



Vroegtijdige weeën en dreigende vroeggeboorte

Verloskunde

Inleiding

Deze brochure geeft informatie over de oorzaak, gevolgen en behandeling van vroegtijdige weeën. Een zwangerschap duurt gemiddeld 40 weken, maar een periode van 37-42 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. De baby is dan bij de geboorte nog onrijp en heeft extra medische verzorging nodig. Een 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 de baby plaatsvindt in een optimale situatie. Misschien heb je na het lezen van deze folder nog vragen. De gynaecoloog geeft je 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 weeën die voor ontsluiting van de baarmoedermond zorgen, 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 hele 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 op gebroken vliezen. Wanneer er twijfel is of er sprake is van vruchtwaterverlies, zal er een amnisure verricht worden. Dit is een test waarbij er met een staafje wat vocht wordt afgenomen vanuit de vagina. Door dit staafje daarna in een vloeistof te zetten wordt duidelijk als er vruchtwater aanwezig is of niet.

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 de baby kunnen uitbreiden. Zowel de moeder als de baby kunnen daar ziek van worden.

Daarom houdt men de temperatuur van de moeder en de hartslag van de baby goed in de gaten. Soms wordt antibiotica door de arts voorgeschreven om een infectie te voorkomen of te behandelen. Deze medicijnen, die aan de moeder gegeven worden, komen via de placenta ook bij de baby 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.

De 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. 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 je huidige zwangerschap, zoals een meerlingzwangerschap, een te grote hoeveelheid vruchtwater (polyhydramnion), een ontsteking, bloedverlies in de zwangerschap, te vroeg breken van de vliezen, roken e/o drugsgebruik, obesitas, slapte van de baarmoedermond (cervixinsufficiëntie) en ziekte van de aanstaande moeder, vooral een infectieziekte.

Onderzoek

Bij vroegtijdige weeën doet de gynaecoloog of klinisch verloskundige onderzoek om te beoordelen of er werkelijk sprake is van een dreigende vroeggeboorte. Om te beoordelen of er al ontsluiting is wordt veelal een inwendig onderzoek verricht (vaginaal toucher). Met een vaginale echo kan er gekeken worden of er sprake is van een verkorte baarmoederhals. Deze onderzoeken vinden over het algemeen alleen plaats 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.

Wanneer er sprake is van een verkorte baarmoederhals, wordt er in sommige gevallen een fibronectinetest verricht. Met een fibronectinetest kan ingeschat worden hoe groot de kans is dat een zwangere daadwerkelijk binnen een week bevalt. Voor deze test wordt er met een wattenstaafje wat afscheiding verzameld.

Daarnaast zijn andere onderzoeken mogelijk om je conditie en die van de baby 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 de baby op deze weeën kan men beoordelen 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 is het ook mogelijk de lengte van de baarmoedermond te meten. Bloed- en urineonderzoek kan aanvullende informatie geven over de conditie en over aanwijzingen voor infecties, zoals een blaasontsteking. De verpleegkundige controleert regelmatig je bloeddruk en temperatuur.

Behandeling van een dreigende vroeggeboorte

De behandeling is afhankelijk van de duur van de zwangerschap, je conditie en die van de baby 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. Voor 34 weken zwangerschapsduur schrijft de gynaecoloog bij weeënremming vrijwel altijd ook corticosteroiden aan de moeder voor, om de rijping van de longen en andere organen van de baby te bevorderen. Weeënremming voor 24 weken en na 34 zwangerschapsweken is niet zinvol. In bepaalde situaties (zoals een ernstige hoge bloeddruk, ernstige groeivertraging van de baby of bij infecties in de baarmoeder) ziet men al voor de 33-34ste zwangerschapsweek af van weeënremming en houdt men de geboorte van de baby niet tegen.

Het is gebruikelijk de geboorte van kinderen die nog geen 32 zwangerschapsweken oud zijn, in een academisch ziekenhuis te laten plaatsvinden. Een dergelijk ziekenhuis beschikt over een neonatale intensive care afdeling (NICU), waar intensievere zorg zoals mogelijkheden tot beademing aanwezig is.

