

Stuitligging

vanaf de 36^e week van de zwangerschap



Geboortecentrum
IJsselland

Inhoudsopgave

Inleiding	2
1. Wat is een stuitligging	2
2. Hoe vaak komt een stuitligging voor	3
3. Waarom ligt een baby in een stuitligging	3
4. Een stuitligging, wat nu	3
5. Onderzoek bij een stuitligging	3
6. Wat gebeurt er als een baby bij ongeveer 36 weken nog in stuitligging ligt	4
7. Het draaien van een baby in stuitligging	4
8. De vaginale bevalling bij een stuitligging	6
9. De keizersnede bij een stuitligging	8
10. Het maken van een keuze	8
11. Controle na de geboorte	11
12. Heeft u nog vragen?	11

Inleiding

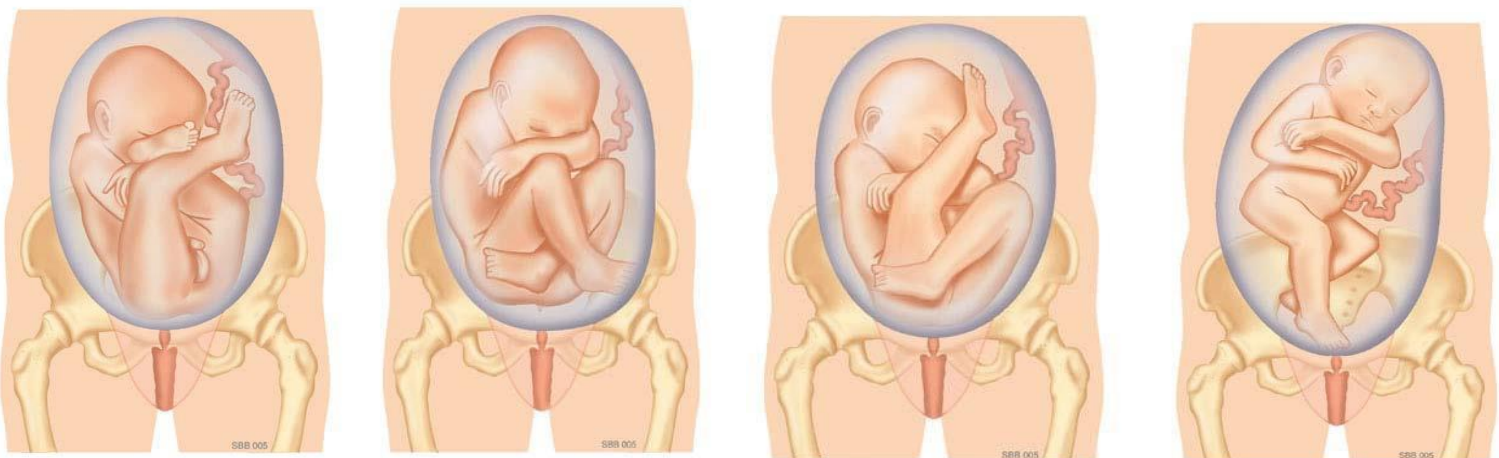
We spreken van een stuitligging als een baby met het hoofd boven in de baarmoeder ligt en met de stuit naar beneden. Waardoor een baby in stuitligging ligt, is vaak niet duidelijk.

Tegen het einde van de zwangerschap kan het zinvol zijn om te proberen de baby te draaien, zodat hij/zij met het hoofd naar beneden komt te liggen (hoofdligging).

In deze folder wordt uitgelegd hoe dat gebeurt. Ook komt aan bod hoe de bevalling bij een stuitligging kan plaatsvinden, of u een keuze heeft tussen een gewone bevalling of een keizersnede en wat de voor- en nadelen van deze manier van bevallen zijn.

