

Miskraam

Deze folder geeft u informatie over de miskraam. U leest wat een miskraam is, wat de oorzaak is, hoe groot de kans op een miskraam is en wat de kenmerken zijn. Mogelijke onderzoeken en behandelingen komen aan bod, evenals het herstel na een miskraam.

Wat is een miskraam

Een miskraam is het verlies van een niet-levensvatbare vrucht. Een miskraam in de eerste twee tot vier maanden van de zwangerschap wordt een vroege miskraam genoemd. Een van de eerste kenmerken is vaak vaginaal bloedverlies. We spreken dan van een dreigende miskraam. Slechts in de helft van de gevallen treedt daarna ook werkelijk een miskraam op. In de overige gevallen heeft het bloedverlies een andere oorzaak. Hierover leest u verderop in deze folder. We spreken van een late miskraam als de zwangerschap verkeerd afloopt na de vierde maand maar vóór de levensvatbare periode. Deze late miskramen komen veel minder vaak voor.

Voor het afbreken van een ongewenste zwangerschap wordt de term abortus provocatus gebruikt. De term missed abortion wordt door sommige artsen en verloskundigen nog gebruikt voor de situatie waarin een niet-levensvatbare vrucht nog niet uit zichzelf naar buiten is gekomen.

Oorzaak van een miskraam

De oorzaak van een vroege miskraam is bijna altijd een aanlegstoornis. Een zwangerschap bestaat uit een vruchtzak en een embryo. Het embryo ontwikkelt zich bij een normale zwangerschap tot een baby. Wanneer het embryo niet in orde is, vindt de natuur hiervoor een logische oplossing: het embryo groeit niet verder en wordt afgestoten. Ook is bij een miskraam vaak alleen de vruchtzak aangelegd, zonder embryo of dooierzak.

De oorzaak van een miskraam is meestal een chromosoomafwijking die bij de bevruchting is ontstaan. Het gaat vaak niet om erfelijke afwijkingen en heeft daarom ook geen gevolgen voor een volgende zwangerschap. Een eerste miskraam is dan ook geen reden voor nader onderzoek. Dat wordt pas overwogen na meerdere miskramen. Maar ook dan is er bij het overgrote deel van de vrouwen bijna nooit een duidelijke verklaring te vinden voor de miskramen.

Kans op een miskraam

Vroege miskramen komen redelijk vaak voor. Bij tenminste één op de tien zwangerschappen is er sprake van een vroege miskraam. In Nederland betekent dit dat jaarlijks minstens 20.000 vrouwen een miskraam krijgen. Naar schatting wordt een kwart van alle vrouwen met een miskraam geconfronteerd.

De kans op een miskraam neemt toe met de leeftijd. Voor vrouwen jonger dan 35 jaar is de kans dat een zwangerschap in een miskraam eindigt, ongeveer één op tien. Tussen de 35 en 40 jaar eindigt één op de vijf tot zes zwangerschappen in een miskraam en tussen de 40 en 45 jaar één op drie. Bij vrouwen ouder dan 45 jaar is dit voor de helft van de zwangerschappen het geval.

Een volgende miskraam voorkomen

Als u opnieuw zwanger wilt worden, is het verstandig zo gezond mogelijk te leven. Eet gezond en gevarieerd, drink niet overmatig, rook niet en neem geen medicijnen in zonder overleg met uw arts. Een miskraam met zekerheid voorkomen is helaas niet mogelijk, ook al houdt u zich aan deze regels. Wilt u

Almelo

Zilvermeeuw 1
Postbus 7600
7600 SZ Almelo

Hengelo

Geerdinksweg 141
Postbus 546
7550 AM Hengelo

 facebook.com/ZGTInfo

 twitter.com/ZGT_info

 linkedin.com/company/zgt

 youtube.com/user/ZGTInfo

 zgt.nl - zgt.nl/mijnzgt

(opnieuw) zwanger worden, dan adviseren wij u om dagelijks een tablet foliumzuur van 0,4 mg in te nemen. Heeft u voorafgaand aan de miskraam geen foliumzuur gebruikt, dan hoeft u zich daar niet schuldig over te voelen. Foliumzuur vermindert niet de kans op een miskraam, maar wel de kans op een baby met een open rug.

