

Uitwendige versie; hoe vaak lukt het en wat vinden vrouwen er van?

Relinde van der Stouwe

Na de publicatie van de Term Breech Trial in 2000, steeg het percentage sectio's bij een stuitligging in Nederland van 50 naar 80%. Dit stijgende percentage bracht hernieuwde aandacht voor de uitwendige versie teweeg. Er kwam een KNOV-standpunt uitwendige versie, er werd scholing ontwikkeld en een versieregister opgezet.

PRN-cijfers laten echter zien dat het aantal stuitliggingen bij de geboorte stabiel blijft. Dit roept vragen op over het aanbieden van de versie en het succespercentage ervan. In juni jl. publiceerden Marlies Rijnders en anderen in het Amerikaanse tijdschrift Birth over een studie waarin zij onderzochten: 1) de prevalentie en uitkomst van de uitwendige versie, 2) de redenen van vrouwen of zorgverleners om geen uitwendige versie te proberen, 3) de factoren die de keuze van de vrouw kunnen beïnvloeden zoals pijn, de counseling en medicatie.

Opzet van het onderzoek

In een representatief sample van eerstelijns verloskundige praktijken werd tussen juni 2007 en januari 2008 gegevens verzameld van vrouwen waarbij bij een zwangerschapsduur van 34+0 weken of meer een stuitligging werd vermoed bij uitwendig onderzoek. Indien de stuitligging werd bevestigd, ontvingen de praktijk, de vrouw en de degene die de uitwendige versie verrichtte, een vragenlijst. De vragenlijst bevatte zowel multiple choice als open vragen en betroffen de procedure, uitkomsten, redenen om geen versie uit te voeren en de ervaringen van vrouwen. De ervaren pijn en angst werden gemeten op een vijfpuntschaal. De vrouwen werden verzocht om de vragenlijst na de eventuele versie in te vullen en voor de geboorte te retourneren.

Studiepopulatie

Van de 65 praktijken die werden benaderd, reageerden 49 positief (75%). Uiteindelijk werden 140 nullipara en 141 multiparae in 46 praktijken geïncludeerd. Vergeleken met de landelijke cijfers, waren in deze groep relatief meer vrouwen van Nederlandse origine. Wat betreft leeftijd en opleiding verschilde de studiegroep niet met de landelijke populatie. De meeste van de vermoede stuitliggingen (67%) werden voor de 36ste zwangerschapsweek bevestigd, de meeste versies (72%) werden voor 37 weken uitgevoerd.



© Frank Muller, Nijmegen

Aanbod

Alle 304 vrouwen met een vermoedelijke stuitligging werden doorgestuurd naar een gynaecoloog. In meer dan de helft van de gevallen (n=167) werd het vermoeden bevestigd. Bij 123 (74%) van de 167 vrouwen werd een versie verricht. Vijftien vrouwen (9%) zagen af van een versie, zeven vrouwen (4%) kwamen in partu voor de versieafpraak. Bij 20 vrouwen (12%) besloot de gynaecoloog geen versie te verrichten. Redenen daarvoor waren onder andere weinig vruchtwater, strakke buikspieren, placenta op voorwand, laag geboortegewicht, aangeboren afwijkingen of redenen aangegeven door de vrouw. Deze laatste waren: een vermoed hoog risico of lage kans van slagen en slechte verhalen van anderen.

Met uitzondering van een versie door een verloskundige, werden alle andere pogingen verricht door een gynaecoloog. Er waren 41 ziekenhuizen betrokken, verspreid over heel Nederland.

Bij eenderde van de vrouwen werd meer dan één poging gedaan. Bij 37% van de vrouwen werden weeënremmers gebruikt bij de versie. In het Zuiden van Nederland werden vaker weeënremmers gebruikt (51%) dan in het midden (36%) en het Noorden (12%). In de dossiers werd niet vermeld of pijnstillende medicatie werd toegepast. De onderzoekers gaan er vanuit dat dit ook niet gebruikt werd.