1. Wat is een stuitligging

Bij een stuitligging ligt het hoofd van de baby boven in de baarmoeder. Als de billen bij de uitgang van het bekken liggen, spreekt men van een *onvolkomen stuitligging*. De benen kunnen ook onderaan liggen, dan spreekt men van een *volkomen stuitligging*.



- 1 -

- 2 -

- 3 -

- 4 -

1. **Onvolkomen stuitligging**: met de benen omhoog langs het lichaam.
2. **Volkomen stuitligging**: met gebogen knieën zodat de voeten naast de billen liggen.
3. **Half (on)volkomen stuitligging**: één been omhoog langs het lichaam en één been gebogen zodat de voet naast de billen ligt.
4. **Voetligging**: benen gestrekt omlaag zodat één of beide voeten onder de billen ligt/liggen.

2. Hoe vaak komt een stuitligging voor

Vroeg in de zwangerschap liggen veel baby's in stuitligging. De meeste baby's draaien tijdens de zwangerschap zelf om. Omstreeks de uitgerekende datum ligt 3-4 % van de baby's in stuitligging.

3. Waarom ligt een baby in een stuitligging

Bij meer dan 85% van de zwangeren is het onbekend waarom een baby omstreeks de uitgerekende datum in stuitligging ligt. Er zijn wel enkele situaties waarin de kans op een stuitligging verhoogd is.

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

4. Een stuitligging, wat nu

Verderop in deze folder beschrijven wij voor welke keuze u als ouders mogelijk komt te staan als uw baby tegen het einde van de zwangerschap in stuitligging ligt. In ieder geval kun u niet thuis bevallen. De gynaecoloog overlegt met u over een keizersnede of vaginale stuitbevalling. In de meeste gevallen is het zinvol om te proberen de baby naar hoofdligging te draaien, zodat u vaginaal kunt bevallen.

5. Onderzoek bij een stuitligging

Bij een stuitligging krijgt u een echoscopisch onderzoek via de buik. Tijdens dit onderzoek wordt gekeken naar de groei van de baby, de stand van het hoofd van de baby, de hoeveelheid vruchtwater, de ligging van de placenta en eventuele myomen of andere afwijkingen die de ingang van het bekken blokkeren.

Klik [hier](#) voor de folder *Echoscopie tijdens de zwangerschap* of kijk op www.yslfolder.nl, zoekwoord GEB.017.

6. Wat gebeurt er als een baby bij ongeveer 36 weken nog in stuitligging ligt

Als uw baby bij 36 weken of later nog in stuitligging ligt, zijn er drie mogelijkheden voor de verdere begeleiding.

- ✓ De gynaecoloog en verloskundige proberen uw baby naar een hoofdligging te 'draaien' (dit wordt een uitwendige versie genoemd).
- ✓ Een vaginale bevalling waarbij eerst de billen worden geboren.
- ✓ Een keizersnede bij 39 weken zwangerschapsduur.

De gynaecoloog bespreekt met u welke mogelijkheden in uw situatie realistisch zijn.

7. Het draaien van een baby in stuitligging

Waarom wordt een baby in stuitligging gedraaid?

De risico's voor baby en moeder zijn het kleinst bij een vaginale geboorte in hoofdligging.

Wanneer wordt de stuitligging gedraaid?

Vóór 36 weken zwangerschapsduur draaien veel baby's zelf nog naar een hoofdligging. Bij een eerste zwangerschap zijn baby's eerder ingedaald in het bekken en is het verstandig om na 35 weken te proberen de baby te draaien. Bij een tweede of volgende zwangerschap gebeurt dit na 36 weken.

Mogelijke gevolgen en complicaties van het draaien

Voor de moeder zijn er geen gevaren. U krijgt misschien een middel om de baarmoeder te ontspannen. Dat middel kan bijwerkingen geven maar die gaan altijd vanzelf over. De buikwand kan door het duwen een paar dagen gevoelig en pijnlijk zijn. Dat is vervelend maar kan geen kwaad.

