



Baby in stuitligging

Als een baby met het hoofd boven in de baarmoeder ligt en met de stuit naar beneden, spreken we van een stuitligging. Waardoor een baby in stuitligging ligt, is vaak niet duidelijk. Tegen het einde van de zwangerschap kan het zinvol zijn te proberen de baby te draaien, zodat het hoofd beneden komt te liggen (hoofdligging).



In deze patiënteninformatie leggen we uit hoe dat gebeurt. Ook komt aan bod hoe de bevalling bij een stuitligging kan plaatsvinden, of u een keuze hebt tussen een gewone bevalling of een keizersnede en wat de voor- en nadelen van deze manieren van bevallen zijn.

Waardoor ligt een baby in stuitligging?

Bij meer dan 85% van de zwangeren is geen verklaring voor de stuitligging. Bij een vroeggeboorte komt een stuitligging vaker voor, omdat de baby bij een kortere zwangerschapsduur nog vaak met het hoofd naar boven ligt. Daarnaast komt een stuitligging 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.

Soorten stuitligging

Bij een stuitligging ligt het hoofd van het kind boven in de baarmoeder, terwijl de billen of de beentjes bij de ingang van het bekken liggen. Er zijn verschillende soorten stuitliggingen:

Onvolkomen stuitligging

De benen liggen helemaal omhoog naast het lichaam, zodat de baby als het ware op zijn tenen kan sabbelen.

Volkomen stuitligging

De bovenbenen zijn langs het lichaam gestrekt, maar de knieën zijn gebogen, zodat de voeten naast de billen liggen ('kleermakerszit').



Half onvolkomen stuitligging

Een been ligt gestrekt naar boven zoals bij een onvolkomen stuitligging, het andere been ligt 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.

Hoe vaak komt een stuitligging voor?

Vroeg in de zwangerschap komen stuitliggingen veel voor; in de periode tussen de 20 en 25 weken ligt ongeveer een derde van alle baby's met het hoofd naar boven, maar naarmate de zwangerschap vordert, draaien steeds meer baby's met hun hoofd naar beneden. Acht weken voor de uitgerekende datum, bij 32 weken, ligt nog 10 tot 15 % van de baby's in stuitligging. Rondom de uitgerekende datum is dat nog bij 3 % van de baby's het geval.

Een stuitligging, wat nu?

In deze folder leest u verder voor welke keuze u als ouders komt te staan als uw baby tegen het einde van de zwangerschap in stuitligging ligt. In ieder geval kunt u niet thuis bevallen, en soms adviseert de gynaecoloog een keizersnede. Om dit te voorkomen kan het zinvol zijn te proberen de baby in hoofdligging te draaien. Dit noemen we **uitwendige versie** .

De reden waarom we dit willen proberen is omdat de risico's voor zowel het kind als de moeder het kleinst zijn bij een vaginale geboorte in hoofdligging.

Bij een uitwendige versie proberen wij de baby te draaien van een stuitligging naar hoofdligging, door uitwendige handgrepen. De kans op een keizersnede halveert hierdoor.

Uitwendige versie, een poging tot draaien van de baby.

Wanneer gebeurt een uitwendige versie?

Voor 36 weken zwangerschapsduur draaien veel baby's zelf nog tot hoofdligging. Het is daarom verstandig pas na deze termijn het kind te draaien. Soms is het beter iets eerder of later te draaien. Dat heeft meestal te maken met de hoeveelheid vruchtwater. Het is bijna altijd mogelijk om tot aan de bevalling te proberen de baby te draaien.

Gang van zaken bij een poging tot draaien

Het HagaZiekenhuis heeft een speciale versiepoli voor de poging tot draaien. Dit is op de consultenkamer of de verloskamer zijn. Wij streven er naar de poging tot draaien door een vast 'stuitenteam' van verloskundigen te laten doen. Onderzoek heeft uitgewezen dat een vast team en continuïteit daarin, de kans van slagen van de uitwendige versie doet vergroten.

Hoe wordt dit praktisch geregeld?

