

## Protocol uitwendige versie bij stuitligging VSV SHE (november 2021)

### Logistiek:

- Indien liggingsecho bij voorkeur bij zwangerschapsduur 35 weken.
- Indien stuitligging → verwijzen via zorgdomein naar de poli gynaecologie met de vermelding verwijzing naar het 'versie spreekuur' en met vermelding van de zwangerschapsduur.
- zwangere graag de informatie van de uitwendige versie van de site gynaecoloog.nl meegeven en of mailen (Links zijn hieronder vermeld)
- NB: indien een biometrie verricht in de huidige graviditeit, graag de exacte metingen vermelden, inclusief de amnion fluid index.
- Counseling over de uitwendige versie, zal door één van de leden van het versieteam worden verricht. Informed consent noodzakelijk en vermelden in het dossier.
- Versiesprekuren elke donderdag middag op één van de triagekamers.

<https://www.degynaecoloog.nl/onderwerpen/baby-laten-draaien-stuitligging-versie/#:~:text=Als%20een%20baby%20bij%20een,om%20een%20versie%20te%20doen.>

[https://consultkaart.nl/wp-content/uploads/2017/12/FMS\\_ck\\_Stuitbevalling\\_2017.01.pdf](https://consultkaart.nl/wp-content/uploads/2017/12/FMS_ck_Stuitbevalling_2017.01.pdf)

<https://www.degynaecoloog.nl/onderwerpen/hoe-wil-bevallen-kind-stuitligging/#:~:text=Om%20de%20baby%20in%20hoofdligging,draaien%20bij%20stuitligging%3A%20een%20versie.>

### Doel

Verminderen van het aantal à terme stuitliggingen.

### Contra-indicatie

Voor de uitwendige versie bestaan nauwelijks absolute contra-indicaties. Gezien de lage kans op complicaties, is er voldoende bewijsvoering voor absolute contra-indicaties.

### Absolute contra-indicaties voor uitwendige versie:

- verdenking (partiële) abruptio placentae
- vaginaal bloedverlies
- contra-indicatie vaginale baring
- verdenking foetale nood
- gebroken vliezen
- meerling graviditeit

### Relatieve contra-indicaties voor uitwendige versie:

- litteken uterus
- uterusanomalie
- foetale groeivertraging
- oligohydramnion
- pre-eclampsie / ernstige hypertensie
- HIV of HbsAg positief

### Complicaties

- persisterende CTG afwijkingen (0.36%)
- vaginaal bloedverlies (0.47%)
- partiële abruptio (0.12%) (vergelijkbaar met achtergrondrisico, NVOG, 2008)

- passagère CTG afwijkingen (5,7%)
- breken van de vliezen prematuur
- verdenking foetale nood waarvoor een spoedsectio (0,43%)

### **Ritodrine**

Informed consent ritodrine i.m. gewenst en dit noteren in het dossier.

Ritodrine 10 mg intramusculair: toediening 5 tot 15 minuten voor uitwendige versie poging.  
Bijwerkingen: blozen, misselijkheid, zweten, palpitaties, rusteloosheid, tremor, zakken 2-4 uur na toediening weer af.

N.B. de ampullen ritodrine, welke op de verloskamers aanwezig zijn, vermelden dat dit voor infusie is. De ritodrine mag i.m. gegeven worden.

### **Relatieve contra-indicaties voor gebruik van ritodrine:**

- hyperthyreoïdie
- hypertrofische obstructieve cardiomyopathie, subvalvulaire aortastenose
- tachycardie en andere ritmestoornissen, m.n. bij hypokaliëmie
- overgevoeligheid voor parasymphicolitica of sympathicomimetica
- afwijkende lever-/nierfunctie
- astma behandeld met beta2sympathicomimetica en/of corticosteroiden
- gebruik van NSAIDs,  $\beta$ -blokkers (labetalol/trandate®), xanthine derivaten (Theofylline®), Tricyclische antidepressiva, calcium, mineraalcorticosteroiden.

### **Werkwijze voorbereiden**

Echoscopisch onderzoek en verifieer:

- type stuitligging;
- positie van de rug;
- lokalisatie van de placenta;
- biometrie na gaan in de status; indien niet recent gemeten (>2 weken) zal er voor de versie een biometrie gedaan worden. (biometrie recent door de 1<sup>e</sup> lijn gedaan, metingen overnemen in Astraia onder zorgverlener extern)
- amniotic fluid index;
- Indien in de zwangerschap geen onderzoek verricht is naar structurele afwijkingen, alertheid op grove structurele afwijkingen.
- CTG voorafgaand aan de poging;
- lege blaas.
- Stuit luxeren uit de bekkeningang en naar rugzijde van de foetus bewegen (zo nodig talkpoeder of warme echogel op buik). Door druk op het caput de foetus in flexie duwen en vervolgens het caput naar de bekkeningang duwen. Eventueel kan een helper de stuit fixeren of naar craniaal duwen.
- Totale duur van de versiepoging (d.w.z. duur van druk op de foetus) mag niet langer dan 5 minuten. Indien versie niet lukt na 30 min nogmaals een poging.
- Daarbij niet opnieuw ritodrine geven.
- Echoscopische verificatie ligging en foetale conditie
- Geslaagde versie = hoofdligging 30 minuten na de versie.

