

Miskraam

Helaas is bij u een miskraam vastgesteld. Deze folder geeft u informatie over een miskraam. Bij vragen of onzekerheden kunt u contact opnemen met uw arts of verloskundige. Meestal is dit een verloskundige bij u in de buurt. Indien u gecontroleerd wordt of behandeld door een verloskundige of arts in het ziekenhuis kunt u met hen contact opnemen.



Als er bloed uit de vagina komt



Of bij pijn laag in de buik



Bel de verloskundige of arts



Mijn lichaam
in woord
en beeld

Zanzu: een website die in verschillende talen informatie geeft over seksuele gezondheid.

Inhoudsopgave

1. Wat is een miskraam	Pag. 2
• Wanneer u contact moet opnemen met uw verloskundige of arts	
2. De oorzaak van een miskraam	Pag. 3
3. De kans op een miskraam	Pag. 3
4. Onderzoek bij een miskraam	Pag. 3
5. Wat te doen bij een miskraam	Pag. 4
• <i>Afwachten</i>	
• <i>Medicatie</i>	
• <i>Curettage</i>	
6. Anti-D-immunoglobuline	Pag. 6
7. Na de miskraam	Pag. 6
8. Gezond weer zwanger worden	Pag. 7
9. Aanvullende informatie	Pag. 7

1. Wat is een miskraam?

Een miskraam is een zwangerschap die vroegtijdig eindigt. De medische term voor een miskraam is een spontane abortus. We spreken van een late miskraam als de zwangerschap verkeerd afloopt na de twaalfde week maar voor de 20e week van de zwangerschap. Deze late miskramen komen veel minder vaak voor (minder dan 1%) dan vroege miskramen. Bij een normale zwangerschap wordt een vruchtzak aangemaakt met daarin een embryo. Bij een zeer vroege miskraam is al vroeg in de zwangerschap de groei gestopt en is er geen embryo ontwikkeld. Bij de (inwendige) echo is dan alleen een vruchtzak zichtbaar. Bij een iets latere miskraam is de groei verder gekomen en is er een embryo zichtbaar tijdens een inwendige echo. Het embryo heeft echter geen hartactie en is meestal kleiner dan de zwangerschapsduur aangeeft. Deze twee vormen van een miskraam kunnen onopgemerkt verlopen, of soms gepaard gaan met weinig (bruin) bloedverlies of buikpijn. Drijft de baarmoeder het zwangerschapsweefsel uit en opent de baarmoedermond zich, dan ontstaat krampende pijn en bloedverlies. De kans dat de zwangerschap eindigt is dan groot. Is het zwangerschapsweefsel volledig uit de baarmoeder gedreven, dan verdwijnt de pijn en het bloedverlies en sluit de baarmoedermond zich weer. Het is verstandig om geen tampons te gebruiken en te wachten met gemeenschap totdat het bloedverlies gestopt is. Soms blijft er nog weefsel in de holte van de baarmoeder achter en is de miskraam (nog) niet compleet. Bij een miskraam kunt u veel meer bloedverlies hebben dan bij een menstruatie.

1.1 Wanneer u contact moet opnemen met uw arts of verloskundig

Het is verstandig om in de volgende situaties contact op te nemen met uw arts of verloskundige.

- **Bij hevig bloedverlies:** langdurig meer bloedverlies dan een forse menstruatie of als u het gevoel heeft dat u flauwvalt of sterretjes ziet;
- Bij pijn die niet draaglijk is ondanks het gebruik van paracetamol en een kruik of een warme douche;
- Als u na de miskraam of curettage krampende pijn en/of fors bloedverlies blijft houden;
- Als u **koorts** heeft (temperatuur hoger dan 38°C) tijdens of kort na een miskraam;
- Als u ongerust bent en u vragen heeft die niet tot de controleafspraak kunnen wachten.

2. De oorzaak van een miskraam

De oorzaak van een miskraam is vaak een afwijking in de chromosomen, die toevallig is ontstaan bij de bevruchting van de eicel. Dit leidt tot een stoornis in de aanleg van de zwangerschap, waardoor de zwangerschap niet verder kan groeien en wordt afgestoten. 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.

