

Vroegtijdige weeën en dreigende vroeggeboorte

Naar het ziekenhuis? Lees eerst de informatie op www.asz.nl/brmo.

informatie

**Albert
Schweitzer**
ziekenhuis



Inleiding

In deze folder leest u meer over de oorzaak, gevolgen en behandeling van vroegtijdige weeën. Een zwangerschap duurt gemiddeld 40 weken, maar een periode van 37 tot 42 weken wordt beschouwd als een normale duur van de zwangerschap.

Vroegtijdige weeën zijn weeën die optreden voor 37 weken zwangerschap. Ze kunnen leiden tot een bevalling op een te vroeg tijdstip, dat wil zeggen voordat de zwangerschapsduur 37 weken is. Dit noemen we een preterm bevalling. Uw baby is dan bij de geboorte nog onrijp en heeft extra medische verzorging nodig. Een te vroeg geboren baby wordt een premature baby genoemd.

Als er sprake is van vroegtijdige weeën en dreigende vroeggeboorte wordt u opgenomen bij Rhena.

De behandeling van vroegtijdige weeën heeft als doel het tijdstip van de bevalling uit te stellen en ervoor te zorgen dat de geboorte van uw baby plaatsvindt in een zo goed mogelijke situatie.

Vroegtijdige weeën

Weeën zijn pijnlijke samentrekkingen van de baarmoeder die zorgen voor ontsluiting van de baarmoedermond en uiteindelijk tot de bevalling. Als ze meer dan drie weken voor de uitgerekende datum optreden, spreken we van vroegtijdige weeën. Het kan dan gaan om een dreigende vroeggeboorte.

Vroegtijdige weeën verschillen 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 vroegtijdige bevalling met het breken van de vliezen. Vaginaal vochtverlies kan wijzen op gebroken vliezen. Meestal vangt de verloskundig zorgverlener 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 uw baby kunnen uitbreiden. Zowel u als uw baby kunnen daar ziek van worden. Daarom wordt uw temperatuur drie keer per dag gemeten en wordt de hartslag van uw baby goed in de gaten gehouden.

De verloskundig zorgverlener schrijft soms antibiotica voor om een infectie te voorkomen of te behandelen. Deze medicijnen komen via de placenta ook bij uw baby terecht en geven daardoor ook bescherming tegen een infectie bij uw baby (zie folder 'Langdurig gebroken vliezen').

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. Als u geopereerd bent aan de baarmoedermond, bijvoorbeeld een grote conisatie, kan dat mogelijk ook een rol spelen.

Andere oorzaken voor een vroegtijdige bevalling kunnen te maken hebben met omstandigheden of problemen in uw huidige zwangerschap, zoals een meerlingzwangerschap, een te grote hoeveelheid vruchtwater (poly-hydramnion), een (blaas-)ontsteking, bloedverlies in de zwangerschap, vroegtijdig breken van de vliezen, slapte van de baarmoedermond (cervixinsufficiëntie) en ziekte van de aanstaande moeder, vooral een infectieziekte.

Onderzoek

Bij vroegtijdige weeën doet de verloskundig zorgverlener onderzoek om te beoordelen of er werkelijk sprake is van een dreigende vroeggeboorte. Om te beoordelen of er al ontsluiting is, doet de verloskundig zorgverlener vaak een inwendig onderzoek (vaginaal toucher of vaginale echo of beiden). Dit gebeurt meestal alleen als de vliezen niet gebroken zijn. Als de vliezen zijn gebroken wordt er soms een vaginaal onderzoek gedaan met een steriele spreider (speculum).

Daarnaast zijn er andere onderzoeken om uw conditie en die van uw baby te controleren. Vaak wordt met een wattenstokje een kweek afgenomen van de baarmoedermond, de ingang van de schede of de anus om te onderzoeken of er eventuele infecties zijn.

De hartslag van uw baby wordt geregistreerd met een CTG (cardiotocogram). Dit gebeurt met een soort dop die met een elastische band om uw buik vastgemaakt wordt. De hartslag van uw baby wordt in een grafiek weergegeven op een monitor die boven op het CTG-apparaat staat. De verloskundig zorgverlener en de verpleegkundigen kunnen hieraan aflezen hoe het met uw baby gaat.

De grafiek is ook te zien op verschillende monitoren buiten de suite. Er gaat een alarm af als de hartslag buiten bepaalde waarden valt of als er even een storing is. Met dit CTG-apparaat controleren we dus ook buiten de suite of het goed gaat met uw baby.

De weeënactiviteit van de baarmoeder verschijnt ook in een grafiek en wordt geregistreerd via een tweede dop op uw buik.

