

PATIËNTEN INFORMATIE

Een miskraam of bloedverlies
in de eerste maanden van de
zwangerschap

**MAASSTAD
ZIEKENHUIS**

een santeon ziekenhuis



Inhoud

Wat is een miskraam.....	3
Oorzaak van een miskraam.....	3
Kans op een miskraam	4
Kunt u een volgende miskraam voorkomen	4
Verschijnselen bij een dreigende miskraam.....	4
Andere oorzaken van bloedverlies tijdens het begin van de zwangerschap	5
Welk onderzoek is mogelijk.....	5
Wat te doen als een miskraam is vastgesteld	7
Afwachten.....	7
Medicatie.....	9
Curettage	10
Anti-D-immunoglobuline.....	11
Wanneer moet u na een spontane miskraam of een curettage medische hulp inroepen.....	12
Lichamelijk en emotioneel herstel	13
Hulporganisaties.....	15
Boeken.....	16
Vragen	17

Met deze folder wil het Maasstad Ziekenhuis u informeren over een vroege miskraam. Het is belangrijk dat u deze informatie goed doorleest. Het kan zijn dat niet alles in de folder zo gaat als staat beschreven. Dit is afhankelijk van uw persoonlijke situatie.

Wat is een miskraam

U heeft een miskraam wanneer u een niet-levensvatbare embryo/foetus verliest. Een miskraam in de eerste 12 weken van de zwangerschap noemen wij een vroege miskraam.

Bij een miskraam merkt u vaak als eerste dat u bloedverliest uit de vagina. Dit noemen wij een dreigende miskraam. Bij ongeveer de helft van de dreigende miskramen, komt er een echte miskraam. In de andere gevallen heeft het bloedverlies een andere oorzaak.

U heeft een late miskraam of doodgeboorte wanneer u de embryo/foetus na 12 weken zwangerschap maar vóór de levensvatbare periode verliest.

Oorzaak van een miskraam

De oorzaak van een vroege miskraam is vaak een aanlegstoornis. Het embryo is niet in orde, de natuur vindt dan een logische oplossing: het groeit niet verder en het lichaam stoot het af.

Een zwangerschap bestaat uit een vruchtzak en een embryo. Het embryo ontwikkelt zich tot een kind. Bij een miskraam is vaak alleen de vruchtzak aangelegd, zonder embryo. Het embryo komt dan door een gestoorde aanleg niet tot ontwikkeling en groeit niet verder. Er is dan sprake van een lege vruchtzak.

Bij een eerste miskraam is er geen reden voor nader onderzoek. De arts raad een onderzoek aan wanneer u vaker een miskraam heeft gehad.

Kans op een miskraam

Bij ongeveer 1 op de 10 zwangerschappen is er sprake van een miskraam. Dit betekent dat in Nederland jaarlijks ongeveer 20.000 vrouwen een miskraam meemaken. Naar schatting krijgt een kwart van alle vrouwen ooit met het krijgen van een miskraam te maken.

Vrouwen die eenmaal een miskraam hebben meegemaakt, hebben mogelijk een licht verhoogde kans op een nieuwe miskraam. Gelukkig is de kans dat een zwangerschap wel goed afloopt, het grootst.

Kunt u een volgende miskraam voorkomen

Als u opnieuw zwanger wilt worden, is het verstandig zo gezond mogelijk te leven. Dat betekent gezond en gevarieerd eten, geen alcohol, niet roken en geen medicijnen innemen zonder overleg.

Voor elke vrouw die (opnieuw) zwanger wilt worden, is het advies om dagelijks een tablet foliumzuur van 0,4 mg in te nemen. Mocht u voor de miskraam geen foliumzuur gebruikt hebben, hoeft u zich niet schuldig te voelen. Foliumzuur vermindert niet de kans op een miskraam.

Verschijnselen bij een dreigende miskraam

Bij een dreigende miskraam nemen zwangerschapsverschijnselen zoals gespannen borsten en ochtendmisselijkheid soms af. Vaginaal bloedverlies en soms wat menstruatie-achtige pijn bij een vroege zwangerschap kunnen de eerste tekenen zijn van een dreigende miskraam. Bij de helft van de vrouwen met bloedverlies of wat buikpijn is er gelukkig niets mis en verloopt de zwangerschap verder ongestoord.

