

Een stuitligging

Naar het ziekenhuis? Lees eerst de informatie op www.asz.nl/brmo.

**albert
schweitzer**

Inleiding

Als een baby met het hoofd boven in de baarmoeder ligt en met de billen naar beneden, wordt dit een stuitligging genoemd. Meestal is onbekend waarom een baby in stuitligging ligt.

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

In deze folder leggen we uit hoe het draaien gebeurt. Ook leggen we uit hoe de bevalling kan verlopen en of u een keuze heeft tussen een vaginale bevalling of een keizersnede en wat de voor- en nadelen van deze manieren van bevallen zijn.

Wat is een stuitligging?

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

Er zijn verschillende soorten stuitligging:

- **Onvolkomen stuitligging**
De benen liggen helemaal omhoog tegen het lichaam, zodat de baby als het ware op zijn tenen kan sabbelen.
- **Volkomen stuitligging**
De bovenbenen zijn opgetrokken en de knieën zijn gebogen, zodat de voeten naast de billen zitten (kleermakerszit).
- **Half onvolkomen stuitligging**
Een been naar boven gestrekt, zoals bij een onvolkomen stuitligging, het andere been naar beneden, zoals bij een volkomen stuitligging.

- **Voetligging**

Beide benen zijn naar beneden gestrekt, zodat een of twee voetjes onder de billen liggen.

Hoe vaak komt een stuitligging voor?

Vroeg in de zwangerschap liggen veel baby's in stuitligging. Hoe verder de zwangerschap vordert, hoe meer baby's met hun hoofd naar beneden draaien.

Acht weken voor de uitgerekende datum ligt nog 10-15% in stuitligging. Rondom de uitgerekende datum is dat nog bij 3% van de baby's.

Waardoor ligt een baby in stuitligging?

Bij meer dan 85% van de zwangeren is het onbekend waarom een baby rond de uitgerekende datum nog in stuitligging ligt.

Een stuitligging komt vaker voor bij:

- Een meerlingzwangerschap.
- Een afwijkende vorm van de baarmoeder of het bekken.
- Een voorliggende placenta (moederkoek) of een myoom (vlesboom) bij de ingang van het bekken.
- Aangeboren afwijkingen van de baby.
- Teveel ruimte in de baarmoeder, doordat er veel vruchtwater aanwezig is of omdat de buikwand slap is.

Een stuitligging, wat nu?

Verder in de folder wordt uitgelegd welke keuzes u en uw partner hebben als uw baby tegen het einde van de zwangerschap in stuitligging ligt.

U kunt in ieder geval niet thuis bevallen. Soms adviseert uw gynaecoloog een keizersnede. Om dit te voorkomen, kan uw gynaecoloog of klinisch verloskundige proberen om uw baby te draaien naar een hoofdligging. De kans op een keizersnede halveert hierdoor.

Beleving

We proberen zo goed mogelijk aan te geven wat u kunt verwachten aan ongemak of pijn als u een onderzoek of behandeling krijgt. Toch beleeft ieder mens dat anders en op zijn eigen manier. Vertel het ons als u ergens tegenop ziet of ongerust bent, dan kunnen we daar nog extra rekening mee houden.

Onderzoek bij een stuitligging

Bij een stuitligging wordt een echoscopisch onderzoek gedaan. Uw gynaecoloog kijkt naar duidelijk zichtbare grote aangeboren afwijkingen die soms de oorzaak van een stuitligging kunnen zijn. Hij meet het hoofd van uw baby en kijkt of uw baby niet met het hoofd achterovergebogen ligt. Ook kijkt hij naar de hoeveelheid vruchtwater, de ligging van de moederkoek en of er vleesbomen of andere afwijkingen zijn die de ingang van het bekken blokkeren.

Wat gebeurt er bij het draaien?

Als uw baby van stuitligging naar hoofdligging kan worden gedraaid, kan de bevalling gewoon vaginaal plaatsvinden.

