Inhoud

Doel 1
Totstandkoming protocol 1
Doelgroep 1
Achtergrond informatie 1
- Wanneer een versie verrichten 1
- Slagingskans versie 2
- Complicatie versie 2
- Counseling 2

Werkwijze verloskundigenpraktijken 2
Werkwijze Maasziekenhuis Pantein 3
Nazorg 3
Bronnen 3
Bijlage 1 : Counselingkaart uitwenidige versie VSV Geboortezorg Boxmeer 4

Doel
Door de zorg rondom zwangeren met een liggingsafwijking te verbeteren, willen we streven naar een beter slagingspercentage van de versies en daarmee een afname van het aantal sectio's vanwege een liggingsafwijking.

Totstandkoming protocol
Namens het VSV heeft een werkgroep (met deelnemers uit eerste en tweede lijn) deelgenomen aan het ZonMW project 'Best practice Carrousel'. Na een uitgebreide analyse is voor de onderstaande werkwijze gekozen.

Doelgroep
1e lijns verloskundigen, 2e lijns verloskundigen, gynaecologen, obstetrie verpleegkundigen.

Achtergrond informatie
Bij ongeveer 3-4% van alle à terme zwangerschappen ligt de baby in stuitligging. Bij 85% van de stuitligging is geen oorzaak bekend. O.a. een meerlingzwangerschap en uterus anomalie geven een verhoogd risico op een stuitligging. Een geslaagde versie verkleint de kans op een keizersnede bij vrouwen met een kind in stuitligging, in tegenstelling tot wanneer een versie niet wordt uitgevoerd. De slagingskans bij een nullipara is gemiddeld 40%, de slagingskans bij een multipara 60%. Een vroege versie (tussen 35-37 weken) geeft een verbetering van de slagingskans. Het percentage kinderen welke terug draait naar stuitligging na een vroege versie is slechts 3%.

- **Wanneer een versie verrichten**
  De meeste contra-indicaties voor het verrichten van een versie zijn relatief en niet goed onderzocht.
  Echter, in de volgende situaties is in dit lokale protocol afgesproken om <u>geen versie</u> te verrichten:
  - Placenta previa of vasa previa
  - Gemelli zwangerschap

  Er bestaat een <u>relatieve contra-indicatie</u> in de volgende situaties:
  - Oligohydramion
  - Foetale groeivertraging
  - Sectio in de voorgeschiedenis
  - Gebroken vliezen voor de versie
  - Uterus anomalie
  - Abruptio placentae in de voorgeschiedenis
  - Bloedverlies van onbekende oorzaak

In dit geval moet extra aandacht geschonken worden aan de counseling. Indien er uitleg is gegeven over (mogelijk) een afgenomen kans op succesvolle versie en/of een toegenomen risico op complicaties bij een versie, kan samenspraak met de zwangere in bovenstaande situaties wel een versie worden verricht.

- **Slagingskans versie**
  De slagingskans van een versie poging ligt tussen de 40-60%. Deze is afhankelijk van verschillende factoren. Factoren die de slagingskans gunstig beïnvloeden zijn:
  - Niet ingedaalde stuit
  - Palpabel foetaal caput
  - Volkomen stuitligging
  - Multipariteit
  - Placenta op de achterwand
  - Gebruik van tocolyse
  - AFI >10 cm

- **Complicatie versie**
  De kans op complicaties tijdens een versie is klein.
  - Korte durende of verlengde foetale deceleratie komen relatief vaak voor (5,7%), maar herstellen meestal - vlot, zonder dat de foetus daarbij een risico loopt
  - De kans op een persisterende CTG-afwijking is 0,36%
  - Vaginaal bloedverlies 0,47%
  - Abruptio placentae: 0,12%
  - Kans op een spoedsectio ten gevolge van de versie is 0,43%
  - Kans op een foeto-maternale transfusie is 3,7%

- **Counseling**
  Een belangrijk uitgangspunt voor de nieuwe werkwijze vorm de uniformiteit in de counseling. Het doel is de versie-afspraak in het Maasziekenhuis naadloos te laten aansluiten bij de counseling die door de eigen verloskundige (of gynaecoloog) is verricht. Als richtlijn voor een uniforme counseling kan de counselingskaart worden gebruik die als bijlage bij dit protocol is toegevoegd.

