



VERLOSKUNDIG SAMENWERKINGS VERBAND
ZOETERMEER

Ketenprotocol

Miskraam

Counseling, Begeleiding en Behandeling

Auteurs: T. v/d Bulk, J. v. Heiningen, M. Huiberts, H.
Maassen

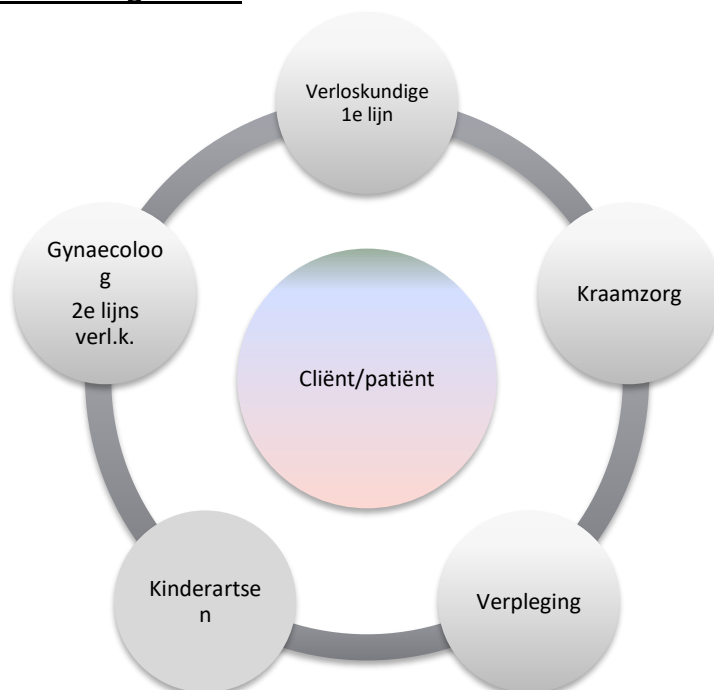
Versie 1.0

Datum: December 2021

Algemeen

Het Verloskundig Samenwerkings Verband Zoetermeer (VSV Zoetermeer) is in 2012 formeel opgericht ter verbetering van de verloskundige zorg in Zoetermeer. Het uitgangspunt is het bieden van een samenhangend zorgtraject waarbij alle ketenpartners verantwoordelijk zijn binnen hun eigen domein.

Stroomdiagram verloskundige keten



Doel van dit protocol

Dit protocol beschrijft allereerst de meest actuele wetenschappelijke inzichten rondom het onderwerp miskraam. Daarnaast komt in dit protocol uitgebreid de werkwijze rondom diagnostiek, counseling en behandeling bij een cliënte/patiënte met een miskraam aanbod. Als VSV willen we dat de zorg voor deze groep vrouwen door de lijnen heen op elkaar afgestemd is. Er is dus een tweeledig doel namelijk het afstemmen van de zorg voor vrouwen met een miskraam in de eerste- en de tweede-lijn en daarmee het verbeteren van de kwaliteit en continuïteit van zorg voor de cliënt/patiënt.

Uitgangspunten

- Up-to-date wetenschappelijke kennis betreffende alle facetten van het onderwerp miskraam.
- Eenduidige counseling bij een miskraam in de eerste- en de tweede-lijn.
- Benoemen van de verschillende behandelmogelijkheden en afstemmen van de informatie die hierover aan cliënten/patiënten verstrekt wordt.

Betrokken disciplines bij dit protocol

Verloskundigen 1^e lijn

Verloskundigen 2^e lijn

Gynaecologen

Huisartsen

Inhoudsopgaven

Inhoudsopgaven	2
Inleiding en incidentie	3
Definities	4
Protocol:	
Risicofactoren	5
Diagnostiek	5-6
Verschillende (Behandel)mogelijkheden	7-8
Counseling bij een miskraam	9-11
Bronnen	12
Bijlage 1) Counselings-tabel	13-16
Bijlage 2) Informatiefolder	17-22
Verantwoording	23
Bijlage: Populatie Diagrammen miskraam	separaat

Inleiding en incidentie

Een miskraam is de meest voorkomende zwangerschapscomplicatie. Gemiddeld maken in Nederland jaarlijks ongeveer 20.000 vrouwen een miskraam door, wat neerkomt op ongeveer 15-20% van alle vastgestelde zwangerschappen. Hoe ouder de vrouw, hoe groter de kans op het krijgen van een miskraam. Zo hebben vrouwen van <35 jaar een kans van 1 op 10, vrouwen van 35-40 jaar een kans van 1 op 5 en vrouwen ≥ 40 een kans van 1 op 3 dat een zwangerschap eindigt in een miskraam. Voor ons VSV in Zoetermeer betekent dit dat we per jaar ongeveer aan 250-300 vrouwen met een miskraam zorg verlenen. Deze zorg start vaak in de eerste-lijn, maar er vindt regelmatig op verzoek van de cliënt of op indicatie verwijzing naar de tweede-lijn plaats.

De in de literatuur meest gebruikte definitie voor een miskraam is het spontaan eindigen van een zwangerschap voor 16 weken amenorroe. Je kunt hierin ook nog de groep vrouwen meenemen, waarbij voor 20 weken een foetus zonder hartactie wordt vastgesteld, zonder dat er spontaan een uitdrijving optreedt. Indien bij 16-24 weken zwangerschap een spontane uitdrijving van de, al dan niet nog levende, foetus plaatsvindt spreken we echter veelal van een immature partus. Een verder gevorderde zwangerschap ≥ 16 weken waarbij de foetus niet meer leeft vereist andere medische zorg en wordt daarom niet beschreven in dit protocol.

Het overgrote deel van de miskramen vindt plaats voor ≤ 12 weken zwangerschap. De oorzaak is veelal een chromosomale afwijking bij de foetus die vroeg, vaak al voor de bevruchting in de eicel, ontstaat. Slechts in een enkel geval is er sprake van een chromosomale afwijking van de ouders. Zelfs wanneer er sprake is van habituele abortus (incidentie 1-3%), ligt hier maar sporadisch een chromosomaal probleem van de ouders aan ten grondslag. Het herhalingsrisico na 1 miskraam is niet verhoogd, na twee miskramen is de recidiefkans ongeveer 25% en na 3 of meer miskramen is de kans op herhaling 35%.

Bij de begeleiding rondom een miskraam is het belangrijk de vrouw en haar partner voor te lichten over de verschillende (behandel)mogelijkheden. Met als doel dat ze zelf een keuze kunnen maken ten aanzien van afwachten of medisch ingrijpen. Het is hierbij van belang dat dit een weloverwogen keuze is op basis van informed medicine. Er wordt in dit protocol om die reden dan ook uitgebreid aandacht besteedt aan shared-decision-making en de counselings-tools die je hierbij kunt gebruiken.

Voor veel vrouwen en hun partner is het krijgen van een miskraam een ingrijpende en emotionele gebeurtenis. Ze zullen hier op een verschillende manier mee omgaan die o.a. cultureel bepaald kan zijn. Het is belangrijk om je hier als hulpverlener bewust van te zijn en hier indien door de cliënt/patiënt gewenst een bijdrage aan te leveren.