1. Echo + counselinggesprek waarbij u uitleg krijgt over de versiepoging.
2. Eerste versiepoging.

3. Tweede versiepoging, indien gewenst als de eerste poging niet is gelukt.
4. Wanneer de uitwendige versie niet is gelukt bespreken wij met u de manier van bevallen.

Vóór het draaien

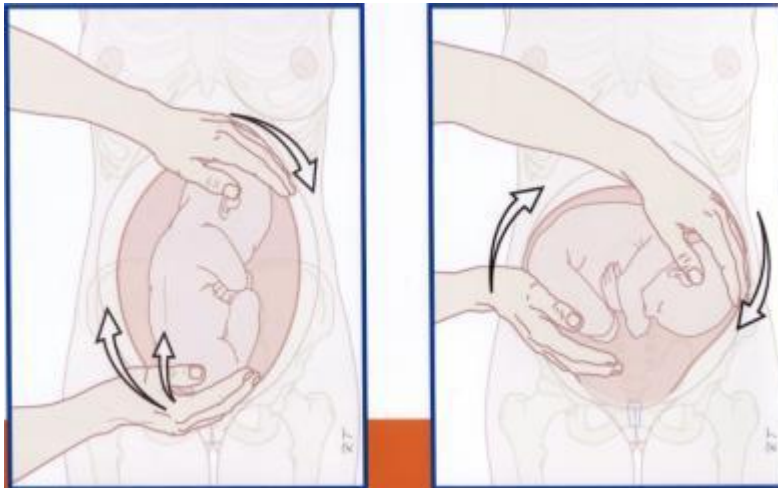
Voordat de poging tot draaien gebeurt, worden enkele onderzoeken gedaan:

- CTG (cardio toco grafie)
Een ctg is een registratie van de hartslag van de baby gedurende 30 minuten. Hiermee kunnen we de conditie van uw baby beoordelen.
- Echo
Om te bekijken of het verstandig is om te proberen de baby te draaien, vindt altijd echoscopisch onderzoek plaats. Hierbij is het mogelijk de ligging, groei, hoeveelheid vruchtwater en de ligging van de placenta te beoordelen. Er wordt hierbij geen uitgebreid onderzoek gedaan naar mogelijke kleinere aangeboren afwijkingen. Wel kijken we naar duidelijk zichtbare grote aangeboren afwijkingen, die een enkele keer een oorzaak van de stuitligging zijn. Ook gaan we na of de baby niet met het hoofd achterover gebogen ligt.

De versiepoging

Als u besluit de baby uitwendig te laten draaien is het belangrijk dat u hierbij zelf zo ontspannen mogelijk ligt en uw buikspieren niet aanspant. Misschien vindt u een kussen onder uw knieën

prettig. Ook krijgt u een injectie in de spier van de bil of het bovenbeen met een weeën remmend middel om ervoor te zorgen dat de baarmoeder niet samentrekt. Daardoor kan uw eigen hartslag een paar uur lang versnellen en kunt u last krijgen van hartkloppingen.



Als u een goede houding hebt gevonden, worden de billen van de baby uit het bekken getild en het hoofdje van de baby naar beneden bewogen. Zo wordt geprobeerd de baby voor- of achterover te laten 'duikelen', totdat het hoofdje beneden ligt. Hoe lang het draaien duurt verschilt, van minder dan 30 seconden tot soms meer dan 10 minuten.

Sommige vrouwen vinden het draaien gevoelig. Als het voor u te gevoelig is, mag u altijd vragen de poging te stoppen.

Hoe vaak lukt het om de baby te draaien?

Of het zal lukken om een baby te draaien, valt niet altijd te voorspellen. Gemiddeld is de kans op succes 40 tot 60%. Over het algemeen geldt: hoe vroeger in de zwangerschap en hoe

meer vruchtwater, des te makkelijker het is de baby te draaien. In een aantal situaties is het draaien moeilijker:

- Bij een eerste zwangerschap is de baarmoeder nog stevig en heeft het draaien minder kans op succes dan bij een tweede of derde zwangerschap.
- In een verder gevorderde zwangerschap is de hoeveelheid vruchtwater kleiner en de baby groter, wat het draaien moeilijker maakt.

