Habituele abortus

(herhaalde miskramen)

Afdeling Verloskunde/Gynaecologie

DIJKLANDER ZIEKENHUIS

Inleiding

Habituele abortus is de medische term voor herhaalde miskramen. Wanneer spreekt men over herhaalde miskramen? Wat zijn mogelijke oorzaken? Wanneer kan onderzoek gedaan worden en hoe groot is de kans dat er een oorzaak wordt gevonden die te behandelen is? Deze brochure probeert zoveel mogelijk duidelijkheid te geven. Ook emotionele aspecten komen aan bod. Aan het einde van de brochure vindt u een lijst met hulporganisaties.

Wat is een miskraam?

Een miskraam (abortus) is het verlies van een niet levensvatbaar embryo (vrucht). De oorzaak van een miskraam is bijna altijd een aanlegstoornis. Meestal speelt hierbij een chromosoomafwijking, die bij de bevruchting ontstaat, een rol. Het embryo in aanleg is niet goed, groeit niet verder en wordt afgestoten. Meer informatie vindt u in de brochure: "Vaginaal bloedverlies in de eerste maanden van de zwangerschap".

Wanneer spreekt men van habituele abortus of herhaalde miskramen?

Men spreekt van habituele abortus na drie of meer opeenvolgende miskramen. Of vóór de miskramen een kind heeft gekregen maakt niet uit. Herhaalde miskramen komen voor bij ongeveer 0,5-1% van alle vrouwen die zwanger worden.

Herhalingskans van een miskraam

Van alle zwangerschappen eindigt tenminste één op de tien in een miskraam, maar waarschijnlijk zelfs nog meer, zo rond de 15%. Als u één miskraam hebt meegemaakt is de kans op herhaling in een volgende zwangerschap niet of nauwelijks verhoogd, maar na twee miskramen is de kans ongeveer 25% en na drie miskramen is dit ongeveer 35%.

Dat lijkt misschien heel veel, maar de kans dat een volgende zwangerschap wel goed afloopt is nog steeds het grootst, namelijk 65%.
Het komt dus voor dat vrouwen drie of soms nog wel meer miskramen hebben voordat zij een gezond kind hebben. Andere vrouwen hebben tussen normale zwangerschappen door verschillende miskramen.

Oorzaken van herhaalde miskramen

Evenals bij een eenmalige miskraam is er bij herhaalde miskramen meestal een aanlegstoornis die bij de bevruchting is ontstaan. Het embryo groeit dan niet verder en wordt afgestoten. Waarom dit bij de ene vrouw vaker gebeurt dan bij de andere, is niet bekend.
Omdat na een aantal miskramen de kans op een nieuwe miskraam wat groter is dan na een eenmalige miskraam, komt bij deze vrouwen een achterliggende ziekte of afwijking iets vaker voor. Toch wordt maar bij ongeveer 15% van de paren een oorzaak gevonden voor de herhaalde miskramen.

Onderzoek naar mogelijke oorzaken

De gynaecoloog bespreekt na drie miskramen onderzoek naar de oorzaak. Chromosoomonderzoek van de ouders kan al na twee miskramen worden voorgesteld. Het onderzoek bestaat over het algemeen uit bloedonderzoek en echoscopisch onderzoek van de baarmoeder en de eierstokken.
Als u in overleg met de gynaecoloog besluit om onderzoek te doen, is het belangrijk dat u zich bedenkt dat maar bij weinig vrouwen met herhaalde miskramen een (behandelbare) oorzaak gevonden wordt.
Het is dan ook verstandig niet te hooggespannen verwachtingen te hebben over de uitkomsten van het onderzoek. Bij 85% van de paren wordt geen oorzaak gevonden.

Van de volgende factoren is bekend dat zij een rol kunnen spelen bij herhaalde miskramen.

Hogere leeftijd

Voor vrouwen beneden de 35 jaar is de kans dat een zwangerschap in een miskraam eindigt, ongeveer 1 op de tien. Tussen de 35-40 jaar eindigt 1 op de 5-6 zwangerschappen in een miskraam, en tussen de 40-45 jaar 1 op de 3. De kans neemt dus toe met de leeftijd.

Roken

Vrouwen die roken maken iets vaker een miskraam mee dan vrouwen die niet roken.

