

Stuitligging

Een kind dat tegen het einde van de zwangerschap met de billen, in plaats van het hoofd, omlaag ligt, wordt een kind in stuitligging genoemd. Meestal is onbekend waarom een kind met de billen omlaag ligt.

Een kind in stuitligging kan vaak gewoon, via de schede, geboren worden. Ook kan een kind in stuitligging door middel van een keizersnede worden geboren. Het kind in stuitligging kan tijdens de zwangerschap soms naar alsnog een naar hoofdligging worden gedraaid. In Nederland hebben de gynaecologen een aantal voorwaarden afgesproken waaronder een kind in stuitligging via de schede geboren kan worden.

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.

Hoe vaak komt een stuitligging voor?

Vroeg in de zwangerschap liggen veel kinderen in stuitligging. Dit neemt naarmate de zwangerschap vordert, af. Omstreeks de uitgerekende datum ligt ongeveer 3% van de kinderen in stuitligging.

Waarom ligt een kind 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 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.

De bevalling van een kind in stuitligging

Bij een stuitligging vindt doorgaans echoscopisch onderzoek via de buik plaats. De arts of echoscopist kijkt naar duidelijk zichtbare aangeboren afwijkingen, die zeldzaam zijn maar eventueel de oorzaak van de stuitligging kunnen zijn. Ook kijkt de arts 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 van een kind in stuitligging kan op twee manieren plaatsvinden:

- Door middel van een gewone bevalling via de vagina waarbij eerst de billen of voeten worden geboren.
- Door middel van een keizersnede.

Daarnaast kan het kind alsnog in hoofdligging worden gelegd door het te draaien tijdens de

zwangerschap, dit wordt uitwendige versie genoemd.

Voor de behandeling

De verloskundige of gynaecoloog bespreekt de voor- en nadelen van het draaien van de baby en wat u van een versie mag verwachten. Daarbij is er altijd aandacht voor vragen en uw persoonlijke situatie. Indien mogelijk bereidt u zich voor op dit gesprek. Stel uw vragen en uit uw zorgen, als u die heeft. U kunt uw partner of iemand anders meenemen naar het consult en de versie.

De verloskundige of gynaecoloog geven u informatie over een versie. U beslist zelf of u een de versie laat doen. U hebt altijd de mogelijkheid terug te komen op uw beslissing. Ook tijdens de versie kunt u aangeven dat u wilt stoppen.

Tijdens de behandeling

In het Beatrixziekenhuis vindt draaien van een kind plaats op de afdeling Verloskunde op 5 West.

- Degene die uw kind probeert te draaien is één van de klinisch verloskundigen of gynaecologen. De versie wordt meestal door één, soms door twee personen gedaan.
- Een partner of begeleider mag zeker mee. Kinderen meenemen is niet toegestaan.
- U ligt op een bed of onderzoeksbank. Voordat men met het draaien begint, controleert de arts de harttonen (CTG, cardiotocogram) en de ligging van het kind door middel van een echo.
- Indien dit is afgesproken krijgt u medicatie om de baarmoeder meer te ontspannen. Deze medicatie wordt via een infuus gegeven. Een verpleegkundige of verloskundige zal bij u een infuus plaatsen.
- Het is belangrijk dat u zo ontspannen mogelijk ligt en uw buikspieren niet aanspant; vòòr het draaien goed uitplassen helpt daarbij. 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 schaambeentjes 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 het koppeltje te laten duikelen. Op deze wijze duikelt het kind tot het met zijn hoofd beneden ligt.
- Tijdens het draaien houdt de verloskundige of gynaecoloog contact met de u. Als het draaien te pijnlijk is, kan er een pauze ingelast worden. Na even te rusten lukt het daarna vaak weer wel. Blijft het te pijnlijk, dan stopt de verloskundige of gynaecoloog. U bepaalt wat mogelijk is.
- Na afloop controleert men opnieuw de hartslag van uw kind door middel van een CTG. En wordt er opnieuw een echo gemaakt om de ligging van de baby te controleren.
- Bij een versie kan er een beetje bloed van de baby in het moederlijk bloed komen. Heeft de moeder bloedgroep Rhesus D negatief en de baby Rhesus D positief dan krijgt de moeder preventief een injectie met anti-D na afloop van de versie. Eventuele antistoffen die de moeder kan aanmaken worden weggevangen en kunnen geen kwaad doen.

