



VERLOSKUNDIG SAMENWERKINGS VERBAND  
ZOETERMEER

# Ketenprotocol

## Stuitligging & Uitwendige Versie

Auteurs:

Mirjam van den Eijk  
Wim Griffioen

Revisie:

Sandra Koomans, verloskundige 1<sup>e</sup> lijn  
Saskia Meijer, verloskundige 2<sup>e</sup> lijn

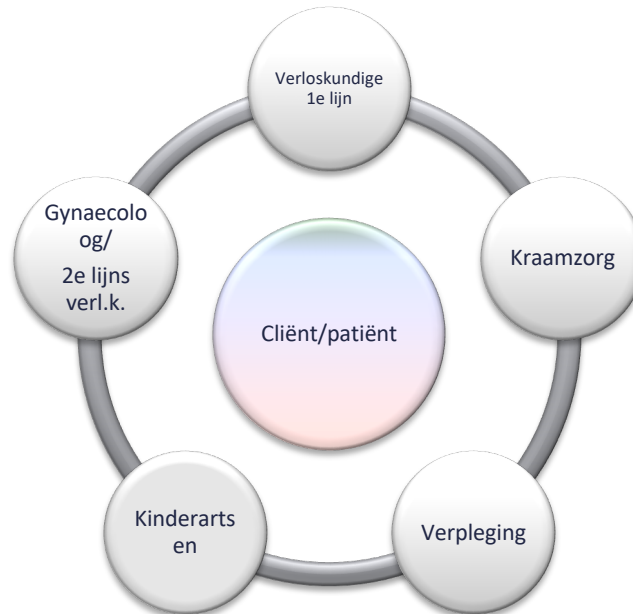
Datum: 15-12-2015

Revisie: maart 2019/ februari 2025 versie 3.0

## **Algemeen**

Het Verloskundig Samenwerkings Verband Zoetermeer (VSV Zoetermeer ) is in 2012 formeel opgericht ter verbetering van de verloskundige zorg in Zoetermeer. Het uitgangspunt is het bieden van een samenhangend zorgtraject waarbij alle ketenpartners verantwoordelijk zijn binnen hun eigen domein.

## **Stroomdiagram verloskundige keten**



## **Doel van dit protocol**

Via uitwendige versie het kind dat anders ligt dan hoofdligging, keren naar hoofdligging. Dit om de pathologie van een stuitgeboorte, zowel vaginaal als per sectio, te voorkomen/ verminderen.

## **Uitgangspunten**

N.v.t.

## **Betrokken disciplines bij dit protocol**

Verloskundigen 1<sup>e</sup> lijn  
Verloskundigen 2<sup>e</sup> lijn  
O/(G) Verpleegkundigen  
Gynaecologen

## Inhoudsopgave

Stuitligging: definities, incidentie en oorzaken	3
Uitwendige versie: counselen	4
Contra-indicaties	5
Uterusrelaxantia	5
Uitwendige versie: uitvoering	6
Bronnen	10
Bijlage: Keuzekaart bevallen van een kind in stuitligging	12

## Stuitligging; definities, incidentie en oorzaken

Een stuitligging is een lengteligging waarbij het voorliggend deel gevormd wordt door de stuit en/of voeten van het kind. Bij een zwangerschapsduur van 20-25 weken ligt 30-40% van de foetussen in stuitligging, rond 32 weken is dit 10-15% terwijl dit percentage in de a terme periode is gedaald tot 3-4%. (NVOG) De kans dat deze kinderen vanzelf naar hoofdligging draaien wordt kleiner naarmate de zwangerschap vordert.

Oorzaken van liggingsafwijkingen kunnen zijn:

### Foetaal

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

### Maternaal

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

*Echter > bij 85% is er geen aanwijsbare oorzaak!*

Bij een stuitligging komen vaker complicaties durante partu voor met een verhoogde kans op maternale en neonatale morbiditeit en mortaliteit, zowel op korte als op langere termijn. Het sectio percentage in verband met stuitligging is sinds 2000 toegenomen van ongeveer 50% naar 80%. Tegenover deze verandering in beleid met als doel een reductie van de neonatale morbiditeit en mortaliteit, moeten de nadelige gevolgen voor de moeder in de huidige zwangerschap en de volgende zwangerschappen afgewogen worden. Bij een stuitligging is er een grotere kans op maternale problemen door de verhoogde kans op een sectio caesarea.

