Vroegtijdige weeën en dreigende vroeggeboorte

© 1998 NVOG
Het copyright en de verantwoordelijkheid voor deze folder berusten bij de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) in Utrecht. Leden van de NVOG mogen deze folder, mits integraal, onverkort en met bronvermelding, zonder toestemming vermenigvuldigen.

Folders en brochures van de NVOG behandelen verschillende verloskundige en gynaecologische klachten, aandoeningen, onderzoeken en behandelingen. Zo krijgt u een beeld van wat u normaliter aan zorg en voorlichting kunt verwachten. Wij hopen dat u met deze informatie weloverwogen beslissingen kunt nemen. Soms geeft de gynaecoloog u andere informatie of adviezen, bijvoorbeeld omdat uw situatie anders is of omdat men in het ziekenhuis andere procedures volgt.
Schriftelijke voorlichting is altijd een aanvulling op het gesprek met de gynaecoloog. Daarom is de NVOG niet juridisch aansprakelijk voor eventuele tekortkomingen van deze folder. Wel heeft de Commissie Patiëntenvoorlichting van de NVOG zeer veel aandacht besteed aan de inhoud. Dit betekent dat er geen belangrijke fouten in deze folder staan, en dat de meerderheid van de Nederlandse gynaecologen het eens is met de inhoud.
Andere folders en brochures op het gebied van de verloskunde, gynaecologie en voortplantingsgeneeskunde kunt u vinden op de website van de NVOG: http://www.nvog.nl , rubriek voorlichting.

Auteur: Dr. C.A.G. Holleboom
Redacteuren: Dr. M.F. Schutte en Dr. G. Kleiverda
Bureauredacteur: Jet Quadekker

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 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 preterme bevalling. Het kind is dan bij de geboorte nog onrijp 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 het kind plaatsvindt in een optimale situatie.
Misschien hebt u na het lezen van deze brochure nog vragen. Uw gynaecoloog geeft u dan aanvullende informatie.

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.

VROEGTIJDIG GEBROKEN VLIEZEN

Soms begint een voortijdige bevalling met het breken van de vliezen. Vochtverlies kan wijzen opgebroken vliezen. Meestal vangt men 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 (schede) 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 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 (zoals een grote conisatie) kan een rol spelen.
Dochters van vrouwen die vroeger het DES-hormoon gebruikt hebben soms ook een kortere baarmoedermond, waardoor de kans op een voortijdige bevalling toeneemt.
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 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 schede of de anus om eventuele infecties op het spoor te komen.
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.
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, en vaak 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. 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. Maar als er al veel ontsluiting is, bijvoorbeeld meer dan 5 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.
Voor 33-34 weken zwangerschapsduur schrijft de gynaecoloog bij weeënremming vrijwel altijd ook corticosteroïden aan de moeder voor, om de rijping van de longen en andere organen van het kind te bevorderen.

Weeënremming vóór 24 en ná 33-34 zwangerschapsweken is niet 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 33-34e zwangerschapsweek af van weeënremming en houdt men de geboorte van het kind niet tegen.

Het is gebruikelijk de geboorte van kinderen 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 het niet mogelijk is de weeënactiviteit af te remmen bij een kortere zwangerschapsduur, is overplaatsing naar zo'n centrum meestal het beste.

CORTICOSTEROÏDEN

Corticosteroïden zijn bijnierschorshormonen. Het lichaam maakt deze hormonen onder invloed van stress, maar men kan ze ook via een injectie aan de moeder toedienen. Bij kinderen die te vroeg geboren worden, functioneren de longen en andere organen nog niet helemaal. Om deze sneller te laten rijpen geeft men voor de geboorte corticosteroïden aan de moeder.
Deze middelen komen via de placenta bij het kind. De longen en andere orgaansystemen van de baby rijpen dan versneld. Kinderen 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 betamethason en dexamethason.
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 nadelige effecten aangetoond.