Corticosteroiden

Corticosteroiden zijn bijnierschors hormonen. 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 corticosteroiden aan de moeder. Deze middelen komen via de placenta bij de baby. De longen en andere orgaansystemen van de baby rijpen dan versneld. Kinderen 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. Voorbeelden van dergelijke medicijnen zijn betamethason en dexamethason. De bijwerkingen voor de moeder zijn gering. De baby kan de eerste tijd wat minder bewegelijk 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 meest gebruikte weeënremmers zijn de calciumblokker nifedipine (Adalat[®]) en de oxytocine-antagonist atosiban (Tractocile[®]). Atosiban wordt via een infuus toegediend, nifedipine neem je als pil in. Nifedipine is niet officieel als weeënremmer geregistreerd, het is wel zo dat er ruimschoots onderzoek is gedaan naar en ervaring is met het gebruik ervan als weeënremmer.

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 de kans van de baby te verbeteren door het geven van corticosteroiden en/of overplaatsing van de zwangere vrouw naar een academisch ziekenhuis met een NICU.

Bijwerkingen van weeënremmers

Calciumblokkers kunnen als belangrijkste klacht hoofdpijn geven. Daarnaast kunnen soms klachten optreden van hartkloppingen, trillerig en gejaagd gevoel en misselijkheid. Atosiban geeft in het algemeen geen bijwerkingen, nadeel is wel dat het via een infuus moet worden toegediend. 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 geboren te laten worden.

Kinderafdeling en kinderarts

Wanneer je opgenomen bent in verband met dreigende vroeggeboorte is het vaak mogelijk om al voor de bevalling de couveuse/kinderafdeling van het ziekenhuis te bezoeken. Zo krijg je een idee waar de baby na de bevalling terecht komt.

Als de bevalling doorzet

Een premature baby kan op de natuurlijke manier, via de vagina, geboren worden. Een premature baby kan minder reserve hebben 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 premature baby kunt u borstvoeding geven. Te vroeg geboren baby's hebben vaak moeite met goed aan de borst drinken, omdat de kracht en zuigreflex verminderd zijn. U kunt kolven en wanneer er al moedermelk opgevangen kan worden, zal de verpleegkundige dit aan je kind geven. Voor meer informatie, zie folder "Afkolven van moedermelk".

Wanneer je kind op de neonatologie afdeling wordt opgenomen, kunnen jij en je partner verblijven op de suite van de baby, mits de medische situatie van jou dit toelaat. Zolang je een medisch kraambed heeft val je onder de zorg van de gynaecoloog en zal een verpleegkundige/kraamverzorgster van het Centrum van Geboortezorg je controles in de gaten houden. Wanneer je van de gynaecoloog met ontslag zou mogen, neemt de kraamzorg en de eerstelijns verloskundige de zorg voor je over, ook wanneer je nog verblijft op de neonatologie afdeling.

Als de bevalling niet doorzet

Na 48 uur worden de weeënremmers gestopt, dit is de periode dat de longrijping is afgerond. Wanneer de weeën zijn afgezakt is bedrust is niet meer noodzakelijk en je kunt steeds vaker rondlopen. Als er opnieuw weeën optreden adviseert men zo nodig een tweede periode van weeënremming. Wanneer alles rustig blijft ga je naar huis met het advies om de eerste tijd rust te houden. Pas als blijkt dat er geen nieuwe weeën optreden kun je je dagelijkse activiteiten weer oppakken. Ook is er dan geen bezwaar meer tegen vrijen en eventuele werkhervatting.

Controle door de gynaecoloog is waarschijnlijk niet meer nodig, en terugverwijzing naar de verloskundige is mogelijk (behalve als er een andere reden was voor controle bij de gynaecoloog).

Bij gebroken vliezen blijf je onder controle van de gynaecoloog en adviseert men gedoseerde rust, temperatuurcontrole en wordt de conditie van de baby in de gaten houden via poliklinisch CTG of thuismonitoring.

Tot slot

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

Patiëntenorganisaties

Care 4 Neo

Marshallweg 13 (unit 2)

3068 JN Rotterdam

Telefoon: (070) 38 62 535

Algemene e-mail: info@care4neo.nl

Vereniging Keizersnede-Ouders

Postbus 233

2170 AE Sassenheim

Telefoon (076) 50 37 117

Notities:

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-10082-NL 12 juni 2022