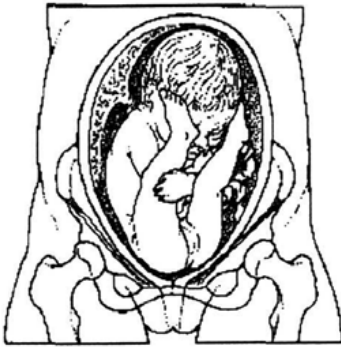


Wat is een stuitligging?

Bij een stuitligging ligt het hoofd van het kind boven in de baarmoeder, in plaats van naar beneden. Hieronder een paar voorbeelden van verschillende stuitliggingen:



1a. Onvolkomen stuitligging:
met de benen omhoog langs het
lichaam



1b. Volkomen stuitligging:
met gebogen knieën zodat de voeten
naast de billen liggen



1c. Half (on)volkomen stuitligging:
één been met gebogen knie,
andere been omhoog langs het
lichaam



1d. Voetligging:
benen gestrekt omlaag zodat een of
beide voeten onder de billen ligt/liggen.

Hoe vaak komt een stuitligging voor?

Vroeg in de zwangerschap liggen veel baby's in stuitligging. De meeste draaien vanzelf met het hoofd naar beneden. Rond de uitgerekende datum ligt minder dan 3% van de baby's nog in stuitligging.

Waarom ligt een baby in een stuitligging?

Bij meer dan 85% van de zwangeren is de oorzaak van een stuitligging onbekend. Wel zijn er situaties waarin de kans op een stuitligging groter is:

- Meerlingzwangerschap
- Afwijkende vorm van de baarmoeder of het bekken
- Placenta (moederkoek) of een myoom (vleesboom) die de ingang van het bekken blokkeren
- Aangeboren afwijkingen bij de baby

Onderzoek bij een stuitligging

Bij een stuitligging krijgt u een echo via de buik. De arts of echoscopist controleert of uw baby aangeboren afwijkingen heeft. Dit komt bijna nooit voor, maar kan een oorzaak van de stuitligging zijn. Daarnaast wordt gekeken naar de stand van het hoofd van de baby, de hoeveelheid vruchtwater, de ligging van de placenta en of eventuele vleesbomen of andere afwijkingen die de ingang van het bekken blokkeren.

Wat gebeurt er als de baby bij 36 weken nog in stuitligging ligt?

Als uw baby bij 36 weken of later nog in stuitligging ligt, zijn er drie mogelijke opties:

- De baby draaien (versie) naar een hoofdligging.
- Een vaginale bevalling waarbij de baby met de billen of voeten eerst wordt geboren.
- Een keizersnede rond 39 weken zwangerschap.

De arts bespreekt met u welke optie in uw situatie het meest geschikt is.

Het draaien (versie) van een baby in stuitligging

Waarom wordt een baby gedraaid?

Een vaginale bevalling in hoofdligging is het veiligst voor moeder en kind.

Wanneer wordt de baby gedraaid?

Voor 36 weken draaien veel baby's vanzelf. Daarom gebeurt een versie meestal pas na deze termijn. Soms wordt eerder of later gedraaid, afhankelijk van de hoeveelheid vruchtwater. Een draaiing kan in principe tot aan de bevalling worden geprobeerd.

Hoe verloopt het draaien?

- U ligt op een bed.
- Vooraf controleert de arts of klinisch verloskundige de harttonen van de baby met een cardiotocogram (CTG) en bekijkt de ligging.
- De gynaecoloog of klinisch verloskundige drukt op de buik om de baby handmatig te draaien.
- Eén hand duwt de billen omhoog.
- De andere hand duwt het hoofd naar beneden.
- De draaiing duurt meestal minder dan 30 seconden tot enkele minuten.
- Na afloop wordt de hartslag van de baby opnieuw gecontroleerd met een CTG.

Hoe vaak lukt het om een baby te draaien?

Of het lukt de baby te draaien, is niet te voorspellen. Gemiddeld lukt het in 55% van de gevallen (bij 55 van de 100 vrouwen). Vroeg in de zwangerschap is er meer vruchtwater, waardoor draaien makkelijker gaat. Maar baby's die makkelijk draaien, kunnen ook weer terugdraaien.

Wanneer gaat het draaien moeilijker?

- Later in de zwangerschap is er minder vruchtwater en is de baby groter.
- Als de moederkoek aan de voorzijde van de baarmoeder ligt, is de baby lastiger vast te pakken.
- Hoe kleiner of zwaarder u bent, hoe moeilijker de draaiing.
- Bij een eerste zwangerschap is de baarmoeder steviger, waardoor draaien minder kans van slagen heeft. Bij een tweede of derde zwangerschap lukt het vaker.

Eventuele gevolgen en complicaties van het draaien

Voor de moeder zijn er geen gevaren, maar de buikwand kan een paar dagen gevoelig of pijnlijk zijn. De hartslag van de baby kan tijdelijk trager worden, maar herstelt meestal vanzelf. In minder dan **1% van de gevallen** blijven de harttonen afwijkend en is direct een keizersnede nodig.

