

# Inleiden van de bevalling

Inleiding	2
Waarom wordt een bevalling ingeleid?	2
Wanneer is een inleiding mogelijk?	5
Methoden om de baarmoedermond rijp te maken	6
Wat gebeurt er?	7
Na afloop	7
Het inleiden van de bevalling	8
Hoe gaat de bevalling verder?	8
Pijnstilling	10
Na de bevalling	11
Risico's en complicaties	11
Kun je zelf wat doen om de bevalling op gang te brengen?	13
Tot slot	13
Woordenlijst	14

## Inleiding

Bij een inleiding wordt de bevalling kunstmatig op gang gebracht. Dit gebeurt met medicijnen die de weeën opwekken. Een inleiding vindt altijd plaats in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog. Deze folder geeft algemene informatie. In het ziekenhuis waar je gaat bevallen, kun je vragen stellen over de gang van zaken.

## Waarom wordt een bevalling ingeleid?

Een inleiding wordt meestal geadviseerd als de gynaecoloog verwacht dat de situatie voor de baby 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 jezelf kunnen een reden zijn voor het inleiden van de bevalling.

Enkele veel voorkomende redenen voor een inleiding zijn: over tijd zijn, langdurig gebroken vliezen, groeivertraging bij de baby en een verslechtering van de placenta.

## Over tijd zijn

Als je twee weken na de uiterekende datum niet bevallen bent, wordt er gesproken van 'over tijd' zijn. De medische term hiervoor is serotiniteit. De zwangerschapsduur bedraagt dan 42 weken. Er wordt tegenwoordig niet afgewacht tot 42 weken. Vanaf 41 weken wordt de zwangerschap extra gecontroleerd. Een echoscopie wordt gemaakt om de hoeveelheid vruchtwater te beoordelen en er 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 besloten worden de bevalling in te leiden. Het

streven is om de baby voor of bij 42 weken geboren te laten worden. Meer informatie vindt je in de folder "Serotiniteit".

### **Langdurig gebroken vliezen**

Het breken van de vliezen kan het eerste teken zijn 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. Wel wordt een bevalling in het ziekenhuis geadviseerd, omdat er meer infectiegevaar bestaat. Bij langdurig gebroken vliezen is het verstandig de temperatuur op te nemen. Bij koorts (meer dan 38 graden) moet je contact opnemen met de verloskundige of gynaecoloog. Als de vliezen langer dan twee dagen gebroken zijn bij een voldragen zwangerschap, is er weinig kans dat de weeën nog spontaan op gang komen. Een inleiding wordt meestal geadviseerd tussen 24 uur en twee dagen na het breken van de vliezen.

Als de vliezen voor de 37 weken breken, wordt vaak langer afgewacht zolang er geen tekenen van infectie zijn.

### **Groeivertraging van de baby**

Het kan zijn dat de verloskundige of gynaecoloog vindt dat je baby aan de kleine kant is. Met een echo wordt bekeken of dit inderdaad zo is. Ook weinig vruchtwater kan duiden op een klein of te klein kind. Met behulp van regelmatige echo's wordt de groei van de baby dan gecontroleerd. Zo nodig wordt de conditie van de baby gecontroleerd met een CTG. Indien de gynaecoloog van mening is dat de baby onvoldoende groeit of dat zijn conditie achteruit dreigt te gaan, kan een inleiding geadviseerd worden.

### **Achteruitgaan van de functie van de placenta**

De baby krijgt voeding en zuurstof via de placenta (moederkoek). Wanneer de moeder bijvoorbeeld een te hoge bloeddruk of suikerziekte heeft tijdens de zwangerschap, kan de placenta minder goed gaan functioneren. Daarom kan de gynaecoloog besluiten dat het beter is om de baby geboren te laten worden. Dan wordt een inleiding met je besproken.

### **Andere redenen**

Er zijn nog vele andere redenen waarom geadviseerd kan worden 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. Soms wordt op verzoek van de zwangere een inleiding afgesproken zonder dat hiervoor een medische reden bestaat.

4

In de praktijk blijken er verschillen te bestaan tussen opvattingen van gynaecologen over de noodzaak een inleiding te adviseren. Indien je twijfelt of het echt nodig is de bevalling in te leiden, bespreek dit dan met de gynaecoloog.

### **Vorbereiding**

Om te beoordelen of de bevalling op gang kan worden gebracht, wordt een inwendig onderzoek verricht. Vaak gebeurt dit op de polikliniek. In veel ziekenhuizen is het mogelijk om al voor de inleiding een kijkje op de verloskamers te nemen.

