



Het inleiden van een bevalling

Bij een inleiding brengt men de bevalling kunstmatig op gang. Dit gebeurt met medicijnen die de weeën opwekken. Een inleiding vindt altijd plaats in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog (vrouwenarts).

Deze brochure geeft u algemene informatie over het inleiden van uw bevalling.

Achterin de brochure is een verklarende woordenlijst opgenomen.

Waarom wordt een bevalling ingeleid?

De gynaecoloog adviseert meestal een inleiding als hij of zij verwacht dat de situatie voor uw kind buiten de baarmoeder gunstiger zal zijn dan daarbinnen. De bevalling wordt dan opgewekt op een tijdstip dat de toestand van het kind nog goed is en men verwacht dat de baby een normale bevalling kan doorstaan. Ook ernstige klachten van u zelf kunnen een reden zijn om de bevalling in te leiden. Enkele veel voorkomende redenen voor een inleiding zijn: over tijd zijn, langdurig gebroken vliezen, groeivertraging van het kind en een verslechtering van het functioneren van de placenta.

Over tijd zijn

Als u twee weken na de uitgerekende datum niet bevallen bent, spreekt men van 'over tijd' zijn. U bent dan 42 weken zwanger. De medische term hiervoor is serotiniteit. De gynaecoloog beoordeelt dan veelal de hoeveelheid vruchtwater door middel van echoscopisch onderzoek. Ook wordt een CTG (cardiotocogram) gemaakt, een registratie van de harttonen van de baby. Als uit deze onderzoeken blijkt dat de conditie van het kind achteruitgaat, kan de gynaecoloog adviseren de bevalling in te leiden. Meer informatie vindt u in de brochure 'Serotiniteit' (zie www.nvog.nl), klik voorlichting).

Langdurig gebroken vliezen

Het breken van de vliezen is vaak het eerste teken van het begin van de bevalling. Als de vliezen langer dan 24 uur gebroken zijn, spreekt men van langdurig gebroken vliezen. De bevalling kan dan alsnog uit zichzelf op gang komen. Meestal krijgt u wel het advies te bevallen in het ziekenhuis, omdat er iets meer infectiegevaar bestaat.

Bij langdurig gebroken vliezen is het verstandig de temperatuur op te nemen. Bij een temperatuur hoger dan 37,7° C of vanaf 37,8° C moet u contact opnemen met de verloskundige of gynaecoloog.

Als de vliezen langer dan drie dagen gebroken zijn bij een voldragen zwangerschap, is er weinig kans dat de weeën nog spontaan op gang komen. De gynaecoloog adviseert meestal een inleiding tussen 24 uur en drie dagen na het breken van de vliezen. Als de vliezen vóór de 37 weken breken, wacht men vaak langer met een inleiding zolang er geen tekenen van infectie zijn.



Groeivertraging van de baby

Als de verloskundige of gynaecoloog vindt dat uw baby aan de kleine kant is, onderzoekt hij/zij met een echo of dit inderdaad zo is. Ook weinig vruchtwater kan duiden op een klein of te klein kind. Regelmatige echo's kunnen informatie geven over de verdere groei van het kind. Zo nodig vindt ook controle van de conditie van het kind plaats met een CTG. Bij onvoldoende groei of dreigende achteruitgang van de conditie van uw kind, kan de gynaecoloog een inleiding adviseren.

Hoge bloeddruk of suikerziekte

De baby krijgt voeding en zuurstof via de placenta (moederkoek). Bij bijvoorbeeld een te hoge bloeddruk of suikerziekte tijdens de zwangerschap, kan de placenta minder goed gaan functioneren. Als het dan voor het kind of de moeder beter lijkt dat de baby geboren wordt, bespreekt de gynaecoloog een inleiding.