Definities

Biochemische miskraam: Spontane daling/ verdwijning van hCG in het bloed of de urine zonder echoscopische waarneming die de zwangerschap bevestigt.

Blighted Ovum / lege vruchtzak: Een anembryotische zwangerschap. De zwangerschapsring is 20 mm of groter en hartactiviteit, dooierzak en embryo ontbreken. De vruchtzak bevat alleen vocht en geen embryonale cellen.

Complete miskraam: Klinisch beeld passend bij een complete miskraam of een echoscopisch leeg cavum uteri na een spontane of medicamenteus geïnduceerde miskraam of na een chirurgische behandeling van een voorafgaande (bewezen) niet-vitale intra-uteriene zwangerschap.

Incomplete miskraam/ abortus-rest: Echoscopische aanwijzing van een intra-uteriene abortus-rest (inclusief cervicaal kanaal) bestaande uit alleen een placentarest of placenta met vruchtzak met of zonder embryonale delen na een spontane of medicamenteus geïnduceerde miskraam of na een chirurgische behandeling van een niet-vitale zwangerschap (NICE, 2012).

Zwangerschap met onbekende lokalisatie (ZOL/ PUL): Als bij een positieve zwangerschapstest de zwangerschap echoscopisch, zowel intra-uterien als extra-uterien niet zichtbaar is. Er kan dan sprake zijn van een biochemische zwangerschap of een extra uteriene graviditeit (EUG). Om onderscheid te maken tussen een biochemische zwangerschap of een EUG is aanvullende diagnostiek middels een in het laboratorium bepaalde serum-hCG geïndiceerd.

Retentietijd: De retentietijd is het aantal weken na het stoppen van de hartactiviteit waarin een spontane miskraam uitblijft. Deze tijd is het verschil tussen de actuele zwangerschapsduur (waarvan het begin gebaseerd is op de laatste menstruatie of op de kruin-stuitlengte gemeten bij aanwezige hartactiviteit) en de zwangerschapsduur waarbij de hartactiviteit stopte (gebaseerd op de kruin-stuitlengte gemeten bij afwezige hartactiviteit).

Missed Abortion: De term 'missed abortion' is in 1878 door Duncan geïntroduceerd voor de zeldzame intra-uteriene retentie van miskraamweefsel gedurende vele maanden. Omdat altijd onduidelijk is geweest bij welke duur van de retentieperiode er sprake is van een 'missed abortion' is de term verwarrend.

Protocol

Risicofactoren voor het optreden van een miskraam:

- Hogere leeftijd
- Ongezonde levensstijl (Roken, alcoholgebruik preconceptieel/ postconceptie en overgewicht BMI >30)
- Stollingsafwijkingen
- Uterusanomalie
- Antifosfolipidensyndroom
- Chromosoomafwijkingen
- Hyperhomocysteinemie

Diagnostiek

Indien een zwangere zich meldt bij een verloskundig hulpverlener uit het VSV met aanwijzingen voor een miskraam (in gang), wordt ernaar gestreefd de zwangere zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen een week, een echo aan te bieden. Daarbij rekening houdend met de emotionele belasting die het wachten soms met zich mee brengt. Aanwijzingen voor een miskraam zijn onderbuikspijn en/ of vaker nog vaginaal bloedverlies. LET OP: Indien er alleen maar sprake is van buikpijn, of een vrouw heeft een extra-uteriene graviditeit in de voorgeschiedenis, dient zo spoedig mogelijk echoscopisch beoordeeld te worden of er sprake is van een intra-uteriene zwangerschap.

Vaginaal bloedverlies treedt in het eerste trimester bij ongeveer 20% van alle zwangerschappen op. Bij echoscopische beoordeling blijkt dan dat er in 50% van deze gevallen sprake is van een niet intacte graviditeit.

Alle drie de verloskundige praktijken binnen het VSV hebben de beschikking over een eigen echo apparaat. Indien er geen mogelijkheid is binnen de eigen echospreekuren kan ervoor gekozen worden de zwangere naar een andere praktijk of de polikliniek gynaecologie te verwijzen voor een echo.

Wat is echoscopisch (vaginaal) zichtbaar bij welke termijn?

- Een intra-uteriene vruchtzak: vanaf 4+2 weken AD,
- Een dooierzak: vanaf 5+0 weken AD,
- Hartactie: vanaf 5+3 weken AD.

Bovenstaande is afhankelijk van de kwaliteit van de beeldvorming die beïnvloed kan worden door meerdere factoren.

Verdenking niet-vitale zwangerschap:

De verdenking op een niet-vitale vroege zwangerschap bestaat indien er met vaginale echoscopie sprake is van minimaal één van de onderstaande punten:

- Crown-rump lengte <7mm met afwezige hartactie,
- De gemiddelde diameter van de vruchtzak 16-24mm is zonder embryonale delen,
- Afwezigheid van een embryo met een aanwezige hartactie 7-10 dagen na een initiële echoscopie dat een vruchtzak met een dooierzak toonde,
- Afwezigheid van een embryo ≥ 6 weken na de eerste dag van de laatste menstruatie.

Aanbeveling: In deze gevallen moet de echo herhaald worden na 1-2 weken.

Diagnose niet-vitale zwangerschap:

De diagnose niet-vitale zwangerschap kan gesteld worden, indien er met vaginale echoscopie sprake is van minimaal één van de onderstaande punten (zonder dat er sprake is van een miskraam in gang):

- Crown-rump lengte ≥ 7 mm met afwezige hartactie
- De gemiddelde diameter (het liefst in drie dimensies gemeten) van de vruchtzak ≥ 25 mm zonder embryonale delen
- Afwezigheid van een embryo met een aanwezige hartactie ≥ 2 weken na een initiële echoscopie dat een vruchtzak zonder dooierzak toonde
- Afwezigheid van een embryo met een aanwezige hartactie ≥ 11 dagen na een initiële echoscopie dat een vruchtzak met dooierzak toonde.

Aanbeveling: Herhaal de echo na 1-2 weken bij geringe twijfel aan de vitaliteit van het embryo.

Miskraam gediagnosticeerd:

Op het moment dat echoscopisch een niet vitale zwangerschap is vastgesteld, is er sprake van een miskraam. De zwangere wordt voorgelicht en gecounseld over de verschillende opties: afwachten, medicamenteuze behandeling of curettage, zie hiervoor het hoofdstuk counselen.

Het is naar inzicht van de betreffende zorgverlener of het juiste moment om te counselen direct na het vaststellen van de miskraam is, of dat dit beter op een later moment kan plaatsvinden. Bespreek dit altijd in overleg met de zwangere (counselen kan eventueel ook telefonisch). Het is hierbij belangrijk je te realiseren dat mensen na slecht nieuws, door de emoties die het slechte nieuws kan oproepen, slechter in staat zullen zijn om informatie in zich op te nemen en te beoordelen. Zorg daarom altijd voor enige bedenktijd.

