

Vroegtijdige weeën en dreigende vroeggeboorte

1. Inleiding

Deze folder geeft informatie over de oorzaak, gevolgen en behandeling van vroegtijdige weeën. Een zwangerschap duurt gemiddeld 40 weken, maar een periode van 37 tot 42 weken wordt als een normale duur van de zwangerschap beschouwd. Vroegtijdige weeën zijn weeën die optreden vóór 37 weken. Ze kunnen leiden tot een bevalling op een te vroeg tijdstip, dat wil zeggen voordat de zwangerschapsduur 37 weken is. Dit wordt ook wel een preterm bevalling genoemd. Het kind dat geboren wordt is nog onrijp en heeft extra medische verzorging nodig. Een te vroeg geboren kind wordt een premature baby genoemd. De behandeling van vroegtijdige weeën is erop gericht om het tijdstip van de bevalling uit te stellen zodat er tijd is om de baby voor te bereiden op een mogelijke vroege geboorte. Misschien hebt u na het lezen van deze folder nog vragen. Uw gynaecoloog kan u aanvullende informatie geven.

2. Vroegtijdige weeën

Weeën zijn pijnlijke samentrekkingen van de baarmoeder die leiden tot ontsluiting van de baarmoedermond en uiteindelijk tot de bevalling. Wanneer ze meer dan drie weken voor de uiterekende datum optreden, spreken we van vroegtijdige weeën. Het kan dan gaan om een dreigende vroeggeboorte. Op zich verschillen vroegtijdige weeën niet van weeën rond de uiterekende datum. Vaak zijn echte weeën pijnlijk en regelmatig. Ook kan verlies van wat bloed, slijm en/of vruchtwater optreden. 'Harde buiken' zijn geen weeën, maar normale samentrekkingen van de baarmoeder. Ze treden meestal niet regelmatig op, maar meer verspreid over de dag. Ze zijn meestal meer ongemakkelijk dan pijnlijk en veroorzaken geen ontsluiting.

3. Vroegtijdig gebroken vliezen

Soms begint een voortijdige bevalling met het breken van de vliezen. Vochtverlies kan wijzen op gebroken vliezen. Meestal wordt aflopend vocht opgevangen om vast te stellen of het om vruchtwater gaat en niet om urine of vaginale afscheiding. Als de vliezen te vroeg breken kan de bevalling op gang komen. Er is een kans op infecties die zich via de schede naar de baarmoeder en het kind kunnen uitbreiden. Zowel de moeder als het kind kunnen daar ziek van worden. Daarom worden de temperatuur van de moeder en de hartslag van het kind goed in de gaten gehouden. Antibiotica worden soms gegeven om een infectie te voorkomen of te behandelen. Deze medicijnen, die aan de moeder gegeven worden, komen via de placenta ook bij het kind terecht.

4. Risicofactoren voor een vroegtijdige bevalling

In Nederland wordt 7-8% van alle baby's te vroeg geboren. Vaak is de oorzaak van vroegtijdige weeën en vroeggeboorte onbekend. Uw voorgeschiedenis speelt een rol bij de kans op vroeggeboorte. Zo is er na een te vroege bevalling bij een vorige zwangerschap meer kans om ook in een volgende zwangerschap te vroeg te bevallen. Bij dochters van vrouwen die vroeger het DES-hormoon gebruikt hebben, kan de baarmoedermond ook wat verkort zijn. In deze gevallen is de kans op een voortijdige bevalling wat groter. Andere oorzaken kunnen te maken hebben met omstandigheden of problemen in uw huidige zwangerschap, zoals een meerlingzwangerschap, een te grote hoeveelheid vruchtwater (polyhydramnion), een ontsteking, bloedverlies in de

zwangerschap, te vroeg breken van de vliezen, slapte van de baarmoedermond (cervixinsufficiëntie) en ziekte van de aanstaande moeder.