Een chromosoomafwijking bij één van de ouders

Soms is een chromosoomafwijking bij één van de ouders de oorzaak van herhaalde miskramen. Dit roept altijd meteen de vraag op hoe een gezonde ouder een chromosoomafwijking kan hebben. Het antwoord is dat normale, gezonde mensen drager kunnen zijn van een chromosoomafwijking in een 'gebalanceerde vorm'. Twee stukjes van twee chromosomen zijn daarbij van plaats veranderd. Bij de betrokken ouder zijn er geen verschijnselen of klachten.

Bij zo'n 2-3% van herhaalde miskramen wordt zo'n gebalanceerde chromosoomafwijking bij een van de ouders gevonden. Niet alleen de kans op miskramen is dan verhoogd. Een kind heeft dan een verhoogde kans op een ongebalanceerde chromosoomafwijking. Een stukje van een chromosoom ontbreekt, terwijl een ander stukje van een chromosoom in drievoud aanwezig is. Kinderen die levend geboren worden, met zo'n ongebalanceerde chromosoomafwijking, hebben bijna altijd ernstig aangeboren afwijkingen. Bloedonderzoek bij beide partners kan aantonen of er sprake is van een chromosoomafwijking. De uitslag duurt vaak langer dan twee maanden. U hoeft niet op de uitslag te wachten als u wilt proberen opnieuw zwanger te worden. Mocht u opnieuw zwanger zijn voordat de uitslag bekend is, dan kan het bloed alsnog met spoed onderzocht worden.

Als bij u of uw partner een gebalanceerde chromosoomafwijking gevonden wordt, dan verwijst de gynaecoloog u naar een arts die gespecialiseerd is in erfelijke aandoeningen en chromosoomafwijkingen (klinisch geneticus) om de gevolgen te bespreken. Het kan zijn dat de afwijking bij meer familieleden voorkomt, en dat onderzoek voor hen ook zinvol is.

Een chromosoomafwijking is niet te behandelen. Wel is in een zwangerschap die niet eindigt in een miskraam, onderzoek mogelijk naar de chromosomen van het kind. Dit wordt prenatale diagnostiek genoemd. Meer informatie vindt u in de brochure "Prenatale diagnostiek bij aangeboren of erfelijke aandoeningen".

De aanwezigheid van antifosfolipide-antistoffen in het bloed

Antistoffen zijn belangrijk bij de afweer tegen ziekten. Soms maakt het lichaam verkeerde antistoffen. Ze gaan een reactie aan met cellen of onderdelen daarvan in het eigen lichaam. Zo reageren antifosfolipide-antistoffen met bepaalde vetten, waardoor deze niet meer goed werkzaam zijn. Er ontstaat dan kans op trombose, een afsluiting van een bloedvat.

Door zo'n afsluiting van een bloedvat in de placenta (moederkoek) ontwikkelt de vrucht zicht niet goed, zodat een miskraam ontstaat. Deze antifosfolipide-antistoffen komen bij ongeveer 2% van alle vrouwen voor en bij ongeveer 15% van de vrouwen met herhaalde miskramen.
Bloedonderzoek om te onderzoeken of antifosfolipide-antistoffen aanwezig zijn, wordt pas tien weken na een miskraam gedaan. Voor die tijd is de uitslag niet betrouwbaar. De hoeveelheid van deze antistoffen kan wisselen. Ook kunnen ze uit zichzelf verdwijnen. Daarom wordt het bloedonderzoek twee maanden later herhaald.
Er wordt onderzocht wat de beste behandeling is als bij vrouwen met herhaalde miskramen antifosfolipide-antistoffen in het bloed worden gevonden. Bloedverdunnende medicijnen kunnen voorkomen dat stolsels in bloedvaten van de placenta ontstaan. Waarschijnlijk wordt bij behandeling met deze medicijnen de kans op een volgende miskraam kleiner.

Een overmaat aan homocysteïne
Homocysteïne is een bouwsteen van eiwit (aminozuur) dat van belang is bij de stofwisseling. Het is bij alle mensen aanwezig. Soms wordt het onvoldoende afgebroken of niet voldoende omgevormd tot een andere aminozuur. Zo ontstaat er teveel homocysteïne in het bloed. Hierdoor wordt de kans op een miskraam vermoedelijk groter en daarmee ook de kans op meerdere miskramen. De hoeveelheid homocysteïne kan door bloedonderzoek bepaald worden. Hiervoor moet u nuchter zijn.

