de Verloskundige

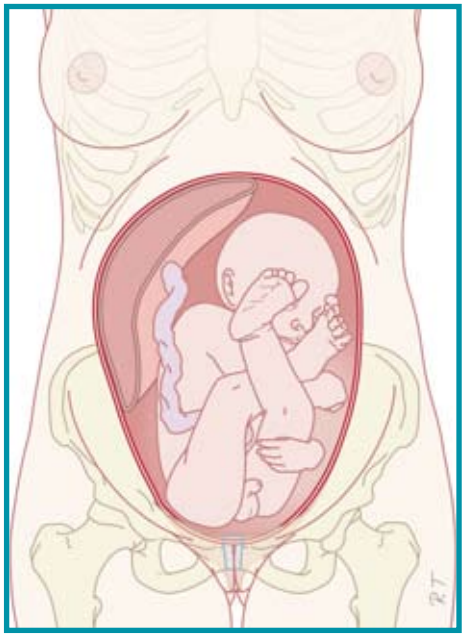
Uitwendige versie en stuitligging

KNOV

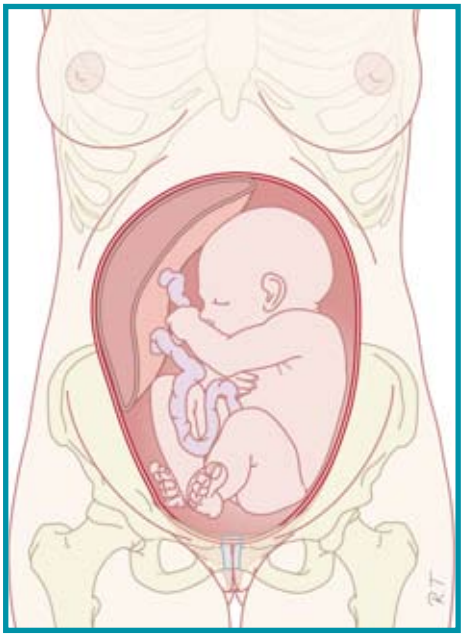
De meeste kinderen liggen rond de achtste maand met het hoofd naar beneden. Dat noemen we de 'hoofdligging'. Dat is voor een kind de meest natuurlijke ligging om geboren te worden. Bij 3-4% van de zwangerschappen is dit niet het geval en ligt het kind in stuitligging. Deze brochure geeft u informatie over wat dit betekent.

Wat is een stuitligging?

Bij een stuitligging ligt het hoofd van het kind boven in de baarmoeder, terwijl de billen beneden bij de ingang van het bekken liggen. Er zijn verschillende soorten stuitligging (zie afbeeldingen hieronder).



- **onvolkomen stuitligging:**
de benen liggen omhoog naast het lichaam, zodat het kind als het ware op zijn tenen kan sabbelen.



- **volkomen stuitligging:**
de benen zijn gebogen zodat de voeten bij de billen liggen ('kleermakerszit').

Wat is de oorzaak van een stuitligging?

In de meeste gevallen is er geen oorzaak voor de stuitligging (85%). Wel komt een stuitligging vaker voor bij een meerlingzwangerschap, bij een placenta die voor de uitgang van de baarmoeder ligt en bij bepaalde afwijkingen aan de baarmoeder.

- **half onvolkomen stuitligging:**
één been ligt gestrekt naar boven, het andere been ligt gebogen naar beneden.

- **voetligging:**
het kind ligt met één of beide benen gestrekt naar beneden, zodat één of twee voeten lager dan de billen liggen.

Wat zijn de risico's van een stuitligging?

