

Inleiden van de bevalling

Verloskunde & Gynaecologie

Inleiding

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 eindverantwoordelijkheid van een gynaecoloog. De begeleiding bij uw bevalling wordt gegeven door een klinisch verloskundige of arts assistent gynaecoloog. Deze folder geeft algemene informatie over inleiden van de bevalling in ons ziekenhuis. Aan het eind vindt u een verklarende woordenlijst.

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 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, verslechtering van het functioneren van de placenta, hoge bloeddruk tijdens de zwangerschap en afwijkende bloedwaarden.

Over tijd zijn

Bent u twee weken na de uiterekende datum niet bevallen bent, dan spreekt men van serotiniteit, het 'over tijd' zijn. U bent dan 42 weken zwanger. In MST overwegen we een inleiding na een zwangerschapsduur van 41 weken. Zie voor meer informatie de folder [zwangerschap na 41 weken = serotiniteit](#)

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. Een verloskundige of gynaecoloog moet vast stellen of de vliezen daadwerkelijk gebroken zijn. Als uw vliezen langer dan 24 uur gebroken zijn, moet u in verband met infectiegevaar voor controle naar de Observatorium komen. Hier wordt uw temperatuur gemeten, een CTG gemaakt en eventueel bloed geprikt. Ook wordt er een anus/perineumkweek bij u afgenomen om mogelijke bacteriën, die infecties kunnen veroorzaken, op te sporen. Deze controles kunnen de volgende dag herhaald worden, het is niet nodig om de anus/perineumkweek te herhalen. Blijft alles goed gaan en bent u na 48 uur nog niet bevallen, dan wordt u ingeleid. Als de vliezen vóór de 37 weken 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. Ook kunnen afwijkende bloedwaarden of specifieke klachten gevaarlijk zijn voor de moeder, waardoor een inleiding noodzakelijk is. Meer informatie vindt u in de folder [hoge bloeddruk in de zwangerschap](#)

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.

Vorbereiding

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 ons ziekenhuis 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. Daarnaast dient u slippers, pantoffels of anti-slipsokken mee te nemen om het risico op vallen te beperken.

Ook is het verstandig wat ter ontspanning en tijdverdrijf mee te nemen. De eerste uren, soms dagen, zijn er soms nog niet zoveel weeën. Afleiding kan dan plezierig zijn.

Wij adviseren u om haarspelden en sieraden als ringen, oorbellen en piercings alvast thuis af of uit te doen en deze thuis te laten. Verwijder nagellak en gebruik geen make-up. Mocht u om welke reden dan ook naar de operatiekamer en / of uitslaapkamer moeten, dan is dit hier niet toegestaan.

Tijdens het inleiden van de bevalling bestaat de kans dat u een keizersnede moet ondergaan.

Daarom vragen wij u om zeven dagen voor de geplande inleiding niet de schaamstreek te ontharen om een infectie te voorkomen als gevolg van het ontstaan van wondjes.

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'.

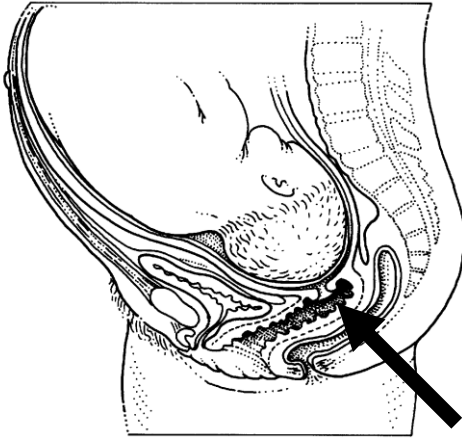
Op de tekeningen ziet u voorbeelden van een rijpe en een onrijpe baarmoedermond. Een onrijpe baarmoedermond is nog lang en voelt stevig aan. Dit noemt men een staande portio (portio is het medische woord voor baarmoedermond). Meestal is er nog geen ontsluiting.

Een rijpe baarmoedermond is over het algemeen korter. Men spreekt dan over een verstreken portio.

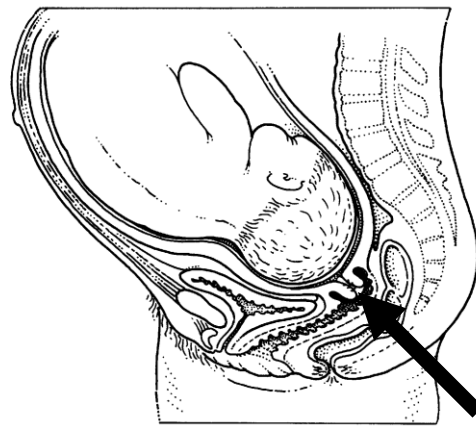
Deze voelt ook weker aan, en vaak is er al wat ontsluiting.

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).



Baarmoedermond
Rijpe Baarmoedermond



Baarmoedermond
Onrijpe baarmoedermond

Methoden om de baarmoedermond rijp te maken

De meest gebruikte methode om de baarmoedermond rijp te maken is een ballonkatheter (Foley katheter) die in de baarmoedermond wordt ingebracht met een speculum en wordt gevuld met enkele centiliters water.

