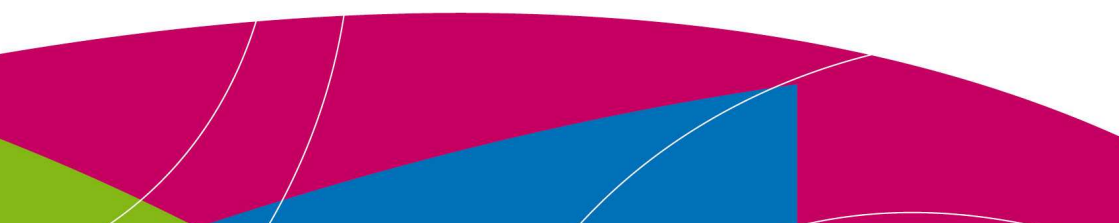


Het inleiden van de bevalling

Poli Gynaecologie



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 u gaat bevallen, kunt u 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 u zelf 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 u 1 week na de uiterekende datum niet bevallen bent, wordt er gesproken van 'over tijd' zijn. De medische term hiervoor is serotiniteit. De zwangerschapsduur bedraagt dan 41 weken. In deze gevallen 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 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 een bevalling in het ziekenhuis geadviseerd, omdat iets meer infectiegevaar bestaat. Bij langdurig gebroken vliezen is het verstandig de temperatuur op te nemen. Bij koorts (meer dan 38°C) moet u contact opnemen met de verloskundige of gynaecoloog. Een inleiding

wordt meestal geadviseerd tussen 24 en 48 uur 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 kan weinig vruchtwater duiden op een minder goede conditie van de baby. 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. Als 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 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. In sommige ziekenhuizen wordt soms op verzoek van de zwangere een inleiding afgesproken zonder dat hiervoor een medische reden bestaat.

Vorbereiding

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 neemt u de dag van de inleiding dezelfde spullen mee 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.

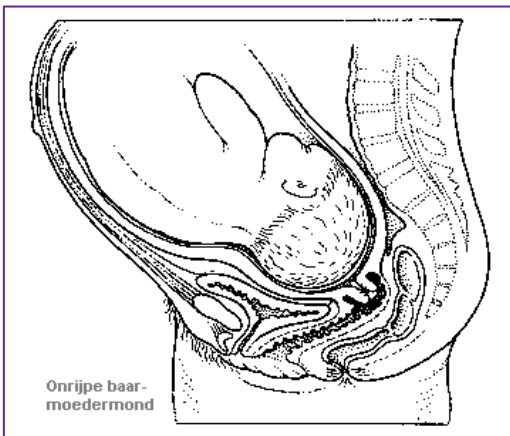
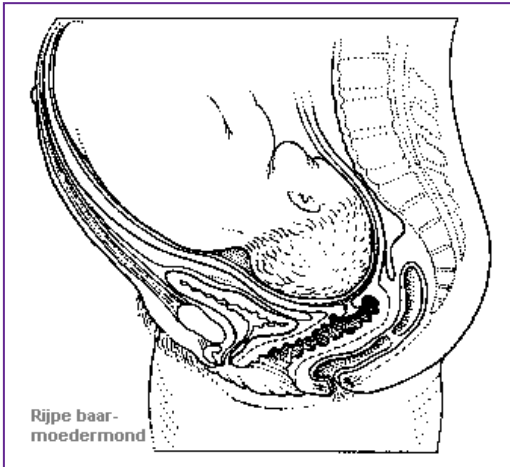
Wanneer is een inleiding mogelijk?

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 ziet u 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.

Als de baarmoedermond onrijp is

Wanneer de baarmoedermond onrijp is en er toch een 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

De meest toegepaste methode is het inbrengen van prostaglandinen in de schede of de baarmoedermond. Prostaglandinen zijn hormonen die de rijpheid van de baarmoedermond bevorderen; ze spelen ook een rol bij het op gang komen van de bevalling. Prostaglandinen zijn er in tabletvorm en in gel-vorm .

Een andere methode is het oprekken van de baarmoedermond met een ballon katheter. U krijgt hierover uitleg als het bij u van toepassing is.

Wat gebeurt er?

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

Na afloop

Na afloop kunt u wat bloedverlies hebben, maar daar hoeft u 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.

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

Amniotomie

Als besloten wordt tot inleiding, dan staat de baarmoedermond al voldoende open zodat begonnen kan worden met het breken van de vliezen, de zgn. amniotomie. Dit gebeurt via een inwendig onderzoek. U kunt dan warm vruchtwater via de schede naar buiten voelen stromen. Tegelijkertijd kan een hoofdelektrode aangebracht worden (zie "Controle van de baby en de weeën").

