



Intra-uteriene groevertraging

Afdeling Verloskunde/Gynaecologie

Inleiding

Je krijgt deze folder omdat je zwanger bent van een baby dat in verhouding te klein is voor uw zwangerschapsduur. Een groeivertraging van de baby tijdens de zwangerschap kan verschillende oorzaken hebben.

In deze folder vindt je informatie over mogelijke oorzaken van groeivertraging en over de behandeling.

Intra-uteriene groeivertraging

Wanneer de baby in verhouding tot de zwangerschapsduur te klein is wordt er gesproken van intra-uteriene groeivertraging. (Intra-uterien = in de baarmoeder.) Als de verloskundige of gynaecoloog vermoedt dat er sprake is van een intra-uteriene groeivertraging dan wordt er in het ziekenhuis een nauwkeurige echo gemaakt. Met behulp van de echo worden het hoofd, de romp en het bot van het bovenbeen van de baby gemeten. Met deze bevindingen kan het gewicht worden geschat.

Er zijn twee vormen van intra-uteriene groeivertraging:

- **Asymmetrische groeivertraging:** dat wil zeggen dat de groeivertraging niet in verhouding staat tot het hele lichaam van de baby. Bijvoorbeeld als de baby een te kleine buik heeft in verhouding tot de rest van het lichaam.
- **Symmetrische groeivertraging:** dat wil zeggen dat de groeivertraging wel in verhouding staat tot het lichaam van de baby; in dat geval is de baby in zijn hele lichaam vertraagd in de groei.

Oorzaken

Verminderde placentafunctie

De groei van de baby wordt bepaald door het eigen groeivermogen en door de aanvoer van zuurstof en voedingsstoffen vanuit de placenta (= moederkoek). Bij het overgrote deel van de groeivertraagde kinderen is de oorzaak een aanvoerstoornis ten gevolge van een verminderde placentafunctie. Doordat de placenta niet goed functioneert, krijgt de baby steeds minder aanvoer van zuurstof en voedingsstoffen. Met name in de tweede helft van de zwangerschap kan het aanbod vanuit de placenta tekort gaan schieten. Het is een proces dat zich niet meer herstelt of verbetert in de zwangerschap.

Bij een hoge bloeddruk in de zwangerschap zoals bij pre-eclampsie en het HELLP-syndroom is de kans verhoogd om een intra-uteriene groeivertraging te krijgen. Bij pre-eclampsie en het HELLP-syndroom is namelijk ook de functie van de placenta verminderd. Omgekeerd kan ook de slechte placentafunctie een te hoge bloeddruk in de zwangerschap veroorzaken (zie voor meer informatie over deze onderwerpen de patiëntenfolders “Zwangerschapshypertensie” en “Complicaties van hoge bloeddruk en HELLP-syndroom in de zwangerschap”). Kenmerkend voor de kinderen met groeivertraging ten gevolge van verminderde placentafunctie is de asymmetrische groeivertraging.

Andere oorzaken van groeivertraging

Ook leeftijd, het aantal gebarde kinderen, ras, voedingstoestand en leefgewoontes (roken, drugs, alcohol) van een vrouw spelen een rol in het ontstaan van intra-uteriene groeivertraging. Verder kunnen sommige infecties van de baby in de baarmoeder zoals toxoplasmose, rode hond, cytomegalie (één van de herpesvirussen) en aangeboren afwijkingen groeivertraging veroorzaken.

Sommige kinderen zijn genetisch klein waardoor het vermoeden kan bestaan op een intra-uteriene groeivertraging.

Het vaststellen van de diagnose

Een groeivertraging kan worden ontdekt tijdens de controle door de verloskundige of gynaecoloog. De hoogte van de baarmoeder wordt gemeten en wanneer dit niet overeenkomt met de duur van de zwangerschap is de baby waarschijnlijk te klein.

Er wordt dan ter controle een echoscopie gemaakt.

Tijdens een echoscopie worden een aantal lichaamsdelen gemeten, zoals de omtrek van het hoofd, romp en de lengte van het bovenbeen. Met behulp van deze maten kan de duur van de zwangerschap en de groei en het gewicht van de baby worden bepaald. In sommige gevallen zal ook de bloeddoorstroming van de placenta gemeten worden.

De gevolgen en de behandeling

Bij het vaststellen van de groeivertraging wordt bekeken of opname in het ziekenhuis nodig is of intensievere poliklinische controles met thuismonitoring noodzakelijk zijn. Wanneer je wordt opgenomen wordt je verwacht in het centrum voor geboortezorg.

Je mag op de afdeling gerust rondlopen. Strikte bedrust heeft namelijk geen meerwaarde voor het beter groeien van de baby.

Onderzoeken

De volgende onderzoeken vinden tijdens de opname plaats.

Echo en flowmeting

Tijdens de echo wordt niet alleen het gewicht van de baby geschat maar ook wordt er een flowmeting (Doppler) gedaan. Bij een flowmeting wordt gekeken naar de bloeddorstrooming in met name de navelstrengbloedvaten. Bij intra-uteriene groeivertraging die wordt veroorzaakt door een verminderde placentafunctie is dat aan de uitslag van de flowmeting te zien. De flowmeting zegt dus wat over de conditie van de placenta. Tijdens de opname wordt de echo en flowmeting zonodig herhaald.

