Het inleiden van de bevalling

(D3)



Geboortecentrum
IJsselland

Inhoudsopgave

Inhoud

1. Inleiding 2
2. Waarom wordt een bevalling ingeleid? 2
3. Voorbereiding 5
4. Wanneer is een inleiding mogelijk? 5
5. Als de baarmoedermond onrijp is 6
6. Het inleiden van de bevalling 7
7. Hoe gaat de bevalling verder? 8
8. Na de bevalling 9
9. Wie zijn er bij de bevalling? 10
10. Risico's en complicaties 10
11. Wat kunt u zelf doen om de bevalling op gang te brengen? 12
12. Heeft u nog vragen? 13

1. Inleiding

Bij een inleiding wordt de bevalling kunstmatig op gang gebracht. Dit gebeurt met medicijnen die de weeën opwekken. Een inleiding vindt altijd plaats onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog.
Deze folder geeft u informatie over het inleiden van de bevalling.

2. 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 u zelf kunnen een reden zijn voor het inleiden van de bevalling.

Enkele veel voorkomende redenen voor een inleiding zijn:

- (dreigend) overtijd zijn,
- langdurig gebroken vliezen,
- groeivertraging bij de baby,
- een verslechtering van de placenta.

(Dreigend) overtijd zijn

Als u twee weken na de uitgerekende datum niet bevallen bent, wordt er gesproken van 'over tijd' zijn. De medische term hiervoor is serotiniteit. De zwangerschapsduur bedraagt dan 42 weken. Vanaf 41 weken, bij dreigende serotiniteit, kunt u ervoor kiezen om ingeleid te worden, of

om het af te wachten tot 42 weken. Uw verloskundig zorgverlener zal deze keuze met u bespreken. In het geval van afwachten wordt veelal een echoscopie gemaakt om de hoeveelheid vruchtwater te beoordelen. 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 besloten worden de bevalling in te leiden.
Meer informatie hierover vindt u 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 meestal een bevalling in het Geboortecentrum geadviseerd, omdat er iets meer infectiegevaar bestaat.

Bij langdurig gebroken vliezen is het verstandig de temperatuur op te nemen. Bij koorts (meer dan 38^0C) 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.
Een inleiding wordt meestal geadviseerd tussen 24 uur en drie 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 uw baby aan de kleine kant is. Met een echo wordt bekeken of dit inderdaad zo is. Ook weinig vruchtwater kan duiden op een verminderde placenta functie, wat vaak gepaard gaat met 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 op een gegeven ogenblik van mening zijn dat het voor de baby beter is om geboren te worden. Dan wordt een inleiding met u 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 er een inleiding afgesproken zonder medische reden.

3. Voorbereiding

Om te beoordelen of de bevalling op gang kan worden gebracht, wordt een inwendig onderzoek verricht. 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, 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.
Wij raden u aan thuis nog goed te ontbijten.

4. 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'.

- 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.

5. 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.

Methoden om de baarmoedermond rijp te maken

Ballonkatheter

De meest toegepaste methode om de baarmoedermond rijp te maken is het inbrengen van een katheter (een dun slangetje) in de baarmoedermond. Na het inbrengen van de katheter wordt aan de top een ballonnetje met water gevuld, ter grootte van een stuiterbal. Door de druk van het ballonnetje komen natuurlijke hormonen vrij (prostaglandines) die de rijping van de baarmoedermond versnellen. Vaak valt de ballonkatheter er vanzelf uit en kunnen meestal de vliezen worden gebroken. Vaak duurt dit 24 uur, maar ook wel eens langer. Een ballonkatheter mag 48 uur blijven zitten. In deze periode kunt u gewoon rondlopen en douchen. U kunt een klein beetje bloedverlies, harde buiken of menstruatieachtige klachten verwachten.

Prostaglandinen

Een andere methode is het innemen van prostaglandinen (in tabletvorm). Prostaglandinen zijn hormonen die de rijpheid van de baarmoedermond bevorderen. Ze spelen ook een rol bij het op gang komen van de bevalling.

Na afloop
Na het innemen 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.

Prostaglandinen maken niet alleen de baarmoedermond rijp, maar kunnen ook weeën veroorzaken. Vaak ontstaan er na het innemen 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.

6. 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 met een naaldje een plastic buisje in een bloedvat van uw hand of onderarm ingebracht; daarop wordt een dun slangetje aangesloten. 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 uw baby wordt gecontroleerd met een CTG.

