

Verloskunde

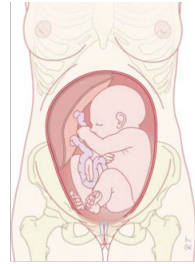
Een stuitligging

Wat is een stuitligging?

Bij een stuitligging ligt het hoofd van de baby boven in de baarmoeder, terwijl de billen of de benen beneden bij de ingang van het bekken liggen.

Er zijn verschillende soorten stuitliggingen:

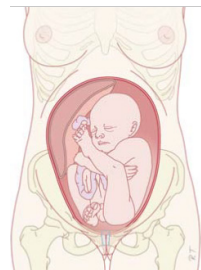
- Bij een volkomen stuitligging zijn de knieën van de baby gebogen zodat de voeten naast de billen liggen.



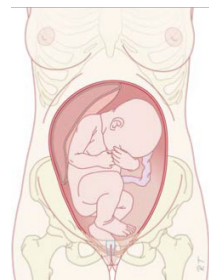
- Bij een onvolkomen stuitligging zijn de benen van de baby omhoog gestrekt met de voeten naast het hoofd.



- Bij een half (on)volkomen stuitligging ligt 1 been in de houding van de volkomen stuitligging en 1 been in de houding van de onvolkomen stuitligging.



- Bij een voetligging zijn de benen van de baby gestrekt zodat 1 of beide voeten onder de billen van de baby liggen.



Vroeg in de zwangerschap liggen veel baby's in stuitligging. De meeste baby's draaien tijdens de zwangerschap zelf om. Rond de uiterekende datum ligt ongeveer 3% van de baby's nog in stuitligging.

Bij meer dan 85% van de zwangeren is het onbekend waarom de baby in stuitligging ligt. Een stuitligging komt vaker voor:

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

Bij een stuitligging wordt er altijd een echo gemaakt. Hierbij kijkt de gynaecoloog naar hoe de baby in de baarmoeder ligt, de stand van het hoofdje van de baby, de hoeveelheid vruchtwater en de ligging van de placenta. Ook kijkt de arts of er myomen of andere afwijkingen zijn die de ingang van het bekken blokkeren en of er duidelijk zichtbare aangeboren afwijkingen zijn.

Behandeling bij een stuitligging

Er zijn verschillende mogelijkheden voor behandeling:

- De gynaecoloog probeert uw baby naar een hoofdligging te draaien. Dit noemen we ook wel een "versie".
- U bevalt vaginaal van uw baby in stuitligging.
- U bevalt door middel van een keizersnede van uw baby in stuitligging. Dat zal zijn rond de 39ste week van de zwangerschap zijn.

De gynaecoloog zal met u bespreken wat de mogelijkheden in uw situatie zijn.

De baby draaien

De risico's voor moeder en kind zijn het kleinst bij een vaginale geboorte in hoofdligging. De kans op een keizersnede is ook kleiner.

Voor 36 weken zwangerschapsduur draaien veel kinderen zelf nog naar een hoofdligging. Het is daarom verstandig pas na deze termijn het kind te draaien. Het is bijna altijd mogelijk om tot aan de bevalling te proberen het kind te draaien.

Er zijn situaties waarin de baby niet gedraaid kan worden. De gynaecoloog zal dit met u bespreken.

Het draaien

U wordt kort opgenomen op de afdeling Verloskunde. Vooraf moet uw blaas leeg zijn. Eerst wordt er een CTG (hartfilmpje) gemaakt. Er wordt ook een echo gemaakt om te kijken of de baby nog steeds in stuitligging ligt. Als dit zo is en het CTG goedgekeurd is, krijgt u een injectie met een medicijn dat de baarmoeder laat ontspannen. Dit vergemakkelijkt het draaien van de baby. Een bijwerking van dit medicijn is dat uw hart een aantal uren sneller klopt.

Het is belangrijk dat u zo ontspannen mogelijk ligt en uw buikspieren niet aanspant. De gynaecoloog pakt met één hand de billen van de baby en met de andere hand het hoofdje. Door de billen omhoog en het hoofdje langzaam naar beneden te bewegen, zal het kind zelf verder draaien.

Het draaien kan minder dan 30 seconden duren maar soms ook meer dan 5 minuten. Na afloop wordt er weer een CTG gemaakt om de hartslag van de baby te controleren.

Gemiddeld is de kans van slagen van het draaien ongeveer 40%.

Over het algemeen geldt: hoe vroeger in de zwangerschap en hoe meer vruchtwater, des te gemakkelijker het is om de baby te draaien.

Dat heeft ook een nadeel: als de baby gemakkelijk te draaien is, is de kans ook groot dat het zelf weer teruggedraait.

Na het draaien

- Als het is gelukt om de baby te draaien, wordt u weer terug verwezen naar uw eigen verloskundige en mag u ook eventueel thuis bevallen. Dit geldt alleen als u geen andere medische indicatie hebt.
- Als u bloedgroep rhesus D-negatief hebt en u zwanger bent van een rhesus-D positief kind, krijgt u na afloop van de draaipoging altijd een injectie met anti-D.
- Als de baby uit zichzelf weer is teruggedraaid naar een stuitligging kan geprobeerd worden opnieuw te draaien. Dit gebeurt dan meestal na 1 week. Als de baby in stuitligging blijft liggen, moet u de rest van de zwangerschap en voor de bevalling onder controle blijven van de gynaecoloog.

Mogelijke gevolgen en complicaties van het draaien

Voor de moeder zijn er geen gevaren. Wel hebben enkele vrouwen last van de bijwerkingen van het medicijn om de baarmoeder te ontspannen. Dit gaat altijd vanzelf over.