Bij een stuitligging is er meer kans op complicaties tijdens en na de bevalling dan bij een hoofdligging, voor zowel de moeder als het kind. Het kind wordt vaker opgenomen op de couveuseafdeling. De moeder heeft na een keizersnede meer kans op: wondinfectie, nabloeding, beschadiging van de blaas of het niet goed op gang komen van de darmen. Door de keizersnede is ook een litteken in de baarmoeder ontstaan. Er bestaat een kleine kans dat dit litteken gaat scheuren bij een volgende bevalling.
Alle volgende bevallingen na een keizersnede moeten daarom plaatsvinden in het ziekenhuis onder leiding van de gynaecoloog. Ook is er een kleine kans dat tijdens een volgende zwangerschap de moederkoek ingroeit in het litteken van de keizersnede. Dit kan na de bevalling leiden tot veel bloedverlies; soms moet dan de baarmoeder verwijderd worden.

Wat nu?

Ligt uw kind in stuitligging, dan zijn er twee mogelijkheden:

- **Afwachten**
  Misschien draait het kind nog spontaan naar hoofdligging.
  Deze kans wordt kleiner naarmate u langer zwanger bent.
  De hoeveelheid vruchtwater neemt af en het kind krijgt minder ruimte.
  Zo kan het kind steeds moeilijker bewegen.

- **Uitwendige versie**
  Dit is het draaien van het kind met de handen aan de buitenkant van de buik van stuitligging naar hoofdligging.

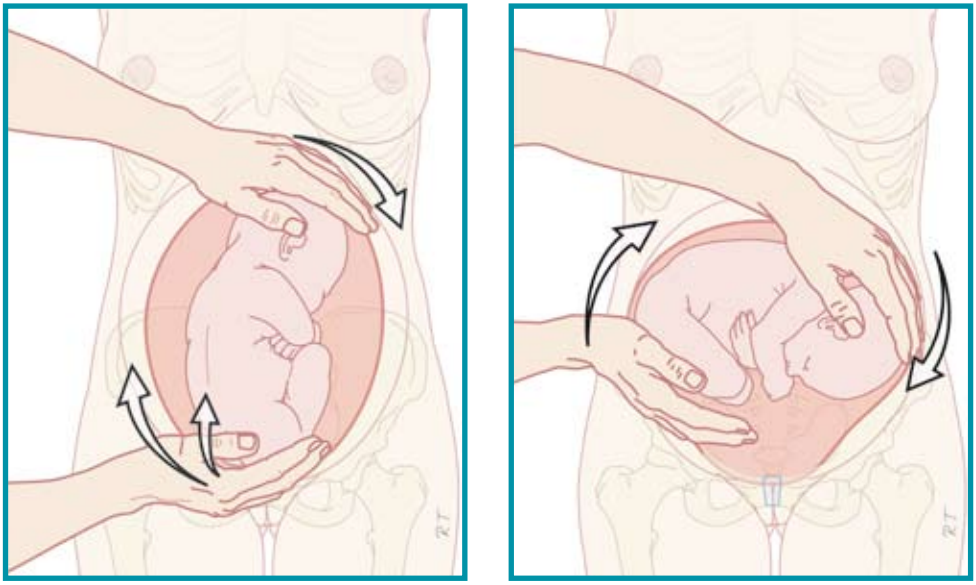
Hoe gaat zo'n uitwendige versie?

U ligt op de onderzoeksbank in een ontspannen houding met opgetrokken knieën. De verloskundige omvat met beide handen de billen van het kind en brengt deze naar één kant van het bekken. Daarna wordt het kind met één hand op deze plaats gehouden en met de andere hand wordt het hoofd naar beneden bewogen. Door nu de billen omhoog en het hoofd geleidelijk naar beneden te bewegen zal het kind zelf verder draaien.

Let op:

- Het is belangrijk dat uw blaas leeg is.
- Voor en na de uitwendige versie wordt de hartslag van uw baby enige tijd gecontroleerd om te beoordelen of de conditie goed blijft.
- Als uw bloedgroep Rhesus negatief is, krijgt u anti-D toegediend.
- De uitwendige versie duurt gemiddeld een uur.

Uitwendig draaien van het kind.



Wanneer wordt een uitwendige versie gedaan?

In principe kan het kind, mits er voldoende vruchtwater is, vanaf 36-37 weken tot aan de bevalling gedraaid worden. Daarvoor kan het kind vaak zelf nog draaien.
Kinderen veranderen vaak van ligging in de zwangerschap. Rond 30 weken ligt nog ongeveer 25% van de kinderen in stuitligging. Bij 36-37 weken ligt nog 3-4% in stuitligging.