Slagingspercentage

Van de uitwendige versies resulteerde 39% (n=48) in een hoofdligging. Het opleidingsniveau en etnische achtergrond van de zwangere waren niet van invloed op het slagingspercentage. Ook de omvang van de verloskundige praktijk, het aantal uitgevoerde versies in het ziekenhuis, zwangerschapsduur waarbij de stuitligging werd vastgesteld of uitwendige versie werd verricht en het gebruik van tocolytica hadden geen invloed.

Wel van invloed waren pariteit en de regio waar de versie werd uitgevoerd. Bij nulliparae slaagde de versie significant minder vaak (27%) dan bij multiparae (57%; p=0.002). In de zuidelijke regio lag het slagingspercentage op 16 procent (5 van de 32 uitgevoerde versies), in het midden van het land op 42% (20/48) en in het noorden 54% (23/43). Deze verschillende zijn statistisch significant.

Voor multiparae bleef het succespercentage in het zuiden

significant het laagst. Bij primiparae waren de verschillen niet significant. Ten dele kan dit lage succespercentage in het zuiden toegeschreven worden aan één ziekenhuis, waar relatief veel van de versies verricht werden en zonder succes. Echter, ook na uitsluiting van de versies in dit ziekenhuis, bleef het slagingspercentage in het zuiden significant laag ten opzichte van het midden en noorden van het land.

De kans dat het kind na versie in hoofdligging bleef liggen, was groot. Na succesvolle versie bleken 47 kinderen bij de geboorte nog steeds in hoofdligging te liggen; bij een kind ontbraken hierover gegevens. In de groep vrouwen waarbij de versiepoging mislukte, draaiden alsnog twee (van de 75) kinderen zich spontaan naar hoofdligging. En ook in de groep waarbij geen versie werd verricht (n=44) lagen twee kinderen bij de geboorte in hoofdligging. De onderzoekers rekenden de kans uit op een hoofdligging ten tijde van de partus. Vrouwen die een versie ondergingen, hadden een negen keer zo grote kans op een hoofdligging bij de geboorte dan vrouwen die geen versie ondergingen: RR 8.8 (BI 95%:2.2-34.8). De kans op een vaginale geboorte was drie keer zo groot in de groep vrouwen waarbij een versie verricht werd: RR 2.7 (BI 95% 1.5-5.0).

Complicaties

Bij vier versies werden complicaties gemeld. Drie kinderen hadden een bradycardie die minder dan 10 minuten

Tabel 1:

Onafhankelijke factoren die effect hebben op pijn tijdens de versie (aantal vrouwen die versie ondergingen en die vragenlijst terugstuurde = 95)

	Geen of een beetje pijn (n=38) Aantal (%)		Pijnlijk, erg of extreem pijnlijk (n=57) Aantal (%)		OR (BI 95%)	Aangepaste OR (BI 95%)	
Regio							
Noord	18	(64)	10	(36)	1		
Midden	13	(33)	26	(67)	3.5	(1.2-9.6)	4.0 (1.2-12.6)
Zuiden	7	(25)	21	(75)	5.4	(1.7-17.1)	4.7 (1.3-16.9)
Geslaagde versie							
Ja	22	(67)	11	(33)	1		
Nee	16	(26)	46	(64)	6.3	(2.5-16.2)	5.3 (1.9-14.7)
Zwangerschapsduur Bij diagnose							
≥ 36 wkn	17	(57)	13	(43)	1		
< 36 wkn	21	(32)	44	(68)	2.7	(1.1-6.5)	2.3 (0.8-6.5)

duurde. In twee gevallen trad dit op na een succesvolle versie, in een geval na een mislukte versie. Na een versie werd met de echo een laagliggende navelstreng gezien die na een dag verdwenen was. Alle vier kinderen werden vaginaal en in goede conditie geboren.

Ervaringen van vrouwen

Van de 135 vrouwen die een versie ondergingen, reageerden 95 (80%) op de vragenlijst.