Wanneer er een stuitligging (of dwarsligging) is geconstateerd en bevestigd met een echo, dient er uitleg te worden gegeven over de opties die de zwangere en haar partner hebben. Deze opties zijn:

- Niets doen. De ligging wordt geaccepteerd en er wordt uitleg gegeven over medische indicatie/ verwijzing naar tweede lijn, keuze modus partus.
- Poging uitwendige versie
- Alternatieve interventies zoals Moxa-therapie, accupunctuur, Spinning babies. Deze worden in dit protocol niet verder uitgewerkt.

## **Uitwendige versie: counselen**

Indien gewenst wordt er gecounseeld voor een uitwendige versie. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van beeldmateriaal, folders en/of websites. Voorbeelden die je kunt gebruiken bij de counseling zijn:

- <https://deverloskundige.nl/themas/complicaties-en-varianties/stuitligging>
- <https://stuitinwest.nl> (ook beschikbaar in Engels, Turks en Arabisch)
- <https://www.degynaecoloog.nl/onderwerpen/baby-laten-draaien-stuitligging-versie/>
- <https://www.degynaecoloog.nl/wp-content/uploads/2017/12/Consultkaart-Stuitbevalling-2017.pdf> (Bijlage 1)
- Podcast: <https://open.spotify.com/episode/0GNjYDy6xWzx3IFlySuDif>

De counseling wordt bij voorkeur minimaal een dag voor de (geplande) uitwendige versie uitgevoerd, zodat er voldoende tijd is om de informatie te verwerken.

De uitwendige versie is een veilige handeling met een gemiddelde slagingskans van 55%. Bij primipara ligt deze kans op 30-40%, bij multipara op 60-70%. De kans op een sectio wordt kleiner. Zonder versie is de kans op een sectio 96%, na een geslaagde versie is dit 21%. De kans, dat er iets misgaat bij een versie is heel erg klein. Ernstige complicaties komen bij minder dan 1 op de 100 versies voor. De versie wordt uitgevoerd door één of twee versiekundigen.

### **Mogelijke complicaties tijdens en na de versie:**

- gevoelige pijnlijke buik gedurende een aantal dagen als gevolg van de versie
- passagère CTG afwijkingen 5,7%;
- reden tot spoedsectio 0,43%;
- vaginaal bloedverlies 0,47%;
- partiële solutio placentae 0,12%;
- foetomaternale transfusie 3,7%.

Een aantal punten die tijdens de counseling besproken kunnen worden zijn:

- Hoewel de versie voor het kind niet pijnlijk is, kan het uitwendig draaien en de druk op de buik onprettig aanvoelen, soms zelfs pijnlijk. Dit kan een reden zijn dat we de versiepoging stoppen en niet kunnen uitvoeren.
- Er kan soms tijdelijk een bradycardie of tachycardie ontstaan door de beweging tijdens de versie. Dit is een normale reactie en de hartslag herstelt meestal binnen tien minuten. Dit gebeurt bij 2 tot 7% van de kinderen na een versie, ongeacht of het is gelukt of niet.
- In zeldzame gevallen herstelt de hartslag zich niet binnen de gewenste tijd. Dit kan een teken zijn dat de baby niet in goede conditie is. We zullen dan de baby terugdraaien of de versie stoppen. Bij een blijvende lage hartslag zal de baby per keizersnede geboren moeten worden. Uit internationaal onderzoek blijkt dat bij 4 op

de 1000 (0,4%) vrouwen om deze reden een keizersnede nodig is. Echter, in een Nederlands onderzoek waren er geen keizersneden nodig na een versie.

- Er is een hele kleine kans dat de vliezen breken tijdens of direct na een versie. Hiervan weten we eigenlijk nooit zeker of de versiepoging zelf de oorzaak is of de vliezen ook zonder versiepoging zouden zijn gebroken.
- Hetzelfde geldt voor het vroegtijdig beginnen van de bevalling (door weeën of door gebroken vliezen).
- Een zeer zeldzame, maar ernstige complicatie is het vroegtijdig loslaten van de placenta, dit kan voorkomen bij 1 op de 1000 vrouwen (0,12%). Ook hierbij is niet aangetoond dat dit komt door de versie of door andere oorzaken.