## **Werkwijze nazorg**

### **Na uitwendige versie poging:**

- CTG na afloop
- 1000 IE anti D immunoglobuline na de versiepoging bij Rhesus-D negatieve zwangeren en foetus rhesus-D positief, onafhankelijk op de versie gelukt is of niet. Als een tweede versiepoging binnen twee weken wordt verricht, is het niet nodig om nogmaals anti-D immunoglobuline toe te dienen.
- Indien de versie is geslaagd, gaat de zwangere retour naar de eerstelijns verloskundige (dan wel terugverwijzing naar tweedelijns indien medische indicatie). De versiekundige zal altijd na de gedane versiepoging de 1e lijn informeren of de wel of niet geslaagde versie.
- Wanneer de uitwendige versie niet is geslaagd, kan er een tweede poging worden afgesproken.  
(Voorkeur 2e poging met ritodrine, indien eerste poging geen ritodrine is gebruikt).
- Als de zwangere geen tweede poging wil dan wel dat er sprake blijft van een afwijkende ligging, vindt er verwijzing naar de tweedelijns plaats (indien zwangere niet al een tweedelijnsindicatie heeft). Consult gepland worden op PN4 om modus partus te bespreken en counseling met betrekking tot een vaginale baring dan wel een primaire sectio caesarea.
- Niet geslaagde versie op triagekamer, zal de zwangere op de hoogte worden gebracht indien geen tweede versie poging gewenst is over de volgende folder materiaal:  
[https://consultkaart.nl/wp-content/uploads/2017/12/FMS\\_ck\\_Stuitbevalling\\_2017.01.pdf](https://consultkaart.nl/wp-content/uploads/2017/12/FMS_ck_Stuitbevalling_2017.01.pdf)  
<https://www.degynaecoloog.nl/onderwerpen/hoe-wil-bevallen-kind-stuitligging/>
- Indien zwangere de zwangerschapsduur  $\geq 37$  weken, voorlopige modus partus bespreken na de uitwendige versie en dit vastleggen in het elektronische patiënten dossier (EPD).
- Alle pogingen van uitwendige versies worden geregistreerd in het EPD.
  - Een zwangerenkaart is of zal aangemaakt worden. Hierin een notitie versie poging.
  - Registratie personenlijst EPD 'uitwendige versie'
  - Uitwendige versie registratie van de KNOV wordt verricht.

De zwangere kan naar huis indien na versie normaal CTG en normale maternale pols (<100 sl/min) Belinstructies na de versie ongeacht geslaagde of niet geslaagde versie zal door de versiekundige besproken worden.

### **Belinstructies na versie:**

- vaginaal bloedverlies en of vruchtwater verlies;
- harde buiken die niet afnemen;
- minder of geen leven voelen;
- weeën.

### **Advies na versie:**

- beurs gevoel 24-48 uur;
- rustig aan doen de dag van de versie;
- warmte;
- regelmatig de blaas legen;
- indien versie gelukt regelmatig kleermakerszit.

NB : Alle vrouwen die een versie ondergaan hebben, moet met klem geadviseerd worden een afspraak te maken voor een echo heupen van hun kind drie maanden postnataal in verband met een verhoogde kans op heupdysplasie (via consultatiebureau of kinderarts).

## Achtergrond

Uitwendige versie vanaf amenorroe 36 weken is effectief gebleken om het aantal kinderen dat zich bij de bevalling niet in hoofdligging presenteert te verminderen (gepoolde RR 0.42, 95% BI 0.29 tot 0.61) en het vermindert het percentage sectio's (gepoolde RR 0.57, 95% BI 0.40 tot 0.8).

## Verbeteren van uitkomst

### Timing

De landelijke richtlijn adviseert een versie na AD 36 weken. Een vroegere versie kan mogelijk leiden tot een hogere slagingskans. In 2010 is een trial gepubliceerd die "vroeg uitwendige versie" (AD 34-36 weken) vergeleek met "late uitwendige versie" (AD >37 weken). Ondanks dat deze studie liet zien dat er minder kinderen niet in hoofdligging lagen bij de geboorte in de "vroeg uitwendige versie" groep, waren er geen verschillen in de routinematige groep "vroeg uitwendige versie". Gezien de trend in een verhoogd percentage premature partus lijkt een versie voor AD 36 niet wenselijk. Indien planning technisch niet haalbaar dan voorkeur naar dicht rond AD 36+0 weken.