3. Wat is de kans op een miskraam?

Een miskraam is een vaak voorkomend en natuurlijk verschijnsel: gemiddeld eindigt 21% van de zwangerschappen in een miskraam. In Nederland krijgen jaarlijks 20.000 vrouwen een miskraam. De kans op een miskraam is groter als u ouder bent. Bij vrouwen jonger dan vijfendertig jaar is de kans op een miskraam ongeveer één op tien. Zie onderstaande tabel voor de miskraam kans per leeftijd. Een miskraam verhoogt het risico niet om bij een volgende zwangerschap opnieuw een miskraam te krijgen. Bij een aantal miskramen achter elkaar wordt de kans op nog een miskraam wel groter.

Leeftijd	Kans op een miskraam		
jonger dan 20 jaar		17%	1-2 van de 10 vrouwen
20 tot 35 jaar	Kleinste kans	10%	1 op de 10 vrouwen
35 tot 40 jaar		17%	1-2 op de 10 vrouwen
40 tot 45 jaar	Grotere kans	33%	3 op de 10 vrouwen
ouder dan 45 jaar	Grootste kans	57%	5-6 op de 10 vrouwen

4. Onderzoek bij een miskraam

Bij bloedverlies vroeg in de zwangerschap kan een echo duidelijk maken of het hartje nog klopt en het vruchtje past bij de duur van de zwangerschap. 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. Helaas bestaat er na een echo met een kloppend hartje alsnog een kans dat de zwangerschap in een miskraam eindigt. Het blijft dan een spannende tijd tot een volgende echo meer duidelijkheid of bevestiging kan geven. Bij ruim bloedverlies kan het bloed worden gecontroleerd op bloedarmoede (hemoglobine, Hb). Soms wordt ook de bloedgroep en Rhesusfactor onderzocht.

5 Wat te doen bij een miskraam

U kunt zelf niets doen om een miskraam te voorkomen. Er is ook geen behandeling mogelijk om de miskraam te voorkomen. Indien de miskraam nog niet op gang is gekomen 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 vagina en de baarmoederhals wordt verwijderd uit de baarmoeder.

Alle mogelijkheden hebben voor- en nadelen. Deze beschrijven we hieronder en kunt u 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 daarna alsnog voor een behandeling kiezen.

5.1 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, maar 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. Sommige vrouwen willen de vruchtzak proberen op te vangen. Dit kan met behulp van een vergiet in het toilet. De vruchtzak ziet eruit als een met vocht gevuld blaasje en een vliezig omhulsel. Dit omhulsel is gedeeltelijk met roze vlokken bekleed. Vaak komen ook bloedstolsels vrij, die meer donkerrood en glad zijn. Sommige vrouwen twifelen over het verschil tussen de vruchtzak en een stolsel. Een stolsel kunt u met uw vingers uit elkaar trekken tot er niets van overblijft. Het wel of niet opvangen van de vruchtzak zegt niets over de compleetheid van de miskraam. 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 uw arts of verloskundige hiervan op de hoogte stellen.

Voor- en nadelen van afwachten

Veel vrouwen geven de voorkeur aan afwachten omdat een spontane miskraam de meest natuurlijke manier is. Afwachten kan medisch gezien geen kwaad en heeft geen gevolgen voor een nieuwe zwangerschap. Er kleven dus weinig medische nadelen aan afwachten. Ruim de helft van de vrouwen die afwachten hebben na twee weken een complete miskraam doorgemaakt (50-60%). Sommige vrouwen vinden dat het afwachten veel onzekerheid oplevert en het normale leven verstoort. Ook kunt u tijdens de periode van afwachten nog zwangerschapsklachten hebben. Er is een kleine kans dat het zwangerschapsweefsel niet in zijn geheel naar buiten komt. Het bloedverlies en de buikpijn houden dan aan. In dat geval worden de opties met u besproken en krijgt u advies van uw arts of verloskundige. De ervaring leert dat het voor het verwerkingsproces goed kan zijn niet te snel in te grijpen. **Indien u geen duidelijke voorkeur heeft, adviseren wij u om af te wachten.** U kunt samen met uw arts of verloskundige afspreken hoe lang u wilt afwachten. Als u onder controle bent van een verloskundige en u kiest voor het opwekken van een miskraam met medicijnen of voor een curettage, dan wordt u naar

het ziekenhuis verwezen. Een verloskundige of arts van het ziekenhuis bespreekt vervolgens de opties en zal u behandelen.

