

Uitwendige versie bij stuit of dwarsligging

Doel:

Het uitwendig draaien van een kind van stuit- of dwarsligging naar hoofdligging door twee verloskundige zorgverleners. De versie kan zowel in 1^e als 2^e lijn worden uitgevoerd.

Indicaties uitwendige versie:

Een stuitligging of dwarsligging bij een zwangerschapsduur van ≥ 35 weken.

Moment van uitwendige versie:

Het beste moment voor een uitwendige versie is rond de zwangerschapsduur van 35-36 weken. Vroeger in de zwangerschap stijgt de slagingskans maar ook de kans op terugdraaien. Later in de zwangerschap daalt de slagingskans van de uitwendige versie.

Betrokkenen:

- Patiënte en partner
- Eerstelijns verloskundige
- Klinisch verloskundige
- Arts-assistent
- Gynaecoloog
- O&G verpleegkundige

Beleid

Controleer tijdens het uitwendig onderzoek of echo, de ligging van foetus. Indien bij 34-35 weken AMD de foetus zich niet in hoofdligging presenteert, wordt rond 35 weken een echo ligging afgesproken.

Bij deze echo worden biometrie, AFI en ligging bepaald. Indien stuit- of dwarsligging zal counseling voor uitwendige versie in de 1^e als 2^e lijn plaatsvinden. Verdere counseling voor vaginale stuit of primaire sectio in 2^e lijn.

1^e lijns verloskundigen dienen ingeschreven te zijn in het versieregister. Gynaecologen dienen dedicated te zijn in het uitvoeren van versies, danwel onder supervisie van een ervaren gynaecoloog te draaien.

Slagingskans

De slagingskans is gemiddeld 50%. Bij een multipara (66%) is de slagingskans groter dan bij een primipara (40%). De slagingskans neemt significant¹ toe door te werken in versieteams die op elkaar ingespeeld zijn.

In de 2^e lijn wordt i.m. toediening van Ritodrine 10 mg overwogen. De slagingskans stijgt +/-10%.

Etiologie

Foetaal

- Congenitale afwijkingen
- Foetale groeivertraging
- Navelstrengproblemen (te kort/omstrengheld)
- Polyhydramnion

Maternaal

- Bekken- en uterusafwijkingen (septum, bicornis)
- Tumoren in het kleine bekken (myomen)
- Placenta praevia
- Multipariteit
- Schildklier pathologie

> 85% geen aanwijsbare oorzaak

Contra-indicaties uitwendige versie*

Absoluut

- De enige absolute contra-indicatie is een contra-indicatie voor een vaginale partus, zoals een placenta praevia

Relatief

- Litteken uterus
- Uterus anomalie
- Pre-eclampsie en hypertensie
- Solutio in de anamnese
- Foetale groeivertraging
- Oligo-, anhydramnion
- Gebroken vliezen
- Vaginaal bloedverlies 2^e helft graviditeit
- Suboptimaal CTG
- Caput in deflexie
- Placenta op voorwand
- Congenitale foetale afwijkingen
- Obesitas

* De contra-indicaties die voor versie worden genoemd zijn relatief en in de meeste onderzoeken nogal vaag beschreven, omdat bewijzen veelal ontbreken (NVOG Richtlijn Stuitligging).

Complicaties

Uitwendige versie:

- Maternaal: nihil
- Foetaal:
 - o Kortdurende afwijking cortonen (2-7%)
 - o Foetomaternale transfusie (3,7%)
 - o Vaginaal bloedverlies (0,47%)
 - o Spoedsectio (0,43%)
 - o Persisterende CTG-afwijkingen (0,36%)
 - o Partiele abruptio (0,12%)
 - o Navelstrengprolaps
 - o Solutio placentae
 - o Breken van de vliezen

Problemen gerelateerd aan de stuitligging:

- Verhoogde kans op complicaties durante partu
- Verhoogde kans op neonatale mortaliteit/ernstige morbiditeit
- Verhoogde kans op sectio caesarea, hetgeen gepaard gaat met meer maternale morbiditeit

Uitvoering uitwendige versie:

Indien zwangere en partner kiezen voor uitwendige versie, zal deze worden afgesproken vanaf 35⁺⁰ weken. Informatiemateriaal over versie wordt meegegeven aan zwangere. De verschillen tussen versie in de eerste en tweede lijn worden mondeling toegelicht (versie in eigen praktijk, in tweedelijns mogelijkheid geven ritodrine en verschillen in foetale bewaking, tweede lijn middels CTG en mogelijkheid tot directe interventie in de tweede lijn). De zwangerschapskaart met daarop gegevens van echo ligging en bloedgroep / Rhesusfactor worden aangeleverd aan diegenen die de versie zullen gaan uitvoeren.

