

# Dreigende vroeggeboorte

**Deze folder geeft informatie over een dreigende vroeggeboorte. Het is goed te realiseren dat uw persoonlijke situatie anders kan zijn dan beschreven.**

Een zwangerschap duurt gemiddeld 40 weken, maar een periode van 37 tot 42 weken beschouwt men als een normale periode van de zwangerschap. In Nederland bevallen jaarlijks 12.000 vrouwen vóór een zwangerschapsperiode van 37 weken, waarvan 1500 vrouwen bevallen vóór een zwangerschapsperiode van 32 weken.

## Vroegtijdige weeën

Weeën zijn pijnlijke krampen van de baarmoeder die zorgen voor ontsluiting (het open gaan) van de baarmoedermond en uiteindelijk leiden tot de bevalling. Vroegtijdige weeën zijn weeën die optreden voor een zwangerschapsduur van 37 weken. Vroegtijdige weeën voelen en zijn niet anders dan weeën rond de uitgerekende datum. Ook kunt u wat bloed, slijm en/of vruchtwater verliezen.

‘Harde buiken’ zijn geen weeën, maar normale krampen van de baarmoeder. Ze treden meestal niet regelmatig op maar meer verspreid over de dag. ‘Harde buiken’ zijn vaak meer ongemakkelijk dan pijnlijk en veroorzaken geen ontsluiting.

## Vroegtijdig gebroken vliezen

Soms begint een vroeggeboorte met het breken van de vliezen. Met het maken van een echo kan gekeken worden naar de hoeveelheid vruchtwater. Als de vliezen te vroeg breken, kan de bevalling op gang komen. Ook is er het risico op een infectie die zich via de vagina naar de baarmoeder en het kind kan uitbreiden. De moeder en het kind kunnen daar ziek van worden. Daarom worden de temperatuur van de moeder, de hartslag van het kind en de kleur van het vruchtwater goed in de gaten gehouden. De gynaecoloog schrijft soms antibiotica voor om een infectie te voorkomen of te behandelen. Als blijkt dat er een infectie in de baarmoeder is ontstaan zal een vroegtijdige bevalling in het algemeen niet worden tegengegaan, vanwege de risico's voor de moeder en het kind. Soms is het beter om de weeën op te wekken, dit zal de gynaecoloog met u bespreken, u neemt gezamenlijk een beslissing.

## 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 medische verleden 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 eerdere operatieve verkorting van de baarmoedermond 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, 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 wordt er onderzoek gedaan om te beoordelen of er werkelijk sprake is van een dreigende vroeggeboorte. Om te beoordelen of er al ontsluiting is verricht de gynaecoloog of klinisch verloskundige meestal een inwendig onderzoek. Dit gebeurt over het algemeen alleen wanneer de vliezen niet gebroken zijn. Vaak neemt men met een “wattenstokje” een kweek af van de baarmoedermond, de ingang van de vagina of de anus om eventuele infecties op het spoor te komen. Een echo geeft informatie over de ligging, de groei en de conditie van uw kind. Ook geeft het beeld van de hoeveelheid vruchtwater en de plaats van de placenta. Met een inwendige echo is het ook mogelijk de lengte van de baarmoedermond te meten. Bloed- en urineonderzoek kunnen extra informatie geven over mogelijke infecties, zoals een blaasontsteking. De verpleegkundige controleert regelmatig uw bloeddruk, temperatuur en hartslag. De weeën en de conditie en reactie van het kind op weeën worden beoordeeld met behulp van een CTG

## Dreigende vroeggeboorte

(cardiotocogram). CTG registratie vindt plaats vanaf een zwangerschapsduur vanaf 24 weken. Voor deze termijn wordt de hartslag beoordeeld met een doptone en/of echoscopie.

### Behandeling van een dreigende vroeggeboorte.

De behandeling is afhankelijk van de duur van de zwangerschap, de conditie van moeder en kind en de mate van ontsluiting. Behandeling van een eventuele (blaas-)ontsteking blijkt 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 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. Tussen 23 weken (+ 5 dagen) en 34 weken wordt weeënremming alleen toegepast om corticosteroiden te laten inwerken. Corticosteroiden worden aan de moeder gegeven om de rijping van de longen en andere organen van de baby te bevorderen.

In bepaalde situaties - zoals een zeer ernstige hoge bloeddruk, groeivertraging van de baby, of infecties in de baarmoeder - zal al voor de 33-34e zwangerschapsweek afgezien worden 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 centrumziekenhuis te laten plaatsvinden. Als de weeënactiviteit niet afgeremd kan worden bij een zwangerschapsduur onder de 32 weken, is overplaatsing naar zo'n centrum meestal het beste. Een dergelijk ziekenhuis beschikt over neonatale intensive-care-afdeling (NICU), waar gespecialiseerde intensievere zorg aanwezig is. Het ADRZ verwijst in principe naar het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam. Mocht daar geen plaats zijn, wordt er gezocht naar een ander geschikt centrum in Nederland of België.