Na het draaien is de hartslag van de baby soms wat trager maar die wordt bijna altijd vanzelf weer normaal. Een heel enkele keer (bij veel minder dan 1%) blijven de harttonen afwijkend en is direct een keizersnede noodzakelijk.

Hoe verloopt het draaien?

In het IJsselland Ziekenhuis vindt het draaien van een baby plaatst op de afdeling Verloskunde door de gynaecoloog en verloskundige.

- Voorafgaand aan de uitwendige versie krijgt u een hartfilmpje, ook wel CTG genoemd. Er wordt een naaldje geplaatst waardoor een middel wordt gegeven dat ervoor zorgt dat de baarmoeder ontspant.
- Het is belangrijk dat u zo ontspannen mogelijk ligt en uw buikspieren niet aanspant. De gynaecoloog of verloskundige pakt de baby vast. Eén hand pakt net boven uw schaambeek de billen van de baby en probeert deze omhoog te drukken. De andere hand pakt aan de bovenkant van uw buik het hoofd van de baby en probeert dit naar beneden te duwen. Op deze wijze duikelt de baby tot het met zijn hoofd naar beneden ligt.
- Hoe lang het draaien duurt verschilt van persoon tot persoon, van minder dan 30 seconden tot soms meer dan 5 minuten. Na afloop wordt opnieuw de hartslag van de baby gecontroleerd door middel van een hartfilmpje.

Hoe vaak lukt het om een baby te draaien?

Of het lukt om een baby te draaien, valt niet te voorspellen.

- In een verder gevorderde zwangerschap is de hoeveelheid vruchtwater minder en de baby groter, dat maakt het draaien moeilijker.
- Als de placenta op de voorwand van de baarmoeder ligt, is het moeilijker om de baby te kunnen vasthouden bij het draaien.
- Hoe kleiner en zwaarder u zelf bent, hoe moeilijker het draaien wordt.
- Bij een eerste zwangerschap is de baarmoeder nog stevig en heeft het draaien minder kans op succes dan bij een tweede of derde zwangerschap.

Gemiddeld is de kans op succes ongeveer 40%.

Na het draaien

Als het is gelukt om de baby te draaien, kunt u in principe gewoon thuis bevallen (tenzij u een andere reden heeft voor een bevalling in het ziekenhuis).

De baby kan uit zichzelf weer terug draaien naar een stuitligging. De gynaecoloog of verloskundige kan dan een nieuwe draaiing overwegen, wat dan meestal na een week gebeurt. Blijft de baby in stuitligging liggen dan moet u voor de zwangerschap en de bevalling in het ziekenhuis onder controle blijven.

Bijzondere situaties

Draaien van de baby is **NIET** mogelijk bij

- een tweelingzwangerschap.
- een ernstige groeivertraging.
- een ernstig hoge bloeddruk.
- een voorliggende placenta (placenta praevia).
- te weinig vruchtwater.
- placenta loslating bij een voorgaande zwangerschap.

Draaien van de baby is **SOMS** niet mogelijk bij

- een milde hoge bloeddruk.
- littekens in de baarmoeder (keizersnede tijdens een voorgaande bevalling).
- bloedverlies uit de vagina.

Anti-D

Vrouwen met de bloedgroep rhesus–D negatief krijgen, indien nodig, na afloop van een draaipoging een injectie met anti-D, of het nu gelukt is de baby te draaien of niet.

Klik [hier](#) voor de folder *Bloedgroep, rhesusfactor en irregulaire antistoffen*. Of kijk op www.yslfolder.nl, zoekwoord GEB.045.

8. De vaginale bevalling bij een stuitligging

Hoe verloopt een gewone bevalling in stuitligging?