Na het draaien

Na het draaien wordt gedurende 30 minuten een CTG gemaakt, ongeacht of het draaien wel of niet is gelukt. Als het gelukt is de baby te draaien, kunt u in principe thuis of in een geboortehotel bevallen, tenzij er een reden is voor een ziekenhuisbevalling.

Als het draaien de eerste keer niet is gelukt, kunt u overwegen om het een aantal dagen later nogmaals te proberen. Blijft het kind in stuitligging liggen dan moet u in het ziekenhuis onder controle blijven voor de zwangerschap en bevalling.

Vrouwen met de bloedgroep rhesus negatief en een rhesus positief kind, krijgen na afloop van een draaipoging een injectie met antiD, of het nu gelukt is het kind te draaien of niet.

Mogelijke gevolgen en complicaties van het draaien

Voor de moeder zijn er geen gezondheidsgevaren. Behalve dat het middel om de baarmoeder te laten ontspannen milde bijwerkingen kan geven, maar die gaan altijd vanzelf over. De

buikwand kan een paar dagen gevoelig zijn. Dit 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 ongeveer 0,4%) blijven de harttonen afwijkend en is een keizersnede noodzakelijk.

Contact

Ongeacht of het draaien wel of niet gelukt is, neemt u bij toenemende buikpijn, ongerustheid, bloedverlies of het minder voelen bewegen van u kind, direct contact op met de afdeling verloskunde via telefoonnummer: (070) 2107560. Dit nummer is dag nacht bereikbaar.

Wat is veiliger: een vaginale bevalling of een keizersnede?

De bevalling van een kind in stuitligging roept de laatste jaren veel vragen op. Is het wel veilig om 'gewoon' vaginaal te bevallen of is een keizersnede veiliger? Deze vraag houdt niet alleen aanstaande ouders, maar ook gynaecologen bezig.

Een belangrijk buitenlands onderzoek dat een gewone bevalling vergeleek met een keizersnede, werd in oktober 2000 gepubliceerd. De conclusie was dat een keizersnede bij een stuitligging rond de uitgerekende datum veiliger is voor het kind.

Inmiddels is ook uit Nederlandse cijfers gebleken dat de kans op sterfte en/of ernstige gezondheidsproblemen bij de baby bij

een vaginale stuitbevalling 1,29% is ten opzichte van de sterftekans van 0,16% bij een geplande keizersnede.

Tegenover de winst voor het kind van een geplande keizersnede, moeten echter de nadelen voor de moeder worden gezet. Op deze nadelen gaan wij later in, maar het komt erop neer dat de belangen van moeder en kind enigszins tegenover elkaar staan. Vooralsnog zijn wij van mening dat in bepaalde situaties een gewone, vaginale bevalling wel degelijk verantwoord is. Wij vinden het belangrijk dat u goed op de hoogte bent van de kans op complicaties, zowel bij een vaginale stuitbevalling als bij een keizersnede. Dit zal verder in deze brochure worden toegelicht.

Wanneer is een gewone (vaginale) bevalling bij stuitligging verantwoord?

De verloskundige van het stuitenteam maakt samen met de gynaecoloog de afweging of een gewone bevalling verantwoord is, of dat het beter is een keizersnede te doen.

Voorwaarden voor een veilige vaginale stuitbevalling zijn:

- Uw baby heeft een normaal geschat geboortegewicht;
- Het hoofdje van uw baby ligt bij echoscopisch onderzoek voorover gebogen;
- Een eventuele vorige bevalling verliep zonder medische problemen en uw baby had een normaal geboortegewicht.

- Spontane weeën en enige indaling van de stuit (volkomen of onvolkomen).
- De ontsluiting en de uitdrijving vorderen goed tijdens de bevalling.

Omdat elke zwangerschap bij elke vrouw anders is, bekijken wij steeds opnieuw wat we het beste kunnen adviseren. De uiteindelijke beslissing na de voorlichting ligt bij de aanstaande ouders. Die beslissing hoeft echter niet meteen vast te staan; factoren kunnen namelijk veranderen en daarmee houden wij rekening. Bijvoorbeeld, als er gekozen is voor een vaginale stuitbevalling, maar de weeën voor 41 weken nog niet begonnen zijn, kan alsnog een geplande keizersnede worden gedaan.