Soms is het breken van de vliezen voldoende om weeën te krijgen maar meestal moeten deze opgewekt worden met medicijnen via een infuus.

Het opwekken van de weeën

Het op gang brengen van de weeën gebeurt zo nodig door middel van medicijnen via een infuus. Er wordt een naaldje 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. (Een andere methode van opwekken van weeën is het inbrengen van prostaglandinetabletjes of gel in de schede. Dit gebeurt op dezelfde wijze als eerder beschreven bij het rijpen van de baarmoedermond. Dan worden de vliezen niet gebroken).

Controle van de baby en de weeën

De conditie van uw baby wordt gecontroleerd met een CTG. Dit kan uitwendig, via de buik, gebeuren. Meestal zal een draadje (schedel-elektrode) op het hoofd van de baby vastgemaakt worden om de harttonen te registreren. Dit gebeurt via een inwendig onderzoek. De weeën worden 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 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.

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) of Remyfentanyl (pijnstilling via een infuus).

Na de bevalling

Na de geboorte wordt de baby nagekeken door de gynaecoloog of assistent en, als daar reden voor is, door de kinderarts. Ongeveer een uur nadat de moederkoek is geboren wordt het infuus verwijderd. Meestal kunt u binnen 24 uur weer naar huis. Vaak 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 1 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. Meestal mag u zelf in die gevallen 7-10 dagen in het ziekenhuis blijven. Het is verstandig om zelf bij uw ziekenfonds of verzekering te informeren welke periode in uw geval vergoed wordt, om te voorkomen dat u een rekening krijgt die u gedeeltelijk zelf moet betalen.

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.

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. In sommige ziekenhuizen kunnen er naast verpleegkundigen eventueel ook leerling-verpleegkundigen of co-assistenten (medische studenten) aanwezig zijn. De bevalling kan door de gynaecoloog begeleid worden of door een verloskundige of arts onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog. Zij werken dan in nauw overleg met de gynaecoloog. U 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 worden gedaan.

Hyperstimulatie

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

Sneuelen van het infuus

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

Sneuvelen van de elektrode

Ook dit is geen echte complicatie. De elektrode die op het hoofdje of de bil van de baby is vastgemaakt, kan soms losraken. De harttonen worden dan plotseling niet meer geregistreerd. Er is dan niets mis met de baby.

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 de baby

Zoals beschreven, wordt bij een inleiding een draadje in de hoofdhuid van de baby vastgemaakt om de harttonen te registreren (schedel-elektrode). 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 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.

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. Wonderolie wordt door sommigen aanbevolen, maar het nut is nooit bewezen. Wel kunnen er vervelende darmkrampen door ontstaan.

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 kan bloedverlies optreden. 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 kan 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 u na het lezen van deze folder nog vragen heeft, aarzel dan niet die met uw gynaecoloog te bespreken.

Woordenlijst

Ballonkatheter: dun slangetje dat soms gebruikt wordt bij het rijp maken van de baarmoedermond;

CTG cardiocogram: registratiemethode voor de harttonen van de baby en de weeënactiviteit.

Eendenbek: instrument waarmee via de schede naar de baarmoedermond gekeken wordt (ook wel speculum genoemd)

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 voor inleiding.

Prostaglandine: hormoon dat de baarmoedermond rijp maakt of de bevaling op gang brengt.

Remifentanyl: een vorm van pijnstilling tijdens de ontsluiting, die via een infuus wordt gegeven.

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 1 week na de uitgerekenende 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 baarmoedermond te beoordelen.

Heeft u vragen?

Heeft u nog vragen of opmerkingen, neem dan contact op met:

Poli Gynaecologie, telefoon 0495 - 57 23 70

Of VMK centrum, telefoon 0495 - 57 21 23.

De inhoud van deze voorlichtingsfolder is gebaseerd op de tekst van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG).

Deze folder is zeer volledig en uitgebreid en bevat een beschrijving van alle mogelijke technieken en procedures met hun voor- en nadelen.

Uit de vele mogelijkheden is in het SJG Weert een keuze gemaakt.

Uw gynaecoloog zal samen met u bespreken welke procedure of techniek voor u de beste optie is.

Zijn er na het lezen vragen of twijfels, dan kunt u deze het beste bespreken met uw gynaecoloog.

R335.17 2011-08

1013457