

**Verlies van
prille zwangerschap**

Inhoud

Welkom	3
1. Symptomen	4
2. Onderzoeken en diagnose	4
3. Oorzaken	5
4. Beleid	6
4.1 Spontaan afwachten	6
4.2 Zuigcurettage	6
4.3 Medicamenteuze behandeling	8
4.4 Pijnstilling	9
5. Alarmsignalen.....	10
6. Een volgende zwangerschap	10
7. Verdriet over verlies	11
Contact	12

Welkom

Beste patiënt

Wanneer u het verlies van een prille zwangerschap doormaakt, roept dit ongetwijfeld veel vragen en verdriet bij u op.

Met de informatie in deze brochure willen we u een antwoord geven op enkele van de meest voorkomende vragen. Mocht u na het lezen van deze informatie nog vragen hebben, aarzel dan zeker niet om deze te stellen.



1. Symptomen

De meest voorkomende symptomen bij een zwangerschapsverlies zijn vaginaal bloedverlies, pijn in de onderrug en/of buikkrampen. Soms zijn er ook helemaal geen symptomen en komt de diagnose dus erg onverwacht.

Als u later terug zwanger zou zijn, moet u weten dat deze symptomen ook perfect kunnen passen bij een normale, goed evoluerende zwangerschap. Het groeien van de baarmoeder kan wat pijn veroorzaken en de innesteling kan een beetje bloedverlies geven. Deze klachten betekenen dus zeker niet dat de zwangerschap opnieuw misloopt.

2. Onderzoeken en diagnose

Om de diagnose te stellen kan uw gynaecoloog een bloedafname uitvoeren waarbij het zwangerschapshormoon, humaan choriongonadotrofine (hCG), bepaald wordt. Bij een normale zwangerschap verdubbelt de waarde van dit hormoon elke 48 uur gedurende de eerste weken van de zwangerschap. Vanaf vijf à zes weken zwangerschapsduur is het ook mogelijk een transvaginale echografie uit te voeren om de diagnose te stellen. Het is echter niet altijd mogelijk om op basis van één echografie te weten of een zwangerschap goed evolueert. Het is dan ook mogelijk dat uw arts u vraagt om na 10 tot 14 dagen terug te komen voor een nieuwe echografie.

Indien er inderdaad een verlies van een prille zwangerschap wordt vastgesteld, zijn er verschillende behandelingsmogelijkheden. Deze mogelijkheden worden met u besproken en in samenspraak wordt beslist welke behandeling voor u het meest gepast is. Deze mogelijkheden zijn immers ook afhankelijk van de zwangerschapsduur.

3. Oorzaken

Een verlies vroeg in de zwangerschap is in 50% van de gevallen te wijten aan een probleem in de ontwikkeling van het embryo. Meestal is dit het gevolg van een toevallige foute celdeling en heeft dit niets te maken met een genetisch probleem bij u of uw partner. De kans op een dergelijke foute celdeling neemt wel toe naarmate u ouder wordt.

Het risico op een verlies van een prille zwangerschap stijgt aanzienlijk bij roken of het gebruik van alcohol en/of drugs.

Een overmatige hoeveelheid cafeïne, een blootstelling aan toxische stoffen of ondervoeding kunnen de kans op een verlies van een prille zwangerschap ook verhogen. Er zijn heel wat medicijnen die schadelijk kunnen zijn voor een embryo, bespreek de medicatie die u neemt dus zeker met uw behandelend arts. Onderliggende ziektes zoals bijvoorbeeld een slecht geregeld diabetes, lupus, of een genetische aandoening bij u of uw partner kunnen het risico soms ook verhogen.

Het is belangrijk om te weten dat het verlies van een prille zwangerschap meestal een willekeurige gebeurtenis is. Stress, werken, sporten, seks, ... hebben hier geen invloed op en in de meeste gevallen kan u er dus zelf helemaal niets aan doen.

Ook een recente val of klap heeft geen effect op uw zwangerschap. Bij een vroege zwangerschap zit uw baarmoeder immers nog achter de sterke beenderen van uw bekken.