De hoogte van de uitslag van de grafiek geeft ons een indruk van de sterkte van de weeën

De verpleegkundige en de verloskundig zorgverlener beoordelen hoe vaak u weeën heeft. De sterkte van de weeën is niet af te lezen, wel de regelmaat van de weeën. Ook de conditie van uw baby en de reactie van uw baby op de weeën wordt zo in de gaten gehouden.

Met echoscopisch onderzoek kan de ligging en de conditie van uw baby bekeken worden maar ook de hoeveelheid vruchtwater en de plaats van de placenta (moederkoek). Verder kan de lengte van de baarmoedermond gemeten worden.

Bloed- en urineonderzoek kunnen aanvullende informatie geven over uw conditie en of er een infectie (ontsteking) is, zoals een blaasontsteking. De verpleegkundige controleert regelmatig uw temperatuur.

Behandeling van een dreigende vroeggeboorte

De behandeling is afhankelijk van de duur van de zwangerschap, de conditie van u en uw baby en natuurlijk van de mate van ontsluiting. Met bedrust en de behandeling van een eventuele (blaas-) ontsteking vermindert vaak de weeënactiviteit. Uw verloskundig zorgverlener kan medicijnen voorschrijven om de weeën te remmen.

Als er al veel ontsluiting is, bijvoorbeeld meer dan vijf centimeter, is de kans zeer klein dat het nog lukt om de bevalling een paar dagen uit te stellen.

Voor 34 weken zwangerschapsduur schrijft uw verloskundig zorgverlener bij weeënremming meestal ook corticosteroïden aan u voor, om de rijping van de longen en andere organen van uw baby te bevorderen.

Het is niet zinvol om weeën te remmen vóór 24 en ná 34 weken zwangerschap. In bepaalde situaties, zoals bij een zeer ernstige hoge bloeddruk, bij ernstige groeivertraging van de baby of bij infecties in de baarmoeder voor de 34e zwangerschapsweek wordt geen weeënremming gegeven en zal de bevalling doorzetten.

Als u voor de 32 weken lijkt te gaan bevallen, wordt u verwezen naar een ander ziekenhuis, omdat uw baby dan moet worden verzorgd op een gespecialiseerde afdeling voor pasgeborenen; een neonatale intensive care of NICU.

Corticosteroïden

Corticosteroïden zijn bijnierschors hormonen. Ons lichaam maakt deze hormonen onder invloed van stress. Maar deze hormonen kunt u ook via een injectie krijgen. Bij baby's die te vroeg geboren worden, functioneren de longen en andere organen nog niet goed. Om deze sneller te laten rijpen, krijgt u voor de geboorte corticosteroïden. De corticosteroïden komen via de placenta bij uw baby. De longen en andere organen van uw baby rijpen dan sneller.

Baby's die voor 34 weken geboren worden, nadat de moeder corticosteroïden heeft gekregen, hebben betere vooruitzichten.

Het effect van corticosteroiden is al meetbaar 12 uur na de injectie, maar optimaal na 24-48 uur.

Bij Rhena wordt betamethason gegeven via een injectie in het bovenbeen of in de bil.

De bijwerkingen voor u zijn gering. Uw baby kan de eerste tijd wat minder beweeglijk zijn en op het CTG vertoont de hartslag vaak een wat rustiger patroon.

Weeënremmende medicijnen

Bij Rhena wordt het medicijn nifedipine (Adalat®) gegeven. Het heeft weinig bijwerkingen en kan in tabletvorm worden gegeven. Adalat® is nog niet officieel als weeënremmer geregistreerd. Een ander medicijn wat wordt gebruikt is Tractocile (Atosiban®). Dit wordt via een infuus gegeven als Adalat® onvoldoende werkt.

Alle weeënremmers zijn effectief in het verminderen of stoppen van weeën. Vaak kunnen ze de bevalling niet meer dan een aantal uren tot dagen uitstellen. Juist deze extra tijd is van groot belang om de conditie en kansen van uw baby te verbeteren. Bijvoorbeeld door het geven van corticosteroiden en/of door overplaatsing van u naar een centrumziekenhuis met een NICU.

Bijwerkingen van weeënremmers

Adalat® heeft soms bijwerkingen zoals hartkloppingen en bonzen, trillingen in handen en voeten, daling van uw bloeddruk, transpireren en een opgejaagd gevoel. Het heeft geen effect op de suikerstofwisseling. De belangrijkste bijwerking is hoofdpijn.

Daarnaast treden regelmatig misselijkheid en braken op. Uw hartslag en bloeddruk worden daarom regelmatig gecontroleerd. Ook uw baby heeft een versneld hartritme, zoals te zien is op het CTG.

