

Een miskraam of bloedverlies

In de eerste maanden van de
zwangerschap

Inhoud

Inleiding	4
Wat is een miskraam?	4
Oorzaak van een miskraam	4
Kans op een miskraam	5
Kunt u een volgende miskraam voorkomen?	5
Verschijnselen bij een dreigende miskraam	5
Andere oorzaken	5
Welk onderzoek is mogelijk?	6
Wat te doen als een miskraam is vastgesteld?	7
Afwachten	7
Het toedienen van medicijnen	8
Curettagage	8
Anti-D-immunoglobuline	9
Wanneer moet u medische hulp inroepen?	10
Hevig bloedverlies	10
Aanhoudende klachten	10
Koorts	10
Ongerustheid	10
Lichamelijk en emotioneel herstel	11
Als u een curettagage ondergaat	12
Na een curettagage	12
Autorijden	12
Zwemmen/in bad gaan	12
Gemeenschap	12
Werken	12
Pijnmedicatie	13
Nazorg	13

Lichamelijke klachten	13
De dagen na de curettage	14
Verder lezen	14
Verklarende woordenlijst	15
Vragen	16

Deze folder geeft informatie over een vroege miskraam. Beschreven wordt wat een vroege miskraam is, wat de oorzaak is, hoe groot de kans op een miskraam is en wat de verschijnselen zijn.

Mogelijke onderzoeken en behandelingen komen aan bod, evenals het herstel na een miskraam. Ook andere oorzaken van bloedverlies in de eerste maanden van de zwangerschap komen ter sprake. Aan het einde vindt u onder andere een verklarende woordenlijst.

Wat is een miskraam?

Een miskraam is het verlies van een niet-levensvatbare vrucht. Een miskraam in de eerste 2 tot 4 maanden van de zwangerschap noemt men een vroege miskraam. Een van de eerste verschijnselen is dikwijls vaginaal bloedverlies. Men spreekt dan van een dreigende miskraam. Slechts in de helft van de situaties treedt werkelijk een miskraam op. In de overige gevallen heeft het bloedverlies een andere oorzaak. Hierop gaan we verderop in deze brochure in.

De medische term voor een miskraam is spontane abortus. Voor het afbreken van een ongewenste zwangerschap gebruikt men de term abortus provocatus. De term missed abortion gebruiken artsen en verloskundigen voor de situatie waarin een niet-levensvatbare vrucht nog niet uit zichzelf naar buiten is gekomen. We spreken van een late miskraam of doodgeboorte als de zwangerschap verkeerd afloopt na de 4^e maand maar vóór de levensvatbare periode. Dit komt veel minder vaak voor.

Oorzaak van een miskraam

De oorzaak van een vroege miskraam is bijna altijd een aanlegstoornis. Het vruchtje is niet in orde, en de natuur vindt als het ware een logische oplossing: het groeit niet verder en het lichaam stoot het af.

Een zwangerschap bestaat uit een vruchtzak en een embryo. Het embryo ontwikkelt zich bij een normale zwangerschap tot een kind. Bij een miskraam is vaak alleen de vruchtzak aangelegd, zonder embryo. Het soms gebruikte woord 'windei' is feitelijk onjuist: er is wel degelijk een embryo in aanleg, maar heel vroeg is er iets misgegaan. Het embryo komt dan niet tot ontwikkeling of groeit niet verder door een gestoorde aanleg. De oorzaak is meestal een chromosoomafwijking die bij de bevruchting is ontstaan. In de regel gaat het hier niet om erfelijke afwijkingen, zodat er geen gevolgen zijn voor een volgende zwangerschap.

Een eerste miskraam is geen reden voor nader onderzoek, dat adviseren artsen pas na meerdere miskramen. Ook dan levert onderzoek bij het overgrote deel van de vrouwen slechts zelden een duidelijke verklaring voor

de miskramen op.

Kans op een miskraam

Vroege miskramen komen betrekkelijk vaak voor: bij tenminste 1 op de 10 zwangerschappen is er sprake van. Dit betekent dat in Nederland jaarlijks 20.000 vrouwen een miskraam meemaken. Naar schatting krijgt een kwart van alle vrouwen ooit met dit probleem te maken.