Werkwijze verloskundigenpraktijken

- Verricht bij ongeveer 34 weken een liggingsecho indien de verdenking op een liggingsafwijking bestaat.
- Indien de liggingsafwijking echografisch wordt bevestigd, wordt vervolgens een counselingsgesprek verricht door de eigen verloskundige, zie counselingsrichtlijn in de bijlage.
- Patiënte wordt gewezen op de schriftelijke informatie over stuitligging, bijvoorbeeld d.m.v. de KNOV folder 'uitwendige versie en stuitligging'.
- Een filmpje over een versie kan worden aangeboden www.deverloskundige.nl
- Patiënte wordt verwezen via Zorgdomein. In de verwijzing dient duidelijk vermeld te staan het een foetale liggingsafwijking betreft en dat de zwangere wordt verwezen voor een uitwendige versie.
- Houd daarbij rekening met de termijn en de pariteit;
  - nullipara streven naar inplannen afspraak rond 35w0d (voorkeur tussen 34w5d en 36w0d).
  - multipara streven naar inplannen afspraak rond 36w0d (voorkeur tussen 35w5d en 37w0d).
- Patiënte wordt geïnformeerd over de globale duur van de afspraak (houd rekening met tenminste 2,5 uur aanwezigheid in het Maasziekenhuis).

Werkwijze Maasziekenhuis Pantein

- De afspraak wordt gepland op het spoedspreekuur. Het streven is deze afspraak te plannen bij een beperkt aantal gynaecologen.
- Liggingsecho, biometrie, vruchtwatermeting en placenta lokalisatie worden verricht.
- Check maternale bloedgroep en foetale rhesusfactor.
- Check of er (relatieve) contra-indicaties aanwezig zijn.
- Check of de zwangere de counseling heeft begrepen en vraag vervolgens informed consent voor het uitvoeren van de versie.
- Verricht CTG registratie gedurende tenminste 30 minuten en beoordeel conform CTG Masterclass scholing Chandraharan.
- Meet en registreer maternale tensie en pols.
- Infuus prikken conform protocol nummer 16066.
- Neem twee paarse buizen af (hoeven niet opgestuurd te worden).
- Zorg voor een comfortabele houding van de zwangere, met licht gebogen knieën.
- Het advies is een uitwendige versie te verrichten onder tocolyse, omdat dit het slagingspercentage verbeterd. Medicatie: Ritodrine, 1mg/ml, toediening i.v., dosering op geleide van de maternale pols. De medicatie wordt toegediend door gynaecoloog of klinisch verloskundige.
- De versie poging wordt gezamenlijk verricht door de gynaecoloog en klinisch verloskundige.
- Na de versie poging wordt nogmaals tenminste 30 minuten CTG registratie verricht en wordt het CTG beoordeeld richtlijnen conform CTG Masterclass scholing Chandraharan.
- Bij een rhesus negatieve bloedgroep wordt vervolgens 1000IE anti-D toegediend (ook als de versie niet geslaagd is!)
- Instrueer patiënte alert te zijn op heftige buikpijn, bloedverlies, contracties, breken van de vliezen en minder leven voelen. Gedurende de eerste 24 uur na de versie poging wordt bij deze klachten rechtstreeks contact opgenomen met de dienstdoende verloskundige van het Maasziekenhuis. Het telefoonnummer wordt aan de zwangere verstrekt bij vertrek uit het ziekenhuis.

Nazorg

- Na een geslaagde versie worden verdere controles gemaakt bij de eigen verloskundige (eerste controle ligging ongeveer een 1 week na de versie).
- Indien de versie niet geslaagd is, wordt de zorg overgenomen in het ziekenhuis. De gynaecoloog die de versie verricht heeft, kan aangeven of een eventuele tweede versie poging zinvol is/geadviseerd wordt. Ook zullen verdere afspraken voor counseling / controles op de poli gepland worden.