4. **Beleid**

In het geval van een niet-evolutieve zwangerschap zijn er drie mogelijke manieren van medische begeleiding:

- ⤿ niets doen en wachten op een spontane uitstoot van het vruchtzakje met het embryo;
- ⤿ de baarmoeder reinigen via een curettage;
- ⤿ de spontane uitstoot van zwangerschapsproducten versnellen met medicatie en alleen een curettage doen wanneer er geen spontane uitstoot is.

4.1 **Spontaan afwachten**

In het merendeel van gevallen zal er in het eerste trimester van de zwangerschap een spontane uitstoot van het vruchtzakje met het embryo zijn. Het is belangrijk om met uw arts te bespreken hoe u bij deze afwachtende keuze verder opgevolgd wordt om er zeker van te zijn dat de baarmoeder perfect zuiver is.

Het nadeel van dit afwachtend beleid is dat een spontane uitstoot heel vaak lang (meerdere weken) op zich laat wachten en dat deze uitstoot dikwijls niet volledig is.

4.2 **Zuigcurettage**

Een zuigcurettage is een snelle en efficiënte procedure, die tot enkele jaren geleden door de meeste gynaecologische diensten verkozen werd. Intussen heeft onderzoek aangetoond dat een medicamenteuze behandeling de voorkeur geniet en dat een curettage best enkel uitgevoerd wordt wanneer de medicamenteuze behandeling niet of onvoldoende werkzaam is.

Het nadeel van een curettage is immers dat u voor deze ingreep een algemene anesthesie dient te ondergaan. Ook kan een curettage in zeldzame gevallen tot complicaties leiden (een infectie, littekenvorming, het doorprikken van de baarmoederwand, ...).

Indien u, in samenspraak met uw arts, kiest voor een curettage zal deze via de dagkliniek ingepland worden. Voorafgaand dient u op gesprek te gaan bij de verpleegkundige van de dienst anesthesie (EVA raadpleging).

Om tijdens en na de ingreep braken en longproblemen te voorkomen moet u voor deze ingreep nuchter zijn. Dit betekent dat u minstens 7 uur vóór de ingreep niet meer mag eten. Heldere, niet-bruisende dranken (water, Aquarius, thee ZONDER melk) mogen nog gedronken worden tot 4 uur vóór de ingreep. Vanaf dan mag u niet meer drinken. Afhankelijk van uw medische voorgeschiedenis kan het zijn dat de anesthesist u een ander advies zal geven.

Op de dag van de ingreep dient u om 6 uur 's ochtends 2 tabletjes Cytotec vaginaal te plaatsen. Deze tabletten krijgt u mee van de arts. Deze medicatie zorgt ervoor dat de baarmoederhals weker wordt en dat de ingreep makkelijker kan verlopen. Het kan zijn dat u door deze medicatie reeds krampen in de onderbuik krijgt, vergelijkbaar met krampen tijdens de menstruatieperiode.

Na de ingreep zal u snel weer mogen drinken en starten met lichte voeding.

4.3 Medicamenteuze behandeling

Tegenwoordig geniet een medicamenteuze behandeling de voorkeur omdat deze behandeling een slaagkans van ongeveer 80 % heeft. Hierdoor kan in de meeste gevallen een curettage vermeden worden.

De medicamenteuze behandeling bestaat uit verschillende stapjes:

