

Inleiden van de bevalling en rijping van de baarmoedermond

De behandeling

Bij een inleiding wordt, wanneer dit nodig is de baarmoedermond rijp gemaakt en de bevalling op gang gebracht. Een inleiding vindt altijd plaats in het ziekenhuis onder begeleiding van een klinisch verloskundige en verantwoordelijkheid van een gynaecoloog.

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 waarop 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:

- Serotiniteit (je gaat voorbij de uitgerekende datum)
- Langer dan 24 uur gebroken vliezen
- Groeivertraging bij de baby
- Verminderde placentafunctie

Serotiniteit

Als u twee weken na de uitgerekende datum niet bevallen bent, wordt er gesproken over serotiniteit. De zwangerschapsduur bedraagt dan 42 weken. In de 42ste week van de zwangerschap worden extra controles afgesproken in het ziekenhuis om de hoeveelheid vruchtwater, de conditie van de baby en de conditie van de placenta te beoordelen. Dit wordt gedaan door middel van echoscopie en CTG-registratie (cardiotocogram). Als een van deze onderzoeken afwijkend blijkt, wordt het advies gegeven om 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 er iets meer infectiegevaar bestaat. Meer informatie vindt u in de folder 'Langdurig gebroken vliezen'.

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 (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 de conditie van de baby 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). Door aandoeningen tijdens de zwangerschap (bijvoorbeeld een hoge bloeddruk of suikerziekte), kan de placenta minder goed gaan functioneren. Dit kan problemen opleveren voor de baby. Wanneer dit het geval is, kan het advies volgen om de baring in te gaan leiden.

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 de praktijk blijken er verschillen te bestaan tussen opvattingen van gynaecologen over de noodzaak een inleiding te adviseren. Indien u twijfelt 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 in het ziekenhuis of in een ander ziekenhuis om een tweede mening vragen.

Voor de behandeling

Wanneer is een inleiding mogelijk

Een inleiding kan pas plaatsvinden als de baarmoedermond al een beetje open en verweekt (zacht) is. Verloskundigen en gynaecologen gebruiken hiervoor de term 'rijpheid'. Om de rijpheid van de baarmoedermond te beoordelen wordt er een inwendig onderzoek gedaan door de gynaecoloog of verloskundige.

We spreken van een onrijpe baarmoedermond wanneer deze nog lang en stug is. Dit noemen we een staande portio. (portio is het medische woordt voor baarmoedermond)

Bij een onrijpe baarmoedermond is er weinig tot geen ontsluiting.

Wanneer de baarmoedermond rijp is, is deze kort en zacht. Er is dan ook sprake van ontsluiting.

Als de baarmoeder 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' (= voorbereiden) gesproken.

Methoden om de baarmoedermond rijp te maken

Ballonkatheter

De meest gebruikte methode is het inbrengen van een Ballonkatheter (een dun slangetje) in de baarmoedermond. Deze wordt geplaatst tussen het hoofd van de baby en de baarmoedermond. Na het inbrengen wordt aan de top van een katheter een ballonnetje met water gevuld, ter grootte van een stuiterbal. Door de druk van het ballonnetje wordt de baarmoedermond opgerekt en er komen natuurlijke hormonen vrij (prostaglandines) die de rijping van de baarmoedermond bevorderen.

Prostaglandines

Wanneer het plaatsen van de ballonkatheter geen gewenst effect heeft, kan er ook gekozen worden voor een andere methode om de baarmoedermond rijp te maken. Te weten het vaginaal inbrengen van medicinale prostaglandines (misoprostol). Prostaglandines zijn hormonen die een rol spelen bij de rijping van de baarmoedermond en bij het op gang komen van de bevalling. Door het inbrengen van misoprostol, zullen er samentrekkingen van de baarmoeder ontstaan die ervoor zorgen dat de baarmoedermond op die manier rijper wordt.

Tijdens de behandeling

Plaatsen van de ballonkatheter

Er wordt een afspraak met u gemaakt wanneer u zich kunt melden op Afdeling Verloskunde (5-West). U hoort dan ook of u die nacht in het ziekenhuis blijft of naar huis mag na het plaatsen van de ballonkatheter Dit heeft te maken met uw medische indicatie.