### Pijnstilling

Pijnstilling wordt op dit moment niet aangeboden. Een recent gepubliceerde systematische review (2016) concludeert dat epidurale analgesie het succespercentage van de uitwendige versie verhoogt van 43.1% naar 58.4% (gepoolde RR 1.44 95% BI, 1.27 tot 1.64).

De kans op hoofdligging durante partu was verhoogd van 40.2% naar 55.1%. (gepoolde RR 1.37, 95% BI 1.08 tot 1.73). de kans op een sectio was verminderd van 55.3% naar 46.0% (gepoolde RR 0.83, 95% BI, 0.71 tot 0.97). Een recente gepubliceerde RCT laat zien dat remifentanyl geen toegevoegde waarde heeft ten opzichte van het slagen van de uitwendige versie (rond 50% in beide groepen). Ondanks dit gegeven, is de tevredenheid van deelnemers hoger bij deelnemers die remifentanyl kregen en de pijnscore lager.  $3.2 \pm 2.4$  vs  $6.0 \pm 2.3$ ;  $P < 0.01$ .)

### Uterus relaxantia

Medicamenteuze uterusrelaxatie kan het succespercentage van een uitwendige versie verhogen. Een nog niet gepubliceerde netwerk-meta analyse laat zien dat een beta-mimeticum superieur is aan andere uterus relaxantia. Op grond van bovengenoemde data zal de uitwendige versie standaard worden aangeboden met een beta-mimeticum (fenoterol/ritodrine). Helaas geeft een beta-mimeticum bijwerkingen. In een recent gepubliceerde trial waarin fenterol werd vergeleken met atosiban blijkt 75.7% minimaal één type bijwerking te ervaren, 70.6% van de deelnemers had palpitaties. Bij één deelnemer trad een forse hypotensie op (0.2%) die behandeld moest worden. Bij het verstrekken van beta-mimeticum moet daarom ook aandacht zijn voor mogelijke bijwerkingen. Het is van belang om de patiënte vooraf goed te informeren over het voorbijgaande karakter van de bijwerkingen.

### Auteurs Dr. M.J. Pelinck

R. Elberink  
Z.M. Riksen  
M. Kalafusova  
I. van der Veen  
J.C Kleijn-Schep  
H.C. Janssens-de Jong  
Y. Eikens  
T. van der Es

## Referenties/ Verwijzingen/ Literatuur:

- Hofmeyr, G. J., Kulier, R. & West, H. M. External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane database Syst. Rev.* 4, CD000083 (2015).
- Collaris, R. J. & Oei, S. G. External cephalic version: a safe procedure? A systematic review of version-related risks. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 83, 511–8 (2004).
- Hutton, E. K. et al. The Early External Cephalic Version (ECV) 2 Trial: an international multicentre randomised controlled trial of timing of ECV for breech pregnancies. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 118, 564–77 (2011).
- The Cost Implications in Ontario, Alberta, and British Columbia of Early Versus Delayed External Cephalic Version in the Early External Cephalic Version 2 (EECV2) Trial. Ahmed RJ, Gafni A, Hutton EK. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016 Mar;38(3):235-245
- Magro-Malosso ER, Saccone G, Di Tommaso M, Mele M, Berghella V. Neuraxial analgesia to increase the success rate of external cephalic version: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol.* 2016 Sep; 215(3): 276-86.
- Burgos J, Pijoan JI, Osuna C, Cobos P, Rodriguez L, Centeno Mdel M, Serna R, Jimenez A, Garcia E, Fernandez-Llebrez L, Melchor JC. Increased pain relief with remifentanyl does not improve the success rate of external cephalic version: a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016 May; 95(5): 547-54.
- Velzel et al. Atosiban versus fenoterol as a uterine relaxant for external cephalic version: randomised controlled trial. *British Medical Journal.* 2017 Jan 26;356: i6773
- NVOG (2008). Richtlijn: Bloedverlies in de tweede helft zwangerschap versie 2.0. Nederlandse vereniging voor obstetrie & gynaecologie
- NVOG (2008). Richtlijn: Stuitligging versie 2.0. Nederlandse vereniging voor obstetrie & gynaecologie
- RCOG (2017). External cephalic version and reducing the incidence of term breech presentation. Royal college of obstetricians and gynaecologists trial on medical intervention behaviour and neonatal outcome in The Netherlands: an analysis of 35,453 term breech infants. *British journal of obstetrics and gynecology.* Feb;112(2), 205-209.
- Roosmalen, J. van & Meguid, T. (2014). The dilemma of vaginal breech delivery worldwide. *Lancet.* May 31;383(9932), 1863-1864.
- Schutte, J.M., Steegers, E.A., Santema, J.G., Schuitemaker, N.W. & Roosmalen, J. van (2007). Maternal mortality committee of the Netherlands society of obstetrics. Maternal deaths after elective cesarean section for breech presentation in the Netherlands. *Acta obstetrica et gynecologica scandinavica.* 2007;86(2), 240-243.
- Uptodate (2016). Overview of issues related to breech presentation.