

PATIËNTEN INFORMATIE

Het inleiden van de bevalling

**MAASSTAD
ZIEKENHUIS**

een santeon ziekenhuis



Inhoud

1. Waarom wordt een bevalling ingeleid.....	4
1.1 Over tijd zijn	4
1.2 Langdurig gebroken vliezen	5
1.3 Groeivertraging van de baby.....	5
1.4 Achteruitgaan van de functie van de placenta	6
1.5 Andere redenen.....	6
2. Voorbereiding	6
3. Wanneer is een inleiding mogelijk.....	7
3.1 Als de baarmoedermond onrijp is	7
3.2 Methoden om de baarmoedermond rijp te maken	7
3.2.1 Ballonkatheter	8
3.2.2 Naar huis met ballonkatheter	8
Wanneer moet u contact opnemen?	8
Wat mag u wel en wat mag u niet doen?	9
Wat als u de ballon verliest?	9
3.2.3 Misoprostol tabletten	9
3.3 Wat gebeurt er bij het rijp maken	9
3.4 Na afloop.....	10
4. Het inleiden van de bevalling.....	10
5. Het opwekken van de weeën	10
6. Controle van het kind en de weeën.....	11
7. Hoe gaat de bevalling verder.....	11
8. Na de bevalling.....	12
9. Wie zijn er bij de bevalling.....	12

10. Risico's en complicaties.....	12
11. Kunt u zelf wat doen om de bevalling op gang te brengen en zijn er alternatieven	14
12. Woordenlijst.....	15
Tot slot.....	16

Door middel van deze brochure wil het Maasstad Ziekenhuis, u enige informatie geven. 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 folder geeft algemene informatie. Aan het einde vindt u een verklarende woordenlijst. In het ziekenhuis waar u gaat bevallen, kunt u vragen stellen over de gang van zaken. Wij adviseren u deze informatie zorgvuldig te lezen.

1. 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 is 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.

1.1 Over tijd zijn

Als u 1 week na de uiterekende datum niet bevallen bent, spreekt men van 'over tijd' zijn. U bent dan 41 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 folder *Serotiniteit*.

1.2 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 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 48 uur 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 48 uur 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.

Na de bevalling vinden er bij uw baby gedurende 12 uur controles plaats.

1.3 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.

1.4 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.

1.5 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. In sommige ziekenhuizen spreekt men soms op verzoek van de zwangere een inleiding af zonder dat hiervoor een medische reden bestaat.

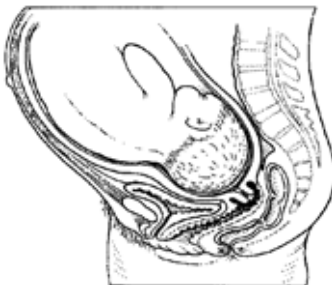
Gynaecologen verschillen soms van mening over de noodzaak van een inleiding. Twijfelt u eraan of het echt nodig is de bevalling in te leiden, bespreek dit dan met uw gynaecoloog. Mocht u er samen niet uitkomen, dan kunt u desnoods ook een andere gynaecoloog of in een ander ziekenhuis om een tweede mening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

2. Voorbereiding

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. In veel ziekenhuizen is het mogelijk om al voor de inleiding een kijkje op de verloskamers te nemen. 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. Afleiding kan dan plezierig zijn.

3. 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'. Op de tekeningen ziet u voorbeelden van een rijpe en een 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. 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.



Onrijpe baarmoedermond



Rijpe baarmoedermond

3.1 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).

3.2 Methoden om de baarmoedermond rijp te maken

Het rijpen van de baarmoedermond kan enige tijd duren. We beoordelen de rijpheid van de baarmoederhals door inwendig te voelen.

3.2.1 Ballonkatheter

De eerste twee dagen krijgt u een ballonkatheter. Deze wordt ingebracht in de baarmoedermond en de ballon wordt gevuld met vocht, waardoor de baarmoedermond wordt opgerekt. Het inbrengen van de ballonkatheter geeft soms een onaangenaam gevoel. Na het inbrengen van de katheter, kunt u in sommige gevallen naar huis. De gynaecoloog bepaalt of dit in uw geval ook zo is.

3.2.2 Naar huis met ballonkatheter

Nadat u de ballonkatheter heeft gekregen, wordt de rijpheid van de baarmoederhals in principe pas 24 uur later beoordeeld. De conditie van uw kind wordt van te voren gecontroleerd door het maken van een CTG (cardiotocogram). Omdat de conditie van u én uw kind op dit moment goed is, mag u deze tijd ook thuis doorbrengen.

Na het inbrengen van de ballonkatheter kan het zijn dat u wat vaginaal bloedverlies heeft. U hoeft daar niet van te schrikken, dit is niet erg. Ook kan het voorkomen dat er na het inbrengen harde buiken ontstaan. Dit zijn meestal nog geen weeën. Soms gaan harde buiken wel over in weeën en komt de bevalling spontaan op gang.

Wanneer moet u contact opnemen?

U kunt 24 uur per dag bellen (voor telefoonnummers zie het belkaartje) als er sprake is van:

- helderrood vaginaal bloedverlies gelijk aan een menstruatie dat aanhoudt of meer wordt;
- gebroken vliezen;
- regelmatige contracties (weeën) à 5 minuten;
- minder leven voelen;
- koorts/temperatuur ≥ 38.0 °C;
- ernstige en acute pijn;
- verlies van de ballonkatheter < 4 uur na het plaatsen;
- bij twijfel.