### Corticosteroiden

Corticosteroiden zijn bijnierschors hormonen. Het lichaam maakt deze hormonen aan onder invloed van stress, maar men kan ze ook toedienen aan de moeder via een injectie. Bij kinderen die te vroeg geboren worden, functioneren de longen en andere organen nog niet goed. Om deze sneller te laten rijpen geeft men voor de geboorte corticosteroiden aan de moeder. Deze middelen komen via de placenta bij het kind. Baby's 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 is optimaal na 24-28 uur. De werking duurt zeker een week. Voorbeelden van dergelijke medicijnen zijn betamethason en dexamethason. Door toediening van corticosteroiden kan het kind de eerste dagen wat minder beweeglijk zijn. Op het CTG vertoont de hartslag vaak een wat rustiger patroon. Mogelijk bestaat er ook een relatie tussen toediening van corticosteroiden en een lager geboortegewicht. De voordelen van het geven van corticosteroiden bij vroeggeboorte wegen echter ruimschoots op tegen de nadelen. De bijwerkingen voor de moeder zijn gering. Corticosteroiden kunnen bij zwangeren met suikerziekte van invloed zijn op de bloedsuikers. In dit geval zal dit nauwlettend in de gaten worden gehouden.

### Weeën remmende medicijnen

Weeënremmers kunnen worden gegeven in de vorm van pillen, zepillen of via het infuus. Het is niet met zekerheid te zeggen dat een van de middelen beter werkt dan de andere. In het ADRZ wordt meestal nifedipine pillen (Adalat) gegeven om de weeën te remmen. Bij een dreigende vroeggeboorte voor 30 weken worden soms Indometacine zepillen (Indocid) toegediend. Zowel Indometacine als Nifedipine zijn niet officieel als weeënremmer geregistreerd maar de werkzaamheid en veiligheid van deze middelen wordt internationaal erkend.

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

Dreigende vroeggeboorte

verbeteren door het geven van corticosteroïden en/of door overplaatsing van de zwangere naar een centrumziekenhuis met een NICU.

### **Bijwerkingen van de weeënremmers**

Nifedipine (Adalat) geeft weinig klachten. De voornaamste klacht is hoofdpijn, flushes en misselijkheid. Uw bloeddruk kan door het gebruik van Nifedipine dalen, dus die zal regelmatig gecontroleerd worden. De hartslag van de baby kan omhoog gaan, dit is op het hartfilmpje ook te zien.

Indometacine kan bij de moeder maag- en darmklachten en duizeligheid veroorzaken. Het kan ongewenste effecten hebben op de baby. Daarom mag het maar kort gegeven worden, liefst in een lage dosis en niet meer na de dertigste week. Bij te ernstige bijwerkingen van weeënremmers kan de dosering worden verlaagd. Zo nodig wordt gestopt of een ander middel geprobeerd.

### **Antibiotica**

Antibiotica worden voorgeschreven als er sprake is van een infectie, zoals een blaasontsteking of een infectie in de baarmoeder. Ook worden antibiotica bij vroeggeboorte tijdens de bevalling preventief gegeven als er bij de moeder sprake is van de aanwezigheid van een bepaalde bacterie (groep B streptokok). Dit geldt ook wanneer (nog) niet uitgesloten is dat de moeder deze bacterie niet bij zich draagt.

### **Kinderafdeling en kinderarts**

Wanneer u opgenomen bent in verband met een dreigende vroeggeboorte is het vaak mogelijk om al voor de bevalling de couveuse-/kinderafdeling van het ziekenhuis te bezoeken. Zo weet u een beetje waar de baby na de bevalling terecht komt. Ook een gesprek met de kinderarts vooraf kan u al veel duidelijkheid geven. Het is dan belangrijk om te bespreken of er problemen te verwachten zijn, nu of later.

### **Als de bevalling doorzet**

Een prematuur (te vroeg geboren) kind kan meestal op de natuurlijke manier, via de vagina, geboren worden. De hartslag van de baby wordt tijdens de bevalling bewaakt om te kunnen ingrijpen als het nodig is. Een kinderarts is bij de bevalling aanwezig of direct oproepbaar. Afhankelijk van de zwangerschapsperiode legt men de baby vrij snel na de geboorte in de couveuse om afkoeling te voorkomen. Afhankelijk van de zwangerschapsperiode bij de geboorte en hoe de start van de baby is zal de baby opgenomen worden op de kraamafdeling. U verblijft dan samen met uw baby in een couveusesuite en uw partner kan blijven slapen. Kinderen geboren bij minder dan 35 weken zwangerschap worden op de couveuseafdeling opgenomen.

Ook aan een te vroeg geboren baby kunt u borstvoeding geven. Te vroeg geboren baby's drinken vaak slecht aan de borst, omdat ze meestal de kracht en zuigreflex nog niet hebben. U kunt dan kolven en de verpleegkundige geeft de moedermelk per sonde aan uw kind. Meer informatie over borstvoeding kunt u vinden in de borstvoedingsfolder.

### **Als de bevalling niet doorzet**

Wanneer u niet bent bevallen, worden de weeënremmers na het inwerken van de corticosteroïden gestopt. Bedrust is dan meestal niet meer noodzakelijk en u mag uw lichamelijke activiteiten uitbreiden. Wanneer alles rustig blijft, kunt u weer naar huis en u wordt zo mogelijk terugverwezen naar uw verloskundige. Bij vroegtijdig gebroken vliezen adviseert de gynaecoloog meestal dat u voor onderzoek in het ziekenhuis blijft, totdat u bent bevallen.

Dreigende vroeggeboorte

Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen, stelt u die dan aan uw behandelend specialist.

<https://www.degynaecoloog.nl/samen-beslissen/keuzehulpen/extreme-vroeggeboorte/>

#### **Patiëntenorganisaties**

Vereniging van Ouders van Couveusekinderen [www.couveuzeouders.nl](http://www.couveuzeouders.nl)

Nederlandse Vereniging voor Ouders van Meerlingen (NVOM) [www.nvom.nl](http://www.nvom.nl)