



st. jans **gasthuis** weert

Vroegtijdige weeën en dreigende vroeggeboorte

Poli Gynaecologie



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 41 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 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 en ervoor te zorgen dat de geboorte van de baby plaatsvindt in een optimale situatie. Misschien heeft u na het lezen van deze folder nog vragen. Uw gynaecoloog kan u aanvullende informatie geven.

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 3 weken voor de uitgerekenede 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 uitgerekenede 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 komen meestal niet regelmatig, 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.

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 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 vaak een inwendig onderzoek gedaan (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 gedaan.

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. Uw bloeddruk en temperatuur worden regelmatig gecontroleerd.

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 groei-vertraging 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.

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. Het effect van corticosteroiden is al meetbaar na 12 uur, maar optimaal na 24 - 48 uur. Hun werking duurt zeker een week. Voorbeelden van dergelijke medicijnen zijn betamethason 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 geen nadelige effecten aangetoond.

Weeënremmende medicijnen

Tegenwoordig wordt vrijwel altijd nifedipine (Adalat[®]) in tabletvorm of tracatocil (Atosiban[®]) per infuus gebruikt als weeënremmer.

Adalat is eigenlijk een anti - hoge bloeddrukmiddel, maar is bewezen effectief als weeënremmer (maar officieel niet geregistreerd).

Weeënremmers worden in principe voor 48 uur gegeven om de corticosteroiden te laten werken.

Bijwerkingen van weeënremmers

Bij Adalat soms trillingen in handen en voeten, transpireren, een opgejaagd gevoel en wat vaker hoofdpijn.

Tractocil heeft geen bijwerkingen behalve soms een vreemde smaak in de mond.

Koorts tijdens weeënremming kan betekenen dat er een infectie bestaat. De weeënremming wordt dan gestopt.

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 terecht komt. Ook een gesprek met de kinderarts vooraf kan u al veel duidelijkheid geven. Het is dan belangrijk om te bespreken of 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 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. 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. Wanneer alles rustig blijft zult u naar huis mogen met het advies om de eerste tijd rust te houden. Pas als blijkt dat u geen nieuwe weeën krijgt kunt u uw dagelijkse activiteiten weer opnemen. Verdere controle vindt dan poliklinisch plaats bij uw gynaecoloog of verloskundige.

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
Landelijk Secretariaat V.O.C.
Postbus 1024
2260 BA Leidschendam
telefoon 070 - 386 25 35
www.couveuseouders.nl

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

Vereniging Keizersnede-ouders
Postbus 404
3440 AK Woerden
telefoon 0348 - 42 03 90
www.couveuseouders.nl

Verklarende woordenlijst

Calciumblokker: (= nifedipine = Adalat[®]) een anti -hoge bloeddrukmiddel- dat ook weeën remt.

CTG: cardiocogram; registratiemethode om de hartslag 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 2 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 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.

Heeft u vragen?

Heeft u nog vragen of opmerkingen, neem dan contact op met:

Poli Gynaecologie, telefoon: 0495 - 57 23 70

VMK centrum, telefoon: 0495 - 57 21 23.

De inhoud van deze voorlichtingsfolder is gebaseerd op de tekst van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG).

Deze folder is zeer volledig en uitgebreid en bevat een beschrijving van alle mogelijke technieken en procedures met hun voor- en nadelen.

Uit de vele mogelijkheden is in het SJG Weert een keuze gemaakt.

Uw gynaecoloog zal samen met u bespreken welke procedure of techniek voor u de beste optie is.

Zijn er na het lezen vragen of twijfels, dan kunt u deze het beste bespreken met uw gynaecoloog

R335.33 2011-08

1013584