Als bloedonderzoek een verhoogd gehalte van homocysteïne aantoont, wordt vaak ook de hoeveelheid van een paar vitaminen in het bloed gemeten. Ook kan een methioninebelastingstest worden uitgevoerd. Methionine is een ander aminozuur, dat in homocysteïne kan veranderen en omgekeerd. U krijgt een speciaal voor u berekende hoeveelheid methionine te drinken. Daarna wordt in het bloed gemeten hoe het homocysteïnegehalte verandert.
Een verhoogd gehalte aan homocysteïne is over het algemeen goed te behandelen met vitaminen. Hoewel het nog niet helemaal bewezen is, zijn er wel sterke aanwijzingen dat de kans op een volgend miskraam bij gebruik van deze vitaminen kleiner wordt.

Een probleem is dat het voor betrouwbaar onderzoek naar homocysteïne noodzakelijk is om een half jaar geen foliumzuur te gebruiken. Juist voor vrouwen die al verschillende miskramen hebben gehad en graag weer opnieuw zwanger willen worden is dit een bezwaar. Bovendien wordt de methioninebelastingstest niet in alle ziekenhuizen gedaan.

Stollingsafwijkingen in de familie van de vrouw

In enkele families komt vaker dan gebruikelijk een stollingsafwijking voor. Doordat het bloed dan de neiging heeft sneller te stollen, kan een afsluiting van een bloedvat door een bloedstolsel (trombose) ontstaan. Ook een embolie, het losschieten van een bloedprop, of een beroerte komt in deze families vaker voor.
Bij een stollingsafwijking is de kans op een miskraam verhoogd. Een voorbeeld van een stollingsafwijking is factor-V-Leiden. De meeste stollingsafwijkingen zijn vrij zeldzaam, een uitzondering is de APC-resistentie die bij zo'n vijf procent van de bevolking aanwezig is. Vooral als er in uw familie vaak trombose voorkomt, is bloedonderzoek zinvol.
Soms is al bekend dat er ene bepaalde stollingsafwijking in de familie aanwezig is. Dan kan gekeken worden of u ook deze stollingsafwijkingen heeft.
In andere gevallen bent u misschien de eerste in de familie bij wie onderzoek plaatsvindt om na te gaan of er sprake is van een erfelijke stollingsafwijking.
Het is onbekend of behandeling met bloedverdunnende middelen de kans op een miskraam verkleint als u een stollingsafwijking heeft.

Een overmaat van hormoon LH

Het luteïniserend hormoon (LH) wordt door de hypofyse gemaakt. De hypofyse is een aanhangsel van de hersenen dat verschillende hormonen maakt die organen aansturen. Het LH-hormoon is van belang bij de eisprong. Een overmaat van LH kan voorkomen bij bepaalde afwijkingen van eierstokken, bijvoorbeeld het PCOS (polycysteus-ovarium-syndroom). Hierbij zijn in de eierstokken veel kleine cysten gevuld met vocht. Ze zijn zichtbaar met echoscopisch onderzoek. De hoeveelheid LH kan bepaald worden in het bloed, ongeveer halverwege de periode tussen het begin van de menstruatie en de eisprong.
Als de hoeveelheid LH in het bloed verhoogd is, is de kans op een spontane miskraam groter.

Het is helaas niet goed mogelijk om deze overmatige aanmaak van LH te behandelen en daarmee de kans op een of meerdere miskramen te verminderen.

De ziekte van Wilson
Dit is een erfelijke stofwisselingsziekte die zelden voorkomt. Het lichaam slaat dan te veel koper op in verschillende organen. De ziekte is herkenbaar door een groene ring in het hoornvlies van het oog. Als deze ziekte niet behandeld wordt, is kans op miskramen groter.