Belinstructies

Cliënte/ patiënte krijgt uitleg over het normale verloop van een miskraam ingang en de bijbehorende buikpijn en hoeveelheid vaginaal bloedverlies. Cliënte/ patiënte wordt geïnstrueerd contact op te nemen met de betreffende zorgverlener indien zij langdurig ruimer vloeit dan een menstruatie, stolsels blijft verliezen, zich zorgen maakt en wanneer er koorts ($>38,0^{\circ}\text{C}$) optreedt.

Aanbeveling: Geef de zwangere na de echo de folder miskraam van het VSV mee met informatie over de verschillende vervolgopties.

Aanbeveling: Denk indien het een miskraam betreft van een vrucht met een CRL >33 mm en amenorroe >10 weken aan het toedienen van anti D bij Rhesus D negatieve vrouwen.

Verschillende (behandel)mogelijkheden:

Expectatief beleid – afwachten:

Na het vaststellen van een niet vitale zwangerschap bij de echo komt bij 37% van de vrouwen binnen een week de miskraam spontaan op gang. Bij 47% van de miskramen is dit binnen zes weken. Van afwachtend beleid tot en met zes weken, bij een vastgestelde miskraam (gerekend vanaf het moment van vaststellen), zijn geen nadelige effecten bekend op de lange termijn. Er is onvoldoende onderzoek gedaan naar > 6 weken afwachten en de mogelijke risico's daarvan.

Wanneer de zwangere kiest voor afwachten, vindt er minimaal één keer per week telefonisch contact plaats. Op het moment dat de zwangere zich meldt met tekenen van een doorgemaakte miskraam/miskraam in gang neemt zij contact op met de betreffende zorgverlener en wordt door middel van een echo bekeken of er sprake is van een complete miskraam. Indien er echoscopisch een complete miskraam is vastgesteld, wordt de zorg na benodigde begeleiding afgesloten.

Op het moment dat de miskraam incompleet blijkt te zijn, wordt de zwangere opnieuw voorgelicht en gecounseld over de vervolgmogelijkheden (medicamenteuze behandeling/ curettage) en zo nodig alsnog verwezen naar de gynaecoloog.

Verwijzing naar de gynaecoloog:

Op het moment dat de zwangere geen expectatief beleid (meer) wenst wordt zij, als begeleiding hiervoor in de eerstelijns plaatsvond, verwezen naar de gynaecoloog. De afspraak wordt gemaakt via de polikliniek gynaecologie en zal binnen één week plaatsvinden. De verwijfsbrief, echoverslag en zwangerschapskaart van de desbetreffende zwangere worden dan vooraf per zorgmail aangeleverd. Tijdens een afspraak op de polikliniek zal altijd een echo gemaakt worden om de miskraam nogmaals te bevestigen, alvorens een behandeling te starten. De bevindingen tijdens deze echo worden door de gynaecoloog meegenomen in de counseling.

Medicamenteuze behandeling – Mifepriston en misoprostol:

Misoprostol is niet officieel geregistreerd als middel voor het beëindigen van de zwangerschap, maar het wordt ook niet ontraden. Van het aantal zwangeren dat kiest voor behandeling met misoprostol komt bij 15% de miskraam alsnog niet, of maar gedeeltelijk, op gang. Er kan dan nogmaals gekozen worden voor behandeling met misoprostol (na minimaal 48-72 uur) of alsnog een curettage worden verricht. Het succespercentage van behandeling met misoprostol is het hoogst bij een zwangerschapsduur tot acht weken en neemt af naarmate de zwangerschapsduur verder toeneemt. Het meest effectief blijkt een combinatietherapie van mifepriston met misoprostol (85% succespercentage) in tegenstelling tot behandeling met alleen misoprostol (58% succespercentage). Belangrijk bij de combinatietherapie is dat er een tijdsinterval van 24 tot 48 uur tussen de mifepriston en misoprostol dient te zitten.

Dosering

Voorafgaand aan de startdag:

- 1 tablet 200mg mifepriston (Mifegyn®) met water innemen.

24-48 uur later:

- 4 tabletten misoprostol 200µg (Cytotec®) met water innemen of vaginaal inbrengen.

De verwachting is dat de miskraam binnen 24 uur na inname van de misoprostol op gang komt. Het duurt vaak niet langer dan 48 uur.

Bijwerkingen

Misoprostol heeft nauwelijks tot geen bijwerkingen. In zeldzame gevallen geeft het huiduitslag. Soms gaat het gebruik gepaard met:

- Diarree
- Misselijkheid
- Buikpijn
- Rillen
- Koorts van 38°C tot 40°C
- Hoofdpijn
- Duizeligheid

Twee weken na de behandeling wordt er een echo gemaakt op de polikliniek gynaecologie om te controleren of de miskraam compleet is. Na afsluiting van de zorg wordt er, indien de patiënt verwezen is, per zorgmail een terugkoppeling gegeven aan de verwijzende verloskundigenpraktijk.

Chirurgische behandeling – curettage:

Curettage is de meest invasieve, maar ook meest succesvolle behandeling van een miskraam. De kans op incompleetheid van de miskraam na curettage is kleiner dan 3%.

Het grootste nadeel van een curettage is het verhoogd risico op vroeggeboorte <37 weken (29%) en <32 weken (69%) in een volgende zwangerschap, in vergelijking met vrouwen die nooit een curettage hebben gehad. Daarnaast is er in 1% van de gevallen sprake van perforatie van de uteruswand, vaak zonder gevolgen. In 0,1% van de gevallen ontstaat het syndroom van Asherman.

Door voorafgaand aan de curettage voorbehandeling plaats te laten vinden, is er tijdens de ingreep minder dilatatie van de portio noodzakelijk met een lager risico op laesies en mogelijk reductie van het risico op vroeggeboorte. Geef als voorbehandeling misoprostol 400ug, bij voorkeur vaginaal 3 uur voorafgaand aan de ingreep of sublinguaal 1 uur voor de ingreep. Na keuze van de zwangere voor curettage, vindt de behandeling binnen een week plaats. De curettage vindt plaats onder sedatie, mits er een gespecialiseerde anesthesist aanwezig is, voorafgaand aan de behandeling wordt de zwangere hiervoor naar de polikliniek anesthesie verwezen.

Wanneer de curettage ongecompliceerd is verlopen, kan zij een aantal uur later met ontslag. Er wordt een afspraak gemaakt voor de nacontrole na twee tot drie weken. Ook hier wordt indien het een eerstelijns cliënt betreft na afsluiting van de zorg terugkoppeling d.m.v. een zorgmail gegeven aan de desbetreffende verloskundigenpraktijk.

Counseling bij een miskraam

Besprek met de cliënte/ patiënte de verschillende behandelopties voor een miskraam en besluit samen wat de best passende behandeling is (Shared Decision Making). Je kunt hierbij gebruik maken van de counseling-tabel miskraam (zie bijlage 1).

Tevens zijn verschillende keuzehulpen beschikbaar en zijn er informatiefilmpjes die de cliënte/patiënte kan bekijken via de website:

<https://www.degynaecoloog.nl/informatiefilms/zwangerschap/>

Keuzehulp miskraam beschikbaar via:

- www.keuzehulp.info

Verder kun je na een (telefonisch) counselingsgesprek de cliënte/patiënte een informatiefolder meegeven om thuis alles na te kunnen lezen (zie bijlage 2).

