# Vroegtijdige weeën en dreigende vroeggeboorte



Geboortecentrum
IJsselland

# Inhoudsopgave


Inleiding 2

1. Vroegtijdige weeën 2
2. Vroegtijdig gebroken vliezen 3
3. Risicofactoren voor een vroegtijdige bevalling 3
4. Onderzoek 4
5. Behandeling van een dreigende vroeggeboorte 5
   - 5.1 Corticosteroïden 6
   - 5.2 Weeënremmende medicijnen 6
6. Kinderafdeling en kinderarts 8
   - 6.1 Als de bevalling doorzet 8
   - 6.2 Als de bevalling niet doorzet 8
7. Heeft u nog vragen? 9

## Inleiding

Deze folder 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 wordt als een normale duur van de zwangerschap beschouwd.

Vroegtijdige weeën zijn weeën die optreden vóór 37 weken.
Ze kunnen leiden tot een bevalling op een te vroeg tijdstip, dat wil zeggen voordat de zwangerschapsduur 37 weken is.
Dit wordt ook wel een préterme bevalling genoemd.

Het kind dat wordt geboren is dan nog onrijp en heeft extra medische verzorging nodig. Een te vroeg geboren kind wordt een premature baby genoemd.

De behandeling van vroegtijdige weeën is erop gericht om het tijdstip van de bevalling uit te stellen en ervoor te zorgen dat de geboorte van de baby plaatsvindt in een optimale situatie.

## 1. 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 3 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 meestal meer ongemakkelijk dan pijnlijk en veroorzaken geen ontsluiting.

## 2. Vroegtijdig gebroken vliezen

Soms begint een voortijdige bevalling met het breken van de vliezen. Vochtverlies kan wijzen op gebroken vliezen. Meestal wordt aflopend vocht opgevangen 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 schede naar de baarmoeder en het kind kunnen uitbreiden. Zowel de moeder als het kind kunnen daar ziek van worden. Daarom worden de temperatuur van de moeder en de hartslag van het kind goed in de gaten gehouden. Antibiotica worden soms gegeven om een infectie te voorkomen of te behandelen. Deze medicijnen, die aan de moeder worden gegeven, komen via de placenta ook bij het kind terecht.

## 3. 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. 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 uw 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.

## 4. Onderzoek

Bij vroegtijdige weeën wordt onderzocht of werkelijk sprake is van een dreigende vroeggeboorte.

- ***Inwendig onderzoek***
  Om te beoordelen of er al ontsluiting is, wordt veelal een inwendig onderzoek verricht (vaginaal toucher of vaginale echo). Dit gebeurt over het algemeen alleen wanneer de vliezen niet gebroken zijn. Bij gebroken vliezen kan vaginaal onderzoek met een steriel speculum (eendenbek) worden uitgevoerd, maar dit onderzoek wordt niet altijd verricht.

Daarnaast zijn andere onderzoeken mogelijk om de conditie van u en de baby te controleren.

- ***Kweek***
  Met een wattenstokje kan een kweek worden afgenomen van de baarmoedermond, de ingang van de schede of de anus om eventuele infecties op te sporen.
- ***CTG***
  De weeën en de reactie van het kind op deze weeën kunnen worden beoordeeld met behulp van een CTG. Dit is een afkorting voor cardiotocogram: een registratie van de hartslag van de baby en de weeënactiviteit van de baarmoeder.
- ***Echoscopisch onderzoek***
  Dit 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 kan ook de lengte van de baarmoedermond worden gemeten.
- ***Bloed- en urineonderzoek***
  Dit onderzoek kan aanvullende informatie geven over uw conditie en eventuele vroege tekenen van infecties, zoals een blaasontsteking.

## 5. Behandeling van een dreigende vroeggeboorte

De behandeling is afhankelijk van de duur van de zwangerschap, de conditie van moeder en kind en natuurlijk van de mate van ontsluiting. Bedrust en behandeling van een eventuele (blaas)ontsteking blijken in een groot aantal gevallen vermindering van weeënactiviteit tot gevolg te hebben.