Over het algemeen moet je dezelfde spullen meenemen als bij een 'gewone' bevalling: kleding voor jezelf voor tijdens en na de bevalling, wat 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. Wat afleiding kan dan plezierig zijn. Op de verloskamers kun je gebruik maken van Wi-Fi en televisie.

## Wanneer is een inleiding mogelijk?

Een inleiding kan pas plaatsvinden als de baarmoedermond al een beetje open en verweekt is. Verloskundigen en gynaecologen gebruiken hiervoor de term 'rijpheid'.

Op de tekeningen zie je voorbeelden van een rijpe en een onrijpe baarmoedermond. Een onrijpe baarmoedermond is nog lang en voelt stevig aan. Dit wordt een staande portio genoemd (portio is het medische woord voor baarmoedermond). Meestal is er nog geen ontsluiting.

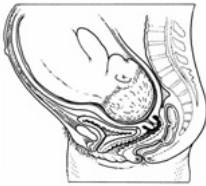
Een rijpe baarmoedermond is over het algemeen korter. Er wordt dan gesproken over een verstreken portio. Deze voelt ook weker aan, en vaak is er al wat ontsluiting. In dat geval kan een inleiding afgesproken worden.



*Rijpe baarmoedermond*

## 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 besloten worden de baarmoedermond 'rijp' te maken. In medische termen wordt dan van 'primen' (Engels voor voorbereiden) gesproken.



*Onrijpe baarmoedermond*

## Methoden om de baarmoedermond rijp te maken

De meest toegepaste methode om de baarmoeder mond rijp te maken is dat er een ballon katheter in de baarmoedermond wordt geplaatst. Het inbrengen van deze ballonkatheter gebeurt via een speculum (eendenbek) Het inbrengen van een ballonkatheter is een vorm van mechanisch inleiden; er komen geen medicijnen aan te pas. Wanneer je voldoende ontsluiting hebt gekregen kan de ballonkatheter er vanzelf uitvallen of verwijderd worden wanneer er voldoende ontsluiting is om de vliezen te breken. Na het inbrengen wordt de conditie van de baby regelmatig gecontroleerd dmv CTG. Het kan zijn dat de ballonkatheter niet uitvalt, dan wordt na 24 uur opnieuw de conditie van de baarmoedermond beoordeeld.

Een andere, minder toegepaste methode is het inbrengen van prostaglandines in de schede vlakbij de baarmoedermond. Prostaglandines zijn hormonen die de rijpheid van de baarmoedermond bevorderen; ze spelen ook een rol bij het op gang

komen van de bevalling. De prostaglandines worden door middel van een tablet aan een koordje (Propessveter) ingebracht en de propessveter kan op elk gewenst moment worden verwijderd.

### **Wat gebeurt er?**

Door middel van een speculum wordt de ballonkatheter in de baarmoedermond gebracht. De tablet aan een koordje (Propessveter) wordt ingebracht dmv een tangetje. Het inbrengen van de ballon katheter en de Propess veter zijn meestal niet pijnlijk, hoewel het inwendig onderzoek onplezierig kan zijn.

### **Na afloop**

Na afloop kun je wat bloedverlies hebben, maar daar hoeft je niet van te schrikken. Na het inbrengen wordt de conditie van de baby gecontroleerd met behulp van een CTG. Het kan nodig zijn de behandeling te herhalen, soms gedurende een paar dagen, zeker als de baarmoedermond erg onrijp is.

Zowel het inbrengen van de ballonkatheter of de propessveter kan de bevalling op gang brengen. Vaak ontstaan er na het inbrengen harde buiken. Dit zijn meestal nog geen weeën. Van weeën wordt pas gesproken 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 worden de weeën op gang gebracht en wordt de conditie van de baby gecontroleerd.

## Het opwekken van de weeën

Het op gang brengen van de weeën gebeurt vaak door middel van een infuus. Er wordt een naaldje in een bloedvat van je hand of onderarm ingebracht; daarop wordt een dun slangetje aangesloten waarna het naaldje verwijderd wordt. Via een pompje worden medicijnen (oxytocine) toegediend om de weeën op gang te brengen. De dosering gaat stapsgewijs omhoog. Geleidelijk gaan dan de weeën beginnen.