De optimale termijn voor een uitwendige versie is voor primipara rond 36 weken en voor multipara 36-37 weken. Wanneer de versie te vroeg wordt uitgevoerd is de kans groter dat het kind zelf terugdraait. Wanneer de versie later wordt gepland dan 37 weken is de kans groter dat de stuit in het bekken indaalt en dit verkleint de slagingskans van de versie.

### **Contra-indicaties**

Niet in alle gevallen is een versie wenselijk. De contra-indicaties die voor versie worden genoemd zijn relatief en in de meeste onderzoeken nogal vaag beschreven, omdat bewijzen veelal ontbreken. De enige absolute contra-indicatie is wanneer er een indicatie bestaat voor primaire sectio.

Meest genoemde relatieve contra-indicaties zijn:

- PROM
- In partu zijn
- Meerlingen
- Afwijkend CTG/ foetale nood
- Rhesus-immunisatie
- Doppler afwijkingen
- IUGR
- Ernstige hypertensie
- Litteken uterus
- Oligo/ anhydramnion
- Meervoudige omstrengeling (indien bekend)
- Vaginaal bloedverlies

### **Uterusrelaxantia of tocolyse**

In sommige gevallen kan het wenselijk zijn om uterusrelaxantia te gebruiken tijdens de versie. Bijvoorbeeld als de zwangere een zeer gespannen is of wanneer een eerdere versiepoging is mislukt door het aanspannen van de uterus. Het is wenselijk deze optie tijdens de counseling ter sprake te brengen.

In de Cochrane review 'interventions to help external cephalic version at term' is gekeken naar het effect van het routinematig toedienen van tocolyse bij de uitwendige versie. Als tocolyse werd gebruik gemaakt van bèta-mimetica zoals ritodrine, hexoprenaline en terbutaline. In de interventiegroep was het succespercentage hoger, 57% met tocolyse versus 41% zonder tocolyse (Hofmeyr et al 2004).

In het Haga ziekenhuis is gekozen om 10 mg Ritodrine i.m. te geven bij een uitwendige versie. Tocolyse werkt na 5-10 minuten optimaal. Daarna wordt met de versie gestart. De Ritodrine is aanwezig in de koelkast op de kraamafdeling.

#### Mogelijke bijwerkingen van tocolyse zijn:

- versnelde hartslag;
- hartkloppingen;
- misselijkheid.

#### Contra-indicaties voor Tocolyse:

- Hyperthyreoidie;
- Hartafwijkingen;
- CARA;
- Polsfrequentie >120.

#### **Uitwendige versie: de uitvoering**

Wanneer een client kiest voor uitwendige versie, wordt deze ingepland op de kraamafdeling op een doordeweekse dag (kantooruren). Er moet duidelijk worden gecommuniceerd dat het om een uitwendige versie gaat en wie de versie gaat verrichten. Dit kan een versiekundige uit de eerste of de tweede lijn zijn. Soms is het wenselijk om met twee versiekundigen aanwezig te zijn. Bijvoorbeeld wanneer een eerste poging is mislukt of bij obesitas. Bij de verwijzing worden ook de zwangerschapskaart en de gegevens van de laatste echo meegestuurd.

#### Benodigdheden:

- CTG-apparaat
- Echo-apparaat
- gel
- bed
- ondersteunende kussens
- 1000 IE anti-D immuloglobulinen -> bij Rhesus negatieve cliënten en Rhesus-positieve kinderen, ongeacht of de versie geslaagd is.

#### Echo voor:

- bevestiging andere ligging dan hoofdligging, onderscheid tussen volkomen – , onvolkomen stuitligging en dwarsligging,
- placentalokalisatie en bepalen indien mogelijk locatie navelstrenginsertie,
- beoordeling hoeveelheid vruchtwater

- globale screening van het kind, (cave deflectie van het caput),
- uterusafwijkingen zoals myomen,
- navelstreng omstrengeling.

## Werkwijze

Ga na of er vragen zijn over de te verrichten versie. Is er informed consent?