Kenmerken bij een dreigende miskraam

Er zijn een aantal kenmerken die kunnen wijzen op een dreigende miskraam. Zwangerschapsverschijnselen zoals gespannen borsten en ochtendmisselijkheid nemen soms af vlak voor een miskraam. Ook vaginaal bloedverlies en menstruatieachtige pijn kunnen bij een jonge zwangerschap het eerste teken zijn van een dreigende miskraam. Bij de helft van de vrouwen met bloedverlies of buikpijn is er gelukkig niets mis en verloopt de zwangerschap verder ongestoord.

Andere oorzaken van bloedverlies en EUG

Bloedverlies in het begin van de zwangerschap duidt niet altijd op een miskraam. Zo kan er een afwijking zijn van de baarmoedermond, bijvoorbeeld een poliep of een ontsteking, waardoor de baarmoedermond gemakkelijk bloedt. Bloedverlies komt dan met name voor na gemeenschap of na (harde) ontlasting.

Een veel minder vaak voorkomende oorzaak van bloedverlies is een buitenbaarmoederlijke zwangerschap. De innesteling heeft hierbij niet in maar buiten de baarmoeder plaatsgevonden, meestal in de eileider. De medische term voor een zwangerschap buiten de baarmoeder is 'extra-uteriene graviditeit', vaak afgekort als EUG. Na een eileiderontsteking, een operatie aan de eileiders of een zwangerschap ontstaan bij een spiraaltje, is de kans op een EUG verhoogd. Soms is het moeilijk een EUG te ontdekken en moet er diverse keren bloed

worden geprikt voor het bepalen van het zwangerschapshormoon HCG. Vrij zeldzame oorzaken van bloedverlies vroeg in de zwangerschap zijn het verloren gaan van één van de vruchtjes van een tweeling en een bloeding in de baarmoeder naast het vruchtzakje. Als na onderzoek de oorzaak van het bloedverlies onduidelijk blijft, spreekt men van een innestelingsbloeding: een bloeding die ontstaat door ingroei van de zwangerschap in de wand van de baarmoeder.

Welk onderzoek is mogelijk?

Bij bloedverlies vroeg in de zwangerschap kan een echo duidelijk maken of de zwangerschap nog intact is. De echoscopiste kan meestal ook zien of het hartje klopt. In dat geval is de kans op een miskraam klein, maar niet uitgesloten. Ook een lege vruchtzak of een niet-levend embryo kan met een echoscopie betrouwbaar worden opgespoord. Bent u minder dan twee weken over tijd, dan geeft het onderzoek soms nog geen duidelijkheid. Een tot twee weken later kan wel gezien worden of het hartje klopt. Als het nodig is wordt inwendig onderzoek gedaan met behulp van een eendenbek (speculum) of een toucher. U moet zich realiseren dat echoscopisch en inwendig onderzoek niets verandert aan de uitkomst van de zwangerschap. Na onderzoek is een miskraam nog steeds mogelijk. Medisch onderzoek en behandeling lijken wel een bepaalde zekerheid te bieden, maar doen dat niet altijd. Een miskraam blijft een veelvoorkomend en ook natuurlijk verschijnsel.

Wat te doen als een miskraam is vastgesteld?

Omdat een miskraam veroorzaakt wordt door een aanlegstoornis van de zwangerschap of het afsterven van de vrucht is behandeling niet mogelijk. Medicijnen of maatregelen zoals bedrust of stoppen met werken helpen daarom ook niet. Hoewel een miskraam niet

te behandelen is, heeft u wel een keuze in de manier waarop de miskraam plaatsvindt:

- afwachten tot de miskraam spontaan optreedt;
- opwekken van de miskraam met behulp van tabletten (Mifegyne en Misoprostol);
- curettage: een ingreep waarbij het zwangerschapsweefsel via de schede en de baarmoederhals wordt verwijderd uit de baarmoeder.

De keuze is een kwestie van persoonlijke voorkeur. Alle mogelijkheden hebben voor- en nadelen. Deze beschrijven we hieronder. U kunt de voor- en nadelen met uw verloskundige of arts bespreken. U bepaalt zelf wat het beste bij u past. Een tussenoplossing is ook mogelijk. Zo kunt u eerst een tijdje afwachten en vervolgens alsnog voor een curettage kiezen.

Afwachten

U kunt ervoor kiezen om af te wachten tot de miskraam spontaan optreedt. Bloedverlies in de tweede of derde maand van de zwangerschap is vaak het eerste teken van een miskraam. Meestal komt een miskraam na dit eerste bloedverlies binnen een aantal dagen op gang, soms duurt dit nog een week of zelfs een paar weken.