5.2 Medicatie om de miskraam op te wekken

Door het innemen of inbrengen van verschillende soorten medicatie wordt het lichaam voorbereid en aansluitend de miskraam in gang gebracht. Dit doet u in een tijdsbestek van 2-3 dagen. U krijgt hiervoor een recept of medicatie mee met duidelijke uitleg over wat u wanneer moet innemen en/of inbrengen. Het verloop van de miskraam is hetzelfde als bij een spontane miskraam: u krijgt krampen en bloedverlies waarbij ook het vruchtje naar buiten komt. Bij 85% van de vrouwen lukt het om de miskraam met deze medicijnen op gang te brengen. U krijgt een telefonische afspraak ter bespreking van het verloop van de miskraam. Bij twijfel over een complete miskraam (bijvoorbeeld bij buikpijn of blijvende onregelmatige bloeding) of als u geen reactie of weefsel verlies heeft gehad wordt een echoscopische controle ingepland. Indien er geen (volledige) miskraam is opgetreden wordt vaak geadviseerd even af te wachten.

Onderzoek wijst uit dat het grootste deel van de vrouwen het laatste 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. Soms krijgt u geen tabletten om thuis in te nemen maar wordt geadviseerd de miskraam in het ziekenhuis op te wekken. Bijvoorbeeld bij een vruchtje groter dan elf weken of twee vruchtjes groter dan tien weken, of andere redenen om voorzichtig te zijn, bijvoorbeeld als u een verhoogde kans heeft op een hevige nabloeding.

De meest voorkomende bijwerkingen van de medicatie zijn buikkrimp en diarree. Andere bijwerkingen zijn misselijkheid, braken, duizeligheid, rillingen, hoofdpijn of koorts. Sommige mensen krijgen huiduitslag, neem in dat geval contact op met de arts. Lees voor de volledige bijwerkingenlijst de bijsluiter.

5.3 Curettage

Het kan gebeuren 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. Soms kiezen vrouwen ervoor 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. Voor de curettage wordt u meestal een aantal uren opgenomen in het ziekenhuis. Vrouwen die zonder medische noodzaak kiezen voor een curettage noemen vaak als reden 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 behandeling vindt meestal binnen enkele dagen plaats, maar vaak niet dezelfde dag. Dit hangt af van uw persoonlijke voorkeur en de mogelijkheden in het ziekenhuis.

Complicaties

Indien u gezond bent is een curettage een ingreep met een zeer klein risico op complicaties. De kans dat er een complicatie optreedt is minder dan 5%. 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 (bij ongeveer 5% van de gevallen).

Opname

Een curettage kan vaak binnen enkele dagen plaatsvinden. Vooraf wordt uw algehele gezondheid en medicijngebruik gecontroleerd. Ook pijnstilling wordt met u besproken. Voor de ingreep moet u nuchter zijn en daarom krijgt u uitleg over vanaf wanneer u niet meer mag eten en drinken. U krijgt een recept mee met medicatie die u voor de ingreep moet innemen. De medicatie bereidt de baarmoedermond voor op de ingreep (Misoprostol). Soms krijgt u ook pijnmedicatie voorgeschreven. U krijgt een infuus voor de ingreep en indien nodig wordt er bloed afgenomen om uw bloedgroep te bepalen. U krijgt pijnstilling met het infuus of sedatie (een lichte narcose). De ingreep zelf duurt vijf tot tien minuten. Ongeveer twee uur na de ingreep mag u weer naar huis. De eerste 24 uur na de ingreep mag u niet zelfstandig deelnemen aan het verkeer (u mag dus niet fietsen of autorijden). Het is daarom belangrijk dat u uw vervoer van tevoren goed regelt.

6. Anti-D-immunoglobuline

Als u een Rhesus D-negatieve bloedgroep heeft is het mogelijk dat u anti-D-immunoglobuline krijgt toegediend door middel van een prik. Dit is afhankelijk van de grootte van het embryo/duur van de zwangerschap. Deze prik voorkomt het ontstaan van Rhesus-antistoffen die in een volgende zwangerschap problemen kunnen geven voor de baby. Wanneer bij de echo is gezien dat er geen embryo is aangelegd, of dat het embryo in een zeer vroeg stadium is overleden, kan de arts afzien van het geven van anti-D. In dit geval is er geen kans op de vorming van antistoffen. Zie voor meer informatie: www.pns.nl/bloedonderzoek-zwangeren.

7. Na de miskraam

Het lichamelijk herstel na een spontane miskraam, behandeling met Misoprostol of een curettage gaat meestal vlot. U kunt enkele dagen na de ingreep last hebben van een zeurende pijn onder in de buik. Eén tot twee weken na de miskraam of curettage kunt u last hebben van bloedverlies en bruine afscheiding, vergelijkbaar met het einde van een menstruatie.