Het uitkomen van de verwachtingen van deze vrouwen en het slagen van de versie zijn niet automatisch met elkaar verbonden. Voor 65 van de 95 vrouwen (68%) bleek het ondergaan van de versie overeen te komen met wat ze er van verwacht hadden. In deze groep beschouwden de meeste vrouwen (83%) de versie als een goede ervaring. De vrouwen waarbij het ervaren van de versie niet overeen kwam met wat ze er van



© Frank Muller, Nijmegen

verwachten, was het voor 67% een positieve ervaring. Voor de hand ligt dat pijn en angst de ervaring van de versie negatief beïnvloedt. Dat bleek ook zo te zijn. Een pijnlijk ervaren versie geeft een zesmaal hogere kans op een negatief ervaren versie: OR 6.0 (BI 95%,; 3.3-12.2) in vergelijking met vrouwen die geen of een beetje pijn voelden tijdens de versie. Daarnaast beoordeelden geen van de tien vrouwen die zich angstig hadden gevoeld tijdens de versie, de versie als een positieve ervaring.

Elf procent van de vrouwen ondervond geen pijn en 30% een beetje pijn tijdens de versie. Meer dan de helft van de vrouwen (60%) gaf aan pijn van betekenis gevoeld te hebben: 32% beoordeelde de versie als pijnlijk, 17% als erg pijnlijk en 10% als extreem pijnlijk. Factoren die significant gerelateerd waren aan een pijnlijk ervaren versie waren: het wel/niet slagen van de versie, de regio waarin de versie plaatsvond, en de zwangerschapsduur ten tijde van de diagnose (zie tabel 1). Niet van invloed op de pijn waren: pariteit, tocolysis, het toepassen van de versie voor de 36ste zwangerschapsweek.

Ook is er geen relatie tussen angst vooraf aan de versie en de ervaren pijn tijdens de versie. Van de vrouwen die zich angstig voelde voor de versie, ervoer 76% pijn van betekenis in vergelijking tot 58% van de vrouwen die geen angst aangaven voor de versie. Aan de andere kant ervoeren alle elf vrouwen die zich angstig voelden tijdens de versie, de versie als pijnlijk in vergelijking met 55% van de 84 vrouwen die geen angst tijdens de versie voelde.

Counseling

De meeste vrouwen (71%) die een versie ondergingen waardeerden de counseling van de verloskundige over de versie als goed tot zeer goed, 23 procent beschouwde het als adequaat en 6 procent als slecht. De counseling door de zorgverlener die de versie uitvoerde werd door 87% van de vrouwen als goed tot zeer goed beoordeeld. De beoordeling van de counseling bleek niet gerelateerd



© Frank Muller, Nijmegen

te zijn aan het succespercentage of de regio. Wel ervoeren alle zeven vrouwen die de counseling als slecht aanduiden, de versie als pijnlijk in vergelijking met 57% van de 88 vrouwen die de counseling als goed beoordeelden. Slechte counseling was niet gerelateerd aan de angst vooraf en tijdens de versie.

Discussie

Veel vrouwen zijn bereid om een versie te ondergaan terwijl de ingreep niet pijnloos is. Meer dan de helft van de vrouwen in deze studie ervoer pijn van betekenis en tien procent had zich angstig gevoeld tijdens de versie. Niettemin beoordeelden de meeste vrouwen de versie als een positieve ervaring. Hoewel de counseling in het algemeen goed werd beoordeeld, pleiten de onderzoekers terecht voor extra aandacht voor de pijn die vrouwen kunnen ervaren tijdens versie.

Ook met een slagingspercentage van 'slechts' 39%, stijgt de kans op een kind in hoofdligging bij de geboorte en de kans op een vaginale baring significant. In deze studie werden geen grote complicaties gerapporteerd. Daarbij moet wel opgemerkt worden dat de omvang van de

studiegroep te beperkt is om daar conclusies aan te verbinden. Andere studies laten zien dat complicaties zeldzaam zijn.