Andere redenen

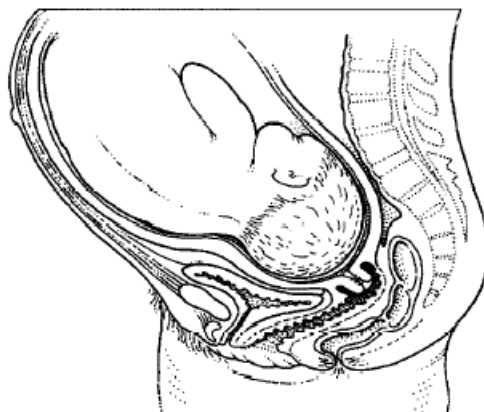
Er zijn nog vele andere redenen voor een advies om een bevalling in te leiden. Deze kunnen te maken hebben met het verloop van de vorige bevalling of met andere bijkomende problemen tijdens de huidige zwangerschap.

Vorbereiding

Om te beoordelen of het mogelijk is de bevalling op gang te brengen, doet de gynaecoloog een inwendig onderzoek. Vaak gebeurt dit op de polikliniek. Over het algemeen moet u dezelfde spullen meenemen als bij een 'gewone' bevalling: kleding voor uzelf voor tijdens en na de bevalling, toiletartikelen en babykleertjes. Ook is het verstandig wat ter ontspanning en tijdverdrijf mee te nemen. De eerste uren zijn er soms nog niet zoveel weeën. Aflleiding kan dan plezierig zijn.

Wanneer is een inleiding mogelijk?

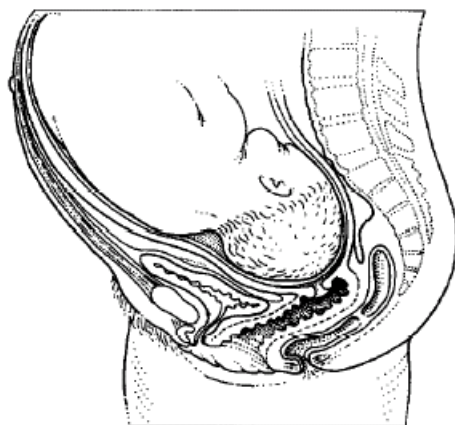
Een inleiding is pas mogelijk als de baarmoedermond al een beetje open en verweekt is. Verloskundigen en gynaecologen gebruiken hiervoor de term 'rijpheid'. In figuur 1 en 2 ziet u voorbeelden van een onrijpe en rijpe baarmoedermond.



Figuur 1: onrijpe baarmoedermond



Een onrijpe baarmoedermond is nog lang en voelt stevig aan. Dit noemt men een staande portio (portio is het medische woord voor baarmoedermond). Meestal is er nog geen ontsluiting.



Figuur 2: rijpe baarmoedermond

Een rijpe baarmoedermond is over het algemeen korter. Men spreekt dan over een verstreken portio. Deze voelt ook weker aan, en vaak is er al wat ontsluiting. In dat geval is het mogelijk een inleiding af te spreken.

Als de baarmoedermond onrijp is

Wanneer de baarmoedermond onrijp is en er toch een dwingende reden is om de bevalling op gang te brengen, kan de gynaecoloog adviseren de baarmoedermond 'rijp' te maken. In medische termen spreekt men dan van 'primen' (Engels voor voorbereiden).

Methoden om de baarmoedermond rijp te maken

Prostaglandinen zijn hormonen die de rijpheid van de baarmoedermond bevorderen; ze spelen ook een rol bij het op gang komen van de bevalling. Prostaglandinen worden in Gelre ziekenhuizen in tabletvormgegeven.

Een andere methode die vaak gebruikt wordt in Gelre ziekenhuizen is het inbrengen van een ballonkatheter in de baarmoeder. Dit is een mechanische methode van inleiding. Dit betekent dat een ballonkatheter werkt door het oprekken van de baarmoedermond.

De gynaecoloog bespreekt met u welke methode wordt toegepast.

Wat gebeurt er bij het rijp maken?

Het inbrengen van het prostaglandinetabletje gebeurt door middel van een vaginaal toucher (het voelen met vingers in de vagina). Dit is meestal niet pijnlijk, hoewel het inwendig onderzoek onplezierig kan zijn.

