



BLOEDVERLIES IN DE EERSTE HELFT VAN DE ZWANGERSCHAP

Versie 1.0

Algemeen

Bloedverlies in de eerste maanden van de zwangerschap is meestal onschuldig en kan verschillende oorzaken hebben. In minder dan de helft van het aantal keren dat er bloedverlies optreedt in het begin van de zwangerschap is er sprake van een miskraam. Hierbij wordt het zwangerschapsweefsel uit de baarmoeder gedreven, gepaard gaande met weeënachtige pijn en bloedverlies. Andere oorzaken kunnen zijn een afwijking aan de baarmoedermond of (zelden) een buitenbaarmoederlijke zwangerschap (zie folder [Zwangerschap, buitenbaarmoederlijk](#)).

Wat betekent vaginaal bloedverlies in het begin van de zwangerschap?

Bloedverlies in de eerste maanden van de zwangerschap kan diverse oorzaken hebben.

Veelal is het bloedverlies onschuldig en stopt vanzelf.

In de helft van het bloedverlies in de eerste maanden van de zwangerschap is er sprake van een miskraam.

Dit gaat meestal gepaard met menstruatieachtige of weeënachtige pijn.

Oorzaken van vaginaal bloedverlies in het begin van de zwangerschap

waaronder een miskraam

Een voorbeeld van een vaak voorkomende, onschuldige oorzaak van bloedverlies vroeg in de zwangerschap is de ingroei (innesteling) van de bevruchte eicel in de baarmoeder.

Ook kunnen afwijkingen aan de baarmoedermond zoals een poliep of een ontsteking (bijvoorbeeld Chlamydia, zie folder [SOA](#)) leiden tot bloedverlies zonder dat dit de zwangerschap beïnvloedt. Deze vorm van bloedverlies treedt nogal eens op na gemeenschap of na (harde) ontlasting en is gemakkelijk te behandelen.

Een zeldzame oorzaak is een buitenbaarmoederlijke zwangerschap (zie folder [Zwangerschap, buitenbaarmoederlijke](#)).

In de helft van het bloedverlies in de eerste maanden van de zwangerschap is er sprake van een miskraam, een abortus.

De oorzaak van een miskraam is bijna altijd 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.

Wat is een miskraam?

Een miskraam is het verlies van een vroege zwangerschap. Een miskraam wordt ook wel een abortus genoemd. Er zijn verschillende vormen van miskramen te onderscheiden, meestal afhankelijk van het stadium van de zwangerschap waarin de miskraam is opgetreden of afhankelijk van het verloop van de miskraam.



Figuur 1. Bij een normale zwangerschap (zie folder De normale zwangerschap) wordt een vruchtzak aangemaakt met daarin een embryo.

Bij een zeer vroege miskraam (blighted ovum) is al vroeg in de zwangerschap de groei gestopt en is er geen embryo ontwikkeld. Op de (inwendige) echo is dan alleen een vruchtzak zichtbaar.

Bij een iets latere miskraam (missed abortion) is de groei verder gekomen en een embryo zichtbaar door middel van een inwendige echo. Het embryo heeft echter geen hartactie en is meestal kleiner dan de zwangerschapsduur aangeeft.

Deze vormen van miskraam kunnen ongemerkt verlopen, of soms gepaard gaan met weinig (bruin) bloedverlies of geringe buikpijn.

Gaat de baarmoeder het zwangerschapsweefsel uitdrijven en opent de baarmoedermond zich, dan ontstaat krampende pijn en bloedverlies.

De kans dat de zwangerschap eindigt is dan zeer groot.

Is het zwangerschapsweefsel volledig uit de baarmoeder gedreven dan verdwijnt de pijn en het bloedverlies en sluit de baarmoedermond zich weer. Soms blijft er echter nog weefsel in de holte van de baarmoeder achter en is de miskraam (nog) niet compleet.

