

# Stuitligging en draaien baby

[www.nwz.nl](http://www.nwz.nl)



Noordwest  
Ziekenhuisgroep

# Inhoud

<b>Wat is een stuitligging?</b>	<b>3</b>
<b>Draaien van de baby (versie)</b>	<b>4</b>
<b>Een vaginale stuitbevalling</b>	<b>6</b>
<b>Mogelijke complicaties bij een vaginale stuitbevalling</b>	<b>8</b>
<b>Mogelijke complicaties bij een keizersnede</b>	<b>8</b>
<b>Keuze tussen een vaginale stuitbevalling en keizersnede</b>	<b>9</b>
<b>Uw vragen</b>	<b>11</b>

## **Uw arts in Noordwest**

Noordwest Ziekenhuisgroep (Noordwest) is een topklinisch opleidingsziekenhuis. U kunt niet alleen te maken krijgen met de gynaecoloog, maar ook met arts-assistenten en klinisch verloskundigen. Waar in deze folder gynaecoloog staat, kunt u daarom ook arts-assistent of klinisch verloskundige lezen. Een arts-assistent is een volledig bevoegde arts - al dan niet in opleiding tot gynaecoloog - die u onder verantwoordelijkheid van en in nauw overleg met uw gynaecoloog onderzoekt en behandelt. Dat geldt ook voor de klinisch verloskundigen van Noordwest.

**Sommige baby's liggen tegen het einde van de zwangerschap met de billen naar beneden. Dit wordt een stuitligging genoemd. In deze folder vindt u uitleg over een stuitligging, uitwendig draaien van de baby, een vaginale stuitbevalling en een keizersnede.**

### ■ **Wat is een stuitligging?**

Bij een stuitligging ligt de baby tegen het einde van de zwangerschap niet met het hoofd, maar met de billen of voeten naar beneden (zie afbeeldingen).



**A**

*Afbeelding a* onvolkomen stuitligging met de benen omhoog

**B**

*Afbeelding b* volkomen stuitligging met gebogen knieën met de voeten naast de billen

**C**

*Afbeelding c* half (on)volkomen stuitligging met 1 been omhoog

**D**

*Afbeelding d* voetligging met de benen omlaag met 1 of beide voeten onder de billen

### **Onderzoek naar de oorzaak van een stuitligging**

Een stuitligging vroeg in de zwangerschap is heel gewoon. Rond de uitgerekende datum van de zwangerschap ligt ongeveer 3% van de baby's in stuitligging. Meestal is het niet duidelijk waarom een baby rond de uitgerekende datum nog in stuitligging ligt. Wel is bekend dat de kans op een stuitligging groter is:

- bij een meerlingzwangerschap
- bij een afwijkende vorm van de baarmoeder of het bekken

- als de placenta (moederkoek) of een vleesboom (myoom) voor of naast de baarmoedermond ligt
- bij sommige zeldzame aangeboren afwijkingen van de baby

## **Bevalling bij een stuitligging**

Bij een stuitligging bespreekt de gynaecoloog met u om de baby rond een zwangerschapsduur van 37 weken uitwendig te draaien naar hoofdligging. Dit wordt ook wel 'versie' genoemd. Als dit niet lukt, wordt de baby via een vaginale stuitbevalling of een keizersnede geboren.

Het kan zijn dat uitwendig draaien in uw geval niet mogelijk is. Als u zwanger bent van een meerling bijvoorbeeld. De gynaecoloog bespreekt dit dan met u.

### **■ Draaien van de baby (versie)**

Als de baby voor 37 weken zwangerschap niet uit zichzelf naar een hoofdligging is gedraaid, probeert de gynaecoloog (soms samen met een collega) dit uitwendig te doen. Bij een hoofdligging is de kans dat een keizersnede nodig is namelijk veel kleiner. Bij 36 tot 37 weken zwangerschap is de kans dat het draaien lukt in principe het grootst. Na 37 weken is er ook nog kans dat dit lukt, maar de draairuimte is dan door de groei van de baby kleiner. Ook is de kans dan groter dat de billen al in het bekken indalen.

Afhankelijk van de hoeveelheid vruchtwater is het soms wél beter om de baby iets eerder of juist later te draaien.

