

Vroegtijdige weeën en dreigende vroeggeboorte

Maatschap Gynaecologie IJsselland Ziekenhuis

Inleiding

Deze brochure 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 voor 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 preterme 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 en ervoor te zorgen dat de geboorte van de baby plaatsvindt in een optimale situatie.

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 uitgerekende 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 uitgerekende 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.

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.

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. Ook een operatieve verkorting van de baarmoedermond (zoals een grote conisatie) kan een rol spelen.

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 (hydramnion), een ontsteking, bloedverlies in de zwangerschap, te vroeg breken van de vliezen, slapte van de baarmoedermond (cervixinsufficiëntie) en ziekte van de aanstaande moeder, vooral een infectieziekte.

Onderzoek

Bij vroegtijdige weeën doet de gynaecoloog onderzoek om te beoordelen of er werkelijk sprake is van een dreigende vroeggeboorte. Om te beoordelen of er al ontsluiting is wordt veelal een inwendig onderzoek verricht (vaginaal toucher of vaginale echo). Dit gebeurt over het algemeen alleen wanneer de vliezen niet gebroken zijn. Bij gebroken vliezen kan vaginaal onderzoek met een steriel speculum (eendenbek) worden uitgevoerd, maar dit onderzoek wordt niet altijd verricht.

Daarnaast zijn andere onderzoeken mogelijk om de conditie van u en de baby te controleren. Met een wattenstokje kan een kweek worden afgenomen van de baarmoedermond, de ingang van de schede of de anus om eventuele infecties op het spoor te komen. De weeën en de reactie van het kind op deze weeën kunnen worden beoordeeld met behulp van een CTG. Dit is een afkorting voor cardiotocogram: een registratie van de hartslag van de baby en de weeënactiviteit.

Echoscopisch onderzoek geeft informatie over de ligging en de conditie van de baby, de hoeveelheid vruchtwater, en de plaats van de placenta (moederkoek). Met dit onderzoek kan ook de lengte van de baarmoedermond bekeken worden.

Bloed- en urineonderzoek kan aanvullende informatie geven over uw conditie en eventuele vroege tekenen van infecties, zoals een blaasontsteking.

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. Bedrust en behandeling van een eventuele (blaas-)ontsteking blijkt in een groot aantal gevallen vermindering van weeënactiviteit tot gevolg te hebben.

Medicijnen om de weeën te remmen (weeënremmers) kunnen worden gegeven om de samentrekkingen van de baarmoeder te bestrijden. Maar als er al veel ontsluiting is, bijvoorbeeld meer dan 5 centimeter, is er niet veel kans dat het nog zal lukken om de bevalling enige dagen uit te stellen. Soms worden bij een dreigende vroeggeboorte antibiotica als voorzorgsmaatregel gegeven.

Voor 33/34 weken zwangerschapsduur zullen bij weeënremming vrijwel altijd ook corticosteroïden aan de moeder worden gegeven, om de rijping van de longen en andere organen van de baby te bevorderen.

Weeënremming vóór 24 en na 33/34 zwangerschapsweken is niet zinvol. In bepaalde situaties – zoals zeer ernstige hoge bloeddruk, ernstige groeivertraging van de baby, of infecties in de baarmoeder – zal al voor de 33/34e zwangerschapsweek afgezien worden van weeënremming en wordt de geboorte van de baby niet tegengehouden.

Het is gebruikelijk de geboorte van baby's die nog geen 30-32 zwangerschapsweken oud zijn, in een centrumziekenhuis te laten plaatsvinden. Een dergelijk ziekenhuis beschikt over een neonatale intensive-care-afdeling (NICU), waar intensievere

zorg zoals mogelijkheden tot beademing aanwezig is. Als de weeënactiviteit niet afgeremd kan worden bij een kortere zwangerschapsduur, is overplaatsing naar zo'n centrum meestal het beste.

Corticosteroïden

Corticosteroïden 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 corticosteroïden 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 corticosteroïden heeft gekregen, hebben een betere prognose. Het effect van corticosteroïden is al meetbaar na 12 uur, maar optimaal na 24-48 uur. Hun werking duurt zeker een week. Voorbeelden van dergelijke medicijnen zijn bètamethason en dexamethason.

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.

Weeënremmende medicijnen

De bekendste weeënremmers zijn bètamimetica zoals ritodrine (Prepar®) en fenoterol (Partusisten®).

Ze worden via een infuus of injectie gegeven. Bij een zeer vroege dreigende vroeggeboorte (minder dan 30 zwangerschapsweken) wordt ook wel indometacine (Indocid®) als zetpil gegeven. Een nieuw middel dat steeds vaker wordt

toegepast is de calciumblokker nifedipine (Adalat®), die onder de tong wordt ingenomen. Indocid® en Adalat® zijn 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 corticosteroïden en/of door overplaatsing van de zwangere vrouw naar een centrumziekenhuis met een NICU.

Bijwerkingen van weeënremmers

Bètamimetica (o.a. ritodrine en fenoterol) geven klachten van het hart- en vaatstelsel: hartkloppingen en bonzen, trillingen in handen en voeten, transpireren en een opgejaagd gevoel komen vaak voor. Daarnaast treedt nogal eens misselijkheid en braken op. Uw hartslag en bloeddruk worden dan ook regelmatig gecontroleerd. Ook de baby heeft een versneld hartritme, zoals te zien is op het CTG. Tevens kunnen deze middelen de suikerstofwisseling verstoren. Dat vraagt bij patiënten met suikerziekte (diabetes mellitus) extra voorzichtigheid.

Calciumblokkers veroorzaken dezelfde soort klachten als bètamimetica, maar in minder hevige mate. De belangrijkste klacht is hoofdpijn. Ze hebben geen effect op de suikerstofwisseling.

Indometacine kan 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.

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.

Als de bevalling doorzet

Een premature baby kan op de natuurlijke manier, via de schede, geboren worden. Wel heeft een premature baby minder reserves 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. 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.

Als de bevalling niet doorzet

Als de vliezen niet gebroken zijn en de weeën zijn afgezakt, worden de weeënremmers na enkele dagen verminderd en 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 zult u naar huis mogen 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. In enkele plaatsen is bewaking thuis mogelijk: er wordt dan regelmatig thuis een CTG gemaakt door een verloskundige die aan het ziekenhuis verbonden is.

Patiëntenorganisaties

Vereniging van Ouders van Couveusekinderen
Postbus 53178, 1007 RD Amsterdam
telefoon 020-6793742

Vereniging Keizersnede-ouders
Postbus 404, 3440 AK Woerden
telefoon 0348-420390

Verklarende woordenlijst

Bètamimetica: medicijnen die weeën remmen

Calciumblokker: medicijn dat weeën remt

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

Corticosteroïd: 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

Preterme bevalling: vroeggeboorte, bevalling voor de 37e 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

Heeft u nog vragen?

Neemt u dan contact op met uw arts of verloskundige of bel de polikliniek gynaecologie:
telefoon **010 - 258 59 20**.

*Deze brochure is samengesteld door de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en aangepast voor het IJsselland Ziekenhuis.
Deze folder ondersteunt de mondelinge informatie die u van arts of verpleegkundige heeft ontvangen. Heeft u nog vragen over het onderzoek of uw behandeling, eventuele gevolgen en risico's, of over andere behandelmogelijkheden, stel ze dan gerust.*