De buik kan door het duwen en draaien een paar dagen gevoelig en pijnlijk zijn. Dit kan geen kwaad voor de baby. Na het draaien is de hartslag van de baby 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 het soms nodig een keizersnede te doen.

Wanneer contact opnemen

U moet contact opnemen met de afdeling Verloskunde als zich na het draaien 1 of meerdere van de onderstaande problemen voordoen:

- Toenemende buikpijn.
- Bloedverlies.
- U vindt dat de baby minder beweegt.

De afdeling Verloskunde is 24 uur per dag bereikbaar.

T: 0515 - 48 83 20.

Vaginale bevalling in stuitligging

De ontsluiting verloopt bij een stuitbevalling vaak iets anders. De billen, benen of voeten van de baby liggen naar beneden en drukken op de baarmoedermond. Omdat de billen, benen of voeten kleiner zijn dan het hoofd van de baby kunnen deze sneller door de baarmoedermond zakken. U kunt daardoor persdrang krijgen terwijl u nog geen volledige ontsluiting (10 centimeter) hebt. U mag dan nog niet gaan persen. Als u wel mag persen, gaat het persen op dezelfde manier als bij een baby in hoofdligging.

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 om een keizersnede te doen.

Mogelijke complicaties bij de baby

Baby's in stuitligging die gewoon (vaginaal) worden geboren, worden vaker kort na de geboorte op de couveuseafdeling opgenomen dan baby's die geboren worden na een keizersnede. Een reden hiervoor kan zijn dat de baby na de geboorte extra zuurstof nodig heeft of geholpen moet worden bij de ademhaling.

Een andere reden kan zijn dat de baby een beschadiging heeft opgelopen tijdens de geboorte, zoals een botbreuk, een zenuwbeschadiging of een hersenbloeding. Dit komt niet vaak voor (bij ongeveer 1% van alle baby's in stuitligging), maar wel 2 keer vaker dan na een keizersnede.

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. Hun ontwikkeling verloopt hetzelfde en er is geen grotere kans op sterfte. Uit onderzoek onder tweejarige kinderen blijkt dat de gezondheid van kinderen die in de couveuse hebben gelegen niet verschilde van kinderen die niet in een couveuse hebben gelegen.

De keizersnede bij een stuitligging

Mogelijke complicaties bij de moeder

De kans op ernstige complicaties door 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 en sommige complicaties kunnen ook na een gewone bevalling voorkomen, zoals bloedarmoede en trombose.

Complicaties als gevolg van de keizersnede kunnen zijn:

- Een nabloeding in de buik.
- Een bloedingstorting in het wondgebied.
- Een wondinfectie.
- Een beschadiging van de blaas.
- Een blaasontsteking.

Mogelijke complicaties bij het kind

Soms is het bij een keizersnede moeilijk om een baby die in stuitligging ligt uit de baarmoeder te halen. Er kan dan een (zenuw)beschadiging ontstaan. Wanneer de keizersnede te vroeg in de zwangerschap wordt gepland, kan de baby longproblemen krijgen. Dan is opname op de couveuseafdeling nodig. Daarom wordt in principe bij een stuitligging geen keizersnede gedaan voor de 39ste week van de zwangerschap.

Na de keizersnede

Door een keizersnede zit er een litteken in de baarmoeder. Dit is een nadeel bij een volgende bevalling. U krijgt na een keizersnede het advies om bij een volgende zwangerschap in het ziekenhuis te bevallen omdat het litteken in de baarmoeder een verhoogde kans geeft op complicaties zoals:

- Het openscheuren van het litteken.
- De placenta (moederkoek) kan vóór de opening van de baarmoeder gaan liggen.
- De placenta kan vast vergroeien in de baarmoeder (wat veel bloedverlies na de bevalling geeft).

Deze complicaties komen weinig voor maar na een keizersnede wel vaker dan na een gewone bevalling. Voor algemene informatie over de keizersnede kunt u ook de folder “De keizersnede” lezen.

Een keuze maken

Meestal 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.

Wanneer bij een geplande keizersnede de bevalling spontaan eerder begint dan gepland was, dan wordt de keizersnede vervroegd.

De voor- en nadelen van een gewone bevalling en een keizersnede

Vaak wordt gedacht dat een keizersnede de veiligste manier is, maar een keizersnede heeft ook nadelen. In onderstaand overzicht kunt u de voor- en nadelen van een gewone bevalling en van een keizersnede zien.

Gewone bevalling	Keizersnede
natuurlijk, spontaan	meer kans op complicaties voor de moeder
geen nadelen van operatie	iets hogere kans op complicaties bij een volgende bevalling
kortere ziekenhuisopname	langere ziekenhuisopname
sneller herstel	langzamer herstel
volgende bevalling thuis is mogelijk	geen thuisbevalling meer mogelijk
iets hogere kans op problemen bij de baby kort na de geboorte	iets kleinere kans op problemen bij de baby kort na de geboorte

Contact

Als uw baby in een stuitligging ligt, geeft dit meestal aanleiding tot veel vragen. U kunt uw ideeën, eventuele twijfels en zorgen altijd met de gynaecoloog bespreken.

U kunt ook contact opnemen met de polikliniek Gynaecologie via de BeterDichtbij app.

Bent u door de polikliniek nog niet uitgenodigd voor het gebruik van BeterDichtbij of kunt u de BeterDichtbij app niet gebruiken?

Dan kunt u bellen.

T: 0515 - 48 89 83

Bij dringende vragen kunt u contact opnemen met de afdeling Verloskunde.

T: 0515 - 48 83 20.

Hebt u opmerkingen of tips over de informatie in deze folder?

Wij ontvangen ze graag via folders@mijnantoniushuis.nl