Bronnen

KNOV folder ‘versie en stuitligging’
NVOG richtlijn stuitligging
Factsheet uitwendige versie van de KNOV, 2018
Hutton et al. BJOG 2011, Apr;118(5):564-77
Hutton et al. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jul 29;(7):CD000084
'Visa Versie - Masterthese Willemijn Wesseling-Doornbos' Pagina 10

Bijlage 1 : Counselingkaart uitwenidige versie VSV Geboortezorg Boxmeer

Bespreken door de zorgverlener die de liggingsafwijking vaststelt. Belangrijk om informatie af te stemmen op cliënte/patiënte en om eventuele partner erbij te betrekken.	**Uitleg gegeven**
3-4% van de kinderen ligt bij 35-36 weken in stuitligging. Bij 85% van de stuitliggingen is de oorzaak onbekend.	
Uitwendige versie is het met de hand draaien van het kind van stuitligging naar hoofdligging aan de buitenkant van de buik. Slagingspercentage versie is +/- 50%, en is afhankelijk van factoren (hoeveelheid vruchtwater, diepte van indaling van de stuit, aantal zwangerschappen en grootte van het kind)	
Een geslaagde versie vergroot de kans op een vaginale baring en vermindert de kans op een sectio. Daardoor zijn er minder risico's bij de bevalling en volgende zwangerschappen. Bij een hoofdligging is een thuisbevalling weer een van de mogelijkheden.	
De versie wordt bij voorkeur rond 35/36 weken uitgevoerd en kan indien nodig uitgevoerd worden tot de bevalling.	
Er wordt geadviseerd de versie poging te laten plaatsvinden met behulp van intraveneuze tocolyse, omdat hierdoor de kans van slagen toeneemt van +/- 50% naar 70%. Tocolyse d.m.v. ritodrine is veilig voor moeder en baby. Wel wordt bijwerkingen ervaren. Maternale bijwerkingen zijn: trillen, gejaagd gevoel, misselijkheid, hoofdpijn, duizeligheid en hartkloppingen. Deze bijwerkingen nemen snel na de toediening weer af en zijn vrijwel nooit een reden om te stoppen met de medicatie. Foetale bijwerking: soms een kortdurende versnelling van de foetale hartslag(dit geeft géén schade!.	
Voorlichtingsmateriaal wordt aan patiënte gegeven (folder of online folder).	
Versie wordt wisselend ervaren, voor veel vrouwen is het hooguit ongemakkelijk, maar het kan ook pijnlijk zijn. Het team geeft de vrouw ondersteuning en begeleiding op maat. De vrouw houdt ten alle tijde de regie, wanneer zij de versie te belastend vindt, wordt deze gestaakt.	
Voorafgaand aan de versie worden een echo en een CTG gemaakt En ook na de versie zal wederom een CTG gemaakt worden.	
De totale duur van de opname duurt gemiddeld 2,5 uur. Kinderen zijn bij deze afspraak niet welkom.	
Indien de Rhesusfactor van moeder negatief is en van de foetus positief, dan krijgt moeder na de versie een injectie met 1000 IE anti-D.	
Ernstige complicaties van de uitwendige versie zijn zeldzaam. Het is een veilige procedure. De meest voorkomende complicatie na een uitwendige versie is een verlengde deceleratie (dit heeft geen schadelijk effect!). Er wordt maar zelden een sectio verricht in de eerste periode na een versie (0,5%). Het aantal vroeggeboorten en foetale sterftecijfer is niet verhoogd door uitwendige versie in een populatie gezonde zwangere vrouwen.	
De buik kan tot 48 uur na de versie gevoelig zijn.	
Na een geslaagde versie verdere begeleiding bij eigen verloskundige, tenzij er een andere indicatie voor ziekenhuiszorg bestaat.	
Na een niet-geslaagde versie en persisterende stuitligging zal verdere zorg in de in het ziekenhuis plaatsvinden (het team welke de versie verricht kan een advies geven of een tweede versie zinvol lijkt of niet).	
Indien geen versie gewenst is, wordt de zwangere verwezen naar de gynaecoloog. Zij zal dan nogmaals gecounseld worden voor een versie. De risico’s van een stuitbevalling of primaire sectio zullen hierbij uiteraard aan de orde komen.	
In alle gevallen controle van de heupen van het kind op de leeftijd in de eerste maanden na de bevalling via het consultatiebureau.	