Mogelijke complicaties bij een gewone (vaginale) stuitbevalling

Mogelijke complicaties bij de moeder

De kans op complicaties bij de moeder is bij een stuitbevalling niet groter dan bij een baby in normale ligging. Wel is er 50 % kans dat de gynaecoloog tijdens de bevalling besluit tot een keizersnede, maar ook bij een baby in hoofdligging kan dit altijd nodig blijken.

Mogelijke complicaties bij de baby

1. Direct na de bevalling

Baby's in stuitligging die gewoon (vaginaal) worden geboren, worden vaker kort na de geboorte op de couveuseafdeling opgenomen dan baby's die geboren worden na een keizersnede. Er bestaan verschillende redenen voor zo'n opname. Soms heeft de baby na de geboorte behoefte aan extra zuurstof of ademhalingsondersteuning. Soms ontstaat er een beschadiging bij de geboorte, zoals een botbreuk, een zenuwbeschadiging of een hersenbloeding. Zoals eerder in deze brochure werd beschreven dat de kans op sterfte en/of ernstige gezondheidsproblemen bij een vaginale stuitbevalling hoger ligt dan bij een geplande keizersnede.

2. Na de bevalling

Follow-up van de kinderen uit het eerder genoemde onderzoek uit 2000 laat op 2-jarige leeftijd echter geen verschil zien in de gezondheid tussen kinderen die per keizersnede waren geboren en die vaginaal werden geboren.

Een gewone (vaginale) bevalling in stuitligging

Evenals bij een bevalling van een baby in hoofdligging, kent een stuitbevalling drie verschillende stadia (perioden): de ontsluiting, de uitdrijving en de periode na de geboorte. Tijdens

de ontsluitingsfase gaat de baarmoedermond open als gevolg van steeds krachtiger wordende weeën.

Bij een stuitligging wachten we tot de weeën spontaan beginnen tot 41 weken.

De ontsluitingsfase verloopt vaak iets anders bij een stuitbevalling. Tijdens de ontsluitingsfase zult u een infuus krijgen waar mogelijk weeën stimulerende middelen toegediend kunnen worden. 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. Wij zullen u dan vragen om nog niet te gaan persen.

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

Bij een stuitbevalling maken we bijna altijd een dwarsbed: het voeteinde van het verlosbed halen we weg 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 kind in onvolkomen stuitligging, met de benen omhoog, worden eerst

de billen geboren, en daarna de rest van het lichaam en de armen, en tot slot het hoofd.

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

De keizersnede bij een stuitligging

Mogelijke complicaties bij de moeder

De kans op ernstige complicaties door een keizersnede is voor gezonde zwangere heel erg klein, maar toch altijd groter dan na een gewone bevalling (zie [patiënteninformatie 'keizersnede'](#)). Het gaat hier om niet-levensbedreigende complicaties.

Sommige complicaties komen ook na een gewone bevalling voor, zoals bloedarmoede of trombose. Andere zijn een gevolg van een keizersnede, zoals een nabloeding in de buik, een bloeduitstorting, een wondinfectie, een beschadiging van de blaas of darmen die niet goed op gang komen.

Een blaasontsteking komt na een keizersnede vaker voor dan na een gewone bevalling. Langdurige ernstige pijn als gevolg van een zenuwbeschadiging bij het litteken van de keizersnede is een zeer zelden voorkomende complicatie. De kans op ernstige gezondheidscomplicaties en sterfte als gevolg van de keizersnede is voor gezonde zwangeren heel erg klein, maar toch altijd groter dan na een gewone bevalling.

Echter, de **grootste nadelen van een keizersnede** komen naar voren bij de volgende bevallingen. In principe adviseren wij

na een keizersnede, zeker als deze is verricht vanwege een stuitligging, een vaginale bevalling in de volgende zwangerschap. Het nadeel van herhaalde keizersneden is namelijk dat het technisch lastiger wordt de keizersnede uit te voeren met een verhoogde kans op het beschadigen van darmen of urinewegen.