Na het draaien

- Als de draaiing is gelukt, kunt u thuis bevallen (tenzij er een andere medische reden is voor een ziekenhuisbevalling).
- De baby kan opnieuw terugdraaien naar een stuitligging. In dat geval kan een tweede draaiing worden geprobeerd, meestal na een week.
- Blijft de baby in stuitligging liggen? Dan blijft u onder controle in het ziekenhuis voor de verdere begeleiding van de zwangerschap en bevalling.
- Bloedgroep rhesus negatief? Als u rhesus negatief bent, krijgt u na een draaipoging een injectie met anti-D, ook als de draaiing niet gelukt is.

De vaginale bevalling bij een stuitligging

Hoe verloopt een stuitbevalling?

Een stuitbevalling heeft dezelfde drie fasen als een bevalling in hoofdligging; de ontsluiting, de persfase en de periode na de geboorte.

Ontsluiting

Bij een stuitbevalling liggen de billen, benen of voeten naar beneden en drukken op de baarmoedermond. Omdat deze kleiner zijn dan het hoofd, kan de baarmoedermond sneller open gaan. Dit kan leiden tot persdrang voordat er volledige ontsluiting is. De arts zal u in dat geval vragen om nog niet te persen.

Persfase

Het persen verloopt grotendeels hetzelfde als bij een bevalling in hoofdligging. Zodra het lichaam van de baby tot halverwege is geboren, vraagt de gynaecoloog u om te zuchten en even te stoppen met persen. Bij de volgende wee wordt het hoofd in één keer geboren. Een assistent kan dan boven het schaambeen drukken om te helpen.

Houding tijdens de bevalling

Bij een stuitbevalling wordt meestal een dwarsbed gebruikt. Dit betekent dat het voeteneinde van het verlosbed wordt weggehaald en dat u uw benen in beensteunen plaatst, net als bij een gynaecologisch onderzoek. Dit geeft de gynaecoloog meer ruimte om te helpen. De hartslag van de baby wordt tijdens de bevalling gecontroleerd, dit kan uitwendig via de buik of inwendig via een elektrode op de bil van de baby.

Bij een onvolkomen stuitligging liggen de benen omhoog. Eerst worden de billen geboren, daarna de rest van het lichaam en tot slot het hoofd.

Bij een volkomen stuitligging liggen de benen gebogen. Eerst komt één of beide benen, daarna de rest van het lichaam en uiteindelijk het hoofd.

Mogelijke complicaties

Voor de moeder

De kans op complicaties voor de moeder is bij een stuitbevalling niet groter dan bij een bevalling in hoofdligging. Omdat de geboorte bij een stuitligging soms moeizamer verloopt, wil de gynaecoloog dat de ontsluiting vlot gaat. Als dit niet gebeurt, kan een keizersnede nodig zijn. In Nederland krijgt 50% van de vrouwen die starten met een vaginale stuitbevalling uiteindelijk een keizersnede.

Voor de baby

Direct na de bevalling

Omdat het hoofd als laatste wordt geboren, kan er kort zuurstoftekort ontstaan. De navelstreng kan namelijk tussen het hoofd en de baarmoeder worden dichtgedrukt. Hierdoor wordt 2,3% van de baby's (23 op de 1000) na de geboorte opgenomen op de kinderafdeling voor verdere behandeling. Het risico op overlijden is 0,2% (2 op de 1000 baby's).

Op de lange termijn

Er is geen verschil in ontwikkeling tussen baby's die bij een stuitligging via een keizersnede of een vaginale bevalling zijn geboren. Ook de overlevingskans is gelijk. Uit onderzoek onder tweejarige kinderen blijkt dat de gezondheid van kinderen die in een couveuse hebben gelegen niet verschilt van kinderen die dat niet hebben.

De keizersnede bij een stuitligging

Mogelijke complicaties bij de moeder

Een keizersnede is een grote buikoperatie. Ernstige complicaties komen voor bij **0,8% van de vrouwen** (8 op de 1000). Mogelijke complicaties zijn:

- Veel bloedverlies
- Infectie
- Trombose (bloedpropje in een bloedvat, bijvoorbeeld in het been of de longen)
- Beschadiging van de blaas of darmen
- Darmproblemen (darmen die niet goed op gang komen)
- Blaasontsteking (komt vaker voor na een keizersnede dan na een vaginale bevalling)

Mogelijke complicaties bij de baby

- Soms moet de baby na een keizersnede worden opgenomen op de kinderafdeling. Dit gebeurt bij 0,3% van de keizersneden (3 op de 1000 baby's).
- Het risico dat een baby rondom de bevalling overlijdt is minder dan 0,05% (minder dan 1 op de 2000 baby's).
- Soms is het moeilijk om een baby in stuitligging via een keizersnede uit de baarmoeder te halen. In zeldzame gevallen kan dan een zenuwbeschadiging optreden.
- Bij een stuitligging wordt een keizersnede meestal pas na 39 weken zwangerschap gepland, tenzij er een medische reden is om dit eerder te doen.