Gezien deze gunstige uitkomsten, de bereidheid van vrouwen om een versiepoging te ondergaan en hun positieve ervaring in deze studie, is het een gemiste kans dat in 26% van de gevallen de gynaecoloog afzag van een versiepoging. De meest genoemde redenen daarvoor waren: niet genoeg vruchtwater, strakke buikspieren, en ingedaalde stuit. De onderzoekers wijzen er op dat oligohydramnion beschouwd wordt als een relatieve contra-indicatie voor een versie, maar dat er geen wetenschappelijke basis is voor onvoldoende vruchtwater en ingedaalde stuit als factoren in de besluitvorming. Ook een laagliggende navelstreng, placenta op de voorwand en een sectiolitteken vormen in nationale en internationale richtlijnen geen absolute contra-indicaties. De onderzoekers zien mogelijkheden tot verbetering in de opgevoerde redenen om geen versie uit te voeren. Ook signaleren zij regionale verschillen in de uitvoering van de procedure en het slagingspercentage. Dit zijn voor de onderzoekers aanwijzingen voor verbetering van de vaardigheden en van wetenschappelijk onderbouwde beslissingen.

Conclusie

De uitwendige versie kan een stuitligging bij de geboorte voorkomen en daarmee de kans op een vaginale baring vergroten. Complicaties zijn zeldzaam. Niettemin werd bij een op de vier laagrisico vrouwen met een stuitligging geen versiepoging verricht.

De regionale verschillen in het succespercentage van de versie en de procedure vraagt om training van vaardigheden van zorgverleners.

In de counseling moet meer aandacht besteed worden aan de pijn die vrouwen kunnen ervaren tijdens de versie. Een aanzienlijk deel van de vrouwen ervaart pijn van betekenis tijdens de ingreep. ■

Referentie

Rijnders M, Offerhaus P, Van Dommelen P, Wiegers Th, Buitendijk S. (2010). Prevalence, outcome, and women's experiences of external cephalic version in a low-risk population. *Birth* 37: 124-133

Lange termijn gevolgen

Tessa Roseboom, Joris van der Post, Rebecca Painter

Op 11 augustus a.s. begint de Ramadan, de islamitische vastenmaand. Van dageraad tot zonsondergang wordt dan gevast. Kinderen, zieken, en reizigers hoeven niet te vasten. Dit geldt ook voor vrouwen die borstvoeding geven of menstrueren. Zwangere vrouwen mogen vasten, maar hoeven dat niet te doen als ze zich zorgen maken over hun eigen gezondheid of die van hun ongeboren kind. Tot nu toe waren er geen aanwijzingen dat zwangere vrouwen zich zorgen zouden moeten maken om de gezondheid van hun kind. Grootschalig onderzoek in Indonesië laat echter zien dat mensen die voor hun geboorte waren blootgesteld aan de Ramadan op latere leeftijd minder gezond zijn. Het suggereert dat aanpassingen van de foetus aan een beperkte hoeveelheid voedingsstoffen blijvende negatieve gevolgen heeft gehad die leiden tot ziekte in het latere leven. Een bevestiging van de 'fetal origins of adult disease' hypothese.

Onderzoek in Indonesië

De Nederlandse econoom Reyn van Ewijk voerde onderzoek in Indonesië uit naar de effecten van Ramadan tijdens de zwangerschap op de gezondheid op korte en lange termijn (Van Ewijk, 2009). Er zijn verschillende redenen waarom Indonesië als land erg geschikt is voor een dergelijk onderzoek. In Indonesië woont de grootste moslimpopulatie ter wereld; 86% van de 238 miljoen inwoners zijn moslim. Omdat Indonesië op de evenaar ligt, is dit land extra geschikt om effecten van Ramadan te onderzoeken. De Ramadan valt namelijk elk jaar elf dagen eerder. Dit betekent dat de Ramadan verschuift in het kalenderjaar en niet altijd in hetzelfde seizoen valt. In Nederland zou dat betekenen dat het vasten tijdens de Ramadan in de zomer langer duurt dan in de winter. In Indonesië is het aantal uren tussen dageraad en zonsondergang – de periode waarin gevast moet worden –

De drie auteurs zijn verbonden aan het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam.

Tessa Roseboom is universitair hoofddocent aan de afdeling Klinische Epidemiologie, Biostatistiek en Bioinformatica, en Gynaecologie en Verloskunde.

Joris van der Post is hoogleraar Gynaecologie en Verloskunde en Rebecca Painter is gynaecoloog in opleiding.