Medicijnen om de weeën te remmen (weeënremmers) kunnen worden gegeven om de samentrekkingen van de baarmoeder te bestrijden. Maar als er al veel ontsluiting is, bijvoorbeeld meer dan 5 centimeter, is er niet veel kans dat het nog zal lukken om de bevalling enige dagen uit te stellen. Soms worden bij een dreigende vroeggeboorte antibiotica als voorzorgsmaatregel gegeven.

Vóór 34 weken zwangerschapsduur worden bij weeënremming vrijwel ook altijd corticosteroïden aan de moeder gegeven, om de rijping van de longen en andere organen van de baby te bevorderen.

Weeënremming vóór 24 en na 34 zwangerschapsweken is meestal niet zinvol.

In bepaalde situaties – zoals zeer ernstige hoge bloeddruk, ernstige groeivertraging van de baby of infecties in de baarmoeder – wordt al voor de 34e zwangerschapsweek afgezien van weeënremming en wordt de geboorte van de baby niet tegengehouden.

Het is gebruikelijk de geboorte van baby's die nog geen 32 zwangerschapsweken oud zijn, in een ziekenhuis te laten plaatsvinden dat beschikt over een neonatale intensive-care-afdeling (NICU), waar intensievere zorg, zoals de mogelijkheid tot beademing, aanwezig is. Als de weeënactiviteit niet kan worden afgeremd bij een kortere zwangerschapsduur, is overplaatsing naar zo'n centrum meestal het beste.

## 5.1 Corticosteroïden

Corticosteroïden zijn bijnierschorshormonen. Deze hormonen worden in het lichaam gemaakt onder invloed van stress, maar zij kunnen ook via een injectie aan de moeder worden toegediend. Bij baby's die te vroeg worden geboren, functioneren de longen en andere organen nog niet helemaal. Om deze sneller te laten rijpen, worden vóór de geboorte corticosteroïden aan de moeder gegeven. Deze middelen komen via de placenta bij het kind. De longen en andere orgaansystemen van de baby rijpen dan versneld.

Baby's die vóór 34 weken worden geboren nadat de moeder corticosteroïden heeft gekregen, hebben een betere prognose.
Het effect van corticosteroïden is al meetbaar na 12 uur, maar optimaal na 24-48 uur. Hun werking duurt zeker een week.
Voorbeelden van dergelijke medicijnen zijn bètamethason en dexamethason.

De bijwerkingen voor de moeder zijn gering. Het kind kan de eerste tijd wat minder beweeglijk zijn en op het CTG kan de hartslag een wat rustiger beeld vertonen, maar tot nu toe zijn er geen nadelige effecten aangetoond.

## 5.2 Weeënremmende medicijnen

- *Calciumblokker*
  Het meest toegepaste medicijn is de calciumblokker nefedipine (Adalat®). Deze wordt onder de tong genomen en is niet officieel als weeënremmer geregistreerd.
- *Oxytocine-antagonisten*
  Andere weeënremmers zijn oxytocine-antagonisten (Atosiban). Zij worden via een infuus of injectie gegeven.
- *Indometacine*
  Bij een zeer vroege dreigende vroeggeboorte (minder dan 30 zwangerschapsweken) wordt ook wel indometacine (Indocid®) als zetpil gegeven.

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 kansen van de baby te verbeteren door het geven van corticosteroïden en/of door overplaatsing van de zwangere vrouw naar een ziekenhuis met een Neonatale Intensive Care Unit (NICU).

### *Bijwerkingen van weeënremmers*

- *Calciumblokkers* veroorzaken dezelfde soort klachten als oxytocine-antagonisten, maar in minder hevige mate (zie onder). De belangrijkste klacht is hoofdpijn. Ze hebben geen effect op de suikerstofwisseling.
- *Oxytocine-antagonisten* kunnen klachten van hartkloppingen, hoofdpijn, opvliegers en misselijkheid geven.
  Uw hartslag en bloeddruk worden dan ook regelmatig gecontroleerd. Ook de baby heeft een versneld hartritme, wat te zien is op het CTG. Tevens kunnen deze middelen de suikerstofwisseling verstoren. Dat vraagt bij patiënten met suikerziekte (diabetes mellitus) extra voorzichtigheid.
- *Indometacine* kan bij de moeder maag- en darmklachten en duizeligheid veroorzaken. Het kan ernstige ongewenste effecten hebben op de baby. Daarom mag het maar kort worden gegeven, liefst in een lage dosis en niet meer na de 30e week.