## Controle van de baby en de weeën

De conditie van je baby wordt gecontroleerd met een CTG. Dit kan uitwendig, via de buik, gebeuren. Meestal zal er een draadje (schedelelektrode) op het hoofd van de baby vastgemaakt worden om de harttonen te registreren. Dit gebeurt via een inwendig onderzoek. Daarbij worden ook de vliezen gebroken. Je voelt dan warm vruchtwater via de schede naar buiten stromen. Ook kan een dun slangetje (drukkatheter) in de baarmoeder ingebracht worden om de sterkte van de weeën te meten. Soms wordt dit achterwege gelaten of worden de weeën met een band om de buik geregistreerd.

## Hoe gaat de bevalling verder?

Nadat de inleiding gestart is, is het verloop in principe hetzelfde als bij een 'normale' bevalling. Dit betekent dat de weeën langzamerhand heviger en pijnlijker worden. Over het algemeen heb je de vrijheid om de weeën op je eigen manier op te vangen: zittend in een stoel, onder de douche, zittend op een skippybal staand naast het bed, of liggend of zittend in bed.



De uitdrijving (het persen) en de geboorte van de baby en de moederkoek gaan niet anders dan bij een 'normale' bevalling. Naarmate de baarmoedermond rijper is, gaat de ontsluiting vaak sneller. Ook gaat de bevalling van een tweede kind meestal sneller dan die van een eerste.

Als de bevalling wordt ingeleid met een ballonkatheter of een propessveter, kunnen er vaak eerst veel harde pijnlijke buiken zijn zonder dat dit nog echte ontsluitingsweeën zijn. Zijn de ontsluitingsweeën te pijnlijk, dan kun je om pijnstillers vragen.

## Pijnstilling

In Nij Smellinghe is het mogelijk 24 uur per dag pijnstilling te krijgen. Er zijn twee soorten pijnstilling namelijk een pompje met remifentanil en de ruggeprik. De verloskundige of gynaecoloog zal wanneer je pijnstilling wenst met je bespreken welke vorm op dat moment het beste voor je is.

### Pompje met remifentanil

Remifentanil is een morfineachtige stof die via een infuus toegediend wordt. Met een pompje kun je zelf de hoeveelheid remifentanil bepalen die toegediend wordt. Het pompje is zo afgesteld dat je jezelf nooit teveel geeft. Remifentanil werkt al na 1 minuut en verdooft de pijn.

### Ruggeprik

Bij deze pijnbehandeling heb je in principe geen pijn meer in je onderlichaam. De anaesthesist brengt onder plaatselijke verdoving een slangetje in je onderrug aan. Via dit slangetje worden medicijnen toegediend, ook krijg je een catheter ingebracht in de blaas, omdat het gevoel om te kunnen plassen daarna niet goed voelbaar is. Na het inbrengen duurt het ongeveer 15 minuten voordat het onderlichaam

verdoofd is.

Wanneer volledige ontsluiting is behaald, wordt de infuuspomp van de ruggesprik vaak stopgezet om zo het gevoel terug te krijgen zodat je goed mee kan persen.

## Na de bevalling

Na de geboorte wordt de baby nagekeken door de verloskundige en als daar reden voor is, door de kinderarts. Ongeveer een uur nadat de placenta is geboren wordt het infuus verwijderd, de catheter blijft echter nog een aantal uren zitten. Meestal kun je binnen 24 uur weer naar huis. Soms is dit de volgende ochtend. Soms wordt geadviseerd om langer te blijven, zoals bij langdurig gebroken vliezen of bij suikerziekte. De baby wordt dan nog een of enkele dagen in het ziekenhuis geobserveerd. Bij een kind met een laag geboortegewicht of bij een te vroeg geboren baby kan opname op de kinderafdeling langer duren. Je mag zelf in die gevallen maximaal 8 dagen in het ziekenhuis blijven. Het is verstandig om zelf bij je ziekenfonds of verzekering te informeren welke periode in jouw geval vergoed wordt, om te voorkomen dat je een rekening krijgt die je gedeeltelijk zelf moet betalen.

Ook kan je eigen gezondheid het nodig maken 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, krijg je een medische indicatie om in het ziekenhuis te bevallen. In Nij Smellinghe kunnen er naast verpleegkundigen eventueel ook leerling-verpleegkundigen of co-assistenten (medische studenten) aanwezig zijn. De bevalling wordt begeleid door een verloskundige onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog. Soms wordt de

bevalling door de gynaecoloog begeleidt. Je kunt van tevoren navragen wie er 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 de inleiding begonnen wordt 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 moet een keizersnede verricht worden.