Voor de 36-ste week zwangerschapsduur draaien veel baby's zelf nog tot een hoofdligging. Vanaf 35-36 weken zwangerschapsduur is het zinvol om uw baby van buitenaf te draaien. Als de stuitligging later ontdekt wordt, kan tot aan de bevalling het draaien bijna altijd worden geprobeerd.

In het Albert Schweitzer ziekenhuis gebeurt het draaien van uw baby bij Rhena. Dit wordt gedaan door een gynaecoloog of klinisch verloskundige, soms samen met een gynaecoloog in opleiding.

- U ligt op een bed of onderzoeksbank. Voordat de gynaecoloog met het draaien begint, wordt de ligging van uw baby gecontroleerd met een echo. Ook wordt er van uw baby een hartfilmpje (CTG: cardiotocogram) gemaakt om de conditie van uw baby te beoordelen.
- Soms is een kussen onder uw knieën prettig. Als u een goede houding heeft gevonden, pakt uw gynaecoloog of klinisch verloskundige uw baby vast. Eén hand pakt daarbij net boven uw schaambeentjes, de billen van uw baby en probeert deze omhoog te drukken.
De andere hand pakt aan de bovenkant van uw buik het hoofd van uw baby en probeert dit naar beneden te duwen. Op deze manier maakt uw baby een 'koprol' in uw buik. Hierdoor komt het hoofd beneden te liggen. De duur van het draaien kan verschillen, van minder dan 30 seconden tot soms meer dan 5 minuten.
- Na afloop maken we opnieuw een hartfilmpje van uw baby met een CTG.

Klik [hier](#) om een film over het draaien van uw baby te bekijken.

Hoe vaak lukt het om te draaien?

Het is niet te voorspellen of het draaien van uw baby lukt. Meestal geldt: hoe vroeger in de zwangerschap en hoe meer vruchtwater, des te gemakkelijker is het om uw baby te draaien.

Dat heeft ook een nadeel: als uw baby makkelijk te draaien is, is de kans ook groot dat uw baby zelf weer terug draait. Naarmate de zwangerschapsduur vordert, neemt de hoeveelheid vruchtwater af, wordt uw baby groter en het draaien dus moeilijker.

Als de moederkoek op de voorwand van de baarmoeder ligt, is het moeilijker om uw baby vast te kunnen houden bij het draaien.

Bij een eerste zwangerschap zijn de baarmoeder en de buikwand nog stevig. Het draaien lukt dan minder vaak dan bij een tweede of derde zwangerschap. Gemiddeld is de kans dat uw baby gedraaid kan worden ongeveer 40-60%.

Bij een zwangerschap van een meerling wordt er niet gedraaid.

Bij een verhoogde bloeddruk of een litteken in de baarmoeder kan uw gynaecoloog soms besluiten om uw baby niet te draaien.

Mogelijke gevolgen en complicaties van het draaien

Voor de moeder is de kans op complicaties zeer klein. De buik 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 uw baby soms wat trager, maar meestal wordt deze vanzelf weer normaal. Een heel enkele keer (bij veel minder dan 1%) blijft de hartslag van uw baby afwijkend en is het eventueel nodig direct een keizersnede te doen.

Na het draaien

Als het is gelukt om uw baby te draaien, kunt u gewoon thuis bevallen, tenzij u een andere reden heeft voor een bevalling op medische indicatie. Als uw baby weer terug is gedraaid naar een stuitligging, kan er gekeken worden om opnieuw proberen te draaien, meestal na een week.

Blijft uw baby in stuitligging liggen dan moet u in het ziekenhuis onder controle blijven voor de zwangerschap en de bevalling.

Uit recent Nederlands onderzoek is gebleken dat de kans op een keizersnede na succesvol draaien is toegenomen en wel 2½ keer zo groot is. De oorzaak hiervan is niet geheel duidelijk. Dit geldt vooral voor een eerste kind en na een inleiding. Het is goed om dit te weten, zodat u samen met uw verloskundig zorgverlener of uw eigen verloskundige de plaats van uw bevalling kunt bepalen.

