

Vroegtijdige weeën en dreigende vroeggeboorte

Verloskunde & Gynaecologie

Inleiding

Een zwangerschap duurt gemiddeld 40 weken, maar een periode van 37 tot 41-42 weken beschouwt men als een normale duur van de zwangerschap.

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 noemt men ook wel een premature bevalling. Het kind is dan bij de geboorte nog niet geheel volgroeid en heeft extra medische verzorging nodig. Zo'n te vroeg geboren kind noemt men een premature baby.

De behandeling van vroegtijdige weeën heeft als doel het tijdstip van de bevalling uit te stellen en ervoor te zorgen dat de geboorte van uw kind plaatsvindt in een zo optimaal mogelijke situatie.

Deze folder geeft algemene informatie over de oorzaak, gevolgen en behandeling van vroegtijdige weeën in ons ziekenhuis. Aan het eind vindt u een verklarende woordenlijst.

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 vaak meer ongemakkelijk dan pijnlijk en veroorzaken geen ontsluiting.

Vroegtijdige gebroken vliezen

Soms begint een voortijdige bevalling met het breken van de vliezen. Vochtverlies kan wijzen op gebroken vliezen. Meestal onderzoekt men het aflopend vocht op 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 vagina naar de baarmoeder en het kind kunnen uitbreiden. Zowel de moeder als het kind kunnen daar ziek van worden. Daarom houdt men de temperatuur van de moeder, kleur van het vruchtwater en de hartslag van het kind goed in de gaten. Antibiotica schrijft de arts soms voor om een infectie te voorkomen of te behandelen.

Deze medicijnen die men aan de moeder geeft, 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 kan een rol spelen.

Andere oorzaken kunnen te maken hebben met omstandigheden of problemen in uw huidige zwangerschap, zoals een meerlingzwangerschap, een te grote hoeveelheid vruchtwater, een ontsteking, bloedverlies in de zwangerschap, te vroeg breken van de vliezen, slapte van de baarmoedermond, 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, verricht de arts veelal een inwendig onderzoek (vaginaal toucher of vaginale echo). Dit gebeurt over het algemeen alleen wanneer de vliezen niet gebroken zijn. Bij gebroken vliezen is vaginaal onderzoek met een steriele spreider (speculum) een mogelijkheid, maar men doet dit onderzoek niet altijd.

Daarnaast zijn er andere onderzoeken om uw conditie en die van uw kind te controleren. Vaak neemt men met een wattenstokje een kweek af van de baarmoedermond, de ingang van de vagina of de anus om eventuele infecties op het spoor te komen.

Tevens kan de gynaecoloog, met een wattenstaafje vaginaal bij de baarmoedermond, een test afnemen om te kijken of u een stof (fibronectine) aanmaakt die normaliter vrijkomt als u aan het bevallen bent.

Hierdoor kan de gynaecoloog beter inschatten of de harde buiken/weeën van invloed zijn op de ontsluiting en of de kans dat u binnen korte tijd gaat bevallen aanwezig is.

De weeën en de reactie van het kind op deze weeën kan men beoordelen met behulp van een CTG. Dit is een afkorting voor cardiotocogram: een registratie van de hartslag van het kind en de weeënactiviteit.

Echoscopisch onderzoek geeft informatie over de ligging en de conditie van uw kind, de hoeveelheid vruchtwater en de plaats van de placenta (moederkoek). Met dit onderzoek is het ook mogelijk de lengte van de baarmoedermond te meten om te kijken of de baarmoedermond rijp is en er weeënactiviteit is.

Bloed- en urineonderzoek kan aanvullende informatie geven over uw conditie en over aanwijzingen voor infecties, zoals een blaasontsteking. De verpleegkundige controleert meestal regelmatig uw bloeddruk en temperatuur, zo nodig luistert men ook naar uw hart en longen.

Behandeling van een dreigende vroeggeboorte

De behandeling is afhankelijk van de duur van de zwangerschap, uw conditie en die van uw kind, en natuurlijk van de mate van ontsluiting. Ook de uitslag van de test om te zien of u de stof fibronectine aanmaakt is van invloed op welke behandeling het meest geschikt voor u en uw baby is.

Bedrust en behandeling van een eventuele (blaas-)ontsteking verminderen vaak de weeënactiviteit. De gynaecoloog kan medicijnen voorschrijven om de weeën te remmen (weeënremmers) en om de samentrekkingen van de baarmoeder te bestrijden.