Bij te ernstige bijwerkingen van weeënremmers kan de dosering worden verlaagd. Zo nodig wordt gestopt of een ander middel geprobeerd.

Koorts tijdens weeënremming, zeker als de vliezen gebroken zijn, kan betekenen dat er een infectie bestaat. Het is dan beter de weeënremming te stoppen, antibiotica te geven en de baby te laten komen.

## 6. Kinderafdeling en kinderarts

Wanneer u bent opgenomen in verband met een dreigende vroeggeboorte dan is het vaak mogelijk om al voor de bevalling de couveuse/kinderafdeling van het ziekenhuis te bezoeken.
Zo weet u waar uw baby na de bevalling terechtkomt.

Ook een gesprek met de kinderarts vooraf kan u al veel duidelijkheid geven. Het is belangrijk om dan te bespreken of er problemen te verwachten zijn, nu of later.

### 6.1 Als de bevalling doorzet

Een premature baby kan op de natuurlijke manier, via de schede, worden geboren. Wel heeft een premature baby minder reserves dan een voldragen pasgeborene. De harttonen worden tijdens de bevalling bewaakt om te kunnen ingrijpen als het nodig is.
Doorgaans is een kinderarts aanwezig of direct oproepbaar.
Afhankelijk van de zwangerschapsduur wordt de 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 vaak de kracht en zuigreflex nog niet hebben. In zo'n geval kunt u kolven en kan de moedermelk per sonde worden gegeven.

U kunt samen met uw baby op een couveusesuite verblijven.
Bij een heel vroeg geboren kind kan het gebeuren dat u zelf uit het ziekenhuis wordt ontslagen, maar dat uw baby nog moet blijven.

### 6.2 Als de bevalling niet doorzet

Als de vliezen niet gebroken zijn en de weeën zijn afgezakt, worden de weeënremmers na enkele dagen verminderd en gestopt.
Bedrust is dan niet meer noodzakelijk en u kunt steeds vaker rondlopen. Als opnieuw weeën optreden kan zo nodig een tweede periode van weeënremming worden overwogen.

Wanneer alles rustig blijft, kunt u naar huis met het advies om de eerste tijd rust te houden. Pas als blijkt dat geen nieuwe weeën optreden, kunt u uw dagelijkse activiteiten weer hervatten. Ook is er dan geen bezwaar meer tegen vrijen en eventuele werkhervatting. Controle door de gynaecoloog is niet meer nodig en u kunt worden terugverwezen naar uw verloskundige of huisarts (behalve als er een andere reden was voor controle door de gynaecoloog).

Bij gebroken vliezen wordt doorgaans observatie in het ziekenhuis en opname tot aan de bevalling geadviseerd.

## 7. Heeft u nog vragen?

Neemt u dan contact op met uw arts of verloskundige of bel met de medewerkers van de polikliniek gynaecologie, telefoonnummer **010 - 258 5920**.

| **Verder nog van belang** |
|---|
| Deze folder ondersteunt de mondelinge informatie die u krijgt. Stel vragen als u meer wilt weten over onderzoek, operatie, gevolgen, risico's of andere behandelmogelijkheden. |
| **Ontdek Mijn IJsselland**<br>De toegang tot uw eigen gegevens, dossier, afspraken en vragenlijsten **mijn-ijsselland**<br>Bekijk onze korte animatie **Bekijk uw gegevens in Mijn IJsselland**<br>Is uw kind patiënt? Vraag op **www.digid.nl** voor uw kind een eigen DigiD aan. |

**GEB.025** / 311221.JH

Geboortecentrum IJsselland is een samenwerkingsverband van verloskundige praktijk Een goed begin, verloskundigen praktijk IJssel & Lek, verloskundigen praktijk Rotterdam Oost, Prinscapelle verloskundigen maatschap, Praktijk voor verloskunde & echoscopie, Kraamzorg Rotterdam en omstreken en het IJsselland Ziekenhuis

Geboortecentrum IJsselland

Geboortecentrum IJsselland
Prins Constantijnweg 2
2906 ZC Capelle aan den IJssel
010 - 258 5000