

Als je baby in een stuitligging ligt

Contactgegevens Alrijne Ziekenhuis

Alrijne Ziekenhuis Leiden
Houtlaan 55
2334 CK Leiden
071 517 8178

Alrijne Ziekenhuis Leiderdorp
Simon Smitweg 1
2353 GA Leiderdorp
071 582 8282

Alrijne Ziekenhuis Alphen aan den Rijn
Meteoorlaan 4
2401 WC Alphen aan den Rijn
0172 467 467

U heeft zojuist te horen gekregen dat uw baby niet in hoofdligging, maar in stuitligging ligt. In deze folder proberen wij uw vragen over de stuitligging te beantwoorden.

Wat is een stuitligging

De ligging van de baby in de baarmoeder is beslissend voor het verloop van de bevalling en bepaalt ook of de baby al dan niet op natuurlijke wijze zal worden geboren.

Ongeveer 95% van de baby's ligt in de zogenaamde hoofdligging (het hoofdje ligt onder in de baarmoeder tegen de baarmoederhals aan) tegen de tijd dat de bevalling op het punt staat te beginnen. In 3% van de gevallen ligt de baby aan het einde van de zwangerschap in 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.

Verskillende soorten stuitligging

Er zijn verschillende soorten stuitligging:

Onvolkomen stuitligging

De benen liggen helemaal omhoog naast het lichaam, zodat het kind als het ware op zijn tenen kan sabbelen.

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

Eén 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 een of beide benen gestrekt naar beneden, zodat een of twee voetjes onder de billen liggen.

Waarom ligt een kind in een stuitligging?

Bij meer dan 85% van de zwangeren is er geen verklaring te vinden waarom een kind omstreeks de uitgerekende datum in stuitligging ligt. Er zijn wel enkele situaties waarin de kans op een stuitligging verhoogd is:

- bij een meerlingzwangerschap;
- bij een afwijkende vorm van de baarmoeder of het bekken;
- wanneer de placenta (moederkoek) of een myoom (vlesboom) voor de ingang van het bekken ligt;
- bij aangeboren afwijkingen van het kind.

Als er twijfel is over de ligging van de baby krijgt u een echoscopisch onderzoek via de buik. De arts of echoscopist kijkt 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 nu?

Als uw kind bij 36 weken of later in stuitligging ligt, zijn er drie mogelijkheden voor de verdere bevalling.

- De verloskundige of gynaecoloog kan proberen uw kind naar een hoofdligging te 'draaien', via een zogenaamde '**uitwendige versie**'.
- Als dit niet lukt, of als het niet verstandig is om het kind te laten draaien, kan besloten worden tot een **vaginale stuitbevalling**. U kind wordt dan in stuitligging via de normale weg geboren.
- De laatste optie is om te bevallen via **een keizersnede**.

Uw arts zal met u bespreken welke mogelijkheden in uw situatie realistisch zijn. Op de komende pagina's worden de verschillende mogelijkheden nader toegelicht.

Uitwendige versie

Als uw kind bij een zwangerschapsduur van 36 weken nog in een stuitligging ligt, kan de gynaecoloog of verloskundige proberen de baby te draaien. Vóór 36 weken zwangerschapsduur draaien veel kinderen zelf nog naar een hoofdligging. Het is daarom verstandig pas na deze termijn het kind te draaien.

Als er besloten wordt om te proberen de baby te draaien krijgt u een afspraak op de verloskamers. Hier wordt een echo en een hartfilmpje (een CTG) van de baby gemaakt. Zijn deze beide goed dan zal de verloskundige, eventueel samen met de gynaecoloog de baby draaien.

U krijgt een medicijn toegediend om uw baarmoeder helemaal soepel te maken en te houden. Tijdens de versie wordt regelmatig met de echo gekeken hoe de baby ligt.