De kans op een miskraam neemt toe met de leeftijd. Voor vrouwen beneden de vijfendertig jaar is de kans dat een zwangerschap in een miskraam eindigt, ongeveer 1 op 10. Tussen de 35 en 40 jaar eindigt 1 op de 5 tot 6 zwangerschappen in een miskraam, en tussen de 40 en 45 jaar 1 op de 3.

Boven de 45 jaar is dit voor de helft van de zwangerschappen het geval. Vrouwen die eenmaal een miskraam hebben meegemaakt, hebben mogelijk een licht verhoogde kans op een nieuwe miskraam de volgende keer, maar nog steeds is de kans dat een zwangerschap wel goed afloopt, het grootst.

Kunt u een volgende miskraam voorkomen?

Als u opnieuw zwanger wilt worden, is het verstandig zo gezond mogelijk te leven. Dat betekent gezond en gevarieerd eten, niet overmatig drinken, niet roken, en geen medicijnen innemen zonder overleg. Toch is het niet mogelijk een miskraam met zekerheid te voorkomen, ook als u zich aan deze regels houdt. Voor elke vrouw die (opnieuw) zwanger wil worden, luidt het advies om dagelijks een tablet foliumzuur van 0,4 mg te gebruiken. Mocht u voorafgaand aan de miskraam geen foliumzuur gebruikt hebben, dan hoeft u zich daar niet schuldig over te voelen. Foliumzuur vermindert niet de kans op een miskraam, maar wel de kans op een kind met een open rug.

Verschijnselen bij een dreigende miskraam

Zwangerschapsverschijnselen zoals gespannen borsten en ochtendmisselijkheid nemen soms af vlak voor een miskraam. Vaginaal bloedverlies en soms wat menstruatie-achtige pijn bij een jonge zwangerschap kunnen het eerste teken zijn van een dreigende miskraam. Bij de helft van de vrouwen met bloedverlies of wat buikpijn is er gelukkig niets mis en verloopt de zwangerschap verder ongestoord. Ook hoeft u niet bang te zijn voor aangeboren afwijkingen of andere complicaties.

Andere oorzaken

Bloedverlies in het begin van de zwangerschap duidt niet altijd op een miskraam. Zo kan er een afwijking zijn van de baarmoedermond, bijvoorbeeld een poliep of een ontsteking, waardoor de baarmoedermond gemakkelijk bloedt. Bloedverlies komt dan vooral voor na gemeenschap of na (harde) ontlasting.

Een veel minder vaak voorkomende oorzaak van bloedverlies is een buitenbaarmoederlijke zwangerschap. De zwangerschap is dan niet in, maar buiten de baarmoeder ingenesteld, meestal in de eileider. De medische term voor een buitenbaarmoederlijke zwangerschap is extra-uteriene graviditeit, vaak afgekort als EUG. De kans op een EUG is verhoogd na een eileiderontsteking of een operatie aan de eileiders. Ook een zwangerschap bij een nog aanwezig spiraaltje of na een sterilisatie kan buitenbaarmoederlijk zijn. Bij een buitenbaarmoederlijke zwangerschap treedt nogal eens vrij hevige buikpijn op. Meer informatie vindt u in de folder 'Buitenbaarmoederlijke zwangerschap'.

Vrij zeldzame oorzaken van bloedverlies vroeg in de zwangerschap zijn het afsterven van een tweede vruchtje van een tweeling en een bloeding in de baarmoeder naast het vruchtzakje.

Als na onderzoek de oorzaak van het bloedverlies onduidelijk blijft, spreekt men van een innestelingsbloeding: een bloeding die ontstaat door ingroei van de zwangerschap in de wand van de baarmoeder.

Welk onderzoek is mogelijk?

Bij bloedverlies vroeg in de zwangerschap onderzoekt de arts of verloskundige vaak met behulp van een spreider (speculum) de baarmoedermond. Ook een inwendig (vaginaal) onderzoek is mogelijk: via de vagina worden baarmoeder en eierstokken afgetast.