Voor- en nadelen van een expectatief beleid - afwachten:

De cliënte/patiënte kan wachten tot het vruchtje vanzelf wordt afgestoten door het lichaam:

Als de bloeding (al) is begonnen, duurt het meestal een paar dagen tot 2 weken tot de miskraam komt (incidentie 7:10). Bij 3 van de 10 vrouwen duurt het meer dan 2 weken voordat de miskraam op gang komt of komt de miskraam niet vanzelf.

Voordelen:

- Geen transport naar het ziekenhuis,
- Geen medicatie of infuus,
- Vaak minder pijn dan bij behandeling met medicatie,
- Geen kans op perforatie van de uterus,
- Geen verhoogde kans op adhesie,
- Geen verhoogde kans op een partus prematurus bij een volgende zwangerschap,
- Minder kans op een incomplete abortus (als de miskraam spontaan start).

Nadelen:

- Het is onbekend wanneer de bloeding op gang komt. Het afwachten kan voor de vrouw emotioneel moeilijk zijn.
- Vrouwen met een miskraam ingang ervaren buikpijn. Sommige vrouwen vinden de pijn net zo erg als een hevige menstruatie. Andere vrouwen hebben meer pijn. Je kunt hiervoor als pijnstilling paracetamol of ibuprofen/naproxen adviseren.
- Soms is er overmatig vaginaal bloedverlies, waarvoor verplaatsing naar het ziekenhuis noodzakelijk is. Incidentie 1-2 :100. Er is dan meestal alsnog een curettage geïndiceerd.
- Een abortusrest geeft een klein risico op infectie van de uterus. Incidentie 3:100.

Voor- en nadelen van een medicamenteuze behandeling - mifepriston en misoprostol:

Eerder in het protocol werd al beschreven dat een behandeling met een combinatie van mifepriston en misoprostol het grootste succespercentage oplevert. In ons VSV wordt daarom altijd een combinatie van mifepriston en misoprostol voorgeschreven.

Voordelen:

- De vrouw kan zelf het moment van inname bepalen en daarmee het moment van de miskraam grotendeels zelf regelen. De medicatie begint meestal binnen een dag te werken. Het zorgt voor contracties van de uterus. Er treedt vaginaal bloedverlies en buikpijn op.
- Bij 85 van de 100 vrouwen werkt de behandeling met zowel mifepriston en misoprostol. De miskraam treedt meestal op binnen 2 dagen na start van de medicatie.
- Geen kans op perforatie van de uterus.
- Geen verhoogde kans op adhesie.
- Geen verhoogde kans op een partus prematurus bij een volgende zwangerschap.

Nadelen:

- Geen garantie dat het opwekken van de miskraam lukt, dit is afhankelijk van de zwangerschapsduur. Er is bij 15 tot 42 van de 100 vrouwen alsnog een curettage geïndiceerd. Bij een rest klein risico op infectie van de uterus. Incidentie 3:100.
- Vrouwen met een miskraam ingang ervaren buikpijn. Sommige vrouwen vinden de pijn net zo erg als een hevige menstruatie. Andere vrouwen hebben meer pijn. Je kunt hiervoor als pijnstilling paracetamol of ibuprofen/naproxen adviseren.
- Er kunnen, vaak milde, bijwerkingen van de medicatie optreden zoals; koorts, misselijkheid en diarree. De bijwerkingen kunnen enkele dagen aanhouden.
- Soms is er overmatig vaginaal bloedverlies, waarvoor verplaatsing naar het ziekenhuis noodzakelijk is. Incidentie 1-2:100. In dat geval is meestal alsnog een curettage geïndiceerd.

Voor- en nadelen van een chirurgische behandeling - curettage:

Een gynaecoloog kan een (incomplete) miskraam met een operatie (curettage) verwijderen.

- Als anesthesie wordt er meestal gebruik gemaakt van sedatie maar het kan ook onder algehele narcose.
- De gynaecoloog brengt een slangetje (curette) via de vagina in de uterus. Via de curette wordt het abortusweefsel weggezogen. Er wordt dus niet gesneden om de ingreep uit te voeren.
- Een curettage duurt 10 tot 15 minuten.

Voordelen:

- Het moment van de ingreep is vastgesteld en geeft daarmee zekerheid, mits de miskraam niet al eerder spontaan op gang komt.
- De ingreep duurt kort, vrouwen ervaren daardoor voor een kortere periode pijn dan bij een expectatief of medicamenteus beleid.
- Minder kans op een abortusrest dan bij afwachten of behandeling met misoprostol.

Nadelen:

- Het is een operatieve ingreep in het ziekenhuis onder sedatie of algehele narcose. Narcose kan als bijwerking hebben: misselijkheid en niet lekker voelen na de operatie.
- Kans op een fluxus. 2 van de 100 vrouwen hebben een bloedtransfusie nodig na een curettage. De kans hierop is groter bij een grotere vrucht 8-10 weken amenorroe.
- Kans op perforatie van de uterus. Incidentie 1:100.
- Nadelen voor een volgende zwangerschap(pen):
 - 2 van de 100 vrouwen hebben na een curettage fertiliteitsproblemen door adhesies in de uterus (Asherman syndroom).
 - Grotere kans op een partus prematurus in een volgende zwangerschap. (zie voor incidentie pagina 8)

Overweeg het advies voor een chirurgische behandeling bij zwangeren:

- met een verhoogd bloedingsrisico
- met een vrucht van 8-10 weken amenorroe
- met een verdenking op een geïnfecteerde miskraam
- met ruim bloedverlies en hemodynamische instabiliteit
- met een traumatische ervaring op het gebied van miskraam, IUVD of fluxus post partum
- die om een andere reden geen expectatief beleid of medicamenteus beleid kunnen of willen ondergaan.

Bronnen

- Federatie Medisch Specialisten richtlijn Miskraam. 2020. Geraadpleegd via: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/miskraam/startpagina_-_miskraam.html
- R van Oppenraaij ea. 'De jonge zwangerschap: revisie van de Nederlandse benamingen voor klinische en echoscopische bevindingen'. 2008. Geraadpleegd via: <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/2008100200001a.pdf>
- Standaard miskraam NHG i.s.m. KNOV, Van Asselt KM, Bruinsma ACA, Engelsman N, Hammers-Cupido RJ, Landskröner I, Opstelten W, De Vries CJH, versie januari 2017.
- NVOG: Voorlichtingsbrochure herhaalde miskraam
- Richtlijn herhaalde miskraam NVOG
- Richtlijn Tubaire Extra Uteriene Graviditeit (EUG) en Zwangerschap met Onbekende Locatie (ZOL), NVOG 2016
- Wieringa-de Waard M, Vos J, Bonsel GJ, Bindels PJE, Ankum WM. Management of miscarriage: a randomized controlled trial of expectant management versus surgical evacuation. *Human Reproduction*. 2002;17(9):2445-50.
- Lemmers M, Verschoor MAC, Hooker AB, Opmeer BC, Limpens J, Huirne JAF, Ankum WM, Mol BW. Dilatation and curettage increases the risk of subsequent preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction* 2016;31(1):34-45.
- Heineman, M.J. (2012). *Obstetrie en gynaecologie – De voortplanting van de mens*. Reed Business.
- https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/miskraam/mifepriston_misoprostol_vs_misoprostol_bij_miskraam.html
- <https://www.freya.nl/kinderwens/diagnoses/herhaalde-miskramen-2/#:~:text=Voor%20vrouwen%20beneden%20de%2035,dus%20toe%20met%20de%20leeftijd.>
- Patiëntinformatie Zorgpad Miskraam, LangeLand ziekenhuis Versie 2020

