

# Stuitligging

## Gynaecologie & Verloskunde

### Inleiding

Een kind dat tegen het einde van de zwangerschap met de billen, in plaats van het hoofd, omlaag ligt, wordt een stuitligging genoemd. Meestal is onbekend waarom een kind in stuit 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 vleesboom die voor de uitgang ligt, bij aangeboren afwijkingen van het kind en vaker in de eerste maanden van de zwangerschap. Bij vrouwen die meerdere keren bevallen zijn met een slappe buikwand, komt vaker een instabiele ligging voor. Stuitligging kan ook gewoon toeval zijn, zonder een achterliggende oorzaak. Een kind in stuitligging kan gewoon vaginaal geboren worden, waarbij de billen of voetjes als eerste worden geboren. Ook kan een kind in stuitligging door middel van een keizersnede worden geboren. 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. In Nederland hebben de gynaecologen een aantal voorwaarden afgesproken waaronder een gewone, vaginale bevalling verantwoord is, ook bij een stuitligging. Deze folder geeft algemene informatie over een bevalling bij een stuitligging in ons ziekenhuis. Ook komt aan bod of u een keuze heeft 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 (onvolkomen stuitligging) of de benen (volkomen stuitligging) beneden bij de ingang van het bekken liggen.



Onvolkomen stuitligging: met benen omhoog langs het lichaam



Volkomen stuitligging: met gebogen knieën, zodat de voeten naast de billen liggen



Half (on)volkomen stuitligging: één been omhoog



Voetligging: benen gestrekt omlaag, zodat één of beide voeten onder de billen lig(t)(gen).

### Waarom ligt een kind in een stuitligging?

Vroeg in de zwangerschap liggen veel kinderen in stuitligging. Dit aantal neemt naarmate de zwangerschap vordert af. Omstreeks de uitgerekende datum ligt minder dan 3% van de kinderen 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 onder andere vaker voor bij:

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

### Onderzoek bij een stuitligging

Bij een stuitligging vindt altijd echoscopisch onderzoek via de buik plaats. De arts kijkt 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

### De bevalling bij een stuitligging

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

- door middel van draaien waardoor het kind alsnog in hoofdligging komt te liggen tijdens de zwangerschap;
- door middel van een vaginale bevalling waarbij eerst de billen of voeten worden geboren;
- door middel van een keizersnede.

### Waarom wordt de stuitligging gedraaid?

Als een kind van stuitligging naar hoofdligging kan worden gedraaid, kan er een gewone bevalling plaatsvinden. Deze draaiing wordt in medische termen ook wel versie genoemd.

### Wanneer wordt de stuitligging gedraaid?

Voor 36 - 37 weken zwangerschapsduur draaien veel kinderen zelf nog tot een hoofdligging en het is verstandig het kind pas na deze termijn 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 het draaien tot aan de bevalling bijna altijd geprobeerd worden.

### **Hoe verloopt het draaien?**

Als het mogelijk is, probeert men uw kind te draaien van een stuitligging in een hoofdligging. In Medisch Spectrum Twente vindt draaien van een kind op de verloskamers plaats. Degene die uw kind probeert te draaien, is de gynaecoloog of een in het ziekenhuis werkzame verloskundige / versiekundige.

Voor het maken van een afspraak om uw kind te laten draaien, kan uw verloskundige bellen met ons ziekenhuis. Tijdens deze behandeling ligt u op een bed of onderzoekbank. Voordat men met het draaien begint, controleert de arts of verloskundige de harttonen door middel van een CTG (cardiotocogram) en de ligging van het kind door een echo.

In ons ziekenhuis krijgt u soms een injectie met een weeënremmend middel om ervoor te zorgen dat de baarmoeder niet samentrekt.

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 verloskundige of arts het kind vast. Eén hand pakt daarbij net boven uw schaambeek 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 wijze 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.

Na afloop controleert men opnieuw de hartslag van uw kind door middel van een CTG en de ligging van het kind door een echo.

### **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 het is 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.

Naarmate 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 hoe kleiner u zelf bent en hoe zwaarder, het draaien steeds moeilijker wordt.

Bij een eerste zwangerschap is de baarmoeder nog steviger 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%.

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 besluiten om het kind niet te draaien.

Andere redenen om niet te beginnen aan het draaien van het kind zijn:

- een te klein kind voor de zwangerschapsduur;
- te weinig vruchtwater;
- een eerdere keizersnede;
- het voor de ingang van het bekken liggen van de moederkoek of een vleesboom;
- een afwijkende vorm van de baarmoeder.

### **Mogelijke gevolgen en complicaties van het draaien**

Voor de moeder zijn er geen gevaren verbonden aan het draaien. 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. Zelden (bij veel minder dan 1%), blijven de harttonen afwijkend en is het nodig direct een keizersnede te verrichten.