Een afwijkende vorm van de baarmoeder of baarmoederholte
Er bestaan verschillende oorzaken voor een afwijkende vorm van de baarmoeder of de baarmoederholte. Aangeboren afwijkingen zijn bijvoorbeeld een dubbele baarmoeder of een tussenschot in de baarmoederholte.
Een andere oorzaak van een aangeboren afwijkende vorm van de baarmoederholte is DES-gebruik van uw moeder toen zij zwanger was van u. DES is een medicijn dat in Nederland aan zwangere vrouwen werd gegeven tussen 1947-1975 om een miskraam te voorkomen.
Ook kan de baarmoederholte afwijkend zijn door verklevingen, bijvoorbeeld na een curettage na een miskraam. Een kleine vleesboom aan de binnenzijde van de baarmoederholte kan ook de vorm van de baarmoederholte veranderen.
Mogelijk nestelt de placenta (moederkoek) zich bij een afwijkende vorm van de baarmoederholte niet goed in, met als gevolg een verhoogde kans op miskramen. Echt bewezen is dit niet. Of operaties aan de baarmoeder de kans vergroot dat een volgende zwangerschap niet goed afloopt, is dan ook niet bekend. Alleen een operatie om een vleesboom uit de baarmoederholte weg te halen lijkt hier wel zinvol.
Als bij echoscopisch onderzoek het vermoeden bestaat op een afwijkende vorm van de baarmoeder of baarmoederholte, bespreekt de gynaecoloog met u of een van de volgende zwangerschappen zinvol is.

Diagnostische hysteroscopie
Een diagnostische hysteroscopie is een onderzoek waarbij de gynaecoloog de baarmoederholte via een buisje bekijkt. Dit kijkbuisje wordt via de schede ingebracht. Het onderzoek vindt meestal plaats onder plaatselijke verdoving.
Zo kan de arts zien of er afwijkingen zijn aan de binnenkant van de baarmoeder.

Hysterosalpingogram (HSG)
Ook dit onderzoek heeft als doel informatie over de baarmoederholte te krijgen. Via de schede wordt contrastvloeistof in de baarmoeder gebracht. Daarna wordt een röntgenfoto gemaakt.

Diagnostische laparoscopie
Een diagnostische laparoscopie is een onderzoek dat onder narcose in dagbehandeling plaatsvindt.
Via een kijkbuisje wordt in de buikholte gekeken. Zo beoordeelt de gynaecoloog de buitenkant van de baarmoeder, de eierstokken en de eileiders.

Kunt u een nieuwe miskraam voorkomen?

Helaas zijn er weinig mogelijkheden om een nieuwe miskraam te voorkomen. Bij de meeste vrouwen wordt er immers geen oorzaak gevonden. Behandelingsmogelijkheden zijn er alleen voor vrouwen met antifosfolipide-antistoffen of een verhoogd homocysteïnegehalte in het bloed.
Wij kunnen alleen adviseren om als u opnieuw zwanger wilt worden, te proberen zo gezond mogelijk te leven. Dat betekent gezond en gevarieerd eten, niet overmatig drinken, niet roken en geen medicijnen innemen zonder overleg.
Maar zoals u mogelijk al hebt ervaren als u zich al aan deze regels hield, ook dan is een volgende miskraam niet met zekerheid te voorkomen.
Aan elke vrouw die (opnieuw) zwanger wilt worden, wordt geadviseerd om dagelijks een tablet foliumzuur te gebruiken. Mocht u voorafgaand aan de miskraam geen foliumzuur gebruikt hebben dan hoeft u zich daar niet schuldig om te voelen. Foliumzuur vermindert meestal niet de kans op een miskraam, maar wel de kans op een kindje met een open rug.

Emotionele aspecten

Veel vrouwen en hun partner maken na een miskraam een moeilijke tijd door. Elke miskraam betekent een nieuwe teleurstelling en maakt weer een einde aan alle plannen en fantasieën over het verwachte kind. Verdriet, schuldgevoel, ongeloof, boosheid en een gevoel van leegte zijn veel voorkomende emoties, na elke miskraam opnieuw. Zeker als een miskraam zich keer op keer herhaalt, betekent dit vaak een psychische belasting.

Omdat de omgeving vaak niet op de hoogte is van de zwangerschap, is het vaak moeilijk met anderen over deze emoties te spreken. Toch is dat belangrijk voor de verwerking.

Voor velen is het ook heel moeilijk te accepteren als het onderzoek geen duidelijke oorzaak aantoont en behandeling niet mogelijk is. In dat geval ervaren de meeste gevoelens van angst en onzekerheid en vragen zij zich af of zij ooit nog eens een eigen kind in hun armen zullen houden.