Als u goed ligt, pakt de verloskundige of gynaecoloog de baby via uw buik vast. Eén hand pakt 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 hoofdje van uw baby en probeert dit naar beneden te duwen. Simpel gezegd laten we de baby 'koppeltje duikelen'. Hoe lang het duurt, varieert van persoon tot persoon. Het kan zijn dat de baby binnen een minuut draait, soms kan het ook vijf minuten duren en moet de verloskundige of gynaecoloog meerdere pogingen doen.

Nacontrole

Na afloop wordt opnieuw de hartslag van uw kind door middel van een CTG gecontroleerd zodat we zeker weten dat u en uw kind het ziekenhuis in goede conditie verlaten. De buikwand kan door het duwen een paar dagen gevoelig en pijnlijk zijn. Dat is vervelend, maar kan geen kwaad.

Vrouwen met een rhesusnegatieve bloedgroep krijgen na afloop van een draaipoging een injectie met antiD, of het nu gelukt is de baby te draaien of niet.

Indien het draaien van de baby niet gelukt is, krijgt u een vervolgspraak op de polikliniek om verdere afspraken te bespreken.

Kans van slagen

Of het zal lukken 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 terugdraait. Het draaien van de baby kan moeilijker gaan als er weinig vruchtwater aanwezig is, als de baby erg groot is of als de placenta aan de voorzijde van de baarmoeder ligt. Ook is bij een eerste zwangerschap is de baarmoeder nog stevig en heeft het draaien minder kans op succes dan bij een tweede of derde zwangerschap. Gemiddeld is de kans op succes ongeveer 40 procent. Wanneer de uitwendige versie lukt en uw kindje netjes in hoofdligging blijft liggen heeft u wat betreft de stuitligging geen medische indicatie meer. U zou dan dus ook, als u verder geen andere medisch indicatie heeft, thuis kunnen bevallen als u dit graag wilt.

Complicaties na een uitwendige versie

Complicaties bij een uitwendige versie komen zelden voor, maar er bestaat een kleine mogelijkheid dat de vliezen breken, de navelstreng uitzakt of dat de moederkoek (placenta)deels loslaat. Op het hartfilmpje kan je soms zien dat de baby reageert: tijdelijk kan een vertraging van de hartslag optreden. Die herstelt na enige tijd vrijwel altijd spontaan.

Vaginale stuitbevalling

Bij een stuitbevalling maakt men 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. Een stuitbevalling lijkt in veel opzichten op een bevalling van een kind in hoofdligging. Er zijn ook drie fasen: de ontsluiting, het persen en de periode na de geboorte.

De ontsluitingsfase verloopt vaak iets anders bij een stuitbevalling. De billen, benen of voeten liggen naar beneden en drukken op de baarmoedermond. Deze zijn kleiner dan het hoofd en kunnen daardoor sneller door de baarmoedermond zakken. U kunt daardoor persdrang krijgen voordat er volledige ontsluiting is. De arts of verloskundige zal u dan vragen om nog niet te gaan persen. De ontsluiting kan ook trager verlopen omdat er een minder groot oppervlak op de ontsluitingsrand drukt. Daarom wordt er altijd een infuus gegeven waardoor we zo nodig medicijnen kunnen geven om de ontsluiting te bevorderen.

Wanneer u eenmaal volledige ontsluiting heeft gaat **het persen** hetzelfde als bij een baby in hoofdligging. 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 één of twee benen geboren.

Bij de geboorte van het hoofdje drukt de verloskundige of verpleegkundige soms boven het schaambeem om ervoor te zorgen dat het hoofd goed door het bekken gaat. De gynaecoloog is in deze fase altijd in de kamer aanwezig.

Complicaties na een vaginale stuitbevalling

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. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren als de ontsluiting niet snel genoeg vordert of als de baby op het hartfilmpje laat zien dat hij het benauwd heeft.