Dit kan uitwendig, via de buik, gebeuren of inwendig; er wordt dan een draadje (schedelelektrode) in de (hoofd)huid van de baby vastgemaakt worden om de harttonen te registreren. Dit gebeurt via een inwendig onderzoek. Daarbij worden ook de vliezen gebroken. U 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 en worden de weeën met een band om de buik geregistreerd.

7. 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 heeft 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 de baby en de moederkoek gaan niet anders dan bij een 'normale' bevalling.

Over het algemeen wordt de baby binnen 24 uur geboren. 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 prostaglandinen, kunnen er vaak eerst veel harde pijnlijke buiken zijn zonder dat dit

nog echte ontsluitingsweeën zijn. U kunt dan een prik krijgen met een sterk pijnstillend middel (Pethidine). Zijn de ontsluitingsweeën te pijnlijk, dan kunt u om pijnstilling vragen.

8. Na de bevalling

Na de geboorte wordt de baby nagekeken door degene die de bevalling heeft begeleid en, als daar reden voor is, door de kinderarts. Ongeveer een uur nadat de placenta is geboren wordt het infuus verwijderd.

Meestal kunt u binnen 24 uur weer naar huis. Vaak is dit de volgende ochtend. Soms moet u langer blijven, zoals bij langdurig gebroken vliezen of bij suikerziekte. De baby wordt dan nog een of enkele dagen geobserveerd.

Bij een kind met een laag geboortegewicht of bij een te vroeg geboren baby kan opname op de kinderafdeling langer duren. Dan bestaat er de kans dat u uw verblijf (deels) zelf moet betalen, als u zelf ‘gezond’ wordt verklaard (en naar huis mag), maar liever wilt blijven. Neem in dat geval contact op met uw zorgverzekeraar, zodat u niet verrast wordt door een eventuele rekening.

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

9. 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 kunnen er naast verpleegkundigen eventueel ook leerling-verpleegkundigen of coassistenten (medische studenten) aanwezig zijn.
De bevalling wordt begeleid door een verloskundige, verloskundearts of arts-assistent onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog. Zij werken in nauw overleg met de gynaecoloog. Zo nodig is de gynaecoloog aanwezig bij de bevalling.

10. 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 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 kan hyperstimulatie verholpen worden door de stand van de infuuspomp te verlagen of te stoppen. Soms moet een weeën remmend medicijn gegeven worden. Daardoor keren de weeën weer met normale pauzes terug.

Sneuvelen van het infuus

Dit is in feite geen echte complicatie. Wel vinden vrouwen het vaak vervelend als er opnieuw een infuus 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 of litteken op het hoofd of de bil 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).
Bij een kind in stuitligging wordt het draadje op de bil bevestigd. Een enkele keer kan op de plaats waar de elektrode vastgemaakt is, een ontsteking of litteken 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.

11. Wat kunt u zelf doen om de bevalling op gang te brengen?

Een veel gestelde vraag is of u zelf iets kunt doen om de bevalling op gang te brengen. Helaas valt dit vaak tegen.

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. Hierna kan bloedverlies optreden. 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 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.

12. Heeft u nog vragen?

Wanneer u na het lezen van deze brochure nog vragen heeft, kunt u deze stellen aan uw gynaecoloog of overdag telefonisch contact opnemen met de polikliniek gynaecologie, tel. **010 - 258 59 20**.

Meer lezen?

Kijk voor aanbevolen websites op www.ysl.nl bij uw specialisme.

Deze folder ondersteunt de mondelinge informatie die u van arts of verpleegkundige heeft ontvangen. Heeft u nog vragen over het onderzoek of uw behandeling, eventuele gevolgen en risico's, of over andere behandelmogelijkheden, stel ze dan gerust.

GEB.018 / 160124.HM

Geboortecentrum IJsselland is een samenwerkingsverband van verloskundige praktijk Een goed begin, verloskundigen praktijk IJssel & Lek, verloskundigen praktijk Rotterdam Oost, Prinscapelle verloskundigen maatschap, Praktijk voor verloskunde & echoscopie, Kraamzorg Rotterdam en omstreken en het IJsselland Ziekenhuis

Geboortecentrum IJsselland

Geboortecentrum IJsselland
Prins Constantijnweg 2
2906 ZC Capelle aan den IJssel
010 - 258 5000