Geleidelijk ontstaat krampende pijn in de onderbuik en neemt het bloedverlies toe, zoals bij een hevige menstruatie. In de loop van enkele uren wordt de vruchtzak uit de baarmoeder gedreven. De miskraam heeft dan plaatsgevonden. De vruchtzak is herkenbaar als een met vocht gevuld blaasje met een vliezig omhulsel. Dit omhulsel is gedeeltelijk met roze vlokken bekleed. Vaak komen ook bloedstolsels vrij, die meer donkerrood en glad zijn.

Sommige vrouwen twijfelen over het verschil tussen de vruchtzak en een stolsel. Een stolsel kunt u met uw vingers uit elkaar trekken tot er niets van overblijft, bij een vruchtzak herkent u een met helder vocht gevuld blaasje. Als een miskraam normaal verloopt, is de pijn hierna vrijwel direct over.

Het bloedverlies vermindert snel en is vergelijkbaar met de laatste dagen van een menstruatie.

Als de miskraam achter de rug is, kunt u de arts of verloskundige hiervan op de hoogte stellen. Indien nodig of gewenst kunt u het verloren weefsel bewaren, zodat beoordeeld kan worden of het inderdaad om een miskraam gaat. Het weefsel kan dan opgestuurd worden voor microscopisch onderzoek. Dit onderzoek geeft zelden duidelijkheid over de oorzaak van de miskraam, het bevestigt vooral dat de miskraam heeft plaatsgevonden. Ook geeft het onderzoek bij deze korte zwangerschapsduur geen informatie over het geslacht van de vrucht. U kunt daarom met uw arts bespreken of dergelijk onderzoek wenselijk is.

Voor- en nadelen

Veel vrouwen geven de voorkeur aan afwachten, omdat een spontane miskraam de natuurlijke gang van zaken is.

Sommige vrouwen vinden echter dat het afwachten veel onzekerheid oplevert en het normale leven verstoort. Ook kunt u tijdens de periode van afwachten nog zwangerschapsklachten hebben. Een ander nadeel is dat er een kleine kans bestaat dat het zwangerschapsweefsel niet in zijn geheel naar buiten komt (abortus incompletus). Het bloedverlies en de buikpijn blijven dan aanhouden. In dat geval moet een curettage plaatsvinden. Hierover leest u verderop in de folder meer informatie.

Een keuze maken

Als u besluit om een spontane miskraam af te wachten, is het verstandig om voor uzelf na te gaan hoe lang u wilt wachten en dit kunt u met de verloskundige of de arts bespreken. Afwachten kan medisch gezien geen kwaad en heeft geen gevolgen voor een nieuwe zwangerschap. Wel kan het soms emotioneel zwaar zijn. Vrouwen die, zonder medische noodzaak, kiezen voor een curettage noemen vaak als argument dat zij het vervelend

vinden met een niet levensvatbare vrucht rond te lopen. Ook het afwachten en de onzekerheid over het tijdstip van de miskraam kunnen zwaar wegen. Een curettage heeft het voordeel dat aan deze negatieve gevoelens een eind komt. Het verdriet over de miskraam zelf moet dan nog wel verwerkt worden. De ervaring leert dat het voor het verwerkingsproces goed kan zijn niet te snel in te grijpen.

Als u kiest voor het opwekken van een miskraam met medicijnen of voor een curettage, wordt u naar het ziekenhuis verwezen. Hier bespreken de gynaecoloog of een gespecialiseerd verloskundige de keuzemogelijkheden met u. De behandeling vindt meestal spoedig, maar vaak niet dezelfde dag plaats. Dit hangt af van uw persoonlijke voorkeur en de mogelijkheden in het ziekenhuis.

Medicijnen

Door een tablet Mifegyne te slikken wordt het lichaam voorbereid op de miskraam. Na 36 uur kan Misoprostol vaginaal worden ingebracht, waarmee een spontane miskraam in gang wordt gezet.