CTG

De conditie van uw baby wordt nauwkeurig geobserveerd door het maken van CTG's . Een CTG is een hartfilmpje van uw baby. De gynaecoloog spreekt af hoe vaak de verpleegkundige een CTG moet maken. Verder wordt regelmatig uw bloeddruk gemeten en zo nodig uw bloed gecontroleerd. Afhankelijk van de zwangerschapsduur en het geschatte gewicht kan er overwogen worden om u over te plaatsen naar een academisch ziekenhuis.

Zwanger naar huis

Wanneer de CTG's goed zijn en uit de echo's blijkt dat de baby adequaat groeit mag u weer naar huis en krijgt u een poli-afpraak mee. Het kan ook zijn dat u de thuismonitoring in gaat (zie folder "thuismonitoring").

Minder leven voelen

Meestal voel je de baby voor het eerst bewegen als je ongeveer 18 tot 20 weken zwanger bent. Heb je al eens een baby gekregen? Dan herken je het gevoel meestal eerder. Vanaf 27 weken zwangerschap is het belangrijk dat je de baby dagelijks voelt bewegen. Bedenk daarbij dat de ene baby de andere niet is. De ene baby is veel actiever dan de andere. Als je zelf actief bent met bijvoorbeeld werk, sporten of huishoudelijk werk, dan kun je de baby minder voelen bewegen.

De baby krijgt alle voedingsstoffen en zuurstof via de moederkoek en de navelstreng. Zolang er voldoende toevoer is beweegt de baby goed. Als de moederkoek onvoldoende werkt dan beweegt de baby minder om energie te sparen. Hoe groter en ouder de baby wordt, hoe meer het slaapt. De baby krijgt dan ook steeds meer een slaap- en waakritme, waarbij de baby gedurende ongeveer 45 minuten rustig is om vervolgens weer gedurende enige tijd te bewegen om daarna weer te slapen.

Ook krijgt de baby aan het einde van de zwangerschap steeds minder ruimte om te bewegen. Hierdoor voel je de baby de laatste periode voor de geboorte meestal 'anders'.

Hoe vaak kun je de baby voelen bewegen?

- Ben je bezig met de gewone dagelijkse dingen? Dan is minstens 5 keer over de dag verspreid voldoende.
- Ben je in rust en is je aandacht helemaal gericht op de bewegingen van de baby? Dan is enkele keren per uur voldoende.

Let op:

- Veel bewegingen op één moment, telt als één beweging.
- Als de baby de hik heeft telt dat niet mee.

Je neemt direct contact op met de verloskundige of gynaecoloog als:

- Je er 'geen goed gevoel over heeft', bij ongerustheid of twijfel over de bewegingen van de baby.
- De baby ineens veel minder beweegt dan je gewend bent.
- Je de baby 2 uur achter elkaar niet gevoeld hebt, terwijl je in rust was en je aandacht helemaal gericht was op de baby.

Leefgewoontes

Roken schaadt de gezondheid. In de zwangerschap is bewezen dat roken de groei en ontwikkeling van de baby remt. Ook is er een verhoogde kans op overlijden van de baby. Geadviseerd wordt om tijdens de zwangerschap in ieder geval te stoppen met roken. Indien er thuis andere mensen roken is het verstandig dat deze buiten roken en dus niet in directe nabijheid van de zwangere of het pasgeboren baby.

Bevalling

Indien de baby niet meer goed groeit kan er besloten worden om de baby geboren te laten worden. Afhankelijk van de conditie van de baby zal de keuze gemaakt worden tussen een inleiding (zie folder “Inleiding van de baring”) of een keizersnede (zie folder “Keizersnede”).

Longrijping

Meestal zijn de longen van de baby vanaf 34 weken zwangerschap rijp (voldoende ontwikkeld). Als je onder 34 weken bent krijg je gedurende twee dagen een injectie om de longrijping te versnellen. De injectie krijg je in de bil of bovenbeen.

Na de bevalling

De baby dat in groei is achtergebleven als gevolg van een verminderde placenta-functie wordt “dysmatuur” genoemd. De baby is mager en de huid is gerimpeld en rood doordat hij geen onderhuids vet heeft. Ook heeft een dysmatuur baby geen huidsmeer meer. Bovendien lijkt het hoofd bij deze kinderen nog groter in verhouding tot de romp. De baby wordt afhankelijk van het termijn van de zwangerschap, gewicht en start na de geboorte zonodig op de Kinderafdeling opgenomen.

Borstvoeding

Bij zeer kleine en te vroeg geboren kinderen is het maag-darmkanaal nog niet in staat om voedsel op te nemen. Vaak mag de baby wel een klein beetje voeding krijgen ter bescherming van de maagwand. Bij deze kinderen heeft borstvoeding de voorkeur omdat borstvoeding het lichtst verteerbaar is. Bovendien bevat borstvoeding antistoffen waardoor de baby weerstand kan opbouwen.

Om de borstvoeding op gang te laten komen kun je gaan kolven (zie voor meer informatie patiëntenfolder “Afkolven van moedermelk”). Als je daar behoefte aan hebt is er ook de mogelijkheid om contact op te nemen met de lactatiekundige.

Tot slot

Heb je na het lezen van deze brochure nog vragen of wil je meer informatie dan zal de gynaecoloog of verloskundige of verpleegkundige je graag te woord staan. Ook als je eenmaal thuis bent kun je gerust contact opnemen met onze afdeling.

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-20461-NL 13 juni 2022