Een ballonkatheter is een flexibel slangetje met een ballonnetje aan het eind van de katheter. De ballonkatheter wordt via een spreider (speculum) in de baarmoedermond geschoven, waarna het ballonnetje gevuld wordt met water. Het opvullen van het ballonnetje kan een krampend gevoel in de onderbuik geven. De katheter wordt met een pleister aan uw bovenbeen geplakt.



Na afloop

Na afloop is er vaak wat bloedverlies. U hoeft daar niet van te schrikken. Na het inbrengen controleert men de conditie van uw kind met behulp van een CTG. Zeker bij een erg onrijpe baarmoedermond is het nogal eens nodig de behandeling te herhalen, soms gedurende een paar dagen. Prostaglandinen maken niet alleen de baarmoedermond rijp, maar ze kunnen ook weeën veroorzaken. Vaak ontstaan er na het inbrengen harde buiken. Dit zijn meestal nog geen weeën. Men spreekt pas van weeën als er ontsluiting ontstaat. Soms gaan de harde buiken wel over in weeën en komt de bevalling spontaan op gang.

Het inleiden van de bevalling

Bij een inleiding brengt men de weeën op gang en controleert de arts de conditie van het kind.

Het opwekken van de weeën

Het op gang brengen van de weeën gebeurt vaak door middel van een infuus. U krijgt een naaldje in een bloedvat van uw hand of onderarm waarop een dun slangetje aangesloten wordt. Een pomp dient medicijnen (oxytocine) toe om de weeën op gang te brengen. De dosering gaat stapsgewijs omhoog. Geleidelijk beginnen dan de weeën. Een andere methode van opwekken van weeën is het inbrengen van prostaglandinetabletjes of gel in de vagina. Dit gebeurt op dezelfde wijze als eerder beschreven bij het rijpen van de baarmoedermond.

Controle van het kind en de weeën

De arts controleert de conditie van uw kind met een CTG. Dit kan uitwendig, via de buik, gebeuren. Meestal wordt een draadje (schedel-elektrode) op het hoofd van het kind vastgemaakt om de harttonen te registreren. Dit gebeurt via een inwendig onderzoek. Daarbij breekt men ook de vliezen. U voelt dan warm vruchtwater via de vagina naar buiten stromen. Ook kan de verloskundige of arts een dun slangetje (drukkatheter) in de baarmoeder inbrengen om de sterkte van de weeën te meten. Soms laat men dit achterwege of registreert men de weeën met een band om de buik.

Hoe gaat de bevalling verder?

Na het starten van de inleiding is het verloop in principe hetzelfde als bij een 'normale' bevalling. De weeën worden langzamerhand heviger en pijnlijker. Over het algemeen hebt u de vrijheid om de weeën op uw eigen manier op te vangen: zittend in een stoel, staand naast het bed, of liggend of zittend in bed.

De uitdrijving (het persen) en de geboorte van het kind en de moederkoek gaan niet anders dan bij een 'normale' bevalling.

De geboorte van het kind vindt over het algemeen binnen 24 uur plaats. Naarmate de baarmoedermond rijper is, gaat de ontsluiting vaak sneller. Ook gaat de bevalling van een tweede of volgend kind meestal spoediger dan die van een eerste.

Zijn de ontsluitingsweeën te pijnlijk, dan kunt u om pijnstillers vragen. U kunt dan een infuuspompje krijgen met een sterk pijnstillend middel (Remifentaniil). Een andere



mogelijkheid is epidurale analgesie (een ruggenprik). Dit is in Gelre ziekenhuizen 24 uur per dag mogelijk.

Na de bevalling

Na de geboorte kijkt de arts of verloskundige uw kind na. Als daar een reden voor is, doet de kinderarts dit. Ongeveer een uur na de geboorte van de moederkoek verwijdert de verpleegkundige het infuus. Meestal kunt u binnen 24 uur weer naar huis. Vaak is dit de volgende ochtend. Soms adviseert men om langer te blijven, zoals bij langdurig gebroken vliezen of bij suikerziekte. Uw kind wordt dan nog één of enkele dagen in het ziekenhuis geobserveerd. Bij een kind met een laag geboortegewicht of bij een te vroeg geboren baby duurt de opname op afdeling neonatologie soms langer. Uw eigen verblijf op afdeling verloskunde is maximaal 3 x 24 uur. Het is verstandig om bij uw zorgverzekering te informeren welke periode vergoed wordt, om te voorkomen dat u een rekening krijgt die u gedeeltelijk zelf moet betalen.