5. Onderzoek

Bij vroegtijdige weeën doet de klinisch verloskundige of arts-assistent onderzoek om te beoordelen of er werkelijk sprake is van een dreigende vroeggeboorte. Om dit te kunnen beoordelen zijn de meest voorkomende onderzoeken:

- Controle van bloeddruk en temperatuur.
- CTG.
Dit is een afkorting van cardiotocogram, een registratie van de hartslag van de baby en de weeënactiviteit. Het geeft een goed beeld van de weeën en de reactie van de baby daarop.
- Onderzoek van urine en/of bloed.
Dit kan aanvullende informatie geven over uw conditie en een eventuele oorzaak van de vroege weeën, zoals een blaasontsteking.
- Echo.
De echo wordt uitwendig en/of inwendig gedaan. Er wordt gekeken naar hoe de ligging en de grootte van het kindje is, naar de hoeveelheid vruchtwater en de lengte van de baarmoedermond.
- Inwendig onderzoek (vaginaal toucher).
- Onderzoek met een steriel speculum (eendebek).
- Afnemen van een fibronectine test.
Hierbij wordt er met behulp van een wattenstaafje een beetje slijm van de baarmoedermond afgehaald. Na bepaling door het laboratorium kan er een voorspelling worden gedaan of er sprake is van een vroegtijdige geboorte of niet.
- Opsporen van eventuele infecties door middel van een kweek van de baarmoedermond, de ingang van de vagina en/of de anus.
Met een wattenstaafje wordt er een kweek afgenomen om eventuele infecties die een vroegtijdige bevalling kunnen veroorzaken op te sporen.

6. Behandeling van een dreigende vroeggeboorte

De behandeling is afhankelijk van de duur van de zwangerschap, de conditie van moeder en kind en natuurlijk van de mate van ontsluiting. Weeënremming vóór 24 zwangerschapsweken is niet zinvol. Na 34 weken wordt niet meer geprobeerd om de bevalling te remmen met medicijnen, omdat dit dan meer nadelen heeft dan voordelen. In het algemeen geven bedrust en behandeling van een eventuele (blaas-) ontsteking in een groot aantal gevallen vermindering van weeënactiviteit. Medicijnen om de weeën te remmen (weeënremmers) kunnen worden gegeven vóór 34 weken om de samentrekkingen van de baarmoeder te bestrijden en zo tijd te winnen om de baby voor te bereiden. Vóór 34 weken zwangerschapsduur worden bij weeënremming vrijwel altijd ook corticosteroiden aan de moeder gegeven, om de rijping van de longen en andere organen van de baby te bevorderen. Soms worden bij een dreigende vroeggeboorte antibiotica en nog andere medicijnen als voorzorgsmaatregel gegeven. Het remmen van de weeën en dus de bevalling, lukt niet altijd. In bepaalde situaties – zoals zeer ernstige hoge bloeddruk, ernstige groeivertraging van de baby, of infecties in de baarmoeder – wordt al voor de 33-34e zwangerschapswEEK afgezien van weeënremming en wordt de geboorte van de baby niet tegengehouden.

Het is gebruikelijk de geboorte van baby's die nog geen 32 zwangerschapsweken oud zijn, in een centrumziekenhuis (zoals het UMCG of de Isala Kliniek in Zwolle) te laten plaatsvinden. Zij beschikken over een neonatale intensive-care-afdeling (NICU), waar intensievere zorg, zoals mogelijkheid tot beademing, aanwezig is. Als de weeënactiviteit niet afgeremd kan worden bij een kortere zwangerschapsduur, is overplaatsing naar zo'n centrum meestal het beste.