Bijlage 1) Counselings-tabel

	Afwachten (expectatief beleid)	Medicatie (misoprostol/mifepriston)	Ingreep (curettag)
<u>Hoe gaat het?</u>	<p>Je wacht tot de miskraam vanzelf op gang komt. Je krijgt een bloeding en buikkrampen.</p> <p>Dit is de minst invasieve optie.</p>	<p>Je kunt medicijnen gebruiken om het opgang komen van de miskraam te versnellen: Je slikt eerst het medicijn mifegyn en 24-48 uur later breng je het tweede medicijn misoprostol in je vagina in.</p> <p>Je krijgt een bloeding en buikkrampen.</p> <p>Dit is een minder invasieve optie.</p>	<p>Onder narcose wordt het zwangerschapsweefsel met een slangetje via de vagina weggezogen.</p> <p>Dit is de meest invasieve optie.</p>
<u>Hoe lang duurt het?</u>	<p>Als de bloeding (al) is begonnen, duurt het meestal een paar dagen tot 2 weken voordat de miskraam compleet komt.</p> <p>Dit is zo bij 7 van de 10 vrouwen.</p> <p>Bij 3 van de 10 vrouwen duurt het meer dan 2 weken voordat de miskraam komt of komt de miskraam niet vanzelf.</p>	<p>De medicatie begint meestal na 1 of 2 dagen te werken. Het zorgt voor samentrekkingen van de baarmoeder.</p> <p>Je krijgt bloedverlies en buikkrampen.</p> <p>Meestal komt de miskraam binnen 2 dagen nadat je de pillen in je vagina hebt ingebracht. Indien er binnen 2 dagen geen vbv optreedt moet je terug voor controle naar de gynaecoloog.</p>	<p>Meestal kan de curettage binnen een week worden ingepland. De operatie duurt 10 tot 15 minuten. Meestal ben je een halve dag in het ziekenhuis, bij complicaties langer.</p>
<u>Doet het pijn?</u>	<p>Vaak zoals bij een hevige ongesteldheid, soms ervaren vrouwen meer pijn.</p>	<p>Vaak meer pijn dan bij 'afwachten'.</p>	<p>Meestal minder pijn dan bij 'afwachten' of 'medicatie'.</p>

<u>Hoe vaak lukt het?</u>	<p>70 van de 100 vrouwen krijgen een complete miskraam na afwachten.</p> <p>30 van de 100 krijgen alsnog medicatie of een ingreep.</p>	<p>85 van de 100 vrouwen krijgen een miskraam na gebruik van mifegyn en misoprostol.</p> <p>15 van de 100 vrouwen krijgen alsnog een ingreep op gebruiken de medicatie nogmaals.</p>	<p>97 tot 99 van de 100 vrouwen hebben een complete miskraam na de ingreep.</p> <p>Bij 1 tot 3 van de 100 vrouwen is een 2e ingreep nodig.</p>
<u>Kans op veel bloedverlies?</u>	<p>Kleine kans op veel bloedverlies: 1 of 2 van de 100 vrouwen moeten naar het ziekenhuis. Dan is vaak alsnog een operatie nodig.</p> <p>Bij veel bloedverlies hebben 2 van de 100 vrouwen een bloedtransfusie nodig.</p>	<p>Kleine kans op veel bloedverlies: 1 of 2 van de 100 vrouwen moeten naar het ziekenhuis. Dan is vaak alsnog een operatie nodig.</p> <p>Bij veel bloedverlies hebben 2 van de 100 vrouwen een bloedtransfusie nodig.</p>	<p>Meer kans op veel bloedverlies tijdens de operatie.</p> <p>Bij veel bloedverlies hebben 2 van de 100 vrouwen een bloedtransfusie nodig.</p>
<u>Voordelen</u>	<ul style="list-style-type: none"> ● Je hoeft niet naar het ziekenhuis. ● Je krijgt geen medicatie of infuus. ● Vaak heb je minder pijn dan met medicatie. ● Geen beschadiging van de baarmoeder. ● Geen extra kans op verklevingen. ● Geen extra kans op vroeggeboorte bij een volgende zwangerschap. ● Minder kans dat een rest van de miskraam achterblijft (als de miskraam spontaan start). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Als je medicatie gebruikt, kun je zelf kiezen wanneer je hiermee start. ● Geen beschadiging van de baarmoeder. ● Geen extra kans op verklevingen. ● Geen extra kans op vroeggeboorte bij een volgende zwangerschap. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Je weet wanneer je de miskraam krijgt, mits deze niet al eerder spontaan op gang komt. ● De ingreep duurt kort, dus je hebt minder lang last van pijn dan bij afwachten of gebruik van medicijnen.

<p><u>Nadelen/ risico's</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Je weet niet wanneer de bloeding op gang komt. Dit is voor het lichaam niet erg, maar kan emotioneel moeilijk zijn. ● Een miskraam krijgen doet pijn. Sommige vrouwen vinden de pijn net zo erg als een hevige menstruatie. Andere vrouwen hebben meer pijn. ● Soms is het bloedverlies zo erg dat je met spoed naar het ziekenhuis moet. ● Een rest van de miskraam geeft een klein risico op ontsteking van de baarmoeder. 3 van de 100 vrouwen krijgen dit. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Je weet niet zeker of het opwekken van de miskraam lukt. 15 tot 42 van de 100 vrouwen hebben alsnog een ingreep (curetage) nodig. ● Een miskraam krijgen doet pijn. Sommige vrouwen vinden de pijn net zo erg als een hevige menstruatie. Andere vrouwen hebben meer pijn. ● Je kunt last hebben van de bijwerkingen van de medicijnen, zoals koorts, misselijk zijn en diarree. De bijwerkingen duren enkele dagen. ● Soms is het bloedverlies zo erg dat je met spoed naar het ziekenhuis moet. ● Meer kans dat een rest van de miskraam achterblijft. ● Een rest van de miskraam geeft een klein risico op ontsteking van de baarmoeder. 3 van de 100 vrouwen krijgen dit. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Het is een ingreep in het ziekenhuis met een verdoving (narcose). ● Narcose kan als bijwerking hebben dat je je misselijk en niet lekker voelt na de operatie. ● Kans op een gaatje in de baarmoeder. Het slangetje gaat dan door de wand van de baarmoeder. Dit gebeurt bij 1 van de 100 vrouwen. Meestal is dit niet erg. Je blijft dan iets langer in het ziekenhuis voor controles. Maar kunt wel dezelfde dag nog naar huis. ● Meer kans dat een rest van de miskraam achterblijft. Een rest van de miskraam geeft een klein risico op ontsteking van de baarmoeder. 3 van de 100 vrouwen krijgen dit. ● 3 van de 100 vrouwen krijgen een ontsteking. Je hebt dan antibiotica nodig
<p><u>Meer kans op problemen bij een volgende zwangerschap?</u></p>	<p>Nee</p>	<p>Nee</p>	<p>Ja</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 2 van de 100 vrouwen worden moeilijker zwanger door verklevingen in de baarmoeder (asherman-sydroom). Er kan dan een operatie nodig zijn om de verklevingen te verwijderen.