Andere oorzaken van bloedverlies tijdens het begin van de zwangerschap

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 vooral voor na de seks of na (harde) ontlasting.

Een minder voorkomende oorzaak van bloedverlies is een buitenbaarmoederlijke zwangerschap. De zwangerschap is dan niet in, maar buiten de baarmoeder ingenesteld, meestal in de eileider. De medische term voor een buitenbaarmoederlijke zwangerschap is extra-uteriene graviditeit, vaak afgekort als EUG.

De kans op een EUG is verhoogd na een eileiderontsteking of een operatie aan de eileiders. Ook een zwangerschap bij een nog aanwezig spiraaltje of na een sterilisatie kan buitenbaarmoederlijk zijn. Bij een buitenbaarmoederlijke zwangerschap treedt vaak vrij hevige buikpijn op.

Een zeldzame oorzaken van bloedverlies vroeg in de zwangerschap zijn het verlies van een tweede zwangerschap van een tweeling (vanishing twin genaamd) 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 placenta in de wand van de baarmoeder.

Welk onderzoek is mogelijk

Bij bloedverlies vroeg in de zwangerschap onderzoekt de arts of verloskundige de baarmoedermond. Ook een inwendig (vaginaal) onderzoek is mogelijk. Via de vagina onderzoekt arts of verloskundige de baarmoeder en eierstokken.

Een echoscopisch onderzoek kan duidelijk maken of de zwangerschap nog intact is. Geluidsgolven geven een afbeelding van de zwangere baarmoeder. Afhankelijk van de zwangerschapsduur is te zien of het hartje klopt. De kans op een miskraam is dan zeer klein, maar niet uitgesloten. Een lege vruchtzak of een niet-levend embryo zonder hartactie zijn met echoscopie betrouwbaar te zien. Bent u minder dan 2 weken over tijd, dan geeft het onderzoek soms nog geen duidelijkheid. Door het onderzoek 1 tot 2 weken later te doen, kan de arts zien of het hartje klopt. Lees meer informatie over dit onderzoek op de website [Echoscopie voor zwangeren](#).

Bedenk dat echoscopisch onderzoek niets verandert aan de uitkomst van de zwangerschap. Een miskraam is een veel voorkomend en ook natuurlijk verschijnsel. Als het mis gaat, wordt dat vanzelf duidelijk. Medisch onderzoek en behandeling lijken wel een bepaalde zekerheid te bieden, maar doen dat niet altijd.

Wat te doen als een miskraam is vastgesteld

Omdat een aanlegstoornis van de zwangerschap of het afsterven van het embryo de oorzaak is van een miskraam, is behandeling om een miskraam te voorkomen nooit mogelijk. Medicijnen of maatregelen zoals bedrust of stoppen met werken zijn dan ook zinloos.

Hoewel een behandeling ontbreekt, bestaat er wel een keuze waarop de miskraam kan plaatsvinden:

- *afwachten* tot de miskraam spontaan optreedt;
- *medicatie*: het opwekken van een miskraam met behulp van medicijnen;
- *curetage*: een ingreep waarbij de gynaecoloog het zwangerschapsweefsel via de vagina en de baarmoederhals verwijdert.

Alle benaderingen hebben voor- en nadelen. We beschrijven ze hieronder. U kunt de behandelingen ook met uw verloskundige of arts bespreken. U bepaalt samen met de artsen wat het beste bij u past. Ook is altijd een tussenoplossing mogelijk, zoals een tijdje afwachten, en als het te lang duurt, alsnog een behandeling.

Afwachten

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, maar soms duurt dit nog een week of zelfs een paar weken.