Soms maakt uw eigen gezondheid het nodig om langer te blijven, bijvoorbeeld in verband met een hoge bloeddruk of ruim bloedverlies waarvoor een bloedtransfusie noodzakelijk is.

Wie zijn er bij de bevalling?

Omdat er een medische reden bestaat om de bevalling in te leiden, krijgt u een medische indicatie om in het ziekenhuis te bevallen. Soms begeleidt de gynaecoloog de bevalling; in andere situaties gebeurt dit door een verloskundige of arts die onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog werken en die daarmee nauw overleggen.

In Gelre ziekenhuizen zijn er vaak naast verpleegkundigen ook leerling-verpleegkundigen of co-assistenten (medische studenten) aanwezig. U kunt van tevoren navragen wie er bij uw bevalling zullen zijn.

Risico's en complicaties

Bij elke bevalling kunnen complicaties optreden, of de bevalling nu wordt ingeleid of niet. We bespreken hier een aantal complicaties die met een inleiding kunnen samenhangen.

Langdurige bevalling

Als men met de inleiding begint terwijl de baarmoedermond nog niet goed rijp is, bestaat er een grotere kans op een zeer langdurige bevalling. Soms wordt geen volledige ontsluiting bereikt en is een keizersnede noodzakelijk.

Uitgezakte navelstreng

Bij het breken van de vliezen kan de navelstreng uitzakken langs het hoofd van het kind als dit niet goed is ingedaald, of bij een stuitligging langs het stuitje. Een keizersnede is dan noodzakelijk.

Beschadiging door het inbrengen van de drukkatheter



De drukkatheter is een dun slangetje dat men nogal eens bij een inleiding in de baarmoeder brengt om de kracht van de weeën te controleren. Als dit slangetje niet goed terechtkomt, kan een bloeding vanuit de moederkoek of een beschadiging van de baarmoeder optreden. Dit komt zeer zelden voor. Een keizersnede kan dan noodzakelijk zijn.

Hyperstimulatie

Hierbij komen er te veel weeën te snel achter elkaar. Als dit lang duurt kan zuurstofgebrek bij de baby optreden. Meestal is het mogelijk hyperstimulatie te verhelpen door de stand van de infuus pomp te verlagen. Soms is een weeënremmend medicijn noodzakelijk. Daardoor keren de weeën weer met normale pauzes terug.

Sneuvelen van het infuus

Dit is in wezen geen echte complicatie. Wel vinden vrouwen het vaak vervelend als er opnieuw een naaldje in de hand of in de arm ingebracht moet worden.

Infectie van de baarmoeder

Als de vliezen gedurende lange tijd gebroken zijn, is er een iets groter risico op een infectie van de baarmoeder tijdens en na de bevalling. Dit is eigenlijk ook geen echte complicatie van de inleiding zelf, maar hangt samen met de reden van de inleiding.

Ontsteking op het hoofd of de bil van het kind

Zoals beschreven, maakt men bij een inleiding een draadje in de hoofdhuid van de baby vast om de harttonen te registreren (schedel-elektrode). Bij een kind in stuitligging wordt het draadje op de bil bevestigd. Een enkele keer ontstaat een ontsteking op de plaats waar de elektrode is vastgemaakt. Dit is niet ernstig, maar wel vervelend voor het kind.

De meeste inleidingen verlopen zonder complicaties en de risico's van een ingeleide bevalling zijn meestal niet groter dan die van een normale bevalling. Wel is het noodzakelijk dat een inleiding onder goede controle en begeleiding plaatsvindt. Tot slot een opmerking over de veel gehoorde opvatting dat een ingeleide bevalling pijnlijker zou zijn dan een normale bevalling. Dit is moeilijk te bewijzen, omdat geen twee bevallingen hetzelfde zijn.

Kunt u zelf wat doen om de bevalling op gang te brengen? Zijn er alternatieven?