Of het draaien wel of niet gelukt is: bij toenemende buikpijn, bij bloedverlies of als u uw baby minder voelt bewegen, belt u direct naar tel. (078) 654 64 46.

Anti-D

Is uw bloedgroep rhesus-D negatief, dan krijgt u na afloop van een poging tot draaien altijd een injectie met anti-D (Rophylac) als de bloedgroep van uw baby rhesus-D positief is.

Bevalling van een baby in stuitligging

Een bevalling van een baby in stuitligging roept altijd veel vragen op. Is het wel veilig om vaginaal te bevallen of is een keizersnede veiliger? Deze vraag houdt niet alleen de aanstaande ouders bezig, maar ook de gynaecologen in Nederland.

Een vaginale stuitbevalling is wel verantwoord, maar onder de voorwaarden die vastgesteld zijn. De gynaecoloog vindt het wel belangrijk dat u en uw partner op de hoogte zijn van de kans op complicaties, zowel bij een vaginale bevalling als een keizersnede.

Iedere gynaecoloog wil dat u na uw bevalling tevreden en met een gezonde baby het ziekenhuis verlaat.

Uw gynaecoloog bespreekt daarom samen met u en uw partner of een vaginale bevalling veilig is, of dat het beter is een keizersnede te doen.

Voorwaarden voor een veilige vaginale bevalling zijn:

- Bij een vorige bevalling waren er geen ernstige problemen, zoals een moeilijke vacuüm (een gemakkelijke vacuüm de vorige keer is geen bezwaar).
- Het geschatte gewicht van uw baby is niet te hoog (minder dan 4 kilo).
- Het hoofd van uw 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.

U beslist samen met uw gynaecoloog na een gesprek wat voor u de beste manier van bevallen is bij een stuitligging.

In twee situaties heeft u geen keuze:

- Het is te laat om een keizersnede te doen, omdat uw baby op het punt staat geboren te worden.
- De dienstdoende gynaecoloog vindt het niet verantwoord om u vaginaal te laten bevallen.

Een vaginale stuitbevalling

Een stuitbevalling kent net als bij een bevalling van een baby in hoofdligging, drie verschillende perioden: de ontsluiting, het persen en de periode na de geboorte.

De verpleegkundige van de verlossuite controleert de weeën en de hartslag van uw baby. De hartslag van uw baby wordt geregistreerd met een CTG. Dit gebeurt met een soort dop die met een elastische band om uw buik vastgemaakt wordt. De hartslag van uw baby wordt in een grafiek weergegeven op een monitor die boven op het CTG-apparaat staat. De verloskundig zorgverlener en de verpleegkundigen kunnen hieraan aflezen hoe het met uw baby gaat.

De grafiek is ook te zien op verschillende monitoren buiten de verlossuite. Er gaat een alarm af als de hartslag buiten bepaalde waarden valt of als er even een storing is. Met dit CTG-apparaat controleren we dus ook buiten de verlossuite of het goed gaat met uw baby.

Als de vliezen gebroken zijn en er genoeg ontsluiting is, plaatst de verloskundig zorgverlener tijdens een inwendig onderzoek een draadje op de billen van uw baby. Via dit draadje wordt de hartslag van uw baby geregistreerd. U heeft dan geen dop op uw buik nodig om de hartslag te registreren.

De weeënactiviteit van de baarmoeder verschijnt ook in een grafiek en wordt geregistreerd via een tweede dop op uw buik.

De hoogte van de uitslag van de grafiek geeft ons een indruk van de sterkte van de weeën. Als het nodig is om heel precies te weten hoe sterk de weeën zijn, brengt de verloskundig zorgverlener een slangetje in de baarmoeder in, naast de baby. Dit slangetje is verbonden met het CTG-apparaat. Op deze manier verschijnt de echte weeënkracht in de grafiek.