			<ul style="list-style-type: none">• Meer kans op vroeggeboorte: 7 van de 100 vrouwen krijgen een vroeggeboorte na een curettage tegenover 5 op de 100 vrouwen die geen curettage hebben gehad. Hoe vaker je een ingreep (curettage) krijgt, hoe groter deze kans.
--	--	--	---



Informatiefolder:

'Een miskraam en nu?'

Deze folder geeft uitleg over wat u kunt verwachten als er bij u een miskraam is geconstateerd. Ook worden de verschillende (behandel)mogelijkheden bij een miskraam beschreven. Leest u de gehele folder rustig door. Indien u nog vragen heeft kunt u altijd contact opnemen met uw verloskundig zorgverlener.

Wat is een miskraam?

Een miskraam betekent dat u een zwangerschap verliest die niet levensvatbaar is. De oorzaak van een vroege miskraam (in de eerste twee tot drie maanden van de zwangerschap) is bijna altijd een aanlegstoornis en de natuur vindt een logische oplossing voor dit probleem: het groeit niet verder en wordt afgestoten. Meestal is er bij een vroege miskraam een chromosoomafwijking bij de bevruchting ontstaan. In de regel gaat het hier niet om erfelijke afwijkingen, zodat een volgende zwangerschap in principe gewoon kan verlopen. Een eerste miskraam is dan ook geen reden voor nader onderzoek. Nader onderzoek wordt pas overwogen na meerdere miskramen (≥ 2) en ook dan wordt er bijna nooit een duidelijke verklaring voor de miskramen gevonden.

Kans op een miskraam

Bij vrouwen jonger dan vijfendertig jaar eindigt één op de tien zwangerschappen in een miskraam. Tussen de vijfendertig en veertig jaar is dat één op de vijf á zes zwangerschappen en tussen de veertig en vijfenvieftig jaar is er een kans van één op drie. Bij vrouwen ouder dan vijfenvieftig jaar is het risico van een miskraam vijftig procent. Vrouwen die een keer een miskraam hebben meegemaakt, lopen mogelijk iets meer risico om weer een miskraam te krijgen, maar ook in hun geval is de kans het grootst dat een volgende zwangerschap wel goed afloopt. Omdat een miskraam bijna altijd veroorzaakt wordt door een aanlegstoornis, is er geen behandeling mogelijk. Medicijnen of maatregelen zoals bedrust of stoppen met werken hebben dan ook geen meerwaarde.

Denk na over de mogelijkheden bij een miskraam:

Neem de tijd. Bespreek met de verloskundige of gynaecoloog de mogelijkheden en de voor- en nadelen. En wat voor u belangrijk is.

- Praat erover. Dat helpt bij het omgaan met deze (emotionele) ervaring.
- Als u net een echo heeft gehad, raadt de verloskundige of gynaecoloog vaak aan om een paar dagen de tijd te nemen voor uw keuze.
- Binnen een week is er weer een (telefonische) afspraak. U kunt dan nog vragen stellen. Er wordt besproken hoe het met u gaat. En wat u besloten heeft (als de miskraam nog niet spontaan op gang is gekomen): afwachten, medicatie of een curettage.
- U mag van gedachten veranderen.

Hoe vindt een miskraam plaats?

Er zijn drie manieren waarop een miskraam kan plaatsvinden:

- U kunt wachten tot de miskraam spontaan optreedt.
- Door het toedienen van medicijnen kan de miskraam worden opgewekt.
- Er kan een curettage worden verricht. Dit is een ingreep waarbij het zwangerschapsweefsel, door de gynaecoloog, via de vagina wordt verwijderd uit de baarmoeder.

Alle mogelijkheden hebben voor- en nadelen. Waarvoor u kiest, is deels persoonsafhankelijk. Daarnaast is het belangrijk om te overleggen met uw zorgverlener. De verschillende manieren worden in deze folder verder beschreven.

Wanneer contact opnemen bij een miskraam?

Bel direct (met spoed) de verloskundige of het ziekenhuis:

- Als u veel bloed verliest en duizelig wordt, zweet of voelt dat u flauw gaat vallen.
Veel bloedverlies is: als u een paar keer in 1 uur een groot (nacht)maandverband vol moet vervangen.

Bel ook:

- als u hevige pijn ervaart die niet na 2 uur minder is (probeer eerst pijnstilling te nemen!),
- als u koorts heeft (hoger dan 38 graden rectaal gemeten),
- als u zich zorgen maakt,
- als u steun wilt bij het omgaan met emoties.

Verschillende (behandel)methoden

Optie 1) Afwachten bij een miskraam

- De verschijnselen van de zwangerschap kunnen minder worden: minder misselijk, minder gespannen borsten, maar dat hoeft niet.
- U krijgt eerst bloedverlies en buikpijn (zoals bij een heftige menstruatie).
- Gebruik maandverband, geen tampons, ga niet in bad en heb geen seks (penis in vagina) als u bloed verliest. Dat geeft meer kans op een ontsteking.
- De meeste vrouwen hebben een paar dagen bloedverlies. Soms duurt het bloedverlies langer dan 1 of 2 weken totdat het vruchtje uit uw lichaam komt.
- Geleidelijk krijgt u meer pijn en bloedverlies. De pijn kan er steeds zijn of met golven komen. Of erger worden en dan weer minder erg zijn. Sommige vrouwen vinden de pijn net zo erg als een hevige ongesteldheid. Andere vrouwen ervaren meer pijn.
- De baarmoedermond gaat open door de krampen. De krampen duwen het weefsel naar buiten. U kunt al het weefsel in één keer verliezen, in een paar uren. Of in delen in een paar dagen.
- Wat u verliest, is vaak moeilijk te herkennen. Het vruchtje kan in de vruchtzak verborgen zijn, tussen bloedstolsels. Deze bloedstolsels kunnen lijken op stukjes of klontjes bloed. De vruchtzak is wittig en glad. Was er al duidelijk een vruchtje (embryo) te zien op de echo? Dan kan het zijn dat u het vruchtje ziet. Het is meestal roze en nog heel klein. U kunt bij de echo vragen hoe groot het embryo in de vruchtzak is.
- Na de miskraam ervaart u meteen minder pijn en verliest ook steeds minder bloed. Is dit niet zo na 24 uur? Dan kan het zijn dat de miskraam niet compleet is: dat er nog resten zijn achtergebleven in uw baarmoeder. Dan kunnen medicijnen nodig zijn of alsnog een operatie (curettage).