Echoscopisch onderzoek kan duidelijk maken of de zwangerschap nog intact is. Geluidsgolven geven een afbeelding van de zwangere baarmoeder. Meestal is te zien of het hartje klopt. De kans op een miskraam is dan zeer klein, maar niet uitgesloten. Een lege vruchtzak of een niet-levende embryo zonder hartactie zijn met echoscopie betrouwbaar te zien. Bent u minder dan 2 weken over tijd, dan geeft het onderzoek soms nog geen duidelijkheid; herhaling 1 tot 2 weken later maakt dan wel duidelijk of het hartje klopt. Bedenk dat echoscopisch onderzoek niets verandert aan de uitkomst van de zwangerschap.

Een miskraam is een veel voorkomend en ook natuurlijk verschijnsel. Huisartsen en verloskundigen nemen daarom over het algemeen een afwachtende houding aan. Als het mis gaat, wordt dat vanzelf duidelijk. Medisch onderzoek en behandeling lijken wel een bepaalde zekerheid te bieden, maar doen dat niet altijd.

Wat te doen als een miskraam is vastgesteld?

Omdat een aanlegstoornis van de zwangerschap of het afsterven van de vrucht de oorzaak is van een miskraam, is behandeling nooit mogelijk. Medicijnen of maatregelen zoals bedrust of stoppen met werken zijn dan ook zinloos. Hoewel een behandeling ontbreekt, bestaat er wel een keuze tussen 2 manieren waarop de miskraam kan plaatsvinden. Afwachten tot de miskraam spontaan optreedt of curettage (een ingreep waarbij de gynaecoloog het zwangerschapsweefsel via baarmoederhals verwijdert).

De keuze is een kwestie van persoonlijke voorkeur. Beide benaderingen hebben voor- en nadelen. We beschrijven ze hieronder, en u kunt ze ook met uw verloskundige of arts bespreken. U bepaalt zelf wat het beste bij u past. Ook is altijd een tussenoplossing mogelijk, zoals een tijdje afwachten en als het te lang duurt, alsnog een curettage.

Afwachten

Bloedverlies in de 2^e of 3^e 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 baarmoeder en neemt het bloedverlies toe, zoals bij een hevige menstruatie. In de loop van enkele uren wordt de vruchtzak nu uit de baarmoeder gedreven. De miskraam heeft dan plaatsgevonden. De vruchtzak is herkenbaar als een met vocht gevuld blaasje met een vliezig omhulsel dat gedeeltelijk met roze vlokken is bekleed. Vaak komen ook bloedstolsels vrij, die meer donkerrood en glad zijn. Sommige vrouwen twijfelen over het verschil tussen de vruchtzak en een stolsel. Een stolsel kunt u met uw vingers uit elkaar trekken tot er niets van overblijft, bij een vruchtzak herkent u altijd een met helder vocht gevuld blaasje.

De pijn verdwijnt vrijwel direct na een miskraam die normaal verloopt. Het bloedverlies vermindert snel en is vergelijkbaar met de laatste dagen van een menstruatie. Als u de miskraam heeft gehad, kunt u de arts of verloskundige hiervan op de hoogte stellen. Het is dan verstandig het verloren weefsel te bewaren, zodat beoordeeld kan worden of het inderdaad om een miskraam gaat. Opsturen van het weefsel voor microscopisch onderzoek is mogelijk, maar dit onderzoek zegt niets over de oorzaak van de miskraam. Het bevestigt alleen maar dat de miskraam werkelijk heeft plaatsgevonden. Ook geeft het bij deze korte zwangerschapsduur geen informatie over het geslacht van de vrucht. Veel artsen vinden dit onderzoek dan ook niet noodzakelijk. Als u dat wilt, kunt u het weefsel begraven op een dierbaar plekje in de tuin of ergens buiten.

Veel vrouwen geven de voorkeur aan afwachten, omdat een spontane

miskraam de natuurlijke gang van zaken is. Zij willen hun verdriet om het verlies van een gewenste zwangerschap thuis beleven.