Een veel gestelde vraag is of u zelf wat kunt doen om de bevalling op gang te brengen. Helaas valt dit vaak tegen. Hoewel sommigen wonderolie aanbevelen, is het nut nooit bewezen. Wel kan dit middel vervelende darmkrampen geven. Een andere mogelijkheid om de bevalling zonder inleiding op gang te brengen is 'strippen'. De verloskundige of gynaecoloog maakt dan met de vingers tijdens het toucher de baarmoedermond los van de vliezen. Dit kan pijnlijk zijn. Erna treedt nogal eens bloedverlies op, wat geen kwaad kan. Bij een onrijpe baarmoedermond heeft strippen weinig zin. De kans dat een bevalling daarna spontaan begint, is klein.



Heeft u bezwaren tegen een inleiding? Bespreek dit dan met uw verloskundige en/of gynaecoloog. Soms is er een alternatief mogelijk, zoals het nauwkeurig controleren van de conditie van het kind terwijl u afwacht tot de bevalling uit zichzelf op gang komt.

Vragen?

Hebt u na het lezen van deze brochure nog vragen? Aarzel dan niet deze met uw gynaecoloog te bespreken.

Woordenlijst

<i>ballonkatheter</i>	dun slangetje dat men gebruikt bij het rijp maken van de baarmoedermond;
<i>CTG</i>	cardiotocogram; registratie van de hartslag van het kind om de conditie van de baby in de gaten te houden
<i>drukkatheter</i>	dun slangetje dat men in de baarmoeder brengt om de kracht van de weeën te beoordelen en om na te gaan hoe vaak zij komen
<i>epidurale anesthesie</i>	een vorm van pijnstilling tijdens de ontsluiting, waarbij via een prik tussen twee ruggenwervels pijnstillende medicijnen worden toegediend (ruggenprik)
<i>inleiden</i>	het op gang brengen van de bevalling
<i>oxytocine</i>	medicijn dat de weeën op gang brengt; andere namen zijn Piton en Syntocinon
<i>Remifentanil of Pethidine</i>	sterk pijnstillend middel
<i>placenta</i>	moederkoek
<i>portio</i>	baarmoedermond
<i>primen</i>	rijp maken van de baarmoedermond zodat deze geschikt wordt voor inleiding
<i>prostaglandine</i>	hormoon dat de baarmoedermond rijp maakt of de bevalling op gang brengt
<i>ruggenprik</i>	een vorm van pijnstilling tijdens de ontsluiting, waarbij via een prik tussen twee ruggenwervels pijnstillende medicijnen worden toegediend (epidurale anesthesie)
<i>schedel-elektrode</i>	dun draadje dat op het hoofd van de baby geplaatst wordt om de harttonen te registreren
<i>serotiniteit</i>	een zwangerschap die langer dan 2 weken na de uitgerekenede datum blijft bestaan
<i>spreider</i>	instrument waarmee de verloskundige of arts via de vagina naar de baarmoedermond kijkt (ook wel speculum genoemd)
<i>vaginaal toucher</i>	inwendig onderzoek in de schede met twee vingers om de opening van de baarmoedermond te beoordelen



De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, de beroepsvereniging van uw gynaecoloog, vindt het belangrijk dat patiënten goede voorlichting krijgen. De belangrijkste voorlichting vindt plaats in de spreekkamer, tijdens uw gesprek met de gynaecoloog. Daarnaast is het plezierig als u thuis een en ander nog eens kunt nalezen. Deze brochure is bedoeld als aanvulling op het gesprek met de gynaecoloog. Bedenk bij het lezen dat uw gezondheidssituatie anders kan zijn dan in deze brochure is beschreven of dat niet alle beschreven onderdelen op u van toepassing hoeven te zijn. Deze tekst kunt u ook vinden op www.nvog.nl (klik voorlichting).

© 1998 – 2001 NVOG Het copyright en de verantwoordelijkheid voor deze folder berusten bij de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) in Utrecht. Auteur: dr. G. Kleiverda Illustratie: Inge van Noortwijk
Bureauredacteur: Jet Quadekker

