdelijk wat langzamer. Daarom controleert men ze na afloop altijd nauwkeurig.

Bijzondere situaties

Meerling

Bij een tweelingzwangerschap is het over het algemeen moeilijk om een of beide kinderen te draaien. Zoals vermeld, lukt bij een eenlingzwangerschap het draaien minder vaak als de moederkoek tegen de voorwand van de baarmoeder ligt, of als er weinig vruchtwater is. Dan laat men een draaipoging soms achterwege. Ook bij een ernstig verhoogde bloeddruk of een litteken in de baarmoeder zijn gynaecologen nogal eens terughoudend om het kind te draaien.

Anti-D

Heeft u een negatieve bloedgroep, dan krijgt u na afloop van een draaipoging een injectie met anti-D, of het nu gelukt is het kind te draaien of niet. Weet u zeker

dat de vader van uw kind ook een negatieve bloedgroep heeft, dan kunt u bespreken of de injectie achterwege kan blijven. *Zie ook de folder 'Bloedgroep, rhesusfactoren en regulaire antistoffen'.*

Verdere controles van de zwangerschap

Als het is gelukt om uw 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 het niet gelukt uw kind te draaien, dan bespreekt de gynaecoloog met u de verdere gang van zaken rond de bevalling.

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** (via de schede) te bevallen, of is een **keizersnede** veiliger? Deze vraag houdt niet alleen aanstaande ouders, maar ook gynaecologen bezig, zowel in Nederland als in het buitenland.

Een belangrijk buitenlands onderzoek dat een gewone bevalling vergeleek met een keizersnede, werd in oktober 2000 gepubliceerd. De conclusie was dat een keizersnede bij een stuitligging rond de uitgerekende datum veiliger is voor het kind.

Elke gynaecoloog wil dat u na de bevalling tevreden met een gezond kind het ziekenhuis verlaat. Dit betekent dat de gynaecoloog met u afweegt of een gewone bevalling veilig is, of dat het beter is een keizersnede te doen. De vraag of u kunt kiezen tussen een vaginale bevalling en een keizersnede, is in deze folder dus niet in het algemeen te beantwoorden.

In twee situaties hebt u 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 u vaginaal te laten bevallen

In andere situaties kunt u doorgaans kiezen tussen een keizersnede of een vaginale bevalling. We geven nu eerst meer informatie over een vaginale stuitbevalling en over een keizersnede.

Een vaginale stuitbevalling

Voorwaarden voor een veilige vaginale bevalling zijn:

- bij een vorige bevalling waren er geen ernstige problemen, zoals een vacuüm- of tangverlossing
- het geschatte gewicht van het kind ligt niet te hoog
- er is enige indaling in het bekken
- de ontsluiting en de uitdrijving vorderen goed

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

Tijdens de **ontsluitingsfase** gaat de baarmoedermond open als gevolg van steeds krachtiger wordende weeën. De arts gaat de mate van ontsluiting na door middel van inwendig onderzoek. De ontsluitingsfase verloopt niet anders dan bij een bevalling van een kind in hoofdligging. Bij volkomen ontsluiting is de baarmoedermond helemaal open. De billen (of de beentjes) dalen dan verder in; tijdens de weeën krijgt u meestal in toenemende mate het gevoel mee te moeten persen. Zo begint de **uitdrijvingsfase**, die eindigt met de **geboorte** van uw kind

De harttonen van de baby worden nauwkeurig gecontroleerd door middel van een CTG (cardiotocogram). Dit gebeurt soms via de buikwand, maar vaak plaatst de arts een elektrode op de bil van het kind. Daarbij breekt men ook de vliezen. U voelt dan warm vruchtwater naar buiten stromen.

Ook kan een dun slangetje (drukkatheter) in de baarmoeder gebracht worden om de sterkte van de weeën te meten. Bij persdrang aan het einde van de ontsluitingsfase is het belangrijk te wachten met meepersen tot de ontsluiting volledig is.

Het persen op zich verloopt niet anders dan bij een bevalling van een kind in hoofdligging, maar bij een stuitgeboorte maakt men een dwarsbed: het onderste gedeelte van het verlosbed wordt weggehaald en u plaatst uw benen in beensteunen (net als bij inwendig onderzoek op een gynaecologische stoel). 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 uw schaambeek, om ervoor te zorgen dat het hoofd goed het bekken passeert.

De geboorte van een kind in (half-)onvolkomen stuit of voetligging verloopt hetzelfde, maar dan worden eerst een 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 bovenbeschreven veilige en verantwoorde omstandigheden de kans op complicaties bij een vaginale stuitbevalling klein is. Toch kan de kans op complicaties nooit helemaal worden uitgesloten.

Een keizersnede

Voor uitgebreide informatie over deze wijze van bevallen verwijzen wij u naar de folder 'De keizersnede'. Ook hebben wij een **fotoboek** samengesteld van een keizersnede. U kunt dit fotoboek inzien op de afdeling Patientenvoorlichting in de centrale Hal (tel: 010 – 2585137, geopend op werkdagen van 9.30 – 16.30 uur). Een afspraak maken is niet nodig.

Heeft u nog vragen?

Aarzel niet om eventuele vragen met uw gynaecoloog te bespreken of neem contact op met de polikliniek gynaecologie: telefoonnummer 010 – 258 59 20.

*Deze brochure is samengesteld door de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en aangepast voor het IJsselland Ziekenhuis.
Deze folder ondersteunt de mondelinge informatie die u van arts of verpleegkundige heeft ontvangen. Heeft u nog vragen over het onderzoek of uw behandeling, eventuele gevolgen en risico's, of over andere behandelmogelijkheden, stel ze dan gerust.*