Algemene adviezen bij een miskraam:

- U kunt pijnstillers gebruiken, zoals paracetamol (elke 6 uur 2 tabletten van 500mg). Indien dit onvoldoende helpt kunt u er een NSAID, 3 x daags 250 mg naproxen of ibuprofen 3 x per dag 400mg, bij nemen.
- Zorg dat er iemand in de buurt is bij wie u zich prettig voelt. Soms verliest u onverwacht veel bloed. Dan kan de persoon die bij u is de verloskundige of gynaecoloog bellen.
- U hoeft de miskraam niet op te vangen om te zien of de miskraam compleet is. Maar u mag hem natuurlijk wel opvangen. Het kan helpen om te verwerken dat de zwangerschap fout gelopen is. Zo kunt u afscheid nemen. U kunt het vruchtje in een bakje met water doen. (www.watermethode.nl) Begraven kan ook als u dat wilt. U hoeft het vruchtje niet mee te nemen naar de verloskundige. Het hoeft niet onderzocht te worden. Dat heeft geen zin, ook niet voor een volgende zwangerschap. Miskraamweefsel mag weggegooid worden of door de wc gespoeld worden. Als u vragen heeft over wat u gezien hebt, kunt u er een foto van maken om later aan de verloskundige of gynaecoloog te laten zien.

Optie 2) Medicatie om een miskraam op te wekken

Als u van deze optie gebruik wenst te maken wordt u, als de zorg eerder door de verloskundige werd verleend, verwezen naar de gynaecoloog in het Langeland ziekenhuis.

Hoe werkt deze medicatie?

De miskraambehandeling vindt plaats met een combinatie van medicijnen: mifepriston (Mifegyn®) en misoprostol (Cytotec®). Het brengt minder risico's met zich mee dan een andere behandeling. De baarmoedermond wordt week en de miskraam in gang gezet. Deze behandeling heeft de voorkeur bij een miskraam jonger dan 8 weken.

- Om de miskraam op gang te brengen krijgt u op de polikliniek 1 tablet van 200 mg mifepriston, om met water in te nemen, en een recept voor 4 tabletten misoprostol, welke u bij uw eigen apotheek ophaalt; deze 4 tabletten worden 24 – 48 uur later thuis met water ingenomen of vaginaal ingebracht. Uiteraard kunt u ook starten op een later voor u gelegen moment.
- Het kan enige tijd duren voordat de medicijnen gaan werken en de baarmoedermond open gaat. Dit gaat gepaard met buikkrampen, maar het betekent niet dat u de hele tijd buikkrampen heeft.
- Over het algemeen komt de miskraam binnen 24 uur na het inbrengen van de tabletten op gang. Het duurt vaak niet langer dan 48 uur.
- Na de miskraam worden de pijn en het bloedverlies minder. De pillen lossen bijna helemaal op. Maar u kunt nog resten van de pillen terugvinden in uw vagina. Die kunt u zelf weghalen na 24 uur en weggooiden. De werkzame stoffen zijn opgenomen in uw lichaam.
- Het krijgen van de miskraam gaat verder hetzelfde als bij een miskraam die spontaan op gang komt. Dit wordt beschreven bij: *afwachten bij een miskraam en algemene adviezen*. Doordat u de miskraam versnelt met medicijnen, is er wel kans op meer pijn.

Misoprostol is een middel tegen maagklachten. Officieel is het geen middel om een miskraam sneller opgang te laten komen. Maar in Nederland gebruiken artsen dit middel hier wel voor. Het is een veilig medicijn dat veel gebruikt wordt.

Bijwerkingen van de medicijnen bij een miskraam

U kunt last krijgen van de volgende bijwerkingen van de medicijnen:

- huiduitslag
- buikpijn, kramp in uw buik
- misselijk zijn, braken en diarree
- hoofdpijn, duizelig zijn
- koorts, koude rillingen

Meer dan 1 van de 10 vrouwen krijgen hier last van. De bijwerkingen duren een paar uur en gaan vanzelf over. U heeft er geen behandeling voor nodig.

Bel het ziekenhuis als u:

- Veel bloedverlies hebt: als u een paar keer binnen 1 uur dik maandverband moet verwisselen of nog heviger bloed verliest,
- Duizelig bent of het gevoel hebt dat u flauw gaat vallen,
- Veel pijn hebt en sterke pijnstilling nodig hebt (sterker dan de paracetamol en een NSAID),
- 24 uur na de miskraam nog steeds pijn hebt en bloedverlies,
- Koorts hoger dan 38 graden hebt.

Bel het ziekenhuis om een afspraak te maken bij de gynaecoloog:

- als u 48 uur nadat u de medicijnen hebt ingebracht het idee hebt dat er nog niets is gebeurd,
- als u twijfelt of u wel of geen miskraam hebt gehad.

Nacontrole bij een miskraam

Na 1 tot 2 weken is er weer (telefonisch) contact met de verloskundige of gynaecoloog. Als het bloedverlies gestopt is, wordt er een controle echo gepland om te kijken of de miskraam compleet is geweest. Dit is van toepassing als u een spontane miskraam heeft gehad of als u ervoor gekozen heeft om medicatie te gebruiken om de miskraam op te wekken. Is de miskraam niet compleet, dan worden de verschillende mogelijkheden opnieuw met u besproken.

Optie 3) Ingreep (curettagage) om de miskraam weg te halen

Bij een curettage wordt u binnen een week geholpen. De baarmoederholte wordt via de vagina leeggezogen. U krijgt voor de duur van de ingreep sedatie. Sedatie is een vorm van anesthesie (narcose) waarbij het bewustzijn wordt verlaagd. Hiertoe krijgt u een slaapmiddel toegediend. Indien dit niet mogelijk is, kan gekozen worden voor algehele of spinale (ruggenprik) anesthesie. U krijgt hiervoor, voorafgaand aan de ingreep, een afspraak bij de anesthesioloog. De curettage zal plaatsvinden op de OK of een speciaal daarvoor ingerichte behandelkamer. Bij de ingreep zal de gynaecoloog worden ondersteund. Patiënten informatie door twee assistenten. De ingreep duurt ongeveer tien minuten. Na afloop kunt u even rustig bijkomen op de afdeling. Enkele uren later mag u weer naar huis.

Voorbereiding voor een curettage bij een miskraam

- De verdovingsarts (anesthesioloog) vertelt vanaf hoe laat u niet meer mag eten en drinken voor de ingreep.
- Een curettage is een kleine ingreep waarbij de baarmoedermond wordt voorbehandeld met 400 ug misoprostol; deze 2 tabletten worden 1 uur voor de ingreep met wat water ingenomen of 3 uur van te voren vaginaal ingebracht. Dit medicijn zorgt ervoor dat de baarmoedermond al een beetje open gaat. De gynaecoloog kan dan de baarmoedermond wat makkelijker oprekken.
- Er wordt bloed geprikt om te bepalen wat uw bloedgroep is. Is uw bloedgroep Rhesus D negatief? Dan krijgt u een prik in uw been met anti-D na de ingreep. Dat is belangrijk voor een volgende zwangerschap.
- Voor veel vrouwen is een miskraam en de curettage emotioneel. De artsen en verpleegkundigen zullen u zo goed mogelijk steunen.

