



## Verloskunde

# Het inleiden van een bevalling

### **Inleiding**

Bij een inleiding brengt gynaecoloog de bevalling kunstmatig op gang. Dit gebeurt met o.a. medicijnen die de weeën opwekken.

Een inleiding vindt altijd plaats in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog. Deze folder geeft algemene informatie. Aan het einde vindt u een verklarende woordenlijst.

### **Waarom wordt een bevalling ingeleid?**

De verloskundige of 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 bijna 42 weken zwanger. De medische term hiervoor is serotiniteit. Bij een zwangerschap die langer dan 42 weken duurt, voldoet de placenta soms minder goed aan de behoefte van het kind. De baby kan zo geleidelijk minder voeding krijgen. De hoeveelheid vruchtwater wordt langzamerhand minder. Of u de baby goed voelt bewegen, is een belangrijk teken. Een cardiotocogram (CTG) registreert de harttonen van het kind. Zo wordt de conditie van uw baby beoordeeld. Ontlasting van de baby (meconium) in het vruchtwater komt vaker voor. In een zeldzaam geval kan de baby te weinig zuurstof krijgen.

Meestal worden zwangere vrouwen al tussen 41 en 42 weken verwezen voor een controle door de gynaecoloog om problemen vóór te zijn. De gynaecoloog informeert u tot wanneer een eventuele thuisbevalling nog verantwoord is.

De gynaecoloog beoordeelt dan veelal de hoeveelheid vruchtwater door middel van echoscopisch onderzoek. Ook wordt een CTG gemaakt. Als uit deze onderzoeken blijkt dat de conditie van het kind achteruitgaat, kan de gynaecoloog adviseren de bevalling in te leiden.

### **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. Wel adviseert men meestal een bevalling in het ziekenhuis, omdat er iets meer kans op infectiegevaar bestaat. Bij langdurig gebroken vliezen is het verstandig de temperatuur op te nemen.



Bij koorts (meer dan 38 graden 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 en 72 uur na het breken van de vliezen.

Als de vliezen vóór de 37 weken zwangerschap 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 men 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.

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

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 beter lijkt om geboren te worden, 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.

Gynaecologen verschillen soms van mening over de noodzaak van een inleiding. Twijfelt u eraan of het echt nodig is de bevalling in te leiden, bespreek dit dan met uw gynaecoloog. Mocht u er samen niet uitkomen, dan kunt u desnoods ook een andere gynaecoloog of in een ander ziekenhuis om een tweede mening vragen.

### **Vorbereiding**

In het SKB is er ongeveer één keer per maand een voorlichtingsavond en een rondleiding op de kraamsuites.

De data waarop dit plaatsvindt, kunt u lezen op de volgende website: [www.vca-eva.nl/voorlichtingsavond](http://www.vca-eva.nl/voorlichtingsavond). U kunt dan vragen stellen over de gang van zaken.

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 en uw partner voor tijdens en na de bevalling, toiletartikelen en babykleertjes. Denkt u ook aan 2 mutsjes voor de baby. Daarnaast adviseren wij u om iets ter ontspanning en tijdverdrijf mee te nemen. De eerste uren zijn er soms nog niet zoveel weeën. Afleiding 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'. 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.

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**

De meest toegepaste methode is het inbrengen van een slangetje met een ballonnetje (Foley-katheter). Deze wordt door de ziekenhuisverloskundige of gynaecoloog met behulp van een spreider (speculum) ingebracht in de binnenkant van de baarmoedermond.

Dit kan een vervelend gevoel geven. Het ballonnetje aan het uiteinde van de katheter wordt gevuld met steriel water. Dit geeft een prikkel, waardoor het meestal leidt tot rijping, zodat het de volgende dag mogelijk is de bevalling in te leiden. Soms krijgen mensen direct weeën. Het kan ook zijn, dat er niets gebeurt en dat de baarmoedermond de volgende dag nog steeds onrijp is.

Een andere methode is de Propess veter. Dit is een veter met in het uiteinde het hormoon prostaglandine. Dit hormoon zorgt voor rijping van de baarmoedermond. Dit vetertje wordt rond de baarmoedermond gelegd tijdens inwendig onderzoek door de gynaecoloog. Dit is meestal niet pijnlijk, hoewel het inwendig onderzoek onplezierig kan zijn.

Voor beide methoden wordt u opgenomen op de kraamsuite van de afdeling Vrouw-Kind.

De gynaecoloog bespreekt met u welke methode het meest geschikt is in uw situatie. Afhankelijk van het effect van de rijping worden verdere afspraken met u gemaakt.