7. Corticosteroiden

Corticosteroiden zijn bijnierschors hormonen. Deze hormonen worden in het lichaam gemaakt onder invloed van stress, maar zij kunnen ook via een injectie aan de moeder worden toegediend. Bij baby's die te vroeg geboren worden, functioneren de longen en andere organen nog niet helemaal. Om deze sneller te laten rijpen worden voor de geboorte corticosteroiden aan de moeder gegeven. Deze middelen komen via de placenta bij het kind. De longen en andere orgaansystemen van de baby rijpen dan versneld. Baby's die voor 33-34 weken geboren worden nadat de moeder corticosteroiden heeft gekregen, hebben een betere prognose (vooruitzicht op een goede afloop). Het effect van corticosteroiden is al meetbaar na 12 uur, maar optimaal na 24-48 uur. Hun werking duurt zeker een week. De bijwerkingen voor de moeder zijn gering. Het kind kan de eerste tijd wat minder beweeglijk zijn en op het CTG kan de hartslag een wat rustiger beeld vertonen, maar tot nu toe zijn er geen nadelige effecten aangetoond.

8. Weeënremmende medicijnen

De bij ons bekende weeënremmer is een bètamimeticum zoals Tractocile. Dit wordt via een infuus gegeven. Bij een zeer vroege dreigende vroeggeboorte (minder dan 30 zwangerschapsweken) wordt ook wel indometacine (Indocid®) als zetpil gegeven. Indocid® is nog niet officieel als weeënremmer geregistreerd. Alle weeënremmers zijn effectief in het verminderen of stoppen van weeën. Vaak geven ze niet meer dan enkele uren tot dagen uitstel van de bevalling. Juist deze extra tijd is van groot belang om de conditie en kansen van de baby te verbeteren door het geven van corticosteroiden en/of door overplaatsing van de zwangere vrouw naar een centrumziekenhuis met een NICU.

9. Bijwerkingen en weeënremmers

Bètamimetica kunnen bijwerkingen geven maar bij de moderne middelen kan dit erg meevallen. U kunt klachten hebben van het hart- en vaatstelsel: hartkloppingen en bonzen, trillingen in handen en voeten, transpireren en een opgejaagd gevoel komen vaak voor. Daarnaast kunt u ook last hebben van misselijkheid en braken. Uw hartslag en bloeddruk worden dan ook regelmatig gecontroleerd. Ook de baby heeft een versneld hartritme, zoals te zien is op het CTG. Ook kunnen deze middelen de suikerstofwisseling verstoren. Dat vraagt bij patiënten met suikerziekte (diabetes mellitus) extra voorzichtigheid.

Indometacine geeft bij kort gebruik nagenoeg geen bijwerkingen. Bij langdurig gebruik kan het bij de moeder maag- en darmklachten en duizeligheid veroorzaken. Het kan ernstige ongewenste effecten hebben op de baby. Daarom mag het maar kort gegeven worden, liefst in een lage dosis en niet meer na de 30e week.

Bij te ernstige bijwerkingen van weeënremmers kan de dosering worden verlaagd. Zo nodig wordt gestopt of een ander middel geprobeerd. Koorts tijdens weeënremming, zeker als de vliezen gebroken zijn, kan betekenen dat er een infectie bestaat. Het is dan beter de weeënremming te stoppen, antibiotica te geven en de baby te laten komen.

10. Kinderafdeling en kinderarts

Wanneer u opgenomen bent in verband met een dreigende vroeggeboorte is het vaak mogelijk om al voor de bevalling de couveuse/kinderafdeling van het ziekenhuis te bezoeken. Zo weet u een beetje waar de baby na de bevalling terechtkomt. Ook een gesprek met de kinderarts vooraf kan u al veel duidelijkheid geven. Het is dan belangrijk om te bespreken of er problemen te verwachten zijn, nu of later.

11. Als de bevalling doorzet

Een premature baby kan op de natuurlijke manier, via de schede, geboren worden. Wel heeft een premature baby minder reserve dan een voldragen pasgeborene. De harttonen worden tijdens de bevalling bewaakt om te kunnen ingrijpen als het nodig is. Doorgaans is een kinderarts aanwezig of direct oproepbaar. Afhankelijk van de zwangerschapsduur wordt de baby vrij snel na de geboorte in de couveuse gelegd om afkoeling te voorkomen. Ook aan een premature baby kunt u borstvoeding geven. Dat is juist voor een premature baby erg belangrijk. Te vroeg geboren baby's drinken vaak slecht aan de borst, omdat ze vaak de kracht en zuigreflex nog niet hebben. In zo'n geval kunt u kolven en kan de moedermelk per sonde gegeven worden. Wanneer uw baby op de couveuseafdeling is opgenomen, kunt u de kraambedperiode in het ziekenhuis doorbrengen. Bij een heel vroeg geboren kind kan het gebeuren dat u zelf uit het ziekenhuis wordt ontslagen, maar dat uw baby nog moet blijven.