Een stuitbevalling lijkt in veel opzichten op een bevalling van een baby in hoofdligging. Er zijn ook drie fasen: de ontsluiting, het persen en de periode na de geboorte

De ontsluitingsfase verloopt vaak iets anders bij een stuitbevalling. De billen, benen of voeten liggen naar beneden en drukken op de baarmoedermond. Deze zijn kleiner dan het hoofd en kunnen daardoor sneller door de baarmoedermond zakken. U kunt daardoor persdrang krijgen voordat er volledige ontsluiting is. De gynaecoloog of verloskundige zal u dan vragen om nog niet te gaan persen.

Het persen zelf gaat hetzelfde als bij een baby 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 een keer geboren worden. Bij de geboorte van het hoofd drukt een assistent vaak boven het schaambeentje om ervoor te zorgen dat het hoofd goed door het bekken gaat.

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). De gynaecoloog kan dan tussen uw benen staan om te helpen bij de geboorte.

Bij een baby 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.

Controle van de hartslag kan gewoon plaatsvinden: uitwendig (via de buik) of inwendig (via een elektrodedraadje op de bil van uw baby).

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 tot een keizersnede.

Mogelijke complicaties bij de baby

Direct na de bevalling

Baby's in stuitligging die vaginaal worden geboren, worden vaker kort na de geboorte op de couveuseafdeling opgenomen dan baby's die geboren worden na een keizersnede.

Na een vaginale bevalling na 38 weken zwangerschap is bij ongeveer 1 op de 20 baby's couveuseopname nodig. Dat is 10x vaker dan na een keizersnede.

Er bestaan verschillende redenen voor opname in een couveuse.

- ✔ Soms heeft de baby na de geboorte behoefte aan extra zuurstof of ademhalingsondersteuning.
- ✔ Soms ontstaat een beschadiging bij de geboorte, zoals een botbreuk, een zenuwbeschadiging of een hersenbloeding. Dit komt slechts zelden voor (bij ongeveer 1% van alle baby's in stuitligging) maar ongeveer tweemaal vaker dan na een keizersnede.

Langere tijd na de bevalling

Op de lange termijn is er geen verschil tussen baby's in stuitligging die via een keizersnede zijn geboren en die vaginaal zijn geboren. De ontwikkeling verloopt hetzelfde en er is geen grotere kans op sterfte.

Uit onderzoek onder 2-jarige kinderen blijkt dat de gezondheid van baby's die in een couveuse hebben gelegen niet verschilt van de gezondheid van baby's die niet in een couveuse hebben gelegen.

9. De keizersnede bij een stuitligging

Klik [hier](#) voor uitgebreide informatie over *bevallen via een keizersnede*. Of kijk op www.yslfolder.nl, zoekwoord GEB.066.

10. Het maken van een keuze

Wanneer is een bevalling via de vagina mogelijk?

Aan het einde van de zwangerschap bespreekt de gynaecoloog met u en uw partner of een vaginale bevalling veilig is of dat het beter is een keizersnede te doen.

Voor een veilige vaginale bevalling gelden enkele voorwaarden.

- Er waren geen ernstige problemen bij een vorige bevalling, zoals een technisch lastig uit te voeren vacuümpomp bevalling (als dat de vorige keer gemakkelijk ging dan is dat geen bezwaar).

- Het geschatte gewicht van de baby is niet te hoog.
- Het hoofd van de baby ligt voorover en niet achterover gebogen.
- Er is enige indaling van de stuit in het bekken.
- De ontsluiting en de uitdrijving vorderen goed tijdens de bevalling.

Heeft u eigenlijk wel een keuze?

De gynaecoloog geeft advies bij een stuitligging. Veel vrouwen kunnen zelf kiezen tussen een keizersnede of een vaginale bevalling.

Een voorwaarde is wel dat de gynaecoloog die de vaginale bevalling zal begeleiden, dit ook verantwoord vindt. In dat geval is er weinig reden om toch voor een keizersnede te kiezen.

In een aantal situaties heeft u geen keuze.