## **Vorbereiding**

Het draaien van de baby gebeurt op een verloskamer. Eerst wordt nog een hartfilmpje (CTG) van de baby gemaakt. Verder wordt er een echo gemaakt om na te gaan of de baby eventueel toch nog uit zichzelf gedraaid is. Tijdens dit onderzoek bepaalt de gynaecoloog de hoeveelheid vruchtwater en kijkt waar de placenta ligt. De kans dat het draaien van de baby lukt is groter als de baarmoederspier niet samentrekt. U krijgt daarom vlak voor het draaien een weeënremmer via een infuusnaaldje toegediend. Dit is een medicijn dat ervoor zorgt dat de baarmoeder niet samentrekt. Het medicijn heeft als bijwerkingen hartklop-

pingen en opvliegers; deze zijn van voorbijgaande aard en het medicijn is niet schadelijk voor de baby.

### **Zo wordt de baby gedraaid**

U ligt op een bed. Het is belangrijk dat u ontspannen probeert te liggen. Span ook uw buikspieren niet aan. U kunt eventueel een kussen onder uw knieën leggen. De gynaecoloog pakt vervolgens met de ene hand de billen van de baby vlak boven uw schaambeent vast, en duwt deze omhoog. Met de andere hand pakt de gynaecoloog het hoofdje aan de bovenkant van uw buik, en duwt dit naar beneden. De baby duikelt dan als het ware in de goede positie. Hoe lang het draaien duurt, kan variëren van zo'n 30 seconden tot 10 minuten. Na afloop wordt opnieuw een CTG gemaakt en een echo om te controleren hoe de baby nu ligt.

### **Injectie anti D**

Is uw bloedgroep Rhesus D-negatief en dat van de baby Rhesus D-positief? Dan kunt u antistoffen (afweerstoffen) tegen dit Rhesus-positieve bloed van uw baby maken. Dit kan gebeuren als bloed van de baby met uw bloed in contact komt. De kans daarop is iets groter bij deze behandeling. U krijgt daarom na afloop van het draaien uit voorzorg een injectie met anti-D.

### **Bijwerkingen en complicaties**

Het draaien van de baby is veilig. De kans op complicaties is heel klein. Wel is er een (kleine) kans op (één van) de volgende klachten:

- door de eventuele weeënremmer kunt u een paar uur last krijgen van een versnelde hartslag en hartkloppingen: dit is niet ernstig en gaat vanzelf weer over
- uw buik kan door het duwen een paar dagen gevoelig zijn of blauwe plekken krijgen: dat is vervelend, maar het kan geen kwaad
- de hartslag van de baby is na het draaien soms wat trager: dit gaat meestal vanzelf over en wordt gecontroleerd met het CTG
- er is een hele kleine kans (minder dan 1%) dat de hartslag van de baby afwijkend blijft: dan is direct een keizersnede noodzakelijk

## **Draaien lukt niet altijd**

Draaien van de baby lukt niet altijd. De kans op succes is bij de zwangerschap van uw eerste kind ongeveer 40%, bij een volgend kind ongeveer 60%. Of het lukt, is niet te voorspellen. Het draaien is over het algemeen lastiger:

- bij een verder gevorderde zwangerschap waarbij de baby groter is en/of de hoeveelheid vruchtwater minder en/of de billen al zijn ingedaald in het bekken
- als de placenta op de voorwand van de baarmoeder ligt
- als u zelf wat kleiner en/of zwaarder bent

## **Als draaien lukt**

Als het lukt om de baby te draaien naar hoofdligging kunt u in principe gewoon onder begeleiding van uw eigen verloskundige bevallen, tenzij er al een andere reden was voor een ziekenhuisbevalling. Houd er wel rekening mee dat uw baby zelf weer terug kan draaien. In overleg probeert de gynaecoloog dan nog een keer om de baby te draaien.

## **Als draaien niet lukt**

Lukt het draaien niet? Dan blijft u onder controle van de gynaecoloog. Soms kan worden overwogen om het draaien nog een keer te proberen. Als dat niet lukt dan heeft u, afhankelijk van uw situatie, de keuze tussen een gewone vaginale bevalling (stuitbevalling) in het ziekenhuis, of een keizersnede. Het kan ook zijn dat in uw geval alléén een keizersnede mogelijk is. U krijgt hier van uw gynaecoloog ook uitgebreid uitleg over.