- De verpleegkundige heeft, wanneer u komt voor de curettage, een gesprek met u waarvan in samenspraak met u, een samenvatting wordt gemaakt voor in het zorgdossier. De verpleegkundige legt de gang van zaken uit omtrent de afdeling, de gang van zaken betreffende de ingreep (voor en na de behandeling), het pijnprotocol en de artsensite.

Wat gebeurt er tijdens de curettage?

- De gynaecoloog brengt eerst een spreider in de vagina. Daarmee kan zij/hij de baarmoedermond zien.
- De baarmoedermond wordt iets opgerekt. Daarna komt er een plastic buis in de baarmoeder. Dit is de zuiger.
- De gynaecoloog maakt het miskraamweefsel los.
- De zuiger zuigt het weefsel weg.

Complicaties bij en na een curettage:

Er is een kleine kans dat de ingreep om een miskraam weg te halen complicaties geeft.

- U kunt veel bloed verliezen. 2 van de 100 vrouwen hebben extra bloed nodig (bloedtransfusie).
- Er kan een gaatje in de baarmoeder zijn gekomen. Het slangetje is dan door de wand van de baarmoeder gegaan. Dit gebeurt bij 1 van de 100 vrouwen. Meestal is dit niet erg. U blijft dan enkele uren langer in het ziekenhuis voor controles.
- Het syndroom van Asherman. Er ontstaan verklevingen aan de binnenkant van de baarmoeder. Deze moeten operatief worden weggehaald.

Bel het ziekenhuis als u:

- In de periode tussen de curettage en de nacontrole meer bloed verliest dan bij een normale menstruatie,
- de buikpijn niet verdwijnt of erger wordt,
- koorts krijgt hoger dan 38.5 graden Celsius,
- abnormale of ruikende afscheiding heeft.

Twee tot drie weken na de curettage komt u voor de controle op de polikliniek Gynaecologie. U kunt daar vragen stellen en praten over uw ervaring.

Telefoonnummers:

Uw eigen verloskundige is altijd 24-uur per dag bereikbaar op het spoednummer van de desbetreffende praktijk.

De polikliniek gynaecologie van het Langeland ziekenhuis is te bereiken tijdens kantooruren op nummer **079-3462589** (keuze 2). In het weekend en de avonden kunt u bellen naar het algemene nummer van het ziekenhuis **079-3462626** en vragen naar de dienstdoende spoedeisende hulp arts.

Lichamelijk herstel

Meestal verloopt het lichamelijke herstel na een spontane miskraam of een curettage vrij vlot. Gedurende een of twee weken is er vaak nog wat bloedverlies en bruinige afscheiding. De volgende menstruatie vindt in principe na ongeveer zes weken plaats, soms een paar weken eerder of later. Het is verstandig om met gemeenschap te wachten tot u geen last meer heeft van bloedverlies of afscheiding. Daarna is uw lichaam voldoende hersteld om weer opnieuw zwanger te worden. Het feit dat u een miskraam heeft gehad, betekent niet dat u nu moeilijker zwanger raakt.

Verwerking na een miskraam

Na de miskraam kunt u zich letterlijk en figuurlijk leeg voelen. Geef uzelf de tijd om zowel lichamelijk als emotioneel te herstellen. Vrouwen reageren verschillend op een miskraam. Verdriet, ongelof, boosheid, schrik, onzekerheid, ontkenning of jaloezie: allemaal veel voorkomende emoties. Ook de tijd om een miskraam te verwerken, is voor iedereen anders. Wat wel vaak hetzelfde is: een gevoel van gemis omdat de zwangerschap plotseling is gestopt.

Bewaar een aandenken aan deze zwangerschap, bijvoorbeeld de foto van de echo, de afsprakenkaart van de verloskundige of schrijf je verhaal en gevoelens over deze zwangerschap op. Dit kan helpen in de verwerking en bovendien, hoe kort dit leven ook bij jullie is geweest, het was wel jullie kind waar je (waarschijnlijk) met vreugde naar uitkeek. Dit verdient een herinneringsplek.

Erover praten, kan helpen. Dat kan met uw partner, verloskundige, een vriendin of iemand aan wie u, uw verhaal graag kwijt wilt. Sommige vrouwen vinden het fijn hun verhaal te delen met vrouwen die hetzelfde hebben meegemaakt. Dat kan zijn met iemand die u persoonlijk kent of juist anoniem, bijvoorbeeld op een besloten Facebook-groep. Voor contact met andere vrouwen die een miskraam hebben gehad, kunt u terecht bij:

Project Lotgenotencontact bij Miskramen 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. Humanitas, Nederlandse Vereniging voor Maatschappelijke Dienstverlening en Samenlevingsopbouw Sarphatistraat 4, 1017 WS Amsterdam Postbus 71, 1000 AB Amsterdam Tel.: (020) 523.11.00

Landelijke Stichting Rouwbegeleiding: Geeft informatie over rouw- en verliesverwerking en is behulpzaam bij het zoeken naar hulpverleningsinstanties in de woonomgeving. Tel.: (030) 276.15.00, e-mail: LSR@hetnet.nl.

Freya: De vereniging voor mensen met vruchtbaarheidsproblemen. www.freya.nl, Miskraam en zwangerschap.

Boek: Als je zwangerschap misloopt, van M. van Buuren en W. Braam, 6e dr. Baarn: de kern, 1999. ISBN 9032506749.

Meer informatie over een miskraam:

Op de website www.deverloskundige.nl en www.degynaecoloog.nl kunt u meer informatie en informatiefilmpjes vinden.

Goed om te weten:

- Een miskraam kun je niet voorkomen!
- Een miskraam ontstaat meestal in de eerste 12 weken,
- 25.000 vrouwen in Nederland krijgen jaarlijks een miskraam,
- De kans op een miskraam is groter als je ouder bent,
- Door overgewicht en alcoholgebruik, is de kans op een miskraam groter,
- Als je één miskraam hebt gehad, dan is kans op een miskraam bij een volgende zwangerschap niet groter,
- De medische term voor een miskraam is spontane abortus.

Neem bij twijfel en/of vragen altijd contact op met uw verloskundig zorgverlener

Deze folder werd gemaakt in opdracht van het verloskundig samenwerkingsverband in Zoetermeer. ©2021

Verantwoordelijk voor implementatie : Leden VSV Zoetermeer
Versie 1.0 goedgekeurd op : 15-12-2021
Ingangsdatum : 15-12-2021

Revisiedata van het protocol

Volgende revisiedatum : december 2024

Alle protocollen van het VSV Zoetermeer zijn terug te vinden op het publieke deel van onze website. In het LangeLand Ziekenhuis is er via het programma iProva een link naar de ketenprotocollen van het VSV Zoetermeer.

De herzieningstermijn van VSV-protocollen is 3 jaar.