1. Voor de versie, eerst CTG verrichten, gedurende minimaal 30 min, en beoordelen. Als 1<sup>e</sup> lijn de versie verricht, afspraak maken via de verlosafdeling. Bij aankomst melden/doorgeven aan afdeling en 2<sup>e</sup> lijn informeren.  
Indien de 1<sup>e</sup> lijn de versie uitvoert, wordt het CTG door de 2<sup>e</sup> lijns verloskundige beoordeeld. Wanneer het CTG afwijkend is, dient overleg plaats te vinden met de dienstdoende gynaecoloog. De gynaecoloog beslist in dat geval of en wanneer de versie plaats kan vinden. De betreffende versiekundige wordt direct hierover geïnformeerd.
2. Installeer de cliënte en zorg ervoor dat de cliënte:
  - Ontspannen op bed ligt met opgetrokken knieën
  - De armen langs zij heeft liggen
  - Het bekken gekanteld heeft
  - Ontspannen gluteale- en buikspieren heeft
3. Verricht uitwendig onderzoek en maak een echo ter bepaling ligging.
4. Ga voor de versie aan die kant staan waar de rugzijde van het kind zich bevindt (indien gewenst).
5. Wrijf de buik in met gel. De handen kunnen hierdoor makkelijk over de buik bewegen. Vermijd bij de versie prikkels die de buikspieren laten aanspannen.
6. Bij een volkomen stuit wordt de versie vooral uitgevoerd middels de voorwaartse koprol, de zogenaamde “roll-over”-methode. Bij een onvolkomen stuit wordt vooral gebruik gemaakt van de achterwaartse koprol, de zogenaamde “back-flip”-methode.
7. Ga in geval van de “roll-over” methode als volgt te werk:
  - a) Omvat de stuit met beide handen en luxeer deze uit het bekken door:
    - Continue druk achter de stuit in de richting van het darmbeen te geven
    - De stuit naar je toe te bewegen
    - Houd hierbij de vingers van beide handen aaneengesloten
    - Laat de cliënte de buik bol maken met ademen
    - Stop met de versiepoging indien de cliënte pijn aangeeft

- Stop met de versiepoging bij het voelen van weerstand
  - Gebruik tijd en geduld voor het luxeren, luister regelmatig cortonen
  - Bij een onvolkomen stuit kun je na een mislukte “back-flip” ook nog de “roll-over” methode proberen.
- b) Fixeer vervolgens de stuit, als deze ter hoogte van het darmbeen is gebracht, met de ene hand, breng met de andere hand het caput in flexie.
- c) Een helper kan hierbij assisteren door het caput in flexie te brengen. Je hebt dan twee handen om de stuit te fixeren.
- d) Maak nu een koppelbeweging door gebruik van continue druk:
- met de ene hand de stuit naar je toe te halen en met de andere hand het caput richting bekken te bewegen;
  - als de stuit voorbij dwars is gebracht, zal het kind meestal vanzelf de gewenste voorwaartse “koprol” afmaken.
8. Ga in geval van een “back-flip” als volgt te werk:
- Ga hiervoor aan de buikzijde van het kind staan en beweeg de stuit na luxatie uit het bekken naar je toe (zoals beschreven is onder 7)
  - Geef hierbij de continue druk op de stuit. Het caput wordt bij deze handeling **niet in flexie** gebracht.
  - Door continue druk op alleen de stuit, wordt overstrekking van de wervelkolom van het kind voorkomen.
  - Bij een volkomen stuit kun je de “roll-over” en “back-flip” ook in combinatie uitvoeren.
9. Bij een ingedaalde stuit kan een volle blaas helpen om de stuit vrij te maken uit het bekken.
10. Controleer na de versie opnieuw de ligging m.b.v. echo. Als na de versie een afgeweken hoofdligging of dwarsligging bestaat die niet te corrigeren is, dan dient men het kind terug te draaien naar de uitgangspositie.
11. Controleer de cortonen d.m.v. CTG. De 2e lijnverloskundige beoordeelt het CTG. Indien het CTG afwijkend is gaat de CTG-registratie door, tot het moment dat de dienstdoende gynaecoloog besluit dat de CTG-registratie kan worden beëindigd.
12. Indien het afwijkende CTG niet herstelt **binnen 5 minuten**, wordt de dienstdoende gynaecoloog op de hoogte gesteld.