In de fotoverhalen ‘Bevallen’ en ‘Moeder- en kindvriendelijke keizersnede’ op [nwz.nl/verloskunde](http://nwz.nl/verloskunde) vindt u ook meer informatie over een gewone bevalling en een geplande keizersnede in Noordwest.

## **■ Een vaginale stuitbevalling**

### **Wanneer is een vaginale stuitbevalling mogelijk?**

Een vaginale stuitbevalling is alleen mogelijk als:

- eventuele eerdere bevallingen zonder (ernstige) problemen zijn verlopen
- de baby naar verwachting niet te zwaar is

- het hoofd van de baby voorover ligt
- de stuit van de baby al enigszins in het bekken ingedaald is
- de ontsluiting en de uitdrijving goed vorderen (als de bevalling al op gang gekomen is)
- de hartslag van de baby tijdens de ontsluiting optimaal blijft

De gynaecoloog probeert op basis van deze factoren zo goed mogelijk in te schatten of een vaginale stuitbevalling mogelijk en veilig is voor u en uw baby.

## **Het verschil tussen vaginale stuitbevalling en gewone bevalling**

Net als bij een gewone bevalling verloopt een vaginale stuitbevalling in 3 fases:

- de ontsluiting
- het persen
- periode vlak na de geboorte

### **Ontsluiting**

De ontsluiting verloopt bij een vaginale stuitbevalling vaak iets anders. Dit komt doordat de kleinere billen, benen of voeten - dit is afhankelijk van het type stuitligging - sneller door de baarmoedermond zakken dan een hoofd. U kunt daardoor al persdrang krijgen, terwijl u nog geen volledige ontsluiting heeft. De gynaecoloog vraagt u dan om nog niet te persen.

### **Persen**

Persen verloopt vaak wel hetzelfde als bij een gewone bevalling. Als de baby 'half' geboren is, vraagt de gynaecoloog u te zuchten, en te stoppen met persen. Bij de eerstvolgende wee wordt het hoofd dan in 1 keer geboren. Om ervoor te zorgen dat het hoofd goed door het bekken gaat, drukt de gynaecoloog vaak boven het schaambeent op uw buik.

### **Benen in beensteunen**

Bij een vaginale stuitbevalling liggen uw benen vaak in beensteunen, in plaats van gewoon op bed. Dit wordt ook een dwarsbed genoemd. De gynaecoloog kan dan tussen uw benen staan en zo beter bij de geboorte van uw baby helpen.

### **Controle hartslag**

Net als bij een gewone bevalling, kan de hartslag van de baby bij een vaginale stuitbevalling goed gecontroleerd worden. Uitwendig via de buikwand, of inwendig met een elektrode die bij inwendig onderzoek op de bil van de baby wordt geplaatst.

### **Complicaties**

De kans op complicaties voor de moeder is bij een vaginale stuitbevalling en een gewone bevalling even groot. Wel is de kans op een keizersnede bij een vaginale stuitbevalling groter.

#### **■ Mogelijke complicaties bij een vaginale stuitbevalling**

De kans op (ernstige) complicaties voor gezonde zwangere vrouwen is zowel bij een keizersnede als een vaginale stuitbevalling heel klein. Wel is het zo dat de kans op complicaties bij een keizersnede iets groter is.

### **Voor het kind**

#### **Kort na de geboorte**

De kans dat uw kind kort na een vaginale stuitbevalling op de couveuseafdeling opgenomen moet worden, is groter dan na een keizersnede. Dit kan om verschillende redenen nodig zijn. Bijvoorbeeld voor extra zuurstof of ondersteuning bij de ademhaling. Soms is de opname noodzakelijk door een beschadiging tijdens de geboorte: een botbreuk, zenuwbeschadiging of hersenbloeding. Dit komt maar zelden voor.

#### **Langere tijd na de geboorte**

De kans op complicaties, langere tijd na de geboorte is na een vaginale stuitbevalling en een keizersnede even groot. Of anders gezegd: er is geen verschil in de ontwikkeling van de kinderen, en ze zijn even gezond.

