

Patiënteninformatie

Stuitligging

AZ Turnhout heeft deze informatiefolder met de grootste zorg opgemaakt. De inhoud ervan is echter algemeen en indicatief. De folder omvat niet alle medische aspecten. Hij vervangt de raadpleging bij je zorgverlener niet. Mocht deze folder vergissingen, tekortkomingen of onvolledigheden bevatten dan zijn AZ Turnhout, personeel en artsen hiervoor niet aansprakelijk.

Wat is stuitligging?

Een stuitligging is een afwijkende ligging tijdens de zwangerschap, waarbij de baby met het hoofd bovenaan in de baarmoeder ligt en met het achterwerk (of de stuit) naar beneden. Normaal ligt de baby met het hoofdje naar beneden.

Voor de bevalling houdt deze positie extra risico's in.

Soorten stuitligging

Onvolkomen stuitligging

De baby ligt met de benen helemaal omhoog naast zijn of haar lichaam.

Volkomen stuitligging

De baby heeft de bovenbenen langs het lichaam gestrekt en heeft de knieën gebogen zodat de voeten naast de billen liggen. De baby zit in een soort kleermakerszit.

Half onvolkomen stuitligging

De baby ligt met een been gestrekt naar boven en met het andere been naar beneden zoals bij een volkomen stuitligging.

Voetligging

De baby ligt met een of beide benen gestrekt naar beneden, zodat een of twee voetjes onder de billen liggen.

Oorzaken stuitligging

Meestal is de oorzaak van een stuitligging onbekend. Vroeg in de zwangerschap komt stuitligging vaak voor. Tussen 20 en 25 weken ligt 1 op 3 baby's in stuitligging. De meeste baby's draaien spontaan naar hoofdligging naarmate de zwangerschap vordert.

Na 35 tot 36 weken ligt nog 3 tot 4% van de baby's in stuitligging en is de kans klein dat de baby nog naar hoofdligging draait.

Een stuitligging komt vaker voor bij:

- een vroeggeboorte
- een meerling zwangerschap
- indien de baarmoeder of het bekken een afwijkende vorm hebben
- een voorliggende placenta

Stuitligging, wat nu?

Indien we op het einde van de zwangerschap een stuitligging vaststellen, zal de gynaecoloog de mogelijkheden met jou bespreken.

Een vaginale stuitbevalling wordt sterk afgeraden, vermits de risico's voor de baby verhoogd zijn (zuurstoftekort, navelstrenguitzakking, zenuwletsels, hersenbeschadiging, breuken, beschadiging van de buikorganen).

De gynaecoloog zal op basis van de echografie en lichamelijk onderzoek een uitwendige kering naar hoofdligging of een geplande keizersnede voorstellen.

Uitwendige kering of versie

Hoe verloopt de kering?

Een uitwendige kering gebeurt meestal rond 36 weken zwangerschapsduur. Voor een uitwendige kering wordt je meestal gedurende een 3-tal uren opgenomen op de verloskamer. De gynaecoloog en arts-assistent zullen proberen de baby te draaien.

Eerst doen we een controle van de foetale hartslag (CTG) en een echografische controle van de ligging van de baby.

Via een infuus krijgt u vlak voor de kering medicatie toegediend om de baarmoeder ontspannen te houden. Het is belangrijk dat u zo ontspannen mogelijk ligt en de buikspieren niet aanspant.

Onder echogeleide zal de gynaecoloog proberen het achterwerk van de baby uit uw bekken naar boven te duwen en tegelijkertijd het hoofd van de baby naar beneden te duwen waardoor de baby naar voor tuimelt. Hierdoor draait de baby dan eerst naar dwarsligging en nadien naar hoofdligging. Voor de moeder voelt een kering altijd vervelend en vaak ook wat pijnlijk.

Na de kering maken we opnieuw een CTG om de hartslag van de baby te controleren. Ook doen we een bloedname om na te gaan of er geen microscopische beschadigingen aan de placenta zijn ontstaan door de kering. Rhesusnegatieve vrouwen krijgen ook Rhogam toegediend om te verhinderen dat ze antistoffen tegen de rhesusfactor aanmaken.

Hoe vaak lukt een kering?

De kans op succes bij een kering is ongeveer 40% bij een eerste kindje en 60% bij tweede of derde kindjes. Of een kering lukt, valt niet te voorspellen.

Gunstige factoren zijn:

- niet ingedaalde stuit
- volkomen stuitligging
- ruim vruchtwater
- placenta aan de achterzijde van de baarmoeder
- een tweede of volgende zwangerschap

Bij een tweelingzwangerschap is het niet mogelijk één of beide baby's te draaien. Ook bij zwangerschapsvergiftiging of een littekenbaarmoeder voeren we geen kering uit.

Mogelijke gevolgen en verwikkelingen van de kering

Voor de moeder is er geen gevaar. De buikwand kan door het duwen een paar dagen gevoelig en pijnlijk zijn.

Voor de baby zijn de risico's ook zeer beperkt:

- voorbijgaande daling van de hartslag (5%)
- vaginaal bloedverlies (0,47%)
- blijvende afwijkende foetale hartslag (0,36%)
- gedeeltelijke placenta loslating (0,12%).

In minder dan 0,5% moet een spoedsectio uitgevoerd worden ten gevolge van de uitwendige kering.

Geplande keizersnede

Een geplande keizersnede wegens stuitligging plannen we meestal rond 39 weken zwangerschapsduur. Voor meer informatie hierover verwijzen we naar de folder keizersnede.

Indien u toch vroeger denkt dat dat de vliezen gebroken zijn of u weeën hebt, komt u best zo snel mogelijk naar de verloskamer voor onderzoek. Indien nodig zullen we de keizersnede vroeger uitvoeren.

Tot slot

Hebt u na het lezen van deze brochure nog vragen of opmerkingen, dan kunt u terecht bij uw behandelend arts gynaecoloog of de vroedvrouwen. Wij hopen van harte dat deze brochure u wegwijs heeft gemaakt in het verloop van de inleiding van de bevalling.

Wie contacteren bij vragen of problemen?

Dienst Gynaecologie-verloskunde (Campus Sint-Jozef)
Steenweg Op Merksplas 44, 2300 Turnhout
Route C20
014 44 44 20

Verloskamer
Route E33
014 44 42 31

AZ Turnhout vzw

www.azturnhout.be
info@azturnhout.be
014 40 60 11



Blijf op de hoogte via www.facebook.com/azturnhout



Campus Sint-Jozef

Steenweg op Merksplas 44
2300 Turnhout



Campus Sint-Elisabeth

Rubensstraat 166
2300 Turnhout

V.U. : Jo Leysen • gedelegeerd bestuurder AZ Turnhout vzw (vertegenwoordiger Eleyas bvba)
Steenweg op Merksplas 44 • 2300 Turnhout