Langzaam ontstaat krampende pijn in de baarmoeder en neemt het bloedverlies toe, zoals bij een hevige menstruatie. In de loop van enkele uren wordt het embryo nu uit de baarmoeder gedreven. De miskraam heeft dan plaatsgevonden. Het embryo is herkenbaar als een met vocht gevuld blaasje met een vliezig omhulsel dat gedeeltelijk met roze vlokken is bekleed. Vaak komen ook bloedstolsels vrij, die meer donkerrood en glad zijn. Sommige vrouwen twijfelen over het verschil

tussen het embryo en een stolsel. Een stolsel kunt u met uw vingers uit elkaar trekken tot er niets van overblijft, bij een embryo herkent u altijd een met helder vocht gevuld blaasje.

De pijn verdwijnt vrijwel direct na een miskraam die normaal verloopt. 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. Het is dan verstandig het verloren weefsel te bewaren, zodat beoordeeld kan worden of het inderdaad om een miskraam gaat. Opsturen van het weefsel voor microscopisch onderzoek is mogelijk, maar dit onderzoek zegt niets over de oorzaak van de miskraam. Het bevestigt alleen maar dat de miskraam werkelijk heeft plaatsgevonden. Ook geeft het bij deze korte zwangerschapsduur geen informatie over het geslacht van het embryo. Veel artsen vinden dit onderzoek dan ook niet noodzakelijk.

Als u dat wilt, kunt u het weefsel begraven op een dierbaar plekje in de tuin of ergens buiten.

Veel vrouwen geven de voorkeur aan afwachten, omdat een spontane miskraam de natuurlijke gang van zaken is. Zij willen hun verdriet om het verlies van een gewenste zwangerschap thuis beleven.

Een voordeel is dat eventuele (zeldzame) complicaties ten gevolge van een curettage worden vermeden. Sommige vrouwen vinden echter dat het afwachten veel onzekerheid oplevert en het normale leven verstoort, terwijl zij soms ook nog zwangerschapsklachten hebben. Een ander nadeel is dat er een kleine kans bestaat dat de zwangerschap niet in zijn geheel naar buiten komt (incomplete miskraam). Het bloedverlies blijft dan aanhouden. In dat geval moet alsnog een curettage plaatsvinden.

Als u besluit om een spontane miskraam af te wachten, is het verstandig te bedenken hoe lang u wilt afwachten en dit met de verloskundige of de arts te bespreken. Afwachten kan medisch gezien geen kwaad en heeft geen gevolgen voor een nieuwe zwangerschap. Wel is het soms emotioneel zwaar. Een medische noodzaak tot een curettage is er alleen in het geval van een incomplete miskraam.

Medicatie

Door voorgeschreven medicatie te nemen kan een spontane miskraam in gang gezet worden. Het verloop van de miskraam is verder hetzelfde als bij een spontane miskraam. U krijgt krampen en bloedverlies waarbij ook het embryo naar buiten komt. Bij 85% van de vrouwen lukt het om de miskraam met deze medicijnen op gang te brengen, hoe vroeger in de zwangerschap hoe beter het resultaat kan zijn met medicatie.

Er worden 2 soorten medicatie voorgeschreven: Mifegyne (-Mifepriston) en Misoprostol (-cytotec).

- Als eerst neemt u de Mifegyne in. Mifegyne is 1 tablet van 200 milligram en zorgt ervoor dat de Misoprostol beter werkt. Hierdoor is de kans op een complete miskraam groter. Deze tablet kunt u met water doorslikken. U kunt naar keuze de Mifegyne in het ziekenhuis innemen of thuis. De arts bespreekt dit met u.
- Het tweede medicijn is de Misoprostol. Dit zijn 4 tabletten van 200 mcg die 24 tot 48 uur na de Mifegyne allemaal tegelijk zo diep mogelijk in de vagina wordt ingebacht. Dit kunt u thuis doen, met als voorkeur in de ochtend. De Misoprostol zorgt ervoor dat de baarmoeder gaat samentrekken en dat de baarmoedermond zacht wordt en open gaat.

De meeste vrouwen krijgen binnen 24 uur een miskraam. Als er geen bloedverlies of weefselverlies heeft opgetreden na 2 dagen neemt u contact op met de polikliniek. De arts bepaalt dan bepalen of nog een keer medicatie moet krijgen of dat er een curettage plaats moeten vinden.