Complicaties voor de baby zijn zeldzaam. Er is een iets grotere kans dat de navelstreng uitzakt waardoor de baby het benauwd kan krijgen. Daarom is het belangrijk dat we de baby goed monitoren. Verder is er een kans dat het hoofdje niet zo soepel geboren wordt. Soms moet er geholpen worden met een tangverlossing om het hoofdje geboren te laten worden. In de praktijk komt dit gelukkig nauwelijks voor.

Keizersnede

Er kan in overleg met de gynaecoloog ook besloten worden tot een geplande keizersnede. Als het kindje erg groot of juist erg klein geschat wordt, niet helemaal goed in het baringskanaal ligt of in het verleden een moeizame bevalling heeft plaatsgevonden wordt er eerder voor een keizersnede gekozen. Meer informatie over een keizersnede vindt u in de folder **Een keizersnede**. Hierin staat beschreven hoe de keizersnede verloopt. Een voordeel van de keizersnede bij een stuitligging is dat direct duidelijk is waar je aan toe bent. Verder zijn er geen verschillen tussen een keizersnede bij een hoofdligging in vergelijking tot een stuitligging.

Complicaties na een keizersnede

Een keizersnede veroorzaakt een litteken in de baarmoeder. Dit is een nadeel bij een eventuele volgende bevalling. U krijgt na een keizersnede het advies om bij een volgende zwangerschap in het ziekenhuis te bevallen, omdat het litteken een verhoogde kans op complicaties tijdens een volgende bevalling met zich meebrengt. Het litteken kan bijvoorbeeld scheuren, de placenta kan voor de opening liggen, of de placenta kan met de baarmoeder vergroeid zijn wat veel meer bloedverlies na de bevalling geeft. Deze complicaties komen zelden voor.

Na de bevalling

Hoelang u na de bevalling in het ziekenhuis verblijft hangt af van de bevalling, hoe het met uw herstel gaat en hoe het met de baby gaat. Bij ontslag na een vaginale bevalling krijgt u de keuze om na vier weken op controle te komen bij de gynaecoloog of u kunt deze controle bij uw eigen verloskundige doen. Na een keizersnede komt u terug bij de gynaecoloog en kunt u de operatie en het herstel nabespreken.

De baby zal in beide gevallen na zes weken op controle komen bij de kinderarts (we streven naar dezelfde kinderarts die de baby ook heeft nagekeken na de bevalling).

Tot slot

Wat neemt u mee?

- uw (geldige) identiteitsbewijs (paspoort, ID-kaart, rijbewijs);
- uw medicatie-overzicht. Dat is een lijst met de medicijnen die u nu gebruikt. U haalt deze lijst bij uw apotheek.

Heeft u een andere zorgverzekering of een andere huisarts? Of bent u verhuisd? Geef dit dan door. Dat kan bij de registratiebalie in de hal van het ziekenhuis.

Zorgt u ervoor dat u op tijd bent voor uw afspraak? Kunt u onverwacht niet komen? Geeft u dit dan zo snel mogelijk aan ons door. Dan maken we een nieuwe afspraak met u.

Vragen

Wij streven naar een duidelijk en eenduidig beleid in Alrijne Ziekenhuis. Daarom bieden wij mensen die voor een geplande keizersnee gaan, en op verzoek ook mensen die vaginaal willen bevallen van een baby in stuitligging, de mogelijkheid tot een uitgebreid gesprek met een verpleegkundige van de verloskamers. Zij zal u uitleg geven over de (eventuele) operatie, over de afdeling en over het herstel. Voor al uw vragen kunt u bij deze verpleegkundige terecht.

Ook kunt u tijdens kantooruren bellen naar de polikliniek Gynaecologie/Verloskunde via 071 582 9048.

Voor dringende vragen buiten kantooruren kunt u altijd de verpleegkundigen van de verloskamers bellen via 071 582 8747. Uiteraard kunt u ons ook op dit nummer bereiken als u vruchtwater verliest en weeën of bloedverlies heeft.