De werking van de ballonkatheter is tweeledig. Enerzijds zorgt de ballon voor het vrijkomen van natuurlijke stoffen die de rijping van de baarmoedermond versnellen, anderzijds geeft de ballon druk, waardoor er ontsluiting kan volgen. Indien er geen medische noodzaak is kan een gynaecoloog, arts assistent of klinisch verloskundige besluiten dat u met de foleycatheter naar huis mag om daar de werking af te wachten. U komt dan de dag erop naar de verloskamer om te beoordelen of u verder inleidbaar bent en de vliezen gebroken kunnen worden. Indien de bevalling eerder op gang komt, komt u uiteraard eerder naar het ziekenhuis.

Een andere vaak gebruikte methode is het inbrengen van prostaglandinen in de vagina (schede) of bij 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, in gelei-vorm (gel) en in de vorm van een kleine tampon (een 'veter'). In het MST gebruiken we de 'veter'.

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

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.

Prostaglandinen en een ballon maken niet alleen de baarmoedermond rijp, maar ze kunnen ook weeën veroorzaken. Vaak ontstaan er na 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 op gang.

De kans bestaat dat de ballon of veter bij een erg onrijpe baarmoedermond nog niet tot voldoende ontsluiting heeft gezorgd. Als dit het geval is, kunnen de vliezen niet gebroken worden en de bevalling niet op gang worden gebracht. De veter of ballonkatheter wordt dan opnieuw geplaatst waarna er in principe tot de volgende dag wordt afgewacht, tenzij de weeën alsnog spontaan beginnen.

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 vaak door middel van het kunstmatig breken van de vliezen door de gynaecoloog, assistent gynaecoloog of verloskundige van ons ziekenhuis (als deze nog niet gebroken waren).

Daarna krijgt u 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.

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.

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. Als u een infuus met oxytocine heeft, blijft u aan het CTG.

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 in 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 sneller dan die van een eerste.

Bij een inleiding met een ballon of prostaglandines 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 pijnbestrijding via een infuus (remifentanyl) krijgen. Een andere mogelijkheid is epidurale analgesie (een rugprik). Zie voor meer informatie de folder [pijnbestrijding tijdens de bevalling](#)

Na de bevalling

Na de geboorte kijkt de arts of verloskundige uw kind na. Als daar een reden voor is, doet de kinderarts dit. Ongeveer een uur na de geboorte van de moederkoek verwijdert de verpleegkundige het infuus.

Het ontslag uit ons ziekenhuis is afhankelijk van uw welzijn en / of die van uw baby.

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 Medisch Spectrum Twente gebeurt dit door een verloskundige of arts die onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog werken en die daarmee nauw overleggen. In ons ziekenhuis zijn er naast verpleegkundigen ook leerling- verpleegkundigen of co-assistenten (medische studenten) aanwezig. U kunt 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 soms 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 weeën remmend medicijn noodzakelijk. Daardoor keren de weeën weer met normale pauzes terug;

- het infuus zit niet goed. 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.

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?

Een veel gestelde vraag is of u zelf wat kunt doen om de bevalling op gang te brengen.

Helaas valt dit vaak tegen.

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.

Aanvullende informatie

Meer informatie vindt u bijvoorbeeld:

- op de website van ons ziekenhuis: www.mst.nl
- de Gynaecologie, route H03;
- in ons Patiënten Service Centrum, route C02;
- op www.nvog.nl, rubriek voorlichting, verloskunde.
- [Folder bevallen in het ziekenhuis](#).
- Verloskamers route H11; telefoon (053) 4872343
- Moeder Kind Afdeling route H21; (053) 4872362

Tenslotte

U heeft recht op juiste en volledige informatie. Pas als u voldoende inzicht heeft, kunt u weloverwogen toestemming geven voor een bepaalde behandeling of een bepaald onderzoek. Als iets u niet geheel duidelijk is, vraagt u de gynaecoloog, arts-assistent, verloskundige of verpleegkundige dan om nadere uitleg.

Woordenlijst

CTG = cardiocotogram; registratie van de hartslag van het kind om de conditie van de baby in de gaten te houden.

Hiermee kunnen de weeën ook geregistreerd worden

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)

inleiden = het op gang brengen van de bevalling

oxytocine = medicijn dat de weeën op gang brengt; andere namen zijn Piton en Syntocinon

placenta = moederkoek

remifentanyl = pijnstiller via het infuus

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

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 uiterekende 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

Bronvermelding

Het copyright en de verantwoordelijkheid voor deze folder berusten bij de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Deze folder geldt als een aanvulling op het persoonlijk gesprek met uw gynaecoloog of andere hulpverlener van Medisch Spectrum Twente. Deze informatie is van toepassing op alle ziekenhuizen in Nederland. Daar waar de gang van zaken verschilt met die in Medisch Spectrum Twente, is dit aangepast in de tekst van deze folder. Er is veel aandacht besteed aan de inhoud van deze folder. Dit betekent dat de meerderheid van de Nederlandse gynaecologen het eens is met de inhoud. De NVOG is niet juridisch aansprakelijk voor eventuele tekortkomingen van deze folder.