Wie voert de versie uit?

Afhankelijk van de situatie in uw regio zal uw verloskundige zelf de versie uitvoeren. Zij kan u ook verwijzen naar een collega-verloskundige of naar de gynaecoloog. Deze verloskundige of gynaecoloog heeft veel ervaring met uitwendige versies.

Een echo?

Voordat de verloskundige het kind draait wordt altijd een echo gemaakt om te bepalen of een uitwendige versie uitvoerbaar en zinvol is.
De echoscopist(e) kijkt naar de ligging van het kind, de hoeveelheid vruchtwater, de ligging van de placenta en naar aangeboren afwijkingen die een enkele keer een oorzaak van de stuitligging kunnen zijn.
Meestal is er geen probleem voor een uitwendige versie.

Hoe vaak lukt het draaien?

Dat is van te voren moeilijk te voorspellen. Een aantal factoren speelt hierbij een rol:

- de zwangerschapsduur: naarmate de zwangerschap verder gevorderd is, is de kans groter dat bij een gelukte versie het kind in hoofdligging blijft liggen en niet terugdraait;
- de hoeveelheid vruchtwater: bij voldoende tot ruim vruchtwater is het draaien makkelijker dan bij weinig vruchtwater;
- de ligging van de placenta: als de placenta tegen de achterkant van de baarmoeder ligt, is het makkelijker om het kind vast te pakken dan wanneer deze tegen de voorkant ligt;
- de buikwand: een stevige buikwand zoals vaak bij een eerste kind, maakt het draaien veelal iets minder makkelijk.

De kans op een succesvolle versie is ongeveer 40%.

Wat zijn de risico's van het draaien?

Complicaties komen zelden voor. Bij het kind kan een tijdelijke vertraging van de hartslag optreden. Die herstelt na enige tijd vrijwel altijd spontaan. Zo niet, dan wordt u doorgestuurd naar het ziekenhuis. Een enkele keer kan een spoedkeizersnede nodig zijn. De kans daarop is minder dan één procent.

Wat gebeurt er na de uitwendige versie?

U kunt na de versie een gevoelige buik hebben. Dit is normaal.
Ook kunt u na de versie het kind minder voelen bewegen. Na enkele uren is dat weer gewoon. Is dit niet zo, neem dan contact op met uw verloskundige. Krijgt u heftige buikpijn? Verliest u vruchtwater? Krijgt u regelmatige weeën of verliest u bloed? Neem dan direct contact op met uw verloskundige.

En als de uitwendige versie niet lukt?

Als de versie niet is gelukt of als uw kind weer terugdraait, kan de versiepoging misschien herhaald worden.
Blijft uw kind in stuitligging, dan vindt de bevalling plaats in het ziekenhuis en controleert de gynaecoloog het verdere verloop van uw zwangerschap. De gynaecoloog onderzoekt of een vaginale stuitbevalling veilig is. Als dat zo is, dan kunt u kiezen voor een vaginale bevalling of een keizersnede. Soms beslist de gynaecoloog om medische redenen tot een keizersnede, dan kunt u niet kiezen.

Heeft u nog vragen?

Deze folder dient als aanvulling op het gesprek dat u met uw verloskundige heeft. Hebt u naar aanleiding van deze informatie nog vragen, dan kunt u daarmee terecht bij uw verloskundige.

Colofon

Uitgave
© Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, januari 2011

Vormgeving
Arnold Wierda

Fotografie
Henk Haveman

Illustraties
© Rogier Trompert Medical Art

Deze folder is door de KNOV vervaardigd en zorgvuldig samengesteld.
De KNOV sluit iedere aansprakelijkheid voor nadelige gevolgen van gebruik door derden uit.
Niets uit deze folder mag worden verveelvoudigd of openbaar gemaakt, in de ruimste zin des woords, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de KNOV.

KNOV