De ontsluitingsfase bij een stuitbevalling verloopt vaak iets anders. Bij een stuitligging liggen de billen, benen of voeten van uw baby beneden en drukken op uw baarmoedermond. Omdat deze kleiner zijn dan het hoofd van uw baby kunnen deze al door de baarmoedermond zakken en persdrang geven voordat er volledige ontsluiting is. Bij een stuitligging kan persdrang daarom eerder ontstaan dan er volledige ontsluiting is. U mag alleen persen als er volledige ontsluiting is, tot die tijd moet u de weeën goed wegzuchten.

Bij een stuitbevalling wordt een zogeheten 'dwarsbed' gemaakt, waarbij het voeteneinde van het verlosbed wordt weggehaald. U plaatst uw benen in beensteunen (net als bij een inwendig onderzoek op een gynaecologische stoel). De gynaecoloog kan dan tussen uw benen staan om te helpen bij de geboorte.

Het persen verloopt hetzelfde als bij een baby in hoofdligging. Aan het einde, als het lichaam van uw 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 vaak een verloskundige zorgverlener boven uw schaambeek, om ervoor te zorgen dat het hoofd goed door het bekken gaat.

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. De geboorte van een baby in volkomen stuitligging verloopt hetzelfde, maar dan worden eerst een of twee benen geboren.

Complicaties bij vaginale stuitbevalling

Bij elke bevalling kunnen er complicaties ontstaan. De meeste gynaecologen zijn van mening dat, onder de hiervoor beschreven omstandigheden, de kans op complicaties bij een vaginale stuitbevalling klein is, zeker de kans op ernstige complicaties. Toch kan de kans op complicaties nooit worden uitgesloten.

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. Ook bij een baby in hoofdligging kan dit nodig zijn.

Complicaties bij uw baby

Baby's in stuitligging die 'gewoon' (vaginaal) worden geboren, worden vaker kort na de geboorte op de afdeling Neonatologie opgenomen dan baby's die geboren worden na een keizersnede.

Na een vaginale bevalling na 38 zwangerschapsweken is bij ongeveer één op de twintig bevallingen een opname op de afdeling Neonatologie nodig. Dat is tien keer vaker dan na een keizersnede.

Er zijn verschillende redenen voor een opname op de afdeling Neonatologie. Soms heeft een baby na de geboorte behoefte aan extra zuurstof of moet het geholpen worden bij de ademhaling. Een andere reden voor een couveuseopname is een beschadiging die bij de geboorte is ontstaan, zoals een botbreuk, een zenuwbeschadiging of een hersenbloeding. Een dergelijke beschadiging komt zelden voor (bij ongeveer 1% van alle kinderen in stuitligging), maar ongeveer twee keer vaker na een vaginale bevalling dan na een keizersnede.

Na de bevalling

Op de lange termijn is er geen verschil in het risico op sterfte en/of problemen in de ontwikkeling van een baby geboren in stuitligging via een keizersnede of via een vaginale bevalling.

Complicaties bij een keizersnede

Complicaties bij de moeder

Hoewel een keizersnede een veilige operatie is, is er bij iedere operatie een kleine kans op complicaties. Het gaat hier om niet-levensbedreigende complicaties. Deze kunt u lezen in de folder 'De keizersnede'.

Sommige complicaties zoals bloedarmoede of trombose, komen ook na een vaginale bevalling voor.

Andere, zoals een nabloeding in de buik, een bloeduitstorting of wondinfectie, een beschadiging van de blaas of het niet goed op gang komen van de darmen, zijn complicaties van de keizersnede. Ook een blaasontsteking komt na een keizersnede vaker voor dan na een vaginale bevalling.

Pijn als gevolg van een zenuwbeschadiging bij de bikinisnede is een zeer zelden voorkomende complicatie van een keizersnede.

