

Intra uterine groeivertraging

Maatschap Gynaecologie IJsselland Ziekenhuis

Deze folder geeft informatie over de oorzaak, gevolgen en behandeling van Intra Uterine Groeivertraging (IUG), oftewel groeiachterstand van de baby tijdens de zwangerschap.

Wat is intra uterine groeivertraging?

Van groeivertraging wordt gesproken als de baby te klein is voor de duur van de zwangerschap.

Dit wordt meestal ontdekt doordat bij zwangerschapscontroles de groei van de baarmoeder achterloopt op de normale ontwikkeling. Met een echo zal dit verder onderzocht worden.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen symmetrische en asymmetrische groeivertraging.

- **Symmetrische groeivertraging** zien we vaak vroeg in de zwangerschap en wordt gekenmerkt doordat zowel hoofd omvang als buikomvang van de baby in gelijke mate in groei achterblijven.
- Bij **asymmetrische groeivertraging** is vooral de buikomvang van de baby te klein. Dit komt doordat de bloedvoorziening vooral gericht is op het hart de nieren en de hersenen van de baby en daardoor de rest van het lichaam achterblijft in groei.

Oorzaken van intra uterine groeivertraging

De meest voorkomende oorzaak is

Verminderde werking van de placenta

Dit heeft als gevolg dat in de tweede helft van de zwangerschap de placenta tekort schiet in het voorzien van voedingsstoffen en zuurstof naar de baby. Een verminderde werking van de placenta kan ontstaan als de bevruchte eicel zich in het begin van de zwangerschap niet goed heeft ingenesteld in de baarmoeder óf wanneer er geen goede verbinding is naar de moederlijke bloedvaten.

Zwangerschapsvergiftiging (hoge bloeddruk, Hellp, Eclapsie), heeft ook invloed op de vaten van de placenta waardoor de baby in groei kan achterblijven.

Roken en het gebruik van drugs of alcohol tijdens de zwangerschap zorgt voor beschadiging van de bloedvaten van de placenta.

De baby heeft zelf niet het vermogen goed te groeien
De baby kan de toevoer van voedingsstoffen niet goed verwerken, terwijl er wel genoeg wordt aangeboden.

Soms wordt de groeivertraging veroorzaakt door een aangeboren afwijkingen of infecties (bijvoorbeeld malaria, rubella, toxoplasmose of HIV).

Het is goed om te weten dat in 60% van de gevallen van groeivertraging, er geen duidelijke oorzaak gevonden wordt.

Hoe wordt de diagnose gesteld ?

Vrouwen met risicofactoren bij het begin of in het verloop van de zwangerschap worden naar het ziekenhuis verwezen. De zwangerschap wordt dan begeleid door een gynaecoloog.

Een mogelijke groeivertraging wordt meestal opgemerkt bij uitwendig onderzoek, als de verloskundige of arts met beide handen uw buik aftast. Door het aftasten van uw buik kan men een globale schatting maken van de grootte van uw baby.

Vervolgens wordt in ons ziekenhuis -door middel van echoscopie- de grootte van uw baby 'gemeten'. Deze maten worden vervolgens vergeleken met de "normaalwaarden". Zo wordt er bepaald of er echt sprake is van een groeivertraging.

Tijdens de echo wordt ook gekeken naar de hoeveelheid vruchtwater. De hoeveelheid vruchtwater geeft vaak een goede informatie over het functioneren van de placenta en de conditie van de baby. Te weinig vruchtwater is vaak een teken voor een te kleine baby.

Vervolgonderzoeken

Op het moment dat er een groeivertraging wordt vastgesteld, is de eerste stap die men neemt, het nagaan van de **zwangerschapsduur**.

Dit doet men omdat er een fout kan zijn ontstaan bij het berekenen van uw zwangerschapsduur.

Vervolgens vindt er een **gesprek** plaats om na te gaan wat de mogelijke oorzaak van de groeivertraging in uw geval zou kunnen zijn.

Vaak is het zo dat u in het ziekenhuis opgenomen wordt, zodat we de conditie van u en uw baby goed in de gaten kunnen houden.

- Het belangrijkste wat we doen is het bewaken van de conditie van de baby, dit kan het beste met behulp van het **CTG apparaat**.
Het CTG apparaat oftewel Cardio Toco Gram is een apparaat waarmee de hartslag van de baby en de activiteiten van de baarmoeder worden weergegeven in een grafiek. Deze grafiek zegt iets over de conditie van uw baby. Dit onderzoek wordt gedaan vanaf 28 weken zwangerschap.
- Ook met een **doptone-apparaat** kan naar de hartslag van u baby worden geluisterd. Dit wordt gedaan als minder dan 28 weken zwanger bent.
- Soms wordt er in het geval van ernstige groeivertraging ook een **vruchtwaterpunctie, Doppler-onderzoek, ofwel echo-flow** gedaan. Hierbij wordt de doorbloeding van de navelstreng gemeten. Dit onderzoek wordt gedaan tussen de 15^e en 17^e week van de zwangerschap.

Gevolgen van intra uterine groeivertraging

In samenhang met de verslechterde doorbloeding naar de baby toe, zie je ook dat de hoeveelheid vruchtwater afneemt. Uiteindelijk kan de conditie van de baby achteruitgaan. Dat is soms te merken doordat u de baby minder voelt bewegen. Bij de bevalling zie je daarom over het algemeen een kleinere baby.

De behandeling

Het eerste wat men voorschrijft is bedrust. Het liefst in zijligging, omdat dit zorgt voor een betere doorbloeding van de placenta en een toename van de hoeveelheid vruchtwater. Als u bedrust moet houden wil dit zeggen dat u alleen op mag om naar de douche of het toilet te gaan.

- U wordt dagelijks ongeveer een half uur met het CTG apparaat 'verbonden' om de conditie van uw baby te controleren.
- Ook wordt er één keer in de week een echo doppler onderzoek gedaan.
- Een keer in de twee weken maakt men een groeiecho om te zien of de groei van de baby voldoende is en om de hoeveelheid vruchtwater te meten.

Heeft u nog vragen?

Aarzel niet om uw vragen te bespreken met uw arts of verloskundige. Hij of zij zal altijd bereid u nadere toelichting te geven.

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.