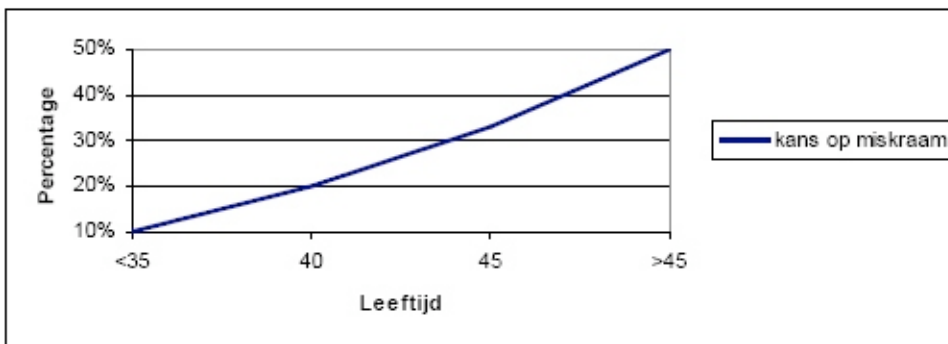
Wat is de kans op een miskraam?

Een miskraam is een vaak voorkomend en natuurlijk verschijnsel: bij tenminste één op de tien zwangerschappen treedt een miskraam op.

In Nederland krijgen jaarlijks 20.000 vrouwen een miskraam.

De kans op een miskraam neemt toe met de leeftijd. Voor vrouwen beneden de vijfendertig jaar is de kans op een miskraam bij een zwangerschap ongeveer 1 op 10. Tussen de vijfendertig en veertig jaar eindigt 1 op de 5 tot 6 zwangerschappen in een miskraam. Tussen de veertig en vijfenvieftig jaar 1 op 3, boven de vijfenvieftig jaar de helft van de zwangerschappen (zie figuur 2).

Eén keer een miskraam betekent meestal geen verhoogde kans bij een volgende zwangerschap op een nieuwe miskraam. Bij een aantal miskramen achter elkaar raakt de kans op een miskraam wel hoger (zie [Habituele abortus](#) (herhaalde miskramen)).



Figuur 2

Mogelijke klachten bij een miskraam

Vaginaal bloedverlies en lichte menstruatieachtige pijn kunnen het eerste teken van een miskraam zijn.

Zwangerschapsverschijnselen zoals gespannen borsten en ochtendmisselijkheid nemen soms af vlak voor een miskraam.

Bij een blighted ovum of een missed abortion heeft u meestal weinig klachten. Wanneer het zwangerschapsweefsel wordt uitgedreven door samentrekkingen van de baarmoeder krijgt u weeënachtige pijn en helderrood bloedverlies. Een miskraam kan niet worden tegengehouden of worden voorkomen. De pijn en het bloedverlies nemen geleidelijk toe bij een miskraam en wanneer de baarmoeder geheel leeg is, weer af. Is de pijn of het bloedverlies te hevig of houdt het te lang aan, neem dan contact op met de arts.

Onderzoek bij bloedverlies in het begin van de zwangerschap

- Lichamelijk onderzoek
- Echoscopisch onderzoek
- Onderzoek van het weefsel
- Bloedonderzoek

Lichamelijk onderzoek

De arts of verloskundige bekijkt met een spreider (speculum) de baarmoedermond (zie folder [Eerste bezoek aan de gynaecoloog](#)). Eventueel volgt inwendig onderzoek om de grootte van de baarmoeder te schatten en om te beoordelen of de baarmoedermond geopend is.

Echoscopisch onderzoek

Dit onderzoek kan inwendig, via de schede, of uitwendig, via de buik, plaatsvinden. De baarmoederholte en de zwangerschap worden zichtbaar en beoordeeld kan worden of de zwangerschap (nog) intact is (zie folder [Echoscopie tijdens de zwangerschap](#)).

Echoscopisch onderzoek verandert niets aan de uitkomst van de zwangerschap.

Onderzoek van het weefsel

Het zwangerschapsweefsel wordt macroscopisch, met het blote oog, bekeken of het daadwerkelijk past bij een zwangerschap. Soms wordt het microscopisch onderzocht, maar ook dit onderzoek zegt niets over de oorzaak van de miskraam. Beiden zijn alleen om te bevestigen dat er een miskraam heeft plaatsgevonden. Ook kan het geslacht van de vrucht niet worden bepaald.

Bloedonderzoek

Bij ruim bloedverlies kan het bloed worden gecontroleerd op bloedarmoede (Hb: hemoglobine). Soms wordt ook de bloedgroep en rhesus factor onderzocht.