- ☞ **Orale inname van 1 tablet Mifegyne 200 mg:**
Deze inname gebeurt in het ziekenhuis onder toezicht van de arts of een vroedvrouw. Dit kan op het moment van de vaststelling of op een later moment, wanneer u zich hier klaar voor voelt. Mifegyne zorgt ervoor dat de baarmoederhals weker wordt en dat de daaropvolgende medicatie beter kan inwerken. Deze manier van werken verhoogt de slaagkansen. Mifegyne heeft meestal geen nevenwerkingen, maar kan in sommige gevallen toch misselijkheid en/of maaglast geven.
- ☞ **Vaginaal plaatsen van 4 tabletten Cytotec 200 µg:**
Deze tabletten krijgt u mee naar huis en moet u ongeveer 36 uur na de inname van Mifegyne zo diep mogelijk vaginaal plaatsen. Uw arts zal u de nodige instructies hieromtrent geven. Cytotec veroorzaakt samentrekkingen van de baarmoeder en zal dus zorgen voor een uitstoot van het vruchtzakje met het embryo. De voornaamste nevenwerkingen van Cytotec zijn krampen (vaak), koude rillingen, koorts, misselijkheid braken en/of diarree.
- ☞ **Telefonisch contact met één van de vroedvrouwen:**
Omdat wij weten dat het verlies van een prille zwangerschap een ingrijpende gebeurtenis is, willen we graag nauw contact met u houden. Daags na de inname van de Cytotec zal u telefonisch gecontacteerd worden door één van de vroedvrouwen. Heeft u enige bezorgdheden of vragen, maak deze zeker bespreekbaar met haar.

Controleafspraak bij de gynaecoloog:

Ongeveer 10 dagen na de vaststelling volgt er een controleafspraak bij uw gynaecoloog. Door middel van een vaginale echografie zal hij of zij controleren of de baarmoederholte zuiver en goed hersteld is. Indien er toch nog een restje van de vruchtzak of moederkoek is achtergebleven, dan zal dit via een curettage of tijdens een kijkonderzoek in de baarmoeder verwijderd worden.

4.4 Pijnstilling

Als u te veel pijn heeft mag u paracetamol nemen. U start met 1000 mg éénmalig, tot maximaal vier keer 1 gr per dag. Paracetamol is vrij verkrijgbaar bij de apotheek en is veilig tijdens de zwangerschap.

Indien paracetamol onvoldoende werkt, mag u bijkomend drie keer per dag 400 mg ibuprofen innemen. Neem ibuprofen steeds in bij een maaltijd en met voldoende water. Wees voorzichtig met deze medicatie als u in het verleden al maagproblemen hebt gehad.

Warmteapplicatie kan ook pijnstillend werken. Probeer eens in bad te gaan, een warme douche te nemen of gebruik een kersenpitkussen.

Indien u, ondanks al deze maatregelen en maximale pijnstilling, nog steeds veel pijn ervaart raden wij u aan om contact op te nemen met uw huisarts, de spoeddienst of uw gynaecoloog.

5. Alarmsignalen

U zal merken dat u veel bloedverlies zal krijgen. Het is belangrijk dat u weet dat het normaal is dat de bloeding een stuk heftiger is dan een menstruatie en dat dit gepaard kan gaan met verlies van klonters. Indien u abnormaal veel bloedverlies heeft (meerdere doordrenkte maandverbanden per uur) met bloedklonters, en wanneer dit bloedverlies niet spontaan vermindert na een uur, dient u contact op te nemen met uw arts of zich aan te melden bij de spoeddienst. De (spoed)arts beoordeelt dan wat er moet gebeuren. Koorts (meer dan 38,0 °C) is een gekende bijwerking van de Cytotec tabletten, maar wanneer die meer dan 6 uren aanhoudt, moet u contact opnemen. U heeft mogelijks een infectie en de arts moet beoordelen of het al dan niet nodig is om antibiotica op te starten.

6. Een volgende zwangerschap

Het verlies van een prille zwangerschap wil niet noodzakelijk zeggen dat er een probleem is bij u of uw partner. 26% van alle zwangerschappen eindigt namelijk voor 20 weken in een verlies, waarvan maar 10% gekende zwangerschappen zijn. De meeste vrouwen worden na een verlies vlot opnieuw zwanger en hebben vervolgens een normaal verlopende zwangerschap. Daarom gebeurt er na één miskraam nog geen verder onderzoek naar een mogelijke oorzaak. Verder onderzoek wordt wel met u besproken wanneer er sprake is van drie opeenvolgende miskramen.