- Het is te laat om een keizersnede te doen: de baby staat op het punt geboren te worden.
- De gynaecoloog vindt het niet verantwoord om u vaginaal te laten bevallen, bijvoorbeeld omdat de baby te groot is, niet gunstig ligt, omdat u de vorige keer een technisch lastig verlopen bevalling heeft gehad, omdat de ontsluiting of de uitdrijving niet goed vordert of omdat de harttonen van de baby verslechteren.

Het verschil tussen een vaginale bevalling en een keizersnede is alleen onderzocht voor de zogeheten 'a terme-stuiten'. Dat zijn baby's in stuitligging die na een normale zwangerschapsduur worden geboren (tussen de 37 en 42 weken). Over de préterme stuiten (baby's in stuitligging die te vroeg worden geboren) zijn nog geen goede gegevens bekend. In principe wordt dan een vaginale bevalling nagestreefd.

Het maken van een keuze

Als u als aanstaande ouders kunt kiezen tussen een gewone bevalling of een keizersnede dan is het belangrijk dat u alle argumenten zo goed mogelijk op een rij zet. Veel ouders denken dat de keizersnede de veiligste manier is maar een keizersnede heeft ook nadelen.

We zetten de voor- en nadelen van beide vormen voor u op een rij.

Voor- en nadelen van een vaginale bevalling en een keizersnee	
Voordelen	Nadelen
Vaginale bevalling	
Natuurlijk, spontaan	Iets hogere kans op problemen bij de baby kort na de geboorte
Geen nadelen van operatie	
Kortere ziekenhuisopname	
Sneller herstel	
Volgende bevalling eventueel thuis mogelijk	
Keizersnede	
Iets minder kans op problemen bij de baby kort na de geboorte	Langere ziekenhuisopname
	Langzamer herstel
	Hogere kans op complicaties voor de moeder
	Geen thuisbevalling meer mogelijk
	Iets hogere kans op complicaties tijdens een volgende bevalling

Bekijk ook de '[consultkaart stuitligging](#)'. Dit is een landelijk erkend hulpmiddel bij het maken van een keuze.

(klik op bovenstaande link of ga naar www.consultkaart.nl, zoekwoord 'stuitligging').

11. Controle na de geboorte

3 Maanden na de geboorte wordt een echo van de heupen gemaakt bij uw baby. Daarna volgt een afspraak bij de kinderarts voor lichamelijk onderzoek. U krijgt hiervoor een afspraak mee bij uw ontslag uit het Geboortecentrum.

12. Heeft u nog vragen?

Aarzel niet om eventuele vragen met uw gynaecoloog te bespreken of neem contact op met de medewerkers van de polikliniek gynaecologie, telefoonnummer **010 -258 59 20**.

Verder nog van belang

Deze folder ondersteunt de mondelinge informatie die u krijgt. Stel vragen als u meer wilt weten over onderzoek, operatie, gevolgen, risico's of andere behandelmogelijkheden.

Ontdek Mijn IJsselland

De toegang tot uw eigen gegevens, dossier, afspraken en vragenlijsten [mijn-ijsselland](#)

Bekijk onze korte animatie [Bekijk uw gegevens in Mijn IJsselland](#)

Is uw kind patiënt? Vraag op www.digid.nl voor uw kind een eigen DigiD aan.

Persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO)

Website/app (gratis) waarop u al uw gezondheidsgegevens kunt bundelen en raadplegen [PGO](#)

Aanbevolen websites

Betrouwbare medische informatie, aanbevolen door onze zorgverleners [aanbevolen-websites](#)

IJsselland Folders

Al onze patiëntenfolders kunt u opzoeken en lezen in onze Folder Web App [folder app](#)

GEB.005 / 301121.JH

Geboortecentrum IJsselland is een samenwerkingsverband van verloskundige praktijk Een goed begin, verloskundigen praktijk IJssel & Lek, verloskundigen praktijk Rotterdam Oost, Prinscapelle verloskundigen maatschap, Praktijk voor verloskunde & echoscopie, Kraamzorg Rotterdam en omstreken en het IJsselland Ziekenhuis.