Atosiban® heeft als mogelijke bijwerkingen misselijkheid, braken, hoofdpijn, duizeligheid, opvliegers, hartkloppingen en daling van uw bloeddruk. Het heeft effect op de suikerstofwisseling. Als u suikerziekte (diabetes mellitus) heeft moeten we daarom extra voorzichtig zijn.

Bij te ernstige bijwerkingen van weeënremmers is het mogelijk de dosering te verlagen. Zo nodig zal uw verloskundig zorgverlener deze medicijnen stoppen of een ander medicijn voorschrijven.

Als u tijdens weeënremming koorts krijgt, zeker als de vliezen gebroken zijn, heeft u misschien een infectie. Het is dan beter de weeënremming te stoppen, antibiotica te geven en uw baby geboren te laten worden.

Kinderafdeling en kinderarts

Als u opgenomen bent voor een dreigende vroeggeboorte is het vaak mogelijk om al voor de bevalling de afdeling Neonatologie te bezoeken. Zo krijgt u een idee waar uw baby na de bevalling terecht komt.

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. Heeft u behoefte aan een gesprek met de kinderarts, dan kan de verpleegkundige bij Rhena dit voor u regelen.

Als de bevalling doorzet

Een premature baby kan op de natuurlijke manier, via de vagina, geboren worden. Wel heeft een premature baby minder reserve dan een voldragen pasgeborene. De harttonen van uw baby worden tijdens de bevalling bewaakt met een CTG om te kunnen ingrijpen als het nodig is. Er is een kinderarts aanwezig bij de bevalling of direct oproepbaar.

Afhankelijk van de zwangerschapsduur wordt uw baby vrij snel na de geboorte in de couveuse gelegd om afkoeling te voorkomen. Ook aan een premature baby kunt u borstvoeding geven. Te vroeg geboren baby's drinken vaak slecht aan de borst, omdat ze meestal de kracht en de zuigreflex nog niet hebben. U kunt dan kolven. De borstvoeding wordt dan per sonde aan uw baby gegeven. Een sonde is een dun slangetje dat via de neus in de maag van uw baby ligt. Als het nodig is, wordt er een lactatiekundige ingeschakeld.

Afhankelijk van de duur van de zwangerschap kan het zijn, dat uw baby extra zorg nodig heeft. Soms kan uw baby dan wel bij u in de kraamsuite blijven. De kinderarts bepaalt of dit medisch verantwoord is. Meestal is dit mogelijk vanaf een zwangerschapsduur van 35 weken.

Soms kan uw baby niet verzorgd worden in de kraamsuite, omdat uw baby meer medische zorg en apparatuur nodig heeft. Dan moet uw baby opgenomen worden op de afdeling Neonatologie. De afdeling Neonatologie ligt dicht bij de verlossuites en kraamsuites. Ook in deze situatie doen wij er alles aan om u zo veel mogelijk bij uw baby te laten zijn.

U en uw partner kunnen dan uiteraard in de kraamsuite blijven.

Als de bevalling niet doorzet

Als de vliezen niet gebroken zijn en de weeën afzakken, worden de weeënremmers na enkele dagen verminderd en gestopt. U hoeft dan geen bedrust meer te houden. U kunt steeds vaker rondlopen. Als er opnieuw weeën optreden, kunt u weer weeënremming krijgen. Dit hangt af van de duur van de zwangerschap.

Als 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 doen. Ook is er dan meestal geen bezwaar meer tegen vrijen en eventuele werkhervatting. U hoeft dan niet meer door de verloskundig zorgverlener gecontroleerd te worden. De controles kunnen dan weer via de verloskundige gedaan worden. Als er een andere reden was voor controle door de verloskundig zorgverlener, dan blijft u gewoon onder controle in het ziekenhuis.

Bij gebroken vliezen adviseert uw verloskundig zorgverlener meestal observatie in het ziekenhuis en opname tot aan de bevalling. Ook dit is afhankelijk van de duur van de zwangerschap en de ligging en indaling van uw baby.

Soms is het mogelijk de controles poliklinisch voort te zetten bij vroegtijdig gebroken vliezen, zeker als er geen tekenen zijn van infectie en/of weeën.

Patiëntenorganisaties

- Care4Neo
Marshallweg 13 (unit 2)
3068 JN Rotterdam
Tel. (070) 386 25 35

Website: care4neo.nl
e-mail: info@care4neo.nl
- Nederlandse Vereniging voor Ouders van Meerlingen (NVOM)
Website: www.novm.nl

Tot slot

Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen? Stel die dan gerust aan de verpleegkundige. Het is altijd mogelijk een gesprek met de verloskundig zorgverlener te regelen om medische vragen te beantwoorden.

Geef hier uw mening over deze folder: www.asz.nl/foldertest/

Albert Schweitzer ziekenhuis
november 2020
pavo 0622