Na het verlies van een prille zwangerschap komt de eerste menstruatie na ongeveer vier tot zes weken terug op gang. Dit verschilt echter van vrouw tot vrouw en kan ook enkele maanden duren. Het kan zijn dat de eerste menstruatie heviger is dan u gewend bent.

De eerste twee weken na de behandeling wordt seksueel contact afgeraden om een infectie van de baarmoeder te vermijden. We adviseren om één of twee menstruaties af te wachten alvorens terug zwanger te worden. Het is belangrijk dat de baarmoederholte en de vaginale flora goed kan herstellen. In sommige situaties is het aangewezen om langer te wachten, maar indien dit voor u van toepassing is, dan zal uw arts u hiervan op de hoogte brengen.

Als u liever wil starten met anticonceptie (de pil of een spiraaltje), dan bespreekt u dit best met uw arts.

7. Verdriet over verlies

Elk jaar ervaren wereldwijd ongeveer 23 miljoen mensen het verlies van een prille zwangerschap. De fysieke impact hiervan is niet te onderschatten, maar het mentale aspect, het verdriet en de pijn die zeer langzaam of soms zelfs niet overgaat is even erg. Voor veel toekomstige ouder(s) is dit verlies een serieuze klap waar heel veel vragen bij komen kijken. Het is immers aangetoond dat dit verlies even ingrijpend en belangrijk is als elke andere vorm van rouw. Deze gevoelens omvatten niet enkel het verlies van uw baby, maar ook het verlies van toekomstige verwachtingen en dromen en de bezorgdheid over de mogelijkheid om ooit nog een nieuw leven te creëren.

Weinig mensen beseffen dit en houden hier dan ook geen rekening mee, zelfs mensen uit het medisch team zijn zich hier niet altijd van bewust. Het taalgebruik dat vaak gehanteerd wordt, kan als confronterend en pijnlijk ervaren worden. We gebruiken daarom liever niet het woord 'miskraam' omdat het lijkt alsof je de zwangerschap verkeerd gedragen hebt of dat je het verlies van de baby gemist hebt. Ook al zijn de woorden 'vruchtje' en 'zwangerschapsresten' medisch correcte termen, ze zijn niet fijngevoelig. Voor u en uw partner blijft het een verlies van nieuw leven, van nieuwe dromen, ...

Ondanks het feit dat de zwangerschap nog heel pril was, blijft het uiterst belangrijk om u en uw eventuele partner hierin te ondersteunen en te begeleiden. Ons team is er niet alleen om u medisch doorheen dit traject te begeleiden, maar wij zijn ook bezorgd over jullie mentale welzijn. Weet dat er niet van u verwacht wordt dat u volgende week weer lachend door het leven zal gaan en dat wij een team van psychologen en medewerkers hebben dat u wil bijstaan als u graag extra ondersteuning wil.

Contact

De volgende medewerkers van onze dienst staan daarom steeds ter uwer beschikking:

- Medewerker van de sociale dienst, Nancy Snauwaert: T 050 36 58 21
- Psychologe: Nancy David, T 050 36 58 07
- Pastorale dienst: Marieke Desendere of Roel Vansevenant
T 050 36 57 99
- Vroedvrouw op de verloskamer: T 050 36 90 90 (dag en nacht bereikbaar)
- Rouwcoach buiten het ziekenhuis: Vanessa Gryspeerdt
www.vanessagryspeerdt.be
- Lotgenoten contactgegevens:
 - Uit het nest gevallen
Groep voor ouders die een vroeg verlies meemaakten
Marina Binck
Potershofstraat 6/2
2610 Wilrijk
Fara, www.fara.be
 - OVOK
Zelfhulpgroep voor ouders van een overleden kind
www.ovok.be

algemeen ziekenhuis **sint-lucas** vzw
sint-lucaslaan 29, 8310 brugge > T 050 36 91 11
ondernemingsnummer 408.116.216
RPR Gent, Afdeling Brugge
info@stlucas.be > www.stlucas.be