### **Na het draaien**

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

Blijft het kind in stuitligging liggen, dan moet u in het ziekenhuis onder controle blijven voor de zwangerschap en de bevalling.

### **Anti-D**

Bent u bloedgroep rhesus-negatief en uw baby rhesus positief, dan krijgt u na afloop van een draaipoging een injectie met anti-D, of het nu gelukt is het kind te draaien of niet.

### **Hoe verloopt een gewone (vaginale) 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 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 tot ongeveer halverwege is geboren, 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 schaambeent, 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 een of twee 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).

### **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.

### **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 tien 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 tweemaal vaker na een gewone bevalling dan na een keizersnede.

### **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.

### **De keizersnede bij een stuitligging**

Voor algemene informatie over de keizersnede zie: 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 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 bloedingstorting 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 een keizersnede 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.

### **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. Om deze reden wordt de keizersnede wegens stuitligging in principe niet voor 39 voltooide weken van de zwangerschap uitgevoerd.

### **Na de keizersnede**

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.

### **Wanneer is een bevalling via de schede mogelijk?**

De gynaecoloog weegt met u en uw partner of een gewone bevalling veilig is, of dat het beter is een keizersnede te doen. Voorwaarden voor een veilige vaginale bevalling zijn:

- er zijn geen ernstige problemen geweest bij een vorige bevalling, 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.

### **Kunt u kiezen?**

Doorgaans 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 heeft u 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: bij een bevalling die nog niet op gang is gekomen zal de gynaecoloog pas een keizersnede uitvoeren na 39 voldragen zwangerschapsweken. Voor deze tijd bestaat er een te hoog risico op ademhalingsproblemen bij uw baby;
- 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, een technisch lastig verlopen eerdere bevalling hebt gehad, een ontsluiting of uitdrijving die onvoldoende vordert, of verslechterde harttonen.

### **Het maken van een keuze**

Als het voor u als aanstaande ouders mogelijk is te kiezen tussen een gewone bevalling of een keizersnede, is het belangrijk dat u alle argumenten 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.

Voor- en nadelen van een gewone bevalling en een keizersnede op een rij:

	Voordelen	Nadelen
<b>Gewone bevalling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ natuurlijk, spontaan</li> <li>■ geen nadelen van operatie</li> <li>■ kortere ziekenhuisopname</li> <li>■ sneller herstel</li> <li>■ volgende bevalling eventueel thuis mogelijk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ verhoogde kans op problemen bij het kind kort na de geboorte</li> </ul>
<b>Keizersnede</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ iets minder kans op problemen bij het kind kort na de geboorte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ langere ziekenhuisopname</li> <li>■ langzamer herstel</li> <li>■ hogere kans op complicaties voor de moeder</li> <li>■ bij een volgende zwangerschap geen thuisbevalling meer mogelijk</li> <li>■ iets meer kans op complicaties tijdens een volgende bevalling</li> </ul>

**Aanvullende informatie**

Meer informatie vindt u bijvoorbeeld:

- op de website van ons ziekenhuis: [www.mst.nl](http://www.mst.nl);
- op onze poliklinieken Gynaecologie, route H03;
- in ons Patiënten Service Centrum, route C02;
- [www.nvog.nl](http://www.nvog.nl), rubriek voorlichting, verloskunde.

**Belangrijke contactgegevens**

- polikliniek Gynaecologie, route H03, telefoon (053) 4 87 23 30;
- Verloskamers, route H11, telefoon (053) 4 87 23 43;
- Moeder Kind Afdeling, route H21, telefoon (053) 4 87 23 62;

**Tenslotte**

U heeft recht op juiste en volledige informatie. Pas als u voldoende inzicht heeft, kunt u weloverwogen toestemming geven voor een bepaalde behandeling of een bepaald onderzoek. Als iets u niet geheel duidelijk is, vraagt u de behandelend arts, verloskundige of verpleegkundige dan om nadere uitleg. Het is ook mogelijk om via internet aanvullende informatie te verkrijgen, zie <http://www.nvog.nl>, rubriek voorlichting, verloskunde.

*Bronvermelding*

Het copyright en de verantwoordelijkheid voor deze folder berusten bij de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Deze folder geldt als een aanvulling op het persoonlijk gesprek met uw gynaecoloog of andere hulpverlener van Medisch Spectrum Twente. Deze informatie is van toepassing op alle ziekenhuizen in Nederland. Daar waar de gang van zaken verschilt met die in Medisch Spectrum Twente, is dit aangepast in de tekst van deze folder. Er is veel aandacht besteed aan de inhoud van deze folder. Dit betekent dat de meerderheid van de Nederlandse gynaecologen het eens is met de inhoud. De NVOG is niet juridisch aansprakelijk voor eventuele tekortkomingen van deze folder.