In overleg met de arts wordt dan besloten of u terug moet komen naar het ziekenhuis of thuis mag blijven.

Wat mag u wel en wat mag u niet doen?

U kunt met een ballonkatheter in principe alles doen wat u in de laatste weken van de zwangerschap ook deed. Omdat de ballonkatheter in de baarmoedermond zit kunt u gewoon naar de wc. U mag met de ballonkatheter in bad en onder de douche.

Wat als u de ballon verliest?

Geen paniek, het kan voorkomen dat u de ballon verliest. Dit is meestal een goed teken. Meestal wordt de baarmoedermond dan wat weker en gaat de baarmoedermond iets meer openstaan. Ook als u de ballon heeft verloren rijpt de baarmoedermond verder door.

Indien u de ballon korter dan 4 uur na het plaatsen heeft verloren dan moet u bellen. Als u de ballon heeft verloren en verder geen klachten heeft, is het niet nodig om eerder terug te komen. Wanneer u regelmatige contracties (weeën) heeft á 5 minuten dan kunt u bellen.

3.2.3 Misoprostol tabletten

Komt de bevalling door het plaatsen van een ballon niet op gang, dan krijgt u de daarop volgende twee dagen drie keer per dag twee tabletjes die u inneemt. Deze tabletjes (Misoprostol) zijn prostaglandinen die ervoor zorgen dat de baarmoedermond verweekt en dus 'rijp' wordt. Indien u deze tabletjes krijgt, wordt u opgenomen op de afdeling in het ziekenhuis.

Mocht de baarmoedermond na deze vier dagen nog steeds niet rijp zijn, dan bespreekt de arts met u of de baby door middel van een sectio (keizersnede) geboren moet worden.

3.3 Wat gebeurt er bij het rijp maken

Het inbrengen kan gebeuren door middel van een vaginaal toucher (het voelen met vingers in de vagina). De arts brengt met de vingers de gel of het prostaglandinetabletje diep in de vagina in de buurt van de baarmoedermond. Dit is meestal niet pijnlijk, hoewel het inwendig onderzoek onplezierig kan zijn.

Deze middelen kunnen ook via een spreider (speculum) ingebracht worden. Als de baarmoedermond nog erg stevig aanvoelt, brengt men de gel soms aan via een ballonkatheter in de binnenkant van de baarmoedermond. Het inbrengen van de spreider of de katheter geeft soms een onaangenaam gevoel. Men kan de gel ook met een spuitje in de vagina inbrengen; daar voelt u doorgaans weinig van.

3.4 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 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.

4. Het inleiden van de bevalling

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

5. Het opwekken van de weeën

Het op gang brengen van de weeën gebeurt vaak door middel van een infuus. Men 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. 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.

6. 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 (schedelelektrode) 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.

7. 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 prik krijgen met een sterk pijnstillend middel (pethidine). Een andere mogelijkheid is epidurale analgesie (een ruggenprik). Niet in alle ziekenhuizen is deze laatste vorm van pijnbestrijding mogelijk.

8. Na de bevalling

Na de geboorte kijkt de arts of verloskundige uw kind na. Als daar een reden voor is, doet de kinderarts dit. 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 een 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 de kinderafdeling soms langer. 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.

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

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 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 infuuspomp 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 (schedelelektrode). 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.

11. Kunt u zelf wat doen om de bevalling op gang te brengen en 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 sommige 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.

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.

12. Woordenlijst*Ballonkatheter*

Dun slangetje dat men gebruikt bij het rijp maken 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.

Gel

Prostaglandinen die in gelvorm 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.

Misoprostol

Prostaglandine in tabletvorm

Oxytocine

Medicijn dat de weeën op gang brengt; andere naam is Syntocinon.

Pethidine

Sterk pijnstillend middel.

Placenta

Moederkoek.

Portio

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 1 week na de uitgerekende 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.

Tot slot

Deze brochure is samengesteld door de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Indien u na het lezen van deze informatie nog vragen heeft stel deze dan gerust aan uw behandelend gynaecoloog.

© NVOG



De informatie in deze folder is belangrijk voor u. Als u moeite heeft met de Nederlandse taal, zorg dan dat u deze folder samen met iemand leest die de informatie voor u vertaalt of uitlegt.

The information in this brochure is important for you. If you have any difficulties understanding Dutch, please read this brochure together with somebody who can translate or explain the information to you.

Bu broşürdeki bilgi sizin için önemlidir. Hollandaca dilde zorlanıyorsanız, bu broşürü size tercüme edecek ya da açıklayacak biriyle birlikte okuyun.

Informacje zawarte w tym folderze są ważne dla Państwa. Jeśli język niderlandzki sprawia Państwu trudność, postarajcie się przeczytać informacje zawarte w tym folderze z kimś, kto może Państwu je przetłumaczyć lub objaśnić.

المعلومات المتواجدة في هذا المنشور مهمة بالنسبة لكم. إذا كنتم تواجهون صعوبة في اللغة الهولندية،
إحرصوا حينئذ على أن تقرأوا هذا المنشور بحضور شخص ما، الذي يترجم لك المعلومات الواردة فيه
أو بشرحها لكم.

Maasstad Ziekenhuis
Maasstadweg 21
3079 DZ Rotterdam

T: (010) 291 19 11

I: www.maasstadziekenhuis.nl / www.maasnik.nl (kinderwebsite)

I: www.maasstadziekenhuis.nl/mijn (patiëntenportaal)