Curettage

Een curettage is een kleine ingreep. De gynaecoloog zuigt de baarmoederholte via de vagina door een dun slangetje (vacuümcurette) leeg of maakt deze met een curette (een soort lepeltje) schoon.

De ingreep duurt ongeveer 5-10 minuten en gebeurt in de meeste ziekenhuizen op de afdeling Dagbehandeling. Vaak geeft men een korte verdoving; u merkt dan niets van de ingreep. In sommige ziekenhuizen is het mogelijk te kiezen voor een plaatselijke verdoving: via de vagina verdooft de gynaecoloog de baarmoedermond met een paar injecties. Vaak krijgt u ook een rustgevend middel. U bent hierdoor wat slaperig en suf tijdens de ingreep. U voelt wel wat pijn, maar deze is over het algemeen goed te verdragen als de ingreep kort duurt. De gynaecoloog kan u informatie geven over voor- en nadelen van narcose en plaatselijke verdoving, en vertellen welke mogelijkheden in het ziekenhuis aanwezig zijn.

Als u gezond bent, is een curettage een ingreep met een zeer klein risico op complicaties. Er zijn geen gevolgen voor een volgende zwangerschap. Een zeldzaam voorkomende complicatie is het syndroom van Asherman: hierbij ontstaan verklevingen aan de binnenzijde van de baarmoeder. De gynaecoloog moet deze door middel van een operatie weghalen. Een enkele keer komt een perforatie voor: het dunne slangetje of de curette gaat dan per ongeluk door de wand van de baarmoeder heen. Meestal heeft dit geen gevolgen, maar soms adviseert men extra observatie in het ziekenhuis.

Een laatste complicatie is een incomplete curettage, waarbij een rest van de miskraam achterblijft. Het bloedverlies blijft dan meestal aanhouden. De rest van het zwangerschapsweefsel kan alsnog spontaan naar buiten komen. Soms is het noodzakelijk hiervoor medicijnen te gebruiken of is een tweede curettage noodzakelijk.

Vrouwen die kiezen voor een curettage noemen vaak als argument dat zij het vervelend vinden met een niet-levensvatbare zwangerschap rond te lopen. Ook het afwachten en de onzekerheid over het tijdstip van de miskraam wegen soms zwaar. 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 is niet te snel in te grijpen. Over het algemeen zal er geadviseerd worden om de miskraam af te wachten of op te wekken met medicatie en de curettage alleen indien dit echt nodig is.

Anti-D-immunoglobuline

Soms adviseren artsen om na een miskraam anti-D-immunoglobuline (anti-D) toe te dienen aan vrouwen met een resusnegatieve bloedgroep. Op deze manier is het mogelijk het ontstaan van resus-antistoffen te voorkomen. Deze antistoffen kunnen in een volgende zwangerschap problemen veroorzaken.

Bij een spontane miskraam voor 10 weken is het geven van anti-D niet nodig. Ook als bij echoscopisch onderzoek blijkt dat er geen embryo is aangelegd, of dat het embryo in een zeer vroeg stadium is afgestorven, ziet men soms af van het geven van anti-D. Men neemt dan aan dat er geen kans is op de vorming van antistoffen. Bespreek met uw arts of verloskundige of het bepalen van uw resusfactor zinvol is, en of anti-D toegediend moet worden.

Wanneer moet u na een spontane miskraam of een curettage medische hulp inroepen

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

Hevig bloedverlies

Als het bloedverlies erg ruim is (langdurig veel meer dan een forse menstruatie), kan dit gevaarlijk zijn. Zeker bij klachten van sterretjes zien of flauwvallen, moet u direct medische hulp inroepen.

Aanhoudende klachten

Als na een spontane miskraam of curettage krampende pijn en/of zeer fors bloedverlies blijft bestaan, wijst dit op een incomplete miskraam. Er is dan nog een rest van de zwangerschap in de baarmoeder aanwezig. Een (nieuwe) curettage is dan meestal noodzakelijk.