13. Na een geslaagde versiepoging is het goed om de cliënte gedurende enige tijd (ongeveer 10 minuten) in kleermakerszit te laten zitten om de indaling van het hoofdje te bevorderen.
14. Dien bij Rhesus negatieve cliënten met Rhesus-positieve foetus, altijd 1000 IE anti-D immunoglobuline i.m. toe na iedere versie poging.
15. Schrijf al je handelingen en bevindingen in het dossier van de cliënte.
16. Bij niet geslaagde versie bespreek de mogelijkheid van een nieuwe poging, al dan niet met uterusrelaxantia en plan deze desgewenst in. De verantwoordelijke zorgverlener zorgt indien nodig voor overdracht naar de tweede lijn.
17. Stuur de cliënte met de volgende instructies naar huis:
  - Bellen bij bloedverlies
  - Bellen bij vochtverlies
  - Bellen bij buikpijn/ weeën
  - Bellen bij minder leven
18. Na de stuitversie wordt de behandelend verloskundig(e) hulpverlener - indien deze niet zelf betrokken was bij de versie - per omgaande geïnformeerd omtrent het verloop van de versie en wordt de cliënte voor verdere zorg terugverwezen naar deze hulpverlener.

## Bronnen

KNOV standpunt Uitwendige versie, 2015 (laatste update 2021)

NVOG richtlijn Stuitligging, 2008

External cephalic version for breech presentation before term, 2015  
Eileen K Hutton, G Justus Hofmeyr, Therese Dowswell

Increasing the effectiveness of external cephalic version. Velzel, J. 2018

Interventions to help external cephalic version for breech presentation at term. GJ Hofmeyr, GML Gyte - Cochrane Database, 2004

Atosiban vs. ritodrine as a tocolytic in external cephalic version at term: a prospective cohort study. J Burgos, 2010

<https://deverloskundige.nl/themas/complicaties-en-varianties/stuitligging>

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

<https://www.degynaecoloog.nl/onderwerpen/baby-laten-draaien-stuitligging-versie/>

<https://www.degynaecoloog.nl/onderwerpen/hoe-wil-bevallen-kind-stuitligging/>

[https://www.degynaecoloog.nl/wp-content/uploads/2023/05/Keuzekaart Stuitligging 2022-1.pdf](https://www.degynaecoloog.nl/wp-content/uploads/2023/05/Keuzekaart_Stuitligging_2022-1.pdf) (Bijlage 1)

<b>Goedgekeurd op</b>	<b>: 15-12-2015</b>
<b>Ingangsdatum</b>	<b>: 01-03-2016</b>
<b>Revisiedatum</b>	<b>: 01-03-2018</b>
<b>Datum herzien</b>	<b>: maart 2019</b>
<b>Eerstvolgende Revisiedatum</b>	<b>: 01-03-2021</b>
<b>Verantwoordelijk voor implementatie</b>	<b>: Gynaecologen en verloskundigen</b>

Alle protocollen van het VSV Zoetermeer zijn terug te vinden op het publieke deel van onze website. In het Haga Ziekenhuis Zoetermeer is er een link naar de ketenprotocollen via het programma Zenya.

De standaard herzieningstermijn is 3 jaar.

## KEUZEKAART Uw kind ligt in een stuit: vaginale stuitbevalling of geplande keizersnede?

Bent u langer dan 36 weken zwanger en ligt uw kind in een stuitligging?

Deze keuzekaart kan u en uw arts helpen om de keuze tussen een stuitbevalling en een keizersnede te bespreken.