Bij de kleine groep vrouwen bij wie wel een behandelbare oorzaak wordt gevonden, is er vaak opluchting. Tegelijkertijd roept de aanwezigheid van de gevonden afwijking ook vragen en onzekerheden op: zijn er andere gevolgen voor de gezondheid en welke?
Tot slot, hoe schraal de troost misschien ook mag zijn, leert de ervaring dat veel vrouwen ondanks herhaalde miskramen uiteindelijk wel een gezond kind krijgen.

Hulporganisaties

Voor vrouwen en hun partners die naast gesprekken met de behandeld arts behoefte hebben aan extra steun of informatie, noemen wij hier enkele huporganisaties.

Freya, patiëntenvereniging voor vruchtbaarheidsproblematiek
Postbus 476
6600 AL Wijchen
tel/fax: (024) 645 1088
www.freya.nl

Landelijke patiëntenvereniging die vanuit ervaringsdeskundigheid een luisterend oor kan bieden en informatie kan verstrekken aan paren die ongewild kinderloos zijn. Freya kan ook bemiddelen bij lotgenotencontact voor problemen rond (herhaalde) miskramen en geeft onder meer informatie over adoptie, eiceldonatie en draagmoederschap.

Vereniging Samenwerkende Ouderen Patiëntenorganisaties (VSOP)
Betrokken bij erfelijke en/of aangeboren afwijkingen.
Vredehofstraat 31
3761 HA Soestdijk
Telefoonnummer: (035) 602 8155
E-mail: vsop@vsop.nl
www.erfocentrum.nl

Voor vragen over erfelijkheid, aangeboren afwijkingen en lotgenotencontact kunt u contact opnemen met de ERFO-lijn van de VSOP.

tel: (035) 602 8555 (op werkdagen tussen 10.00 uur en 15.00 uur)

Landelijke stichting Rouwbegeleiding
De LSR geeft informatie over rouw en verliesverwerking en is behulpzaam bij het zoeken naar hulpverleningsinstanties in de woonomgeving.

Postbus 13189
3507 LD Utrecht
Telefoonnummer: (030) 276 1500 (op werkdagen van 09.00 uur en 12.00 uur)
www.verliesverwerken.nl
E-mail: LSR@hetnet.nl

Landelijke zelfhulporganisatie Ouders van een overleden kind
Postbus 418
1400 AK Bussum
Telefoonnummer: (0252) 370 604 (op werkdagen van 09.00-12.00 uur, 14.00-17.00 uur en 19.00-22.00 uur)

Deze organisatie is van ouders die begrip en medeleven willen bieden aan lotgenoten. Dit wordt gedaan door mensen die zelf hun verlies, verdriet en isolement hebben doorgeworsteld en nu in staat zijn om anderen te helpen.

FIOM, Stichting Ambulante FIOM
Centraal buro
Kruisstraat 1
5211 DT 's Hertogenbosch
tel: (073) 612 8821
fax: (073) 612 2390

Een landelijke instelling voor hulpverlening bij vragen op het terrein van zwangerschap en ouderschap, met regionale vestigingen door het hele land. Behalve informatie biedt de stichting individuele hulp en organiseert zij groepsbijeenkomsten.
www.fiom.nl

DES actie- en informatiecentrum
Wilheminapark 25
3581 NE Utrecht
Telefoonnummer: (030) 251 8339 (maandag van 14.00-17.00 uur en dinsdag van 10.00-13.00 uur)

Tot slot

Heeft u nog vragen? Bespreek deze met uw gynaecoloog, verloskundige of huisarts: zij zijn te allen tijde bereid al uw vragen te beantwoorden.

Locatie Enkhuizen
Molenweg 9b
1601 SR Enkhuizen
T. 0228 312 345

Locatie Hoorn
Maelsonstraat 3
1624 NP Hoorn
T. 0229 257 257

Locatie Purmerend
Waterlandlaan 250
1441 RN Purmerend
T. 0299 457 457

Locatie Volendam
Heideweg 1b
1132 DA Volendam
T. 0229 257 500

Postbus 600, 1620 AR Hoorn

www.dijklander.nl
info@dijklander.nl

WLZ-10067-NL 10 december 2020

DIJKLANDER ZIEKENHUIS