Een ander groot nadeel en ernstige complicatie is het risico dat de moederkoek (placenta) innestelt ter plaatse van het oude keizersnedelitteken en hier ingroeit. De moederkoek komt dan na de geboorte van het kind niet los en moet soms met de baarmoeder verwijderd worden, wat ernstige complicaties voor de moeder met zich mee kan brengen.

Het nadeel van een vaginale bevalling na een keizersnede is het risico op uterusruptuur (het scheuren van de baarmoederwand ter plaatse van het oude keizersnede litteken). Dit kan ernstige gevolgen hebben voor het kind (zuurstoftekort/nood, sterfte) en de moeder (bloedverlies, noodzaak tot het verwijderen van de baarmoeder, sterfte). Dit risico neemt toe als de bevalling wordt ingeleid. De kans op een geslaagde vaginale bevalling is wel groot, waarschijnlijk zo'n 80%.

Kansen en risico's voor de moeder	Percentages
Geslaagde vaginale baring na een eerdere keizersnede	80 %

Kans op uterusruptuur (scheuren van baarmoeder) bij vaginale bevalling na eerdere keizersnede	1,5 %
Sterfte kind als gevolg van uterusruptuur bij vaginale bevalling na eerdere keizersnede	1,2 per 1000 vaginale bevallingen
Verwijderen van baarmoeder na uterusruptuur	0,9 per 1000 vaginale bevallingen
Ingegroeide placenta na 1 keizersnede	0,2 %
Ingegroeide placenta na 2 keizersneden	0,3 %
Ingegroeide placenta na 3 keizersneden	5,1 %

Bron: Anneke Kwee, Sectio caesarea in Nederland, Beleid, preventie en lange termijn consequenties, Proefschrift.

Mogelijke complicaties bij de baby

Soms is het moeilijk een baby in stuitligging uit de baarmoeder te halen, en kan een (zenuw)beschadiging optreden. Soms moet de keizersnede erg vroeg in de zwangerschap worden gepland om een spontane bevalling te voorkomen. Dan kan de

baby longproblemen krijgen, waarvoor opname op de couveuseafdeling noodzakelijk is. Daarom doet men bij een stuitligging in principe geen keizersnede voor 39 weken zwangerschapsduur.

Na de keizersnede

Afhankelijk van het herstel, is de opnameduur 1 tot 2 dagen. De eerste zes weken mag je niet zwaarder tillen dan het gewicht van het kindje. Het herstel na een keizersnede zal langer duren dan bij een vaginale bevalling.

Het maken van een keuze

Het stuitenteam geeft advies over de manier van bevallen bij een stuitligging. Iedere zwangere wordt hierbij als individu gezien. Hierin spelen verschillende factoren een rol zoals de huidige omstandigheden in de zwangerschap, de vorige bevallingen maar ook een toekomstige kinderwens waarbij ook de leeftijd van de moeder een rol speelt.

Veel vrouwen kunnen zelf kiezen tussen een gewone vaginale stuitbevalling of een keizersnede. Een voorwaarde is wel dat de gynaecoloog die de vaginale stuitbevalling zal begeleiden, dit ook verantwoord vindt. In dat geval is er weinig reden om toch voor een keizersnede te kiezen.

Het is belangrijk dat u als aanstaande ouder alle argumenten zo goed mogelijk op een rij zet. We hebben voor u de voor- en nadelen op een rijtje gezet:

Gewone vaginale stuitbevalling

Voordelen

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

Nadelen

- 1,29 % kans op ernstige gezondheidsproblemen en/of sterfte bij de baby kort na de geboorte bij een vaginale stuitbevalling of een stuitbevalling die eindigt in een keizersnede.

Keizersnede

Voordelen

- Minder kans op sterfte of gezondheidsproblemen van het kind kort na de geboorte.

Nadelen

- Langere ziekenhuisopname en langzamer herstel (6 weken).
- Meer kans op complicaties voor de moeder zoals hoger sterftcijfer, kans op infectie of trombose. Deze kans is 8 per 1000 ten opzichte van 2 per 1000 bij een vaginale baring.