Magnesiumsulfaat, om bij vroeggeboorte de hersenen van de baby te beschermen en medicijnen (corticosteroiden), om de longrijping en rijping van andere organen te bevorderen kunnen door de gynaecoloog voorgeschreven worden. Dit is afhankelijk van de bevindingen van de onderzoeken wat het beste voor u en uw baby is.

Als er al veel ontsluiting is, bijvoorbeeld meer dan vijf centimeter, is de kans zeer klein dat het nog lukt om de bevalling enige dagen uit te stellen. Soms geeft men bij een dreigende vroeggeboorte antibiotica als voorzorgsmaatregel, om infectie te voorkomen / te bestrijden.

Weeënremming vóór 24 en ná 30 zwangerschapsweken is niet bewezen zinvol. In bepaalde situaties – zoals bij een zeer ernstige hoge bloeddruk, bij ernstige groeivertraging van de baby, of bij infecties in de baarmoeder - ziet men al voor de 30e zwangerschapsweek af van weeënremming en houdt men de geboorte van het kind niet tegen.

Het is gebruikelijk de geboorte van kinderen die nog geen 32 zwangerschapsweken oud zijn in een ziekenhuis te laten plaatsvinden dat beschikt over een Neonatale Intensive Care afdeling (NICU). Vanuit het MST is dit meestal Isala kliniek in Zwolle. Hier is intensievere zorg zoals mogelijkheden tot beademing aanwezig. Als het niet mogelijk is de weeënactiviteit af te remmen bij een kortere zwangerschapsduur, is overplaatsing naar zo'n ziekenhuis vaak het best. Indien u na 32 weken en voor de 37 weken in het MST bevalt komt de kinderarts uw kind nakijken en zo nodig wordt hij of zij opgenomen op de neonatologie.

Corticosteroiden

Corticosteroiden zijn bijnierschors hormonen. Bij kinderen die te vroeg geboren worden, functioneren de longen en andere organen nog niet volledig. Om deze sneller te laten rijpen geeft men voor de geboorte corticosteroiden aan de moeder. Deze middelen komen via de placenta bij het kind. De longen en andere organen van de baby rijpen dan versneld. Kinderen die voor 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. De bijwerkingen voor de moeder zijn gering. Het kind kan de eerste tijd wat minder beweeglijk zijn en op het CTG vertoont de hartslag vaak een wat rustiger beeld, maar tot nu toe zijn er geen duidelijke nadelige effecten aangetoond.

Weeënremmende medicijnen

Over het algemeen zijn weeënremmers effectief in het verminderen of stoppen van weeën. Indien de gynaecoloog beslist om weeenremmers te geven, worden ze 48 uur gegeven zodat de corticosteroïden goed kunnen inwerken. In het MST wordt de remming tot 30 weken gegeven. Juist deze extra tijd is van groot belang om de conditie en kansen van het kind te verbeteren. Na de 30 weken kan ook voor remming gekozen worden om een overplaatsing van de zwangere vrouw naar een ziekenhuis met een Neonatale Intensive Care Unit te kunnen realiseren. Als de overplaatsing gerealiseerd is wordt de remming aldaar gestaakt.

Bijwerkingen van weeënremmers

Door het gebruik van weeënremmers kunnen klachten ontstaan, zoals misselijkheid, hoofdpijn, duizeligheid, opvliegers, versnelde hartslag, lage bloeddruk en braken.

Koorts tijdens weeënremming, zeker als de vliezen gebroken zijn, kan duiden op een infectie. Het is dan beter de weeënremming te stoppen, antibiotica te geven en de baby geboren te laten worden.

Neonatologie en kinderarts

Wanneer u opgenomen bent in verband met een dreigende vroeggeboorte is het in Medisch Spectrum Twente vaak mogelijk om al voor de bevalling de Neonatologie en / of Moeder Kind Afdeling te bezoeken. Zo krijgt u een idee waar uw kind na de bevalling zo nodig opgenomen wordt.

Als de bevalling doorzet

Een prematuur kind kan vaak op de natuurlijke manier, via de vagina, geboren worden. Wel heeft een premature baby minder reserve dan een voldragen pasgeborene. Men bewaakt de harttonen tijdens de bevalling om te kunnen ingrijpen als het nodig is. Doorgaans is een kinderarts direct oproepbaar.