Tijdsduur

De duur van het draaien kan verschillen, van 5 minuten tot 15 minuten. De gehele procedure met voor en nazorg duurt 1 ½ a 2 uur.

Mogelijke complicaties/risico's

Mogelijke complicaties van een versie

Met een versie kan geen directe schade aan de baby worden aangebracht. De baby zit goed beschermd in de vruchtzak met vruchtwater. Dit vruchtwater vangt de druk van buitenaf op. Complicaties komen dan ook zelden voor. De versie kan de hartslag van de baby doen versnellen of vertragen. Meestal herstelt de hartslag zich weer na een paar minuten. Er zijn dan geen gevolgen voor de gezondheid van de baby. Om risico's uit te sluiten wordt de baby minimaal een half uur gecontroleerd na de versie.

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat bij ongeveer 4 op de 1.000 vrouwen een keizersnede nodig is, omdat de hartslag van de baby langer lager blijft. Een keizersnede is dan nodig omdat de baby kans loopt op zuurstoftekort of andere complicaties. Alle baby's uit dit wetenschappelijk onderzoek (een optelsom van vele internationale onderzoeken) zijn na een keizersnede gezond geboren. In een Nederlands onderzoek waren helemaal geen keizersnedes nodig.

Hoe vaak lukt het om een kind te draaien?

Of het zal lukken om een kind te draaien, valt niet eenvoudig te voorspellen. Een algemeen cijfer is dat bij 55 van de 100 versies de baby na afloop in hoofdligging ligt. Maar de slagingskans is afhankelijk van de volgende factoren:

- Zwangerschapsduur
- Over het algemeen geldt: hoe vroeger in de zwangerschap en hoe meer vruchtwater, des te gemakkelijker is het 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 teruggedraait.
- Hoeveelheid vruchtwater
- Naarmate de zwangerschapsduur vordert, neemt de hoeveelheid vruchtwater af, wordt de baby groter en het draaien dus moeilijker.
- Lokalisatie moederkoek
- 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 het draaien moeilijker wordt als u zelf kleiner en/of zwaarder bent.
- Bij een eerste zwangerschap zijn de baarmoeder en de buikwand nog stevig en zal het draaien minder kans op succes hebben dan bij een tweede of derde zwangerschap.

Door gebruik te maken van medicatie om de baarmoeder meer te laten ontspannen, kan het

slagingspercentage verhoogd worden tot 10%. De verloskundige of gynaecoloog zal dit met u bespreken.

Soms draait een baby weer terug na een versie poging, dit gebeurt ongeveer in 5% van de gevallen. U kunt dan opnieuw een versie laten doen.

Wanneer is een versie niet mogelijk?

- Bij een tweelingzwangerschap is het niet mogelijk om één of beide kinderen te draaien.
- Bij een afwijkende vorm van de baarmoeder
- Bij een voorliggende placenta
- Bij bijvoorbeeld een verhoogde bloeddruk met complicaties voor de moeder, te weinig vruchtwater, een litteken in de baarmoeder of een ernstig groeivertraagde baby kan de gynaecoloog soms besluiten om het kind niet te draaien.

Leefregels na de behandeling

De eerste dagen na de versie kunt u een gevoelige buik hebben. Het is belangrijk om op het bewegen van de baby te letten. Is dit minder dan u gewend bent, neem dan direct contact op met uw verloskundige of gynaecoloog voor een extra controle. Bel ook bij bloedverlies, vochtverlies, buikpijn of een harde buik die niet over gaat.

Bevallen bij een kind in stuitligging

- Het verloop van een gewone bevalling bij een kind 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 (zie de gewone bevalling).
- 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 geboren is tot ongeveer halverwege, vraagt de gynaecoloog u te zuchten en te stoppen met persen. In de volgende wee kan dan het hoofd in één keer geboren worden.
- 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)
- 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 plaatsvinden òf uitwendig via de buik, òf inwendig via een elektrodedraadje op de bil van uw kind.

De keizersnede bij een kind in stuitligging

Voor algemene informatie over de keizersnede, zie informatie over de keizersnede.