- Geen thuisbevalling mogelijk bij een volgende zwangerschap.
- Iets meer kans op complicaties tijdens een volgende bevalling zoals:
 - het ingroeien van de placenta in de baarmoeder ter plaatse van het oude litteken (dit risico loopt op van 10 per 1000 (1%) bij de tweede, 4% bij derde en 8% bij vierde keizersnede);
 - het risico van scheuren van de baarmoeder (kans van 8 op de 1000 bij volgende vaginale baring na eerdere keizersnede);
 - mogelijke sterfte van het kind als gevolg hiervan (0,5 per 1000);
 - het verwijderen van de baarmoeder.

Controle van de heupen bij de baby na een stuitligging

Baby's die tijdens de zwangerschap langdurig in stuitligging hebben gelegen, hebben een verhoogde kans op een heupafwijking (heupdysplasie). Wij adviseren u als ouders van de baby die in stuitligging heeft gelegen, om drie maanden na de geboorte een echo-onderzoek van de heupjes te laten doen. Dit is om te kunnen vaststellen of er sprake is van deze heupafwijking.

Als uw baby tot 35 weken in stuitligging heeft gelegen en waarbij de uitwendige versie is gelukt, adviseren wij ook een

echo-onderzoek van de heupjes te laten doen. U krijgt hiervoor van het consultatiebureau een verwijzing. Hierna kunt u een afspraak maken.

Tot slot

Een baby in stuitligging geeft meestal aanleiding tot veel vragen. U kunt uw ideeën, eventuele twijfels en zorgen natuurlijk met het stuitenteam of uw gynaecoloog bespreken. Deze tekst helpt u om dit gesprek voor te bereiden.

Telefoonnummer stuitenteam

Voor specifieke vragen over de stuitligging adviseren wij contact op te nemen met het stuitenteam. Dit team is **dinsdag-** en **donderdagochtend** bereikbaar vanaf 8.30 uur op telefoonnummer (070) 210 7839.

Voor algemene vragen:

de afdeling verloskunde via telefoonnummer: (070) 2107560. Dit nummer is dag nacht bereikbaar.

Bron:

De bron van deze patiënteninformatie is afkomstig van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). De auteurs zijn dr. G. Kleiverda en dr. M.D.A. Lambers. Illustraties: B. Blanckevoort.

Wat vindt u van deze patiënteninformatie?

Wij horen graag uw mening over deze folder. Wilt u na het lezen enkele vragen beantwoorden? U vindt de vragen via deze link: <https://folders.hagaziekenhuis.nl/2228>. Dank u wel.

Spreekt u geen of slecht Nederlands?

De informatie in deze folder is belangrijk voor u. Als u moeite heeft met de Nederlandse taal, zorg dan dat u deze folder samen met iemand leest die de informatie voor u vertaalt of uitlegt.

Do you speak Dutch poorly or not at all?

This brochure contains information that is important for you. If you have difficulty understanding Dutch, please read this brochure with someone who can translate or explain the information to you.

Czy Państwa znajomość języka niderlandzkiego jest żadna lub słaba?

Informacje zawarte w tym folderze są ważne dla Państwa. Jeśli język niderlandzki sprawia Państwu trudność, postarajcie się przeczytać informacje zawarte w tym folderze z kimś, kto może Państwu je przetłumaczyć lub objaśnić.

Hollandaca dilini hiç konuşamıyor musunuz veya kötü mü konuşuyorsunuz?

Bu broşürdeki bilgi sizin için önemlidir. Hollandaca dilinde zorlanıyorsanız, bu broşürü, size tercüme edecek ya da açıklayacak biriyle birlikte okuyun.

إذا كنتم لا تتحدثون اللغة الهولندية أو تتحدثونها بشكل سيء إن المعلومات الموجودة في هذا المنشور مهمة بالنسبة لكم. إذا كانت لديكم صعوبة في اللغة الهولندية، فاحرصوا عندئذ على قراءة هذا المنشور مع شخص يترجم المعلومات أو يشرحها لكم.

173004042023