Op de dag van de versie wordt de zwangere nogmaals geïnformeerd over de uitwendige versie. Tevens controleren of de zwangere en haar partner de folder hebben doorgelezen en of er nog eventuele vragen vooraf zijn. In eerste lijn toestemmingsformulier uitwendige versie tekenen ivm registratie in versieregister en follow up.

Zwangere neemt plaats op bed / onderzoeksbank in comfortabele positie, waarna allereerst echo gemaakt zal worden ter beoordeling ligging en cortonen. De versie zal alleen uitgevoerd worden als de foetale conditie optimaal is (onderzocht middels CTG, doptone en / of echo). Indien stuit- of dwarsligging vervolgen protocol.

Uitwendige versie wordt uitgevoerd, waarbij foetus bij voorkeur voorover draait, achterover kan. Indien versie > 5 min duurt tussentijds cortonen luisteren. Evalueer eventueel tussentijds ligging middels echoscopie.

Indien zwangere Rh-negatief is en foetale Rh-factor positief 1000 IU Anti-D im geven (zowel bij geslaagde als niet geslaagde versie).

Verwijs bij complicaties naar 2^e lijn.

Na een mislukte versiepoging kan een volgende poging verricht worden. De voorkeur heeft een tweede poging uit te voeren in de 2^e lijn, gezien de mogelijkheid voor tocolyse^{1,2}. Uit meerdere studies blijkt een toegenomen kans op succes na toediening tocolyse (oa ritodrine). Het werken in vaste versieteams doet de slagingskans toenemen, bleek uit de studie van het JBZ, ook wanneer er geen ritodrine werd gebruikt (men zag zelfs een daling in gebruik van ritodrine)³.

Na afloop dienen de volgende gegevens in ieder geval gedocumenteerd te worden:

- resultaat van de versiepoging
- uitvoeringsaspecten zoals;
 - o verteurs
 - o echogegevens
 - o kwaliteit van de foetale harttonen
 - o methode van versie
 - o toediening van anti-D
 - o complicaties
 - o tevredenheid van de zwangere

Verzorg terugkoppeling naar verwijzend zorgverlener en follow-up.

Iedereen die versies uitvoert dient een registratie bij te houden van uitgevoerde versies, slagingspercentage en eventuele complicaties. Deze registratie kan periodiek gebruikt worden voor rapportage en als kwaliteitsbewaking.

Documenten:

Folder KNOV Uitwendige versie:

https://deverloeskundige.nl/uploads/deverloeskundige.nl/knov_client_downloads/54/file/KNOV_bro_Uitwendige_versie_tekst_aanpassingen.pdf

Praktijkaart:

https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov_downloads/628/file/Praktijkaart_Uitwendige_Versie.pdf

Factsheet:

https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov_downloads/2894/file/Factsheet_uitwendige_versie_augustus_2018_definitief.pdf

Bronnen:

1 External cephalic version for breech presentation before term. Eileen K Hutton , G Justus Hofmeyr, Therese Dowswell.

2 External cephalic version for breech presentation at term. G Justus Hofmeyr, Regina Kulier, Helen M West.

3 Introduction of a dedicated team increases the success rate of ECV: a prospective cohort study, Daniek Thissen ea. European Journal of O&G, 2019.

Gemaakt door	Mieke Oostveen, 1 ^e lijn verloskundige en versiekundige
--------------	--

Beoordeeld door	Gardy Laurijssen, 1 ^e lijns verloskundige Sabrina Grinwis, 1 ^e lijns verloskundige Pauline Doedens, 1 ^e lijns verloskundige Lineke vd Berg, 1 ^e lijns verloskundige Anne-Lotte vdr Kooi, AIOS gynaecologie Liv Freeman, gynaecoloog Hans Versendaal, gynaecoloog-perinatoloog
Goedgekeurd op	
Herzien voor	