U wordt naar de verloskamer gebracht en eerst wordt er gedurende een half uur een CTG gemaakt, een controle van de conditie van de baby. Hierna verricht de verloskundige een inwendig onderzoek om de rijpheid van de baarmoedermond te beoordelen (als dat nog niet kort tevoren is gedaan). De baarmoedermond ligt, wanneer de bevalling nog niet begonnen is, vaak naar achter waardoor het inwendig onderzoek gevoelig kan zijn.

De verloskundige brengt, afhankelijk van haar bevindingen tijdens het inwendig onderzoek, een speculum (eendenbek) in om uw baarmoedermond goed zichtbaar te maken. Soms is dat niet nodig en wordt de ballon tijdens het inwendig onderzoek ingebracht. Het opschuiven van de ballonkatheter is niet pijnlijk.

Het vullen van de ballon kan een beetje gevoelig zijn. U kunt een drukkend gevoel onder in uw buik/rug ervaren. Na het inbrengen van de katheter controleren we de conditie van uw kindje weer door middel van een half uur CTG.

Indien er geen bijzonderheden zijn, wordt u afhankelijk van uw medische indicatie door een

verpleegkundige opgenomen en naar een patiëntenkamer gebracht of mag u weer naar huis.

U kunt gewoon rondlopen, douchen en naar het toilet. Soms krijgt u in de loop van de nacht krampen en kan de bevalling op gang komen. Een andere mogelijkheid is dat u de katheter in de loop van de nacht verliest, bijvoorbeeld als u het toilet bezoekt. Dit zegt niets over de eventuele inleidbaarheid. Indien u opgenomen was voor de nacht wordt u 's ochtends om 6:30 uur gewekt door de verpleegkundige. U kunt dan douchen en hierna wordt u verplaatst naar de verloskamer. Indien u thuis hebt geslapen, mag u zich om 7:00 uur melden op afdeling 5-West.

Meest voorkomende indicaties voor opname na ballonplaatsing:

- Zwangerschapsvergiftiging
- Groeivertraging bij de baby
- Verwachte verminderde conditie van de baby
- Verminderd/afwezig vruchtwater
- Diabetes met insuline
- Onstabiele hoge bloeddruk

Meest voorkomende indicaties voor overnachting thuis na ballonplaatsing:

- Serotiniteit
- Minder leven (met goed CTG en voldoende vruchtwater)
- Verwacht groot kind
- Zwangerschapsdiabetes
- Hoge bloeddruk stabiel zonder medicatie

Er wordt een half uur CTG gemaakt en tussen 7:00 en 8:00 uur komt de verloskundige om te beoordelen of u inleidbaar bent door middel van een inwendig onderzoek.

Wanneer het plaatsen van de ballon weinig of geen effect heeft gehad kan het zijn dat u die dag opnieuw voor ballonplaatsing komt of er kan gekozen worden voor het rijpen van de baarmoedermond d.m.v. prostaglandines.

Rijpen van de baarmoedermond d.m.v. prostaglandines

Wanneer het plaatsen van de ballon niet het gewenste effect heeft gehad, kan er worden gekozen voor rijping d.m.v. prostaglandines. Deze (misoprostol) capsules worden via een inwendig onderzoek ingebracht in de baarmoedermond. Dit gebeurt in meerdere giften met een interval van 4 uur tot er sprake is van regelmatige contracties en/of een rijpe baarmoedermond. Eerst wordt er een half uur een CTG gemaakt, dan worden de capsules in de baarmoedermond geplaatst. Gevolgd door wederom een half uur CTG. Indien er geen bijzonderheden zijn, wordt u naar de afdeling gebracht en weer gehaald wanneer het tijd is voor de volgende gift.

Inleiden van de behandeling

Wanneer er sprake is van voldoende ontsluiting (+/- 3 centimeter) kan de bevalling worden ingeleid.