### Uitgezakte navelstreng

Bij het breken van de vliezen kan de navelstreng uitzakken langs het hoofd 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 bij een inleiding in de baarmoeder ingebracht kan worden om de kracht van de weeën te controleren. Als dit slangetje niet goed terechtkomt, kan een bloeding vanuit de placenta of een beschadiging van de baarmoeder optreden. Dit komt zeer zelden voor. Een keizersnede kan noodzakelijk zijn.

### **Hyperstimulatie**

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

### **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 van de baby**

Zoals beschreven, wordt er bij een inleiding een draadje in de hoofdhuid van de baby vastgemaakt om de harttonen te registreren (schedelelektrode). Een enkele keer kan op de plaats waar de elektrode vastgemaakt is, een ontsteking ontstaan. Dit is niet ernstig, maar wel vervelend voor de baby.

De meeste inleidingen zullen zonder complicaties verlopen 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 veelgehoorde opvatting dat een ingeleide bevalling pijnlijker zou zijn dan een normale bevalling. Dit is moeilijk te bewijzen, omdat geen twee bevallingen hetzelfde zijn.

## **Kun je zelf wat doen om de bevalling op gang te brengen?**

Een 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 kan bloedverlies optreden. Bij een onrijpe baarmoedermond heeft strippen weinig zin. De kans dat een bevalling daarna spontaan begint, is klein.

Mocht je bezwaren hebben tegen een inleiding, bespreek dit dan met de verloskundige en/of gynaecoloog. Soms kan er een alternatief gevonden worden, zoals het nauwkeurig controleren van de conditie van de baby terwijl afgewacht wordt tot de bevalling uit zichzelf op gang komt.

## **Tot slot**

Als je na het lezen van deze folder nog vragen hebt, aarzel dan niet die met de gynaecoloog te bespreken.

## Woordenlijst

- ballonkatheter: dun slangetje dat soms gebruikt wordt bij het rijp maken van de baarmoedermond (mechanisch inleiden)
- CTG: cardiocogram; registratiemethode om de conditie van de baby in de gaten te houden
- drukkatheter: dun slangetje dat in de baarmoeder wordt ingebracht om de kracht van de weeën te beoordelen en na te gaan hoe vaak zij komen
- epidurale anesthesie: een vorm van pijnstilling tijdens de ontsluiting, waarbij via een prik tussen twee ruggenwervels pijnstillende medicijnen worden toegediend (ruggenprik)
- inleiden: het op gang brengen van de bevalling
- oxytocine: medicijn dat de weeën op gang brengt
- placenta: moederkoek
- portio: baarmoedermond
- primen: rijp maken van de baarmoedermond zodat deze geschikt wordt voor inleiding
- prostaglandine: hormoon dat de baarmoedermond rijp maakt of de bevalling op gang brengt
- ruggenprik: een vorm van pijnstilling tijdens de ontsluiting, waarbij via een prik tussen twee ruggenwervels pijnstillende medicijnen worden toegediend (epidurale anesthesie)
- remifentanyl: Morfineachtige stof die via een infuus toegediend wordt ter bestrijding van pijn tijdens een bevalling.
- schedel elektrode: dun draadje dat op het hoofd van de baby geplaatst wordt om de harttonen te registreren
- serotiniteit: een zwangerschap die langer dan twee weken na de uitgerekende datum blijft bestaan
- speculum: instrument waarmee via de schede naar de baarmoedermond gekeken wordt (ook wel eendenbek genoemd)

- vaginaal toucher: inwendig onderzoek in de schede met twee vingers om de opening van de baarmoedermond te beoordelen

## Copyright

Een voorlichtingsfolder van de NVOG

© 1998 Commissie Patiëntenvoorlichting NVOG

Het copyright van deze brochure berust bij de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) te Utrecht. De brochure is tot stand gekomen onder verantwoordelijkheid van de Commissie Patiëntenvoorlichting van de NVOG. Deze brochure mag, mits integraal en onverkort, zonder toestemming worden vermenigvuldigd door de leden van de NVOG.

De Commissie Patiëntenvoorlichting van de NVOG is een non-profit-instelling, die zich toelegt op het formuleren en ontwerpen van kwalitatief hoogwaardige voorlichting op het gebied van de verloskunde, gynaecologie en voortplantingsgeneeskunde.

*Auteur: dr. G. Kleiverda*

*Illustratie: Inge van Noortwijk*

Informatie over andere verloskundige en gynaecologische onderwerpen kunt u vinden op de NVOG-website: <http://www.nvog.nl>