12. Als de bevalling niet doorzet

Als de vliezen niet gebroken zijn en de weeën zijn afgezaakt, worden de weeënremmers na enkele dagen gestopt. Bedrust is dan niet meer noodzakelijk en u kunt steeds vaker rondlopen. Als er opnieuw weeën optreden kan zo nodig een tweede periode van weeënremming overwogen worden. Wanneer alles rustig blijft, mag u naar huis met het advies om de eerste tijd rust te houden. Pas als blijkt dat er geen nieuwe weeën optreden kunt u uw dagelijkse activiteiten weer opnemen. Ook is er dan geen bezwaar meer tegen vrijen en eventuele werkhervatting. Controle door de gynaecoloog is niet meer nodig, en u kunt terugverwezen worden naar uw verloskundige of huisarts (behalve als er een andere reden was voor controle door de gynaecoloog). Bij gebroken vliezen wordt doorgaans observatie in het ziekenhuis en opname tot aan de bevalling geadviseerd, maar soms kunt u ook tijdelijk naar huis. U dient dan wel thuis rust te houden.

13. Meer informatie

Deze folder geeft informatie over de oorzaak, gevolgen en behandeling van vroegtijdige weeën. Mocht u naar aanleiding van deze folder nog vragen hebben, aarzel dan niet ze met uw gynaecoloog, huisarts of verloskundige te bespreken.

Patiëntenorganisaties
Vereniging van Ouders van Couveusekinderen
Postbus 1024
2260 BA Leidschendam
070 – 386 25 35
www.couveuseouders.nl

Stichting Lichtgewicht
Postbus 81
3960 BB Wijk bij Duurstede
0343 – 57 63 69

Vereniging Keizersnede Ouders
Contrabas 53
4876 VG Etten Leur
076 – 503 71 17
E-mail: hwweer@wanadoo.nl

NVOM (meerlingenvereniging)
Postbus 14
1300 AA Almere
036 – 531 80 54
www.nvom.net

14. Verklarende woordenlijst

bètamimetica

medicijnen die weeën remmen

CTG

cardiotocogram; registratiemethode om de conditie van de baby en de weeënactiviteit in de gaten te houden

corticosteroid

bijnierschors hormoon dat toegediend wordt aan de moeder om de longrijping bij de baby nog voor de geboorte te versnellen

DES

diëthylstilbestrol, een synthetisch hormoon dat tussen 1947 en 1975 o.a. bij een dreigende miskraam of vroeggeboorte werd voorgeschreven; dochters van moeders die dit hormoon gebruikt hebben, hebben o.a. een verhoogde kans op vroeggeboorte van hun eigen kinderen

hydramnion

te veel vruchtwater, geeft sterke uitzetting van de buik

meerlingzwangerschap

zwangerschap van twee of meer kinderen

NICU

afkorting van neonatale intensive-care-unit, een couveuseafdeling waar zeer intensieve zorg aan te vroeg geboren baby's wordt gegeven

preterm bevalling

vroeggeboorte, bevalling voor de 37ste zwangerschapsweek

prematuur

te vroeg geboren baby (voor 37 weken)

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, bijvoorbeeld om de opening (ontsluiting) van de baarmoedermond te beoordelen

Bron: www.nvog.nl

www.mcl.nl

Polikliniek gynaecologie MCL
Afdeling E, triageverpleegkundige

058 – 286 32 00
058 – 286 14 55

©MCL september 2024

Docnr. 17017 (7)