Een eerste miskraam is geen reden voor onderzoek. Na twee miskramen kan onderzoek in het bloed van u en uw partner plaatsvinden naar de chromosomen en na meerdere miskramen eventueel naar de stolling van het bloed of afweerstoffen in het bloed (antilichamen) (zie folder [Habituele abortus](#) (herhaalde miskramen)).

Wat als een miskraam is vastgesteld?

U kunt zelf niets doen om te voorkomen dat de miskraam optreedt. Er is dan ook geen behandeling mogelijk. U kunt kiezen tussen afwachten op het spontane beloop of het laten weghalen van het zwangerschapsweefsel door middel van een curettage.

Afwachten

Meestal komt een miskraam na het eerste bloedverlies binnen een aantal dagen op gang; soms duurt dit langer, zelfs tot een paar weken. Geleidelijk ontstaat krampende pijn in de baarmoeder en neemt het bloedverlies toe. De pijn verdwijnt vrijwel direct na een miskraam die normaal verloopt. Ook het bloedverlies vermindert dan snel en is vergelijkbaar met de laatste dagen van een menstruatie.

Voordelen van afwachten:

U kunt er de voorkeur aan geven om af te wachten omdat een spontane miskraam een meer natuurlijke verloop geeft. Het verdriet kan thuis beleefd worden en eventuele complicaties van een curettage worden vermeden.

Nadelen van afwachten:

Als u besluit om een spontane miskraam af te wachten, is het verstandig te bedenken hoe lang u wilt afwachten en dit met de arts te bespreken. Afwachten kan medisch geen kwaad en heeft geen gevolgen voor een nieuwe zwangerschap. Wel kan het emotioneel zwaar zijn. Ook kan door ruim bloedverlies of pijn of door een incomplete miskraam later alsnog een curettage nodig zijn.

Zwangerschapsverschijnselen kunnen blijven bestaan zolang er zwangerschapsweefsel in de baarmoeder aanwezig is.

Curettage

Bij een curettage verwijdert de gynaecoloog via een dun buisje (vacuümcurettage) of schrapertje (curette) via de schede en de baarmoedermond het zwangerschapsweefsel uit de baarmoeder. Dit kan onder algehele narcose plaatsvinden of onder locale verdoving, afhankelijk van het ziekenhuis.

Bespreek dit met uw gynaecoloog. Eventueel kan de miskraam worden opwekt door middel van tabletten.

Voordelen van curettage:

Minder onzekerheid dan bij afwachten en minder verstoring van het normale leven.

Nadelen van curettage:

Een curettage is een medische ingreep. Een zeldzaam voorkomende complicatie is het syndroom van Asherman: hierbij ontstaan verklevingen aan de binnenzijde van de baarmoeder. Deze kunnen de vruchtbaarheid nadelig beïnvloeden en moeten door middel van een operatie (zie folder [Hysteroscopie, therapeutische](#)) worden verwijderd in een later stadium.

Een enkele keer komt een perforatie voor: het slangetje of de curette gaat door de wand van de baarmoeder. Meestal heeft dit geen gevolgen, maar soms is het verstandig een extra nacht in het ziekenhuis te blijven.

Vaak krijgt u dan antibiotica.

Een andere complicatie is een incomplete curettage, waarbij een rest van de miskraam achterblijft. Dit gedeelte kan alsnog spontaan naar buiten komen maar ook kan het nodig zijn hiervoor een tweede curettage te moeten ondergaan.

Anti D immunoglobuline

Als u een rhesus negatieve bloedgroep heeft krijgt u anti D immunoglobuline (anti-D) (zie folder [Bloedgroep, rhesusfactor en irregulaire antistoffen](#)).

Na de miskraam

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

Lichamelijk herstel

Het lichamelijk herstel na een spontane miskraam of een curettage is meestal vlot. Gedurende één tot zes weken kunt u wat bloedverlies en bruinige afscheiding hebben. Het is verstandig met gemeenschap (samenleving) te wachten tot het bloedverlies voorbij is. Het zwanger worden op zich wordt door een miskraam niet bemoeilijkt en medisch is het niet nodig te wachten met opnieuw proberen zwanger te raken. De volgende menstruatie treedt na ongeveer vier tot zes weken op.

Wanneer moet u medische hulp inroepen?