Een voordeel is dat eventuele (zeldzame) complicaties ten gevolge van een curettage worden vermeden. Sommige vrouwen vinden echter dat het afwachten veel onzekerheid oplevert en het normale leven verstoort, terwijl zij soms ook nog zwangerschapsklachten hebben. Een ander nadeel is dat er een kleine kans bestaat dat de zwangerschap niet in zijn geheel naar buiten komt (incomplete miskraam of abortus incompletus). Het bloedverlies blijft dan aanhouden. In dat geval moet alsnog een curettage plaatsvinden. Als u besluit om een spontane miskraam af te wachten, is het verstandig te bedenken hoe lang u wilt afwachten en dit met de verloskundige of de arts te bespreken. Afwachten kan medisch gezien geen kwaad en heeft geen gevolgen voor een nieuwe zwangerschap. Wel is het soms emotioneel zwaar. Een medische noodzaak tot een curettage is er alleen in het geval van een incomplete miskraam.

Het toedienen van medicijnen

Een andere mogelijkheid is het geven van een medicijn (Cytotec), waardoor de miskraam spontaan op gang komt en een curettage (zie hieronder) kan worden voorkomen. De tabletten worden in de vagina ingebracht, 2 dagen daarna komt u opnieuw op de polikliniek en wordt het echografisch onderzoek herhaald. Indien de miskraam nog niet heeft plaatsgevonden worden opnieuw tabletten ingebracht. Na een week volgt opnieuw een echografische controle. In het geval de miskraam op gang komt verloopt dat zoals hierboven onder het kopje 'afwachten' beschreven. Een miskraam gaat gepaard met een periode van bloedverlies en krampen.

Met behulp van deze methode vindt in 70% van de patiënten binnen drie dagen een volledige miskraam plaats. Bij 85% van de patiënten binnen 8 dagen. Een klein gedeelte van de patiënten moet alsnog worden gecuretteerd wegens aanhoudend fors bloedverlies of omdat (een rest van) het vruchtje in de baarmoeder achterblijft.

Curettage

Een curettage is een kleine ingreep. De gynaecoloog zuigt de baarmoederholte via de vagina door een dun slangetje (vacuümcurette) leeg of maakt deze met een curette (een soort lepeltje) schoon. De ingreep duurt ongeveer 5-10 minuten en gebeurt tijdens een korte opname in het ziekenhuis (op de afdeling dagbehandeling). In de meeste gevallen krijgt u een korte narcose en merkt u niets van de ingreep. Het is ook mogelijk om te kiezen voor een plaatselijke verdoving: via de vagina verdooft de gynaecoloog de baarmoedermond met een paar injecties. U kunt een rustgevend middel krijgen. U bent hierdoor wat slaperig en suf tijdens de ingreep. U voelt wel wat pijn, maar deze is over het algemeen goed te

verdragen als de ingreep kort duurt.

Als u gezond bent, is een curettage een ingreep met een zeer klein risico op complicaties. Er zijn geen gevolgen voor een volgende zwangerschap. Een zeldzaam voorkomende complicatie is het syndroom van Asherman: hierbij ontstaan verklevingen aan de binnenzijde van de baarmoeder. De gynaecoloog moet deze door middel van een operatie weghalen. Een enkele keer komt een perforatie voor. Het dunne slangetje of de curette gaat dan per ongeluk door de wand van de baarmoeder heen. Meestal heeft dit geen gevolgen, maar soms adviseert men extra observatie in het ziekenhuis. Een laatste complicatie is een incomplete curettage, waarbij een rest van de miskraam achterblijft. Het bloedverlies blijft dan meestal aanhouden. De rest van het zwangerschapsweefsel kan alsnog spontaan naar buiten komen. Soms is het noodzakelijk hiervoor medicijnen te gebruiken of is een 2^e curettage noodzakelijk. Vrouwen die kiezen voor een curettage noemen vaak als argument 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 wegen soms zwaar. Een curettage heeft het voordeel dat aan deze negatieve gevoelens een eind komt. Het verdriet over de miskraam zelf moet dan nog wel verwerkt worden. De ervaring leert dat het voor het verwerkingsproces goed is niet te snel in te grijpen.