Het verloop van de miskraam is verder hetzelfde als bij een spontane miskraam: u krijgt krampen en bloedverlies waarbij ook het vruchtje naar buiten komt. Bij 75% van de vrouwen lukt het om de miskraam met deze medicijnen op gang te brengen. Van de arts of de gespecialiseerd verloskundige krijgt u een recept voor acht tabletten, dit is voor twee dagen. U brengt 's ochtends vier tabletten in de vagina. Vervolgens wacht u 24 uur of de miskraam optreedt. Gebeurt er niets, of heeft u alleen een klein beetje bloedverlies dan brengt u de volgende ochtend opnieuw vier tabletten in de vagina. Een week na de tweede toediening heeft u een controleafspraak. Bij 75% van de behandelde vrouwen is dan een uitstoting van de miskraam opgetreden. Als u bloedverlies hebt gehad, wordt met de echo gekeken of de miskraam inderdaad is opgetreden en

compleet is. Is dit niet het geval, dan wordt vaak geadviseerd toch nog even af te wachten. Onderzoek wijst uit dat het grootste deel van de vrouwen het resterende weefsel vanzelf verliest. Als dit niet het geval is kan alsnog een curettage nodig zijn. Dit kan altijd op korte termijn, maar niet dezelfde dag, geregeld worden. Als het vruchtje groter is dan elf weken, als er twee vruchtjes groter dan tien weken zijn of er een speciale reden voor is, kunnen de medicijnen tijdens een opname op de afdeling worden gegeven. Het is belangrijk te vermelden dat de tabletten die u inbrengt niet zijn geregistreerd voor het opwekken van een miskraam. De oorspronkelijke werking van het medicijn als deze worden geslikt, is maagbescherming. Het medicijn wordt echter al jaren gebruikt om een miskraam op te wekken.

Curettage

Het kan voorkomen dat de spontane of door medicijnen opgewekte miskraam niet compleet is. Een deel van het zwangerschapsweefsel is niet naar buiten gekomen. Een curettage is dan noodzakelijk. Ook kunt u ervoor kiezen om direct een curettage te ondergaan, als blijkt dat de vrucht niet levensvatbaar is.

Een curettage is een kleine ingreep. De baarmoederholte wordt via de schede door een dunne buis (vacuümcurette of zuigbuis) leeggezogen of met een curette (een soort lepel) schoongemaakt. Voor de curettage wordt u een aantal uren tot een dag opgenomen in het ziekenhuis. De volgende informatie helpt u om u voor te bereiden op de opname en het herstel de eerste dagen thuis.

Opname

Voor het regelen van een curettage doet de arts of gespecialiseerd verloskundige een aanvraag bij de opnameplanning. Een curettage kan altijd binnen enkele dagen plaatsvinden. Van tevoren wordt u gezien bij de preoperatieve screening, waar ook met u wordt afgesproken of u een narcose of

ruggenprik krijgt. Via de opnameplanning krijgt u te horen op welke dag de curettage zal zijn en hoe laat u zich in het ziekenhuis moet melden. Ook hoort u vanaf hoe laat u niet meer mag eten en drinken.

Verder nemen we voorafgaand aan de curettage bloed af.

Als uw bloedgroep rhesus negatief is, krijgt u na de curettage een prik anti-D (lees verderop in de folder). De ingreep duurt vijf tot tien minuten. Na de curettage wordt u wakker op de uitslaapkamer. Ongeveer drie uur na de ingreep mag u weer naar huis. Het is verstandig wanneer u wordt opgehaald met de auto.

Complicaties

Indien u gezond bent, is een curettage een ingreep met een zeer klein risico op complicaties, die geen consequenties heeft voor een volgende zwangerschap. Een zeldzame complicatie is het syndroom van Asherman: hierbij ontstaan verklevingen aan de binnenzijde van de baarmoeder. Deze staan een nieuwe zwangerschap in de weg. De verklevingen moeten operatief worden weggehaald. Bij ernstige verklevingen verwijzen wij u door naar een gespecialiseerd centrum.

Een enkele keer komt een perforatie voor: het dunne slangetje of de curettage gaat dan per ongeluk door de wand van de baarmoeder heen. Meestal heeft dit geen gevolgen, maar het kan zijn dat u iets langer in het ziekenhuis moet blijven om te zien of alles goed gaat.

Een laatste complicatie is een incomplete curettage, waarbij een rest van het zwangerschapsweefsel achterblijft. U kunt dan na de curettage bloed blijft verliezen. De rest van het zwangerschapsweefsel kan alsnog spontaan naar buiten komen. Soms gebeurt dit niet en moet u een tweede curettage ondergaan.