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

- Bij hevig bloedverlies (langdurig en meer dan een gewone menstruatie). Zeker bij klachten van sterretjes zien of flauwvallen moet u medische hulp inroepen.
- Bij aanhoudende klachten. Als u krampende pijn en/of hevig bloedverlies blijft houden kan dit wijzen op een incomplete miskraam. Er is dan nog een rest van de zwangerschap in de baarmoeder aanwezig. Een (nieuwe) curettage kan dan nodig zijn.
- Bij koorts. Een temperatuur van 38/ C of hoger kan wijzen op een ontsteking in de baarmoeder, die eventueel behandeld moet worden met antibiotica
- Bij ongerustheid.

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.

Het is het verstandig te praten over uw gevoelens met uw partner, familie, vrienden of arts.

Een volgende zwangerschap

Een volgende zwangerschap verloopt in de meeste gevallen goed, ook bij vrouwen die meer dan één miskraam hebben doorgemaakt. Als u zwanger wilt worden is het sowieso verstandig gezond te leven (zie folder [Zwanger!](#)). Een miskraam is niet te voorkomen, wel kan het geruststelling geven om voor een volgende zwangerschap af te spreken dat de arts een (inwendige) echo maakt.

Tot slot

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

Hulporganisaties

Er bestaat geen landelijke hulporganisatie die zich speciaal richt op vrouwen die een miskraam doormaakten. Niettemin 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
Postbus 71; 1000 AB AMSTERDAM
tel. (020) 523 11 00, fax (020) 622 73 67

Freya, patiëntenvereniging voor vruchtbaarheidsproblematiek

Postbus 476
6600 AL Wijchen
tel./fax (024) 645 10 88
Website: www.freya.nl

FIOM, Stichting Ambulante FIOM

Centraal Bureau
Kruisstraat 1
5211 DT 's-Hertogenbosch
tel. (073) 612 88 21
fax (073) 612 23 90

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. (niet meer leverbaar)

Ann Oakley, Ann McPherson en Helen Robert. Soms gaat het mis. Kosmos Utrecht/Antwerpen 1985.
ISBN 90 215 1231 9 (niet meer leverbaar).

Annemarie van der Meer. Ongekend verlies, wat als je zwangerschap misloopt. Uitgeverij Sirene/Amsterdam.
ISBN 97 890 5831 4819

Colofon

© 2005 NVOG

Het copyright en de verantwoordelijkheid voor deze folder berusten bij de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) in Utrecht. Leden van de NVOG mogen deze folder, mits integraal, onverkort en met bronvermelding, zonder toestemming vermenigvuldigen.

Folders en brochures van de NVOG behandelen verschillende verloskundige en gynaecologische klachten, aandoeningen, onderzoeken en behandelingen. Zo krijgt u een beeld van wat u normaliter aan zorg en voorlichting kunt verwachten. Wij hopen dat u met deze informatie weloverwogen beslissingen kunt nemen. Soms geeft de gynaecoloog u andere informatie of adviezen, bijvoorbeeld omdat uw situatie anders is of omdat men in het ziekenhuis andere procedures volgt.

Schriftelijke voorlichting is altijd een aanvulling op het gesprek met de gynaecoloog. Daarom is de NVOG niet juridisch aansprakelijk voor eventuele tekortkomingen van deze folder. Wel heeft de Commissie Patiëntenvoorlichting van de NVOG zeer veel aandacht besteed aan de inhoud. Dit betekent dat er geen belangrijke fouten in deze folder staan, en dat de meerderheid van de Nederlandse gynaecologen het eens is met de inhoud.

Andere folders en brochures op het gebied van de verloskunde, gynaecologie en voortplantingsgeneeskunde kunt u vinden op de website van de NVOG: www.nvog.nl, rubriek patiëntenvoorlichting.

Auteur: dr. W.M. Ankum, dr. M.D.A. Lambers

Redacteur: dr. E.A. Bakkum

Bureau redacteur: Jet Quadekker

Disclaimer

De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders of richtlijnen, alsmede voor de gevolgen die de toepassing hiervan in de patiëntenzorg mocht hebben. De NVOG stelt zich daarentegen wel open voor attentie op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze voorlichtingsfolders of richtlijnen. Neemt u dan contact op met het Bureau van de NVOG (e-mail: info@nvog.nl).