Na de keizersnede

Een keizersnede laat een litteken achter in de baarmoeder. Dit kan bij een volgende bevalling complicaties geven. Daarom wordt geadviseerd om bij een volgende zwangerschap in het ziekenhuis te bevallen. Mogelijke risico's bij een volgende zwangerschap:

- Het litteken kan openscheuren tijdens de bevalling (0,8% kans, 8 op de 1000).
- De moederkoek kan voor de opening van de baarmoeder liggen.
- De moederkoek kan vastzitten aan de baarmoeder, wat kan leiden tot meer bloedverlies na de bevalling.
- In zeldzame gevallen moet de baarmoeder worden verwijderd na de bevalling.
- Hoe meer keizersneden u heeft gehad, hoe groter het risico op complicaties bij een volgende zwangerschap of bevalling.

Het maken van een keuze

Wanneer is een vaginale bevalling mogelijk?

Aan het einde van de zwangerschap bespreekt de gynaecoloog met u en uw partner of een vaginale bevalling veilig is of dat een keizersnede beter is. U kunt alleen vaginaal bevallen als onderstaande situaties voor u gelden:

- Er waren geen ernstige problemen bij een vorige bevalling, zoals een ingewikkelde vacuüm- of tangverlossing (een eenvoudige vacuüm- of tangverlossing is geen probleem).
- De baby is niet te zwaar.
- Het hoofd van de baby ligt naar voren en niet achterover gebogen.
- De stuit is al een beetje ingedaald in het bekken.
- De ontsluiting en het persen verlopen goed tijdens de bevalling.

Uw gynaecoloog geeft advies bij een stuitligging. In veel gevallen mag u zelf kiezen tussen een keizersnede of een vaginale bevalling, als de gynaecoloog een vaginale bevalling veilig vindt.

Wanneer heeft u geen keuze?

In sommige situaties is een keizersnede noodzakelijk of juist niet meer mogelijk:

- Te laat voor een keizersnede: als de bevalling te ver gevorderd is en de baby bijna geboren wordt.
- Te vroeg voor een keizersnede: als de bevalling nog niet begonnen is, wordt een keizersnede meestal pas na 39 weken zwangerschap gedaan. Voor die tijd is het risico op ademhalingsproblemen bij de baby te groot.
- De gynaecoloog vindt een vaginale bevalling niet veilig: bijvoorbeeld als de baby te groot is, niet goed ligt, als een eerdere bevalling moeilijk ging, als de ontsluiting of het persen niet goed vordert of als de hartslag van de baby achteruitgaat.

Onderzoek naar de beste keuze

Het verschil tussen een vaginale bevalling en een keizersnede bij een stuitligging is alleen goed onderzocht bij "a terme-stuiten". Dit zijn baby's in stuitligging die na een normale zwangerschapsduur (tussen 37 en 42 weken) worden geboren.

De voor- en nadelen van uw keuze

Als u kunt kiezen tussen een vaginale bevalling en een keizersnede, is het belangrijk om goed naar alle voor- en nadelen te kijken. Veel ouders denken dat een keizersnede de veiligste optie is, maar ook deze ingreep heeft nadelen. Hieronder vindt u een overzicht van beide opties.

Voordelen vaginale bevalling:

- Natuurlijk proces
- Spontane start van de bevalling
- Geen risico's van een operatie
- Kortere ziekenhuisopname
- Sneller herstel
- Volgende bevalling kan eventueel thuis plaatsvinden

Nadelen vaginale bevalling:

- Iets hogere kans op problemen bij de baby kort na de geboorte

Voordelen keizersnede:

- Iets minder kans op problemen bij de baby kort na de geboorte

Nadelen keizersnede:

- Langere ziekenhuisopname
- Langzamer herstel
- Hogere kans op complicaties voor de moeder
- Geen mogelijkheid voor een thuisbevalling in de toekomst
- Iets hogere kans op complicaties bij een volgende zwangerschap of bevalling

Contactgegevens

polikliniek Gynaecologie (via Klantcontactcentrum)

075 650 1225 (maandag tot en met vrijdag tussen 08.30 - 16.30 uur)

afdeling Gynaecologie/Verloskunde

075 650 7722 (24 uur per dag bereikbaar)

Zaans Medisch Centrum, algemene receptie

075 650 2911

Tot slot

Een baby in stuitligging roept vaak veel vragen op. Bespreek uw ideeën, twijfels en zorgen gerust met uw gynaecoloog. Meer informatie vindt u op:

[Hoe wil ik bevallen van mijn kind in stuitligging?](#)

[Consultkaart Stuitbevalling](#)

[Je baby laten draaien bij stuitligging: een versie](#)