De kans op ernstige complicaties als gevolg van een keizersnede is voor gezonde zwangeren heel erg klein, maar toch altijd groter dan na een vaginale bevalling.

Complicaties bij uw baby

Een enkele keer is het bij een keizersnede moeilijk een baby die in stuitligging ligt uit de baarmoeder te halen, en kan een (zenuw)-beschadiging ontstaan.

Als de keizersnede te vroeg in de zwangerschap wordt gepland, om zo een spontane bevalling te voorkomen, kan uw baby longproblemen krijgen, waarvoor opname op de afdeling Neonatologie nodig is.

Vooraf baby's die via een keizersnede worden geboren, kunnen vocht in hun longen hebben. Dit komt doordat de baby niet via het baringskanaal wordt geboren en minder stress heeft tijdens de geboorte. Deze twee factoren zorgen er namelijk voor dat de baby na een vaginale bevalling de longen kan 'droog huilen'. Daarom wordt de keizersnede bij een stuitligging in principe niet voor 38 voltooide weken van de zwangerschap gedaan.

Gevolgen voor latere zwangerschappen

Het litteken in de baarmoeder is een nadeel bij een volgende bevalling. U krijgt na een keizersnede het advies de volgende keer in het ziekenhuis te bevallen, omdat het litteken een verhoogde kans op complicaties geeft tijdens een volgende bevalling. Voorbeelden daarvan zijn het openscheuren van het litteken, een voorliggende moederkoek, of een moederkoek die heel vast met de baarmoeder vergroeid is, zodat, zeldzaam, een baarmoederverwijdering nodig is. Hoewel deze complicaties zelden voorkomen, ontstaan ze vaker na een keizersnede dan na een vaginale bevalling.

Als u snel opnieuw zwanger wilt worden, dan is daar geen bezwaar tegen, tenzij uw gynaecoloog u adviseert hier nog mee te wachten. Of bij een volgende zwangerschap weer een keizersnede nodig is, hangt af van de ligging van uw baby. U kunt dit tijdens de zwangerschapscontrole met uw gynaecoloog bespreken. Vaak is bij een volgende zwangerschap geen keizersnede nodig. U krijgt wel een medische indicatie om in het ziekenhuis te bevallen.

Het maken van een keuze

Als het voor u mogelijk is om te kiezen tussen een vaginale bevalling of een keizersnede, is het belangrijk om alle voor- en nadelen zo goed mogelijk te bekijken.

Veel vrouwen zijn in eerste instantie geneigd om te kiezen voor een keizersnede, omdat dit de veiligste weg is voor uw baby om geboren te worden. Maar ook aan een keizersnede zitten nadelen.

We hebben de voor- en nadelen van beide manieren van bevallen hieronder nog eens voor u samengevat.

Stuitbevalling

Voordelen

- U kunt de volgende keer eventueel thuis bevallen.
- Geen keizersnede met de nadelen die daarbij horen.
- Kortere ziekenhuisopname en sneller herstel voor u.

Nadelen

Iets meer kans op gezondheidsproblemen bij uw baby vlak na de geboorte.

Keizersnede

Voordelen

Iets minder kans op gezondheidsproblemen van uw baby vlak na de geboorte.

Nadelen

- Langere ziekenhuisopname.
- Meer kans op complicaties voor u.
- Bij een volgende zwangerschap is een thuisbevalling niet mogelijk.
- Iets meer kans op complicaties bij een volgende bevalling.
- Het herstel na een keizersnede gaat langzamer: na ongeveer 6 weken zijn alle vrouwen weer hersteld.

Tot slot

Een baby in stuitligging geeft meestal aanleiding tot veel vragen. Bespreek deze vragen gerust met uw gynaecoloog tijdens een zwangerschapscontrole op de polikliniek Verloskunde.

Geef hier uw mening over deze folder: www.asz.nl/foldertest/

Albert Schweitzer ziekenhuis
april 2025
pavo 0408