Afhankelijk van de zwangerschapsduur legt men de baby vrij snel na de geboorte in de couveuse om afkoeling te voorkomen.

Ook aan een prematuur kind kunt u borstvoeding geven. Uit onderzoek is gebleken dat borstvoeding bij een prematuur kind erg belangrijk is. Te vroeg geboren baby's drinken vaak slecht aan de borst, omdat ze meestal de kracht en zuigreflex nog niet hebben. U kunt dan kolven en de verpleegkundige of u zelf geeft de moedermelk via een slangetje (sonde) of flesje aan uw kind. Afhankelijk van de leeftijd en conditie van uw baby mag u eventueel uw kind aanleggen aan de borst.

Het ontslag van uw kind wordt in overleg met u en de afdeling waar uw kind is opgenomen afgesproken.

De duur van uw eigen ziekenhuisopname is afhankelijk van de reden van uw opname en of u spontaan bevallen bent of via een keizersnede. De behandelend arts bepaalt uw ontslagdatum.

Als de bevalling niet doorzet

Na 48 uur stoppen de weeënremmers en volgt een periode van observatie.

Wanneer daarna alles rustig blijft, gaat u naar huis met het advies om het de eerste tijd rustig aan te doen.

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.

De gynaecoloog bepaalt of de verdere controles van de zwangerschap bij uw verloskundige of in het ziekenhuis plaats zullen vinden.

Bij gebroken vliezen bepaalt de gynaecoloog of er observatie in het ziekenhuis nodig is.

Aanvullende informatie

Meer informatie vindt u bijvoorbeeld:

- op de website van ons ziekenhuis: www.mst.nl
- de Gynaecologie, route H03;
- in ons Patiënten Service Centrum, route C02;
- bij Vereniging van Ouders van Couveusekinderen, Postbus 1024, 2260 BA Leidschendam, telefoon (070) 3 86 25 35, www.couveuseouders.nl
- bij Vereniging Keizersnede-ouders, Postbus 233, 2170 AE Sassenheim, telefoon (076) 5 03 71 17 (maandag t / m vrijdag **10.00 - 21.00 uur**);
- bij Nederlandse Vereniging voor Ouders van Meerlingen, Postbus 14, 1300 AA Almere, telefoon (036) 5 31 80 54 (tussen **9.00 - 17.00 uur**);
- op de website van de NVOG: www.nvog.nl, rubriek voorlichting, verloskundige

Tenslotte

U heeft recht op juiste en volledige informatie. Pas als u voldoende inzicht heeft, kunt u weloverwogen toestemming geven voor een bepaalde behandeling of een bepaald onderzoek. Als iets u niet geheel duidelijk is, vraagt u de gynaecoloog, arts-assistent, verloskundige of verpleegkundige dan om nadere uitleg.

Verklarende woordenlijst

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

Corticosteroid = bijnierschors hormoon dat men aan de moeder toedient om de longrijping bij het kind nog voor de geboorte te versnellen.

Meerlingzwangerschap = zwangerschap van twee of meer kinderen.

NICU = afkorting van neonatale intensive-care-unit, een couveuseafdeling waar men zeer intensieve zorg aan te vroeg geboren baby's geeft.

Prematuur = te vroeg geboren baby (voor 37 weken).

Spreider = instrument waarmee de arts via de vagina (schede) naar de baarmoedermond kijkt (ook wel speculum genoemd).

Vaginaal toucher = inwendig onderzoek in de vagina met twee vingers, bijvoorbeeld om de opening (ontsluiting) van baarmoedermond te beoordelen.



Bronvermelding

Het copyright en de verantwoordelijkheid voor deze folder berusten bij de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Deze folder geldt als een aanvulling op het persoonlijk gesprek met uw gynaecoloog of andere hulpverlener van Medisch Spectrum Twente. Deze informatie is van toepassing op alle ziekenhuizen in Nederland. Daar waar de gang van zaken verschilt met die in Medisch Spectrum Twente, is dit aangepast in de tekst van deze folder. Er is veel aandacht besteed aan de inhoud van deze folder. Dit betekent dat de meerderheid van de Nederlandse gynaecologen het eens is met de inhoud. De NVOG is niet juridisch aansprakelijk voor eventuele tekortkomingen van deze folder.