

## Titel

Uitwendige versie bij stuitligging

## Specialisme

Obstetrie en gynaecologie

## Soort document

VSV-protocol

## Verdenking ziektebeeld

Stuit- of dwarsligging vanaf 35-36 weken zwangerschap

## Doel

Het uitwendig draaien van een kind van stuitligging naar hoofdligging door twee verloskundige zorgverleners van VSV Achterhoek Oost (actueel door twee gynaecologen van het SKB).

## Algemene opmerkingen

### 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.

### Slagingskans

De slagingskans is gemiddeld 40%. Bij een multipara is de slagingskans groter dan bij een primipara.

### Aantal pogingen

Een tweede versiepoging vindt plaats in overleg met de gynaecoloog afhankelijk van meerdere factoren en met toestemming van de zwangere na informed consent.

### Complicaties uitwendige versie

#### Maternaal

Nihil.

#### Foetaal

- Passagere CTG-afwijkingen (5,7%)
- Foetomaternale transfusie (3,7%)
- Vaginaal bloedverlies (0,47%)
- Spoedsectio (0,43%)
- Persistierende CTG-afwijkingen (0,36%)
- Navelstrengprolaps
- Partiele abruptio (0,12%)
- Solutio placentae
- Breken van de vliezen

## Complicaties stuitligging

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.

Risico's van de vaginale stuitbevalling:

- Navelstrengprolaps (4-7,4% t.o.v. 0,3% bij hoofdligging).
- Acidemie ten gevolge van langdurige navelstrengcompressie tijdens de uitdrijving (RR 4-10 tov hoofdligging).
- Direct mechanisch letsel ten gevolge van niet vorderen van de baring, waarbij (partiële) extractie nodig is: cerebraal letsel, plexuslaesies, spinaal letsel, fracturen, rupturen van thoracale en abdominale organen.

Sectio caesarea:

- Veilig maar niet zonder risico: cave maternale morbiditeit cq mortaliteit.
- Cave problemen in een volgende zwangerschap (uterus ruptuur, placenta praevia/accreta/increta).
- Electieve sectio plannen vanaf een zwangerschapsduur van 39+ 0/7 weken.

## Indicaties

Een stuit- of dwarsligging bij een zwangerschapsduur van 35-36 weken.

## Contra-indicaties

### Absolute contra-indicaties

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

### Relatieve contra-indicaties

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

De contra-indicaties zijn relatief en in de meeste onderzoeken nogal vaag beschreven, omdat bewijzen veelal ontbreken (NVOG richtlijn stuitligging). De gynaecoloog die de versie verricht maakt de inschatting.

### Contra-indicaties nifedipine

- Hypotensie en shock
- Voorzichtigheid is geboden bij gebruik van andere antihypertensiva (met name bètablokkers), diuretica en magnesiumsulfaat (bron: farmacotherapeutisch kompas).

## Vorbereiding

### Consult

- Rond een zwangerschapsduur van 35 weken wordt de zwangere verwezen naar de gynaecoloog. De actuele zwangerschapskaart wordt meegegeven.
- Tijdens het consult wordt de ligging gecontroleerd middels transabdominale echoscopie en wordt de locatie van de placenta bepaald.
- De indicatie en contra-indicaties worden afgewogen door de gynaecoloog.
- Op basis van bovenstaande informatie zal er counseling plaatsvinden over de ligging, een versie en de modus partus. De voor- en nadelen zullen worden besproken en op basis van informed consent zal er een beleid bepaald worden.
- Indien de zwangere kiest voor een uitwendige versie zal zij worden ingepland op het versiespreekuur.

### Versiespreekuur

In principe is het versiespreekuur op maandag of donderdag bij de dienstdoende gynaecoloog. Voorkeurstijdstip tussen 11:00 en 12:00 uur. In dienst agenda alsook de kliniekagenda vermelden.

Indien er meer dan twee versies zijn, gelieve deze in dit tijdsbestek in te plannen, in overleg met de gynaecoloog. Gelieve twee zwangeren per ochtend.

Er vindt overleg plaats met dienstdoende gynaecoloog wie de tweede aanwezige gynaecoloog is bij de versie.

## Werkwijze

### Benodigd materiaal

- Echoapparaat
- Echogel
- CTG apparatuur
- Bloeddrukmeter
- Medicatie: nifedipine 2 tabletten van 10 mg
- 2 handdoeken
- Kussen voor onder de knieën van de zwangere
- 1000 EH anti-D, indien de zwangere een Rhesus D negatieve bloedgroep heeft en de foetus een Rhesus D positieve bloedgroep

### Procedure

- Op de dag van de versie meldt de zwangere zich op afdeling E0, de zwangere dient om 10:30 uur aanwezig te zijn.
- De zwangere wordt 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.
- Anamnese afnemen
- Controles: RR, pols, temperatuur

- Controle van de ligging
- CTG aansluiten gedurende 30 minuten
- Bloedgroep en rhesusfactor opzoeken (EPD of schriftelijk)
- Alleen helder drinken toegestaan tijdens de versie
- Zwangere laten urineren vlak voor de versie
- 30 minuten en 10 minuten voorafgaand aan de versie nifedipine 10 mg per os (indien geen contra-indicaties\*) onder tensiecontrole; voor iedere gift nifedipine bloeddruk controle
- Aanvullende transabdominale echo wordt gemaakt door de gynaecoloog. Hierbij wordt gekeken naar: ligging en grootte van het kind, de hoeveelheid vruchtwater en de ligging van de placenta
- Versie door twee verloskundig zorgverleners; vooralsnog 2 gynaecologen
- Foetale bewaking middels CTG gedurende 30 minuten
- Eventueel 1000 EH anti-D toedienen, bij Rhesus D negatieve bloedgroep zwangere en Rhesus D positieve bloedgroep kind, door klinisch verloskundige of verpleegkundige
- Indien de versie slaagt gaat de zwangere retour 1<sup>e</sup> lijn
- Indien de versie niet slaagt krijgt de zwangere een vervolgspraak poliklinisch 2<sup>e</sup> lijn
- Registratie vindt dubbel plaats: in de versielijst van het EPD en achterin partusboek, zie roze bladwijzer (sticker patiënte, pariteit, termijn, geslaagd/niet geslaagd), welke wordt ingevoerd door de klinisch verloskundige/gynaecoloog

### **Nazorg**

- Indien alle controles goed zijn mag de zwangere naar huis met instructies: letten op kindsbewegingen, bloedverlies, contracties en pijn.
- Indien er klachten optreden binnen 24 uur na de versie, dan neemt de zwangere telefonisch contact op met de klinisch verloskundige (0543-544662).
- Folder stuitbevalling, folder keizersnede en NVOG consult kaart 'uw kind ligt in een stuit' mee, indien versie niet gelukt is.

### **Datum protocol**

Gepubliceerd in oktober 2018.

### **Wijzigingen t.o.v de vorige versie**

Niet van toepassing.

### **Bronvermelding/literatuurverwijzing**

- NVOG Richtlijn Stuitligging Versie 2.0, 2008
- KNOV Standpunt Uitwendige Versie, 2006