### **Na afloop**

Na afloop is er vaak wat bloedverlies. U hoeft daar niet van te schrikken. Na het inbrengen controleert men de conditie van het kind met behulp van een hartfilmpje. 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 men de conditie van het kind.

### **Het opwekken van de weeën**

Het op gang brengen van de weeën gebeurt door middel van een infuus. De verpleegkundige brengt een naaldje in een bloedvat van uw hand of onderarm en sluit daarop een dun slangetje aan.

Een pomp dient medicijnen (oxytocine) toe om de weeën op gang te brengen. De dosering gaat stapsgewijs omhoog. Geleidelijk beginnen dan de weeën.

### **Controle van het kind en de weeën**

Men 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 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.

Bij een inleiding met prostaglandinen zijn er vaak eerst veel harde pijnlijke buiken zonder dat dit nog echte ontsluitingsweeën zijn.

Zijn de ontsluitingsweeën te pijnlijk, dan kunt u om pijnstillers vragen. U kunt dan een injectie krijgen met een sterk pijnstillend middel (pethidine). Een andere mogelijkheid is epidurale anesthesie (een ruggenprik). Informatie hierover kunt u lezen in de folder: "Pijnbestrijding tijdens de bevalling".



### **Na de bevalling**

Na de geboorte kijkt de verloskundige uw kind na. Als daar een reden voor is, doet de kinderarts dit. Als het lopen (mobiliseren) goed gaat verwijderd 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 1 of enkele dagen in het ziekenhuis geobserveerd.

Bij een kind met een laag geboortegewicht of bij een te vroeg geboren baby duurt de opname soms langer. Meestal mag u zelf in zo'n situatie een week in het ziekenhuis blijven.

Wij adviseren u om bij uw zorgverzekering te informeren of couveusezorg vergoed wordt. In dat geval krijgt u na thuiskomst van de baby in overleg met u nog enkele uren kraamzorg.

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, die onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog werkt en die daarmee nauw overlegt.

In het SKB zijn er naast verpleegkundigen ook leerling-verpleegkundigen 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.



- *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 veelgehoorde 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 veelgestelde 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 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.

Mocht u bezwaren hebben 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.

### **Tot slot**

Hebt u na het lezen van deze folder nog vragen, aarzel dan niet die met uw gynaecoloog of verpleegkundige te bespreken.





**Woordenlijst**

ballonkatheter (of Foley-katheter)	dun slangetje dat men soms gebruikt bij het rijp maken van de baarmoedermond; via dit slangetje kan de gynaecoloog prostaglandinen inbrengen aan de binnenkant van de baarmoedermond
CTG	Cardiotocogram; registratie van de hartslag van het kind om de conditie van de baby in de gaten te houden
drukkatheter	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
epidurale anesthesie	een vorm van pijnstilling tijdens de ontsluiting, waarbij via een prik tussen twee ruggenwervels pijnstillende medicijnen worden toegediend (ruggenprik)
gelei of gel	(hier) prostaglandinen die in gelei-vorm in de schede worden ingebracht om de baarmoedermond rijper te maken of de bevalling op gang te brengen
inleiden	het op gang brengen van de bevalling
oxytocine	medicijn dat de weeën op gang brengt; andere namen zijn Piton en Syntocinon
pethidine	sterk pijnstillend middel
placenta	moederkoek
portio	baarmoedermond
primen	rijp maken van de baarmoedermond zodat deze geschikt wordt voorinleiding
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)
schedel-elektrode	dun draadje dat op het hoofd van de baby geplaatst wordt om de harttonen te registreren
serotiniteit	een zwangerschap die langer dan 2 weken na de uitgerekende datum blijft bestaan



spreider	instrument waarmee de verloskundige of arts via de vagina naar de baarmoedermond kijkt (ook wel speculum genoemd)
vaginaal toucher	inwendig onderzoek in de schede met twee vingers om de opening van de baarmoedermond te beoordelen

### **Geheimhouding en recht op privacy**

Alle medewerkers van ons ziekenhuis hebben een geheimhoudingsplicht. Verder heeft u als patiënt recht op privacy. Uitgebreide informatie hierover kunt u vinden in de folder 'De rechten en plichten van de patiënt'. Deze is verkrijgbaar op de afdeling en bij de patiënteninformatie in de centrale hal. Daarnaast is deze folder te vinden op: [www.skbwinterswijk.nl](http://www.skbwinterswijk.nl)

*De inhoud van deze folder is ontleend aan de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)*