Koorts

Koorts (temperatuur boven 38°C) tijdens of kort na een miskraam wijst meestal op een ontsteking in de baarmoeder, die behandeld moet worden. Neem dan contact met de arts op.

Ongerustheid

Als u ongerust bent over het verloop van de miskraam, kunt u altijd contact opnemen met uw verloskundige of arts.

Lichamelijk en emotioneel herstel

Het lichamelijk herstel na een spontane miskraam of een curettage is meestal snel. Gedurende 1 of 2 weken bestaat vaak nog wat bloedverlies en bruinige afscheiding. Het is verstandig met seks te wachten tot het bloedverlies voorbij is. Hierna is het lichaam voldoende hersteld om opnieuw zwanger te worden. Het zwanger worden is door de miskraam niet moeilijker. Vanuit medisch oogpunt is het niet noodzakelijk een aantal maanden te wachten met zwanger worden.

De volgende menstruatie verschijnt na ongeveer 6 weken, soms een paar weken eerder of later. Veel vrouwen maken na een miskraam psychisch een moeilijke tijd door. De miskraam betekent een streep door de toekomst en brengt een abrupt einde aan alle plannen en fantasieën over het verwachte kind. Dat de zwangerschap vanaf het begin al niet in orde was en de miskraam dus een natuurlijke en logische oplossing, is voor sommige een troost. Verdriet, schuldgevoelens, ongelooft, boosheid en een gevoel van leegte zijn veel voorkomende emoties.

De vraag waarom het misging houdt u wellicht bezig. Hoe invoelbaar ook, schuldgevoelens zijn bijna nooit terecht. Een miskraam is een natuurlijke oplossing voor iets wat fout ging rond de bevruchting, en het is maar de vraag of een gezondere leefwijze of minder stress dit had kunnen voorkomen.

De gedachte dat zwanger worden in elk geval mogelijk is gebleken, is soms een steun. De verwerking van een miskraam doet iedereen op zijn eigen manier. Ook de omstandigheden spelen een rol. Het is moeilijk aan te geven hoe lang dit proces duurt. Sommige ouders doen er enkele maanden tot een half jaar over; bij anderen duurt het langer, soms meer dan 1 jaar.

Voor de omgeving is het soms niet duidelijk wat u doormaakt. Opmerkingen als 'volgende keer beter' of 'je bent nog jong' helpen meestal niet, ook al zijn ze goed bedoeld.

Omdat het verlies vaak voor de buitenwereld onzichtbaar is, kan het helpen te praten met andere ouders die hetzelfde hebben meegemaakt. Zij weten wat u doormaakt. Verschillen in beleving of snelheid van verwerken tussen man en vrouw kunnen een druk op de relatie geven; ook dan is het verstandig erover te praten, zowel met elkaar als met anderen.

Vrouwen die na een miskraam opnieuw zwanger worden, zijn daar meestal blij mee, maar voelen zich vaak de eerste tijd ook onzeker en bang: zal het opnieuw mis gaan? Sommige willen daarom de omgeving nog niet direct van de zwangerschap op de hoogte stellen. Gelukkig verloopt een volgende zwangerschap meestal goed, ook bij vrouwen die meer dan één miskraam hebben doorgemaakt.

Hulporganisaties

Er bestaat geen landelijke hulporganisatie die zich speciaal richt op vrouwen die een miskraam doormaakten. Toch kan een aantal (plaatselijke) instanties behulpzaam zijn bij het beantwoorden van vragen en bij het zoeken van hulp en steun in de woonomgeving:

Project Lotgenotencontact bij Miskramen.

Humanitas, Nederlandse Vereniging voor Maatschappelijke Dienstverlening en Samenlevingsopbouw
Sarphatistraat 4, 1017 WS Amsterdam
T (020) 523 11 00, F (020) 622 73 67

Project Lotgenotencontact bij Miskramen biedt ondersteuning aan vrouwen die een miskraam hebben gehad. Hiervoor organiseert men lotgenotencontacten, zodat vrouwen ervaringen kunnen uitwisselen en emoties kunnen verwerken.