Het opwekken van de weeën

Bij een inleiding wordt begonnen met het breken van de vliezen. Dit wordt door de verloskundigen d.m.v. een inwendig onderzoek gedaan. Hierna krijgt u een infuus. Er wordt een naaldje in een bloedvat van uw hand of onderarm ingebracht; daarop wordt een dun slangetje aangesloten. Via een pomp wordt een weeënopwekkend middel toegediend (oxytocine) om de weeën op gang te brengen. De dosering gaat stapsgewijs omhoog zodat de weeën geleidelijk op gang komen.

Controle van de baby en de weeën

Tijdens de inleiding wordt de conditie van uw baby constant gecontroleerd met een CTG. Dit kan uitwendig, via de buik, gebeuren. Indien de registratie uitwendig niet optimaal is wordt er een draadje (schedelelektrode) op het hoofd van de baby geplaatst om de harttonen goed te kunnen registreren. Het plaatsen van dit draadje gaat via een inwendig onderzoek. Wanneer de registratie van de weeënactiviteit niet optimaal is, kan er een dun slangetje (drukkatheter) in de baarmoeder ingebracht worden om de sterkte van de weeën te meten, ook dit gaat via een inwendig onderzoek.

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. Wanneer u in de actieve ontsluitingsfase bent, wordt de ontsluiting iedere 2 uur beoordeeld. 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. U kunt gebruik maken van een draadloos CTG-apparaat indien u in de douche of in bad wilt. De uitdrijving (het persen) en de geboorte van de baby en de moederkoek(placenta) gaan niet anders dan bij een 'normale' bevalling. Over het algemeen wordt de baby binnen 24 uur geboren

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, student-verloskundigen en/of artsen in opleiding (co-assistenten) aanwezig zijn. De bevalling wordt, wanneer er geen bijzonderheden zijn, begeleid door de klinisch verloskundige. Zij werkt onder de verantwoordelijkheid van de gynaecoloog. Wanneer er extra interventies nodig zijn, wordt de gynaecoloog ingeroepen.

Na de behandeling

Na de geboorte wordt de baby nagekeken door de kinderarts of verloskundige. Ongeveer een uur nadat de placenta is geboren, wordt het infuus verwijderd. Meestal kunt u binnen 24 uur weer naar huis. In sommige gevallen wordt geadviseerd om langer te blijven. Dit is afhankelijk van uw medische indicatie en die van de baby.

De periode van vergoeding van de opname in het Beatrixziekenhuis is maximaal zeven dagen, bij

medische indicatie is er geen limiet. Het is echter verstandig om zelf bij uw ziektekostenverzekeraar te informeren welke periode in uw geval vergoed wordt, om te voorkomen dat u een rekening krijgt die u gedeeltelijk zelf moet betalen.

Mogelijke complicaties/risico's

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 langdurige bevalling. Er is kans dat er geen volledige ontsluiting wordt bereikt en dat een keizersnede noodzakelijk is.
- Verhoogde kans op de noodzaak tot pijnstilling. Wanneer een bevalling vanzelf op gang komt, is het samenspel van hormonen rondom de bevalling in balans waardoor er ook een natuurlijke pijnstillers vrij komt. Dit samenspel kan door het inleiden van de bevalling uit balans raken. Dit i.c.m. weeënactiviteit die zich bij de inleiding vaak wat sneller opbouwt kan ervoor zorgen dat er pijnstilling nodig is.
- '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.
- 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.

De meeste inleidingen verlopen zonder complicaties. Wel is het noodzakelijk dat een inleiding onder goede controle en begeleiding plaatsvindt.

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. Een mogelijkheid om de bevalling zonder inleiding op gang te brengen is 'strippen'. De verloskundige of gynaecoloog maakt dan met de vingers tijdens het toucheren 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.

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.

Contact

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

Telefoonnummers

Polikliniek Gynaecologie: 0183-644217

Afdeling Verloskunde: 0183- 644736

Dienstdoende Verloskundige: 0183-644765

Voor meer informatie: www.nvog.nl of www.nhg.artsennet.nl

Het copyright en de verantwoordelijkheid voor deze informatie berusten bij de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) in Utrecht.