Anti-D-immunoglobuline

Heeft u een rhesus-negatieve bloedgroep, dan is het wenselijk om na een miskraam anti-D-immunoglobuline toe te dienen. Op deze manier kan het ontstaan van rhesus-antistoffen worden voorkomen. Rhesus-antistoffen kunnen in een volgende zwangerschap problemen veroorzaken. Wanneer echoscopisch onderzoek aantoont dat er geen vruchtje is aangelegd, of dat het vruchtje in een zeer vroeg stadium is afgestorven, kan de arts afzien van het geven van anti-D. In dit geval is er geen kans op de vorming van antistoffen. Bespreek met uw arts of verloskundige of het bepalen van uw rhesus-factor zinvol is en of anti-D toegediend moet worden.

Pijn

U kunt een tot twee dagen na de ingreep last hebben van een zeurende pijn onder in de buik.

Vloeien (bloedverlies)

In het algemeen houdt u zeven tot veertien dagen na de ingreep bloedverlies. Dit bloedverlies is vergelijkbaar met een menstruatie.

U mag tegen het vloeien na de ingreep geen tampons gebruiken. De baarmoedermond staat namelijk nog open en daardoor is de kans op infecties groter.

Volgende menstruatie

De eerste menstruatie volgt na de ingreep meestal na vier tot zes weken.

Seksualiteit

Als u niet meer vloeit, kunt u weer gemeenschap hebben.

Weer zwanger worden

U mag direct weer zwanger worden. Om praktische en emotionele redenen is het echter verstandig minstens een menstruatie af te wachten. Gelukkig verloopt een volgende zwangerschap meestal goed, ook bij

vrouwen die meer dan één miskraam hebben doorgemaakt.

Eten en drinken

U kunt op de avond na de ingreep wat misselijk zijn. De volgende dag kunt u weer gewoon eten.

Douchen en baden

U mag altijd douchen. Baden en zwemmen mag pas wanneer het vloeien over is.

Werken en andere activiteiten

Als u er lichamelijk en emotioneel aan toe bent, kunt u direct weer aan het werk. Overleg dit eventueel met uw huisarts. In principe kunt u alle activiteiten weer hervatten, zoals u die gewend bent. De eerste weken kunt u echter moe zijn, ga zo nodig even rusten.

Emoties

Door het verlies van de zwangerschap en de daarbij optredende hormoonwisseling, is het normaal dat u emotioneel bent. Praat hierover met uw huisarts als u hier behoefte aan heeft.

Controleafspraak

U hoort van de gynaecoloog of u voor controle op de polikliniek moet komen. Vaak kan de controleafspraak telefonisch plaatsvinden. Tijdens dit (telefoon)gesprek wordt de uitslag van het onderzoek met u besproken.

Als bij uw ontslag uit het ziekenhuis nog geen controleafspraak is gemaakt en u moet wel voor controle komen, dan kunt u de volgende dag zelf het secretariaat gynaecologie bellen voor een afspraak: telefoonnummer 088 708 33 60 voor de locatie Almelo en telefoonnummer 088 708 52 50 voor de locatie Hengelo (8.30 - 12.30 uur en 13.30 - 16.30 uur).

Wanneer moet u medische hulp inroepen?

Het is verstandig om in de volgende situaties de arts of verloskundige te waarschuwen:

- Hevig bloedverlies. Als u veel bloed verliest (langdurig veel meer dan een forse menstruatie) of als u flauw valt;
- Aanhoudende klachten. Als u na een miskraam of curettage krampende pijn en/of zeer fors bloedverlies heeft, wijst dit op een incomplete miskraam. Een deel van het zwangerschapsweefsel is in de baarmoeder blijven zitten. Als dit het geval is, moet (opnieuw) een curettage plaatsvinden;
- Koorts. Als u koorts heeft (temperatuur >38°C) tijdens of kort na een miskraam, wijst dit meestal op een ontsteking in de baarmoeder. Dit moet behandeld worden. Neem bij koorts daarom contact op met uw verloskundige of arts;
- Als u ongerust bent en u vragen heeft die niet tot de controleafspraak kunnen wachten.

Vragen

Heeft u vragen of wilt u meer weten? Neem dan contact op met de polikliniek gynaecologie van ZGT.

- Ziekenhuislocatie Almelo, telefoonnummer 088 708 33 60
- Ziekenhuislocatie Hengelo, telefoonnummer 088 708 52 50

Check uw dossier op MijnZGT

MijnZGT is het patiëntenportaal van ZGT. U kunt op MijnZGT via uw computer, tablet of mobiel delen van uw medisch dossier inzien, persoonlijke gegevens checken, of bijvoorbeeld vragenlijsten invullen die wij voor u hebben klaargezet. Kijk voor meer informatie op: zgt.nl/mijnzgt.