WEEËNREMMENDE MEDICIJNEN

De bekendste weeënremmers zijn bètamimetica zoals ritodrine (Prepar®) en fenoterol (Partusisten®). Men geeft ze via een infuus of injectie. Bij een zeer vroege dreigende vroeggeboorte (minder dan 30 zwangerschapsweken) dient men ook wel indometacine (Indocid®) als zetpil toe.
Een nieuw middel dat steeds vaker wordt toegepast is de calciumblokker nifedipine (Adalat®), die u onder de tong moet innemen. 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 het kind 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. Men controleert uw hartslag en bloeddruk dan ook regelmatig. Ook het kind 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 geven dezelfde soort klachten als bètamimetica, maar in minder hevige mate. Ze hebben geen effect op de suikerstofwisseling. De belangrijkste klacht is hoofdpijn.
Indometacine veroorzaakt soms bij de moeder maag- en darmklachten en duizeligheid. Het kan ernstige ongewenste effecten hebben op het kind. 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 is het mogelijk de dosering te verlagen. Zo nodig stopt men ze of schrijft de arts een ander middel voor.
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 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 krijgt u een idee waar uw kind na de bevalling terechtkomt. Ook een gesprek met de kinderarts geeft vaak al veel duidelijkheid. Het is dan belangrijk om te bespreken of er problemen te verwachten zijn, nu of later.

ALS DE BEVALLING DOORZET

Een prematuur kind kan 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 aanwezig of 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. 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 geeft de moedermelk per sonde aan uw kind.
Wanneer uw kind op de couveuseafdeling is opgenomen, brengt u als regel de kraambedperiode in het ziekenhuis door. Bij een heel vroeg geboren kind wordt u zelf na 7-10 dagen uit het ziekenhuis ontslagen, maar moet uw kind nog blijven.

ALS DE BEVALLING NIET DOORZET

Als de vliezen niet gebroken zijn en de weeën afzakken, vermindert en stopt men de weeënremmers na enkele dagen. Bedrust is dan niet meer noodzakelijk en u kunt steeds vaker rondlopen. Als er opnieuw weeën optreden adviseert men zo nodig een tweede periode van weeënremming.
Wanneer alles rustig blijft gaat 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 terugverwijzing naar uw verloskundige of huisarts is mogelijk (behalve als er een andere reden was voor controle door de gynaecoloog).

Bij gebroken vliezen adviseert de gynaecoloog doorgaans observatie in het ziekenhuis en opname tot aan de bevalling. In enkele plaatsen is bewaking thuis mogelijk: een verloskundige of verpleegkundige die aan het ziekenhuis verbonden is, maakt dan thuis regelmatig een CTG.

PATIËNTENORGANISATIES

Vereniging van Ouders van Couveusekinderen
Landelijk Secretariaat V.O.C.
Postbus 1024
2260 BA Leidschendam
telefoon 070-3862535
fax 070-3864843
email: vockind@xs4all.nl
www.couveuseouders.nl

Stichting Lichtgewicht
Postbus 81
3960 BB Wijk bij Duurstede
telefoon 0343-576369

Vereniging Keizersnede-Ouders (VKO)
Postbus 233
2170 AE Sassenheim
Tel. 076-5037117/0252-230712; bereikbaar van maandag t/m vrijdag van 10.00-21.00 uur.

Nederlandse Vereniging voor Ouders van Meerlingen (NVOM)
Postbus 14
1300 AA Almere
telefoon: 036-5318054 (tussen 9-17.00 uur)
website: http://www.nvom.net/nl

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	bijnierschorshormoon dat men aan de moeder toedient om de longrijping bij het kind nog voor de geboorte te versnellen
DES	diëthylstilbestrol, een synthetisch hormoon dat artsen tussen 1947 en 1975 o.a. bij een dreigende miskraam of vroeggeboorte voorschreven; 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 men zeer intensieve zorg aan te vroeg geboren baby's geeft
Preterme bevalling	vroeggeboorte, bevalling voor de 37ste zwangerschapsweek
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 de baarmoedermond te beoordelen