#### **■ Mogelijke complicaties bij een keizersnede**

##### **Voor de moeder**

Elke operatie heeft een complicatierisico. Ernstige complicaties zijn zeldzaam. Bij een keizersnede is er een kleine kans op (één van) de volgende complicaties:



- nabloeding in de buik
- bloeduitstorting
- wondinfectie
- beschadiging van de blaas
- darmen komen niet goed op gang
- blaasontsteking
- bloedarmoede
- trombose

### **Litteken in de baarmoeder**

Na een keizersnede heeft u een litteken in de baarmoeder. Daardoor is de kans op complicaties bij een eventuele volgende bevalling groter:

- het litteken kan openscheuren
- de placenta kan voor de baarmoedermond liggen
- de placenta kan vergroeien met de wand van de baarmoeder in het oude litteken, waardoor de kans op veel bloedverlies groter is (in een enkel geval moet de baarmoeder verwijderd worden)

U krijgt daarom het advies bij een eventuele volgende zwangerschap in het ziekenhuis te bevallen.

### **Voor het kind**

Bij een keizersnede heeft uw kind een hele kleine kans op (één van) de volgende complicaties:

- (zenuw)beschadiging, als het moeilijk is om het kind via een keizersnede uit de baarmoeder te halen: dit komt maar zelden voor
- (ernstige) longproblemen als een keizersnede te vroeg - vóór 39 weken - noodzakelijk is (om longproblemen te voorkomen wordt een geplande keizersnede normaal gesproken vanaf een zwangerschapsduur van 39 weken gedaan)

### **■ Keuze tussen een vaginale stuitbevalling en keizersnede**

Afhankelijk van uw situatie is een vaginale stuitbevalling in het ziekenhuis, of een keizersnede mogelijk.

## Wanneer heeft u de keuze?

Meestal kunt u zelf kiezen tussen een vaginale stuitbevalling of een keizersnede. Maar een keuze is niet mogelijk als:

- de bevalling zo snel gaat dat uw kind al bijna geboren wordt als u in het ziekenhuis arriveert
- de gynaecoloog een vaginale stuitbevalling niet verantwoord vindt: bijvoorbeeld als het kind tijdens de bevalling niet gunstig ligt, als de ontsluiting of geboorte niet snel genoeg verloopt, of als de harttonen van het kind verslechteren

## Voor- en nadelen kort op een rij

Als u de keuze heeft, is het voor een weloverwogen keuze belangrijk om alle voor- en nadelen goed op een rij te zetten. Dit overzicht kan u hier misschien bij helpen.

voordelen vaginale stuitbevalling	nadelen vaginale stuitbevalling
het is een gewone, natuurlijke en spontane bevalling	uw kind heeft kort na de geboorte iets grotere kans op problemen, waarvoor opname op de afdeling neonatologie nodig kan zijn
geen nadelen van een operatie	grotere kans op keizersnede tijdens de ontsluiting
kortere ziekenhuisopname	
sneller herstel	
eventuele volgende bevalling naar eigen keuze thuis of in het ziekenhuis	

voordelen keizersnede	nadelen keizersnede
uw kind heeft kort na de geboorte iets kleinere kans op problemen	langere ziekenhuisopname
	grotere kans op complicaties voor de moeder
	geen thuisbevalling meer mogelijk
	iets grotere kans op complicaties bij een volgende zwangerschap / bevalling

## ■ Uw vragen

Met vragen kunt u contact opnemen met de gynaecologie, verloskunde en voortplantingsgeneeskunde van Noordwest Ziekenhuisgroep.

### Tijdens kantoortijden

De polikliniek, van maandag tot en met vrijdag van 08:30 tot 16:30 uur:

- locatie Alkmaar: telefoon 072 - 548 2900
- locatie Den Helder: 0223 - 69 6536

### Buiten kantoortijden

Bij eventuele problemen na de operatie kunt u contact opnemen met de verpleegafdeling verloskunde/gynaecologie:

- locatie Alkmaar: telefoon 072 - 548 2940 en 072 - 548 2925
- locatie Den Helder: telefoon 0223 - 69 6466

Meer informatie over een stuitligging vindt u ook op [www.nvog.nl](http://www.nvog.nl)

### Noordwest Ziekenhuisgroep

Postbus 501

1800 AM Alkmaar

[www.nwz.nl](http://www.nwz.nl)

**tel** 072 - 548 4444

### Colofon

Redactie gynaecologie/verloskunde  
communicatie

Druk Ricoh

Bestelnummer 20853

*Op alle onderzoeken en behandelingen van Noordwest Ziekenhuisgroep zijn de algemene voorwaarden van Noordwest Ziekenhuisgroep van toepassing, zie [www.nwz.nl](http://www.nwz.nl)*