Behandelmogelijkheden →	Vaginale stuitbevalling	Geplande keizersnede
<b>Hoe gaat de bevalling?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>U bevult in het ziekenhuis. Er zijn ongeveer 5 mensen bij, onder andere een gynaecoloog en een kinderarts.</li> <li>U kunt meerdere mensen bij de bevalling aanwezig laten zijn.</li> <li>Wilt u iets tegen de pijn? Dan kan dat. U kunt ook een ruggenprik krijgen.</li> <li>Als uw ontsluiting niet voldoende vlot gaat of als de conditie van uw kind niet goed is, dan wordt er alsnog een keizersnede gedaan. Dit gebeurt bij ongeveer 50 van de 100 (50%) vrouwen.</li> <li>Vaak wordt er een knip gezet en soms moet de arts, als uw kind al gedeeltelijk geboren is, extra helpen door uw kind vast te pakken en te draaien.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Een keizersnede is een grote operatie aan uw buik. Er zijn ongeveer 10 mensen bij.</li> <li>Er mag meestal maar 1 persoon met u mee naar de operatiekamer (uw partner of iemand anders).</li> <li>Meestal krijgt u een ruggenprik en blijft u dus wakker.</li> <li>De keizersnede wordt gepland in de week voor de uitgerkende datum. Begint de bevalling voor de geplande datum? Dan wordt de keizersnede op dat moment gedaan.</li> </ul>
<b>Wat zijn de risico's voor mijn kind?</b>	<p>Ongeveer 23 van de 1000 kinderen (2,3%) moeten door problemen direct na de geboorte opgenomen worden op de kinderafdeling in het ziekenhuis. De meeste kinderen hebben hierdoor later geen problemen.</p> <p>Ongeveer 2 van de 1000 kinderen (0,2%) overlijden rondom de geboorte.</p>	<p>Ongeveer 3 van de 1000 kinderen (0,3%) moeten door problemen direct na de geboorte opgenomen worden op de kinderafdeling in het ziekenhuis. De meeste kinderen hebben hierdoor later geen problemen.</p> <p>Minder dan 0,5 van de 1000 kinderen (0,05%) overlijden rondom de geboorte.</p>
<b>Hoe groot is het risico dat mijn kind overlijdt?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Net als bij een gewone bevalling bij een kind in hoofdligging, krijgen ongeveer 80 van de 1000 moeders (8%) complicaties. Bijvoorbeeld veel bloedverlies, ontstekingen of trombose.</li> <li>Na een vaginale bevalling lukt het 95 van de 100 moeders (95%) om nog een keer vaginaal te bevallen. Dit kan bij de verloskundige. Een thuisbevalling is eventueel mogelijk.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ongeveer 90 van de 1000 moeders (9%) krijgen complicaties. Bijvoorbeeld veel bloedverlies, ontstekingen of trombose.</li> <li>U kunt bij een volgende zwangerschap kiezen tussen opnieuw een geplande keizersnede of een vaginale bevalling. De meeste gynaecologen adviseren een vaginale bevalling. Een vaginale bevalling lukt bij 75 van de 100 vrouwen (75%).</li> <li>Een volgende bevalling is altijd bij een gynaecoloog vanwege een zeer kleine kans (0,8%) op het scheuren van het litteken.</li> <li>Hoe meer keizersneden, hoe groter de risico's worden.</li> </ul>
<b>Wat zijn de voor- en nadelen?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bij een vaginale stuitbevalling zijn de risico's voor uzelf het kleinst.</li> <li>U kunt uw kind na de bevalling direct borstvoeding geven.</li> <li>Zijn er geen problemen tijdens de bevalling? Dan kunt u vaak dezelfde dag weer naar huis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bij een geplande keizersnede zijn de risico's voor uw kind het kleinst.</li> <li>In veel ziekenhuizen is een 'gentle' keizersnede mogelijk. U, uw partner en uw kind blijven dan zoveel mogelijk samen en u kunt uw kind meteen borstvoeding geven. Bij een 'gewone' keizersnede kan het zijn dat u uw kind het eerste uur niet ziet.</li> <li>Het herstel voor uzelf duurt langer. U blijft meestal 2 of 3 dagen in het ziekenhuis. De eerste dagen heeft u hulp nodig bij de zorg voor uzelf en voor uw kind.</li> </ul>
<b>Wat zijn de voorwaarden?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uw kind is niet te groot en heeft geen relatief groot hoofd.</li> <li>Uw kind ligt niet in een voetligging en het hoofdje ligt niet naar achter gebogen.</li> <li>Er is een ervaren gynaecoloog die u kan helpen.</li> </ul>	<p>De bevalling moet niet te snel gaan. Als de bevalling te snel gaat is het mogelijk dat een keizersnede niet meer lukt en dat een vaginale bevalling veilig is.</p>

Deze keuzekaart is gemaakt met ondersteuning van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten en is te vinden op [THUISARTS.NL](http://THUISARTS.NL)

