

Vroegtijdige weeën en dreigende vroeggeboorte

Inleiding	2
Vroegtijdige weeën	2
Risicofactoren	3
Behandeling van een dreigende vroeggeboorte	4
Medicatie	6
De bevalling	7

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. Vroegtijdige weeën zijn weeën die optreden voor 37 weken. Ze kunnen leiden tot een bevalling op een te vroeg tijdstip, dus voordat de zwangerschapsduur 37 weken is. Dit heet een preterm 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 de bevalling uit te stellen en te zorgen dat de geboorte van het kind plaatsvindt in een optimale situatie. Daarom zul je vanuit een thuis situatie altijd verwezen worden naar het ziekenhuis. Mocht je het idee hebben dat je vroegtijdige weeën hebt, neem dan contact op met je (1e of 2e lijns) verloskundige. Misschien heb je na het lezen nog vragen. Je gynaecoloog geeft jou graag meer informatie.

2

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 op gebroken 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

In Nederland wordt 7-8% van alle baby's te vroeg geboren. Vaak is de oorzaak van vroegtijdige weeën en vroeggeboorte onbekend. Je 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. 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, 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 verdenking op gebroken vliezen, kan men een "amnisure" doen: men brengt een wattenstaafje in de schede, die daarna in een vloeistof wordt gedaan, waarna er een uitslag gegeven wordt of de vliezen echt gebroken zijn of niet. Soms kijkt men ook nog met een spreider (speculum).

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.

4

Echoscopisch onderzoek geeft informatie over de ligging en de conditie van je 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 je conditie en over aanwijzingen voor infecties, zoals een blaasontsteking. De verpleegkundige controleert meestal regelmatig je bloeddruk en temperatuur, en vaak luistert men ook naar je hart en longen.

Behandeling van een dreigende vroeggeboorte

Onder de 24 weken

Spijtig genoeg kunnen we niets doen als je onder de 24 weken bevalt. Het kindje zal komen te overlijden tijdens of direct na de bevalling.

Tussen de 24-26 wk

Bij deze termijn zal je doorgestuurd worden naar het UMCG om een gesprek te krijgen met de gynaecoloog en neonatoloog (kinderarts) omdat het kind veel risico's loopt mocht het geboren worden. Behandeling vindt na dit gesprek plaats.

Tussen de 26-32 wk

Bij deze termijn wordt weeënremming gegeven, vooral om de corticosteroïden die gegeven worden voor de longrijping van je kind, goed in te laten werken. Ook wordt, als een bevalling spoedig wordt verwacht, magnesiumsulfaat in een infuus gegeven. Dit geeft minder risico op een hersenbloeding bij de pasgeborene.

Echter bij deze termijn zullen we wel proberen de bevalling te laten plaats vinden in het UMCG omdat daar de zorg voor de pasgeborene meer gespecialiseerd is.

5

Tussen de 32-34 wk

Bij deze termijn worden weeënremming en corticosteroïden gegeven. Maar geen magnesiumsulfaat meer. De bevalling kan (als er geen andere afwijkende dingen zijn) in Nij Smellinghe plaats vinden.

Na de 34 wk zal een bevalling niet meer geremd worden.

Afhankelijk van de bloeduitslagen, van de klinische toestand en de kweek uitslagen, zal er besloten worden antibiotica te geven gedurende de bevalling.

Medicatie

Corticosteroiden

Corticosteroiden zijn bijnierschors hormonen. Deze worden gegeven in de vorm van een injectie aan de moeder met als doel de longen van de kinderen die evt. te vroeg geboren worden (< 34 wk) sneller te laten rijpen. Deze injectie wordt na 24 uur herhaald. De bijwerkingen zijn gering: soms kunnen de suikers verstoord raken, vooral bij de moeders die zwangerschap suikerziekte hebben.

Weeënremmende medicijnen

Als je < 34 wk zwanger bent, willen we graag de weeën remmen, vooral om de corticosteroiden te laten inwerken. Dit doen we door nifedipine te geven, een tablet die je onder de tong moet innemen. Dit is eigenlijk een bloeddruk verlager, maar wordt ook onofficieel als weeënremmer ingezet. Wel moet, tijdens het begin van de inname, de bloeddruk van de moeder goed in de gaten gehouden worden en zal er ook een CTG gemaakt worden. In geval van een tweeling, wordt een middel via het infuus gegeven: tractocile.

Magnesiumsulfaat

Dit middel wordt vooral < 32 wk gegeven en is om de uitkomsten van de baby te verbeteren (vooral ter voorkoming van hersenbloedingen). Als bijwerking kan je wat wollig in het hoofd voelen en wat opvliegers krijgen.

Kinderarts

Voor de bevalling kun je een gesprek met een kinderarts of kinderverpleegkundige aanvragen om uitleg te krijgen over wat je als ouders te wachten staat. Over het algemeen wordt een prematuur geboren kind net zo lang opgenomen, totdat hij/zij de 37 wk gehaald zou hebben. (dus bij geboorte bij 34 wk wordt een kind 3 wk opgenomen).

De bevalling

Als de bevalling toch 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 (nadat het bij een goede conditie eerst huid-op-huid bij jou heeft gelegen). Ook aan een prematuur kind kun je borstvoeding geven. Te vroeg geboren baby's drinken vaak slecht aan de borst, omdat ze meestal de kracht en zuigreflex nog niet hebben. Je kunt dan kolven en de moedermelk per sonde aan je kind geven. In principe worden ouder en kind niet gescheiden: in de eerste acht dagen mogen beide ouders blijven slapen, daarna 1 van de ouders.

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 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 opnemen. Ook is er dan geen bezwaar meer tegen vrijen en eventuele werkhervatting. Controle door de gynaecoloog is niet meer nodig, en terugverwijzing naar je 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.

Soms kan er voor gekozen worden naar huis te gaan en thuis hartfilmpjes te maken (dit heet thuismonitoring). Mocht er koorts optreden of het vruchtwater een groene kleur krijgen, dan moet je uiteraard direct met de verloskamers bellen en weer terug komen voor opname.

Meer informatie:

www.degynaecoloog.nl

www.deverloskundige.nl