Het is verstandig om na een curettage geen tampons te gebruiken en te wachten met gemeenschap totdat het bloedverlies gestopt is. Ook in bad gaan of zwemmen wordt tot die tijd afgeraden. De baarmoedermond staat namelijk nog open en daardoor is de kans op infecties groter. De volgende menstruatie treedt na ongeveer 6 tot 8 weken op. Het is medische gezien niet nodig om te wachten met opnieuw proberen zwanger te raken.

Controleafspraak

U hoort van uw arts of verloskundige of u voor controle moet komen. Meestal kan dit telefonisch plaatsvinden.

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 (huis)arts of verloskundige. In principe kunt u alle activiteiten weer hervatten, zoals u die gewend bent. Het is normaal dat u zich de eerste weken moe voelt. Neemt u daarom voldoende rust.

Emotioneel herstel

Na een miskraam kunt u een moeilijke tijd hebben. Verdriet, schuldgevoelens, ongeloof, boosheid en een gevoel van leegte zijn veel voorkomende emoties. Het is moeilijk aan te geven hoeveel tijd hiervoor nodig is. Schuldgevoelens zijn bijna nooit terecht. Wel is het verstandig over uw gevoelens te praten met uw partner, familie en/of vrienden. U kunt ook uw verloskundige of (huis)arts bellen.

8. Gezond opnieuw zwanger worden

Als u opnieuw zwanger wilt worden, is het verstandig zo gezond mogelijk te leven. Eet gezond en gevarieerd, zie voor tips www.voedingscentrum.nl. Als u overgewicht hebt, kunt u proberen af te vallen. U kunt dit doen in overleg met een diëtist of huisarts. Het is beter om het cafeïne gebruik te beperken (meer informatie hierover kunt u vinden bij het voedingscentrum). Daarnaast kunt u het beste geen alcohol drinken, geen drugs gebruiken en niet roken. Als u het lastig vindt om te stoppen met roken of als u moeite heeft geen alcohol of drugs te gebruiken, kunt u contact opnemen met uw huisarts. Gebruik bij een zwangerschapswens geen medicijnen zonder overleg met uw huisarts of apotheker. Wilt u (opnieuw) zwanger worden, dan adviseren wij u om 4 weken voor de zwangerschap dagelijks een tablet foliumzuur van 0,4 mg en 10 mcg vitamine D in te nemen. Heeft u voorafgaand aan de miskraam geen foliumzuur gebruikt, dan hoeft u zich daar niet schuldig over te voelen. Foliumzuur vermindert de kans op een miskraam niet, maar wel de kans op een baby met een open rug.

9. Aanvullende informatie

Online bronnen

- De verloskundige.nl: <https://deverloskundige.nl/miskraam>
- Thuisarts.nl: <https://www.thuisarts.nl/miskraam/ik-heb-miskraam>
- De gynaecoloog.nl: <https://www.degynaecoloog.nl/?s=miskraam>
- Keuzehulp bij een miskraam (afwachten, medicatie of curettage): <https://www.keuzehulp.info/pp/miskraam/intro/1>
- De website van het ziekenhuis: www.mst.nl en www.zgt.nl

Hulporganisaties

Er bestaat geen landelijke hulporganisatie die zich speciaal richt op vrouwen die een miskraam doormaakten. Er zijn lokale instanties die behulpzaam zijn bij het beantwoorden van vragen en bij het zoeken naar hulp en steun in de woonomgeving:

- Freya, patiëntenvereniging voor vruchtbaarheidsproblematiek, www.freya.nl

- Fiom, Stichting Ambulante Fiom, <https://fiom.nl/> (informatie en ondersteuning bij ongewenste zwangerschappen).

Boeken

- Marianne Cuisinier en Hettie Janssen. 'Met lege handen', Houten, Unieboek, 1997;
- Wiebe Braam /Martha van Buuren. 'Als je zwangerschap misloopt', Baarn, La Rivière, 1995;
- Annemarie van der Meer. 'Ongekend verlies, wat als je zwangerschap misloopt', Amsterdam, Sirene, 2008;
- Mirjam van Kreijl. 'Als je je kindje verliest in de zwangerschap', Houten, Lannoo Campus, 2018.

Tenslotte

U heeft recht op juiste en volledige informatie. Pas als u voldoende inzicht heeft, kunt u weloverwogen toestemming geven voor een bepaalde behandeling of een bepaald onderzoek. Als iets u niet geheel duidelijk is, vraagt u de behandelend verloskundige, verpleegkundige of arts dan om nadere uitleg.