Landelijk Steunpunt Rouwbegeleiding (LSR)

Postbus 13189, 3507 LD Utrecht
T (030) 234 38 68 (werkdagen 09.00 – 13.00 uur)

Het LSR geeft informatie over rouw en verliesverwerking en is behulpzaam bij het zoeken naar hulpverleningsinstanties in de woonomgeving.

Landelijke Zelfhulporganisatie Ouders van een overleden kind

Postbus 418, 1400 AK Bussum
T (0252) 370 604 (op werkdagen van 09.00 – 12.00, 14.00 – 17.00 en 19.00 – 22.00 uur)

De Landelijke Zelfhulporganisatie Ouders van een Overleden Kind is een organisatie van ouders die begrip en medeleven willen bieden aan lotgenoten. Dit wordt gedaan door ouders die zelf hun verlies, verdriet en isolement hebben doorworsteld en nu in staat zijn om anderen te helpen.

Freya, patiëntenvereniging voor vruchtbaarheidsproblematiek

Postbus 476, 6600 AL Wijchen

T/F (024) 645 10 88

Website: www.freya.nl

Landelijke patiëntenvereniging die vanuit ervaringsdeskundigheid een luisterend oor kan bieden en informatie verstrekken aan paren die ongewild kinderloos zijn. Freya kan ook bemiddelen bij lotgenotencontact voor problemen rond (herhaalde) miskramen.

FIOM, Stichting Ambulante FIOM

Centraal Bureau

Kruisstraat 1, 5211 DT 's Hertogenbosch

T (073) 612 88 21

Een landelijke instelling voor hulpverlening bij vragen op het terrein van zwangerschap en ouderschap, met regionale vestigingen door het hele land. Behalve informatie biedt de stichting individuele hulp en organiseert zij groepsbijeenkomsten.

Boeken

Marianne Cuisinier en Hettie Janssen. Met lege handen.

Houten: Unieboek, 2e dr. 1997. ISBN 90 269 6699 7.

Wiebe Braam en Martha van Buuren. Als je zwangerschap misloopt.

Baarn: La Rivière 1995. ISBN 90 384 0365 8

Ann Oakley, Ann McPherson en Helen Robert. Soms gaat het mis.

Kosmos Utrecht/Antwerpen 1985. ISBN 90 215 1231 9.

Vragen

Heeft u vragen na het lezen van deze folder? Neem dan contact op met de polikliniek Gynaecologie. Zij zijn bereikbaar van maandag tot vrijdag tussen 08.00 – 17.00 uur via (010 291 22 80).



De informatie in deze folder is belangrijk voor u. Als u moeite heeft met de Nederlandse taal, zorg dan dat u deze folder samen met iemand leest die de informatie voor u vertaalt of uitlegt.

The information in this brochure is important for you. If you have any difficulties understanding Dutch, please read this brochure together with somebody who can translate or explain the information to you.

Bu broşürdeki bilgi sizin için önemlidir. Hollandaca dilde zorlanıyorsanız, bu broşürü size tercüme edecek ya da açıklayacak biriyle birlikte okuyun.

Informacje zawarte w tym folderze są ważne dla Państwa. Jeśli język niderlandzki sprawia Państwu trudność, postarajcie się przeczytać informacje zawarte w tym folderze z kimś, kto może Państwu je przetłumaczyć lub objaśnić.

المعلومات المتواجدة في هذا المنشور مهمة بالنسبة لكم. إذا كنتم تواجهون صعوبة في اللغة الهولندية،
إحرصوا حينئذ على أن تقرأوا هذا المنشور بحضور شخص ما، الذي يترجم لك المعلومات الواردة فيه
أو بشرحها لكم.

Maasstad Ziekenhuis
Maasstadweg 21
3079 DZ Rotterdam

T: (010) 291 19 11

I: www.maasstadziekenhuis.nl / www.maasnik.nl (kinderwebsite)

I: www.maasstadziekenhuis.nl/mijn (patiëntenportaal)