Anti-D-immunoglobuline

Soms adviseren artsen om na een miskraam anti-D-immunoglobuline (anti-D) toe te dienen aan vrouwen met een rhesus-negatieve bloedgroep. Op deze manier is het mogelijk het ontstaan van rhesus-antistoffen te voorkomen. Deze antistoffen kunnen in een volgende zwangerschap problemen veroorzaken. Bij een spontane miskraam voor tien weken is het geven van anti-D niet nodig. Ook als bij echoscopisch onderzoek blijkt dat er geen vruchtje is aangelegd of dat het vruchtje in een zeer vroeg stadium is afgestorven, ziet men soms af van het geven van anti-D. Men neemt dan aan dat er geen kans is op de vorming van antistoffen.

Wanneer moet u medische hulp inroepen?

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

Hevig bloedverlies

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

Aanhoudende klachten

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

Koorts

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

Ongerustheid

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

Lichamelijk en emotioneel herstel

Het lichamelijk herstel na een spontane miskraam of een curettage is meestal vlot. Gedurende één tot twee weken bestaat vaak nog wat bloedverlies en bruinige afscheiding. Het is verstandig met gemeenschap (samenleving) te wachten tot het bloedverlies voorbij is. Hierna is het lichaam voldoende hersteld om weer opnieuw zwanger te worden. Het zwanger worden op zich wordt door een miskraam niet bemoeilijkt. Ook is het uit medisch oogpunt niet noodzakelijk een aantal maanden te wachten met opnieuw zwanger te worden. De volgende menstruatie verschijnt na ongeveer zes weken, soms een paar weken eerder of later.

Veel vrouwen maken na een miskraam psychisch een moeilijke tijd door. De miskraam betekent een streep door de toekomst en brengt een abrupt einde aan alle plannen en fantasieën over het verwachte kind. Dat de zwangerschap vanaf het begin al niet in orde was en de miskraam dus een natuurlijke en logische oplossing, is voor sommigen een troost.

Verdriet, schuldgevoelens, ongelof, boosheid en een gevoel van leegte zijn veel voorkomende emoties, zeker bij een vrouw. De vraag waarom het misging houdt u wellicht bezig. Hoe invoelbaar ook, schuldgevoelens zijn bijna nooit terecht. Een miskraam is een natuurlijke oplossing voor iets wat fout ging rond de bevruchting en het is maar de vraag of een gezondere leefwijze of minder stress dit had kunnen voorkomen. De gedachte dat zwanger worden in elk geval mogelijk is gebleken, is soms een steun.

De verwerking van een miskraam verschilt: iedereen, vrouw en man, doet dat op haar of zijn eigen manier. Ook de omstandigheden spelen een rol. Het is moeilijk aan te geven hoe lang dit proces duurt. Sommige ouders doen er enkele maanden tot een half jaar over; bij anderen duurt het langer, soms meer dan een jaar. Voor de omgeving is het soms niet duidelijk wat u doormaakt. Opmerkingen als 'volgende keer beter' of 'je bent nog jong' helpen meestal niet, ook al zijn ze goed bedoeld. Ze doen immers geen recht aan wat je als ouder op dat moment voelt. Omdat het verlies vaak voor de buitenwereld onzichtbaar is, kan het helpen te praten met andere ouders die hetzelfde hebben meegemaakt. Zij weten wat u doormaakt. Verschillen in beleving of snelheid van verwerken tussen man en vrouw kunnen een druk op de relatie geven; ook dan is het verstandig erover te praten, zowel met elkaar als met anderen.

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

Als u een curettage ondergaat

De opname vindt in dagbehandeling plaats. U komt 1,5 à 2 uur voor de operatie op de dagbehandeling. De verpleegkundige informeert u over het verloop van de dag en treft voorbereidingen voor de operatie. Zij brengt u naar de operatieafdeling en draagt de zorg over aan de medewerkers van de voorbereidingskamer.

Na de operatie verblijft u eerst op de uitslaapkamer. Daarna gaat u terug naar de verpleegafdeling. Gemiddeld bent u zo'n 2 uur van de afdeling af geweest. De verpleegkundige neemt contact op met de door u opgegeven contactpersoon om te melden dat u weer terug bent op uw kamer. U mag weer drinken en eten en de verpleegkundige observeert hoe het gaat met het vloeien, de pijn en uw algehele situatie. Zij zal samen met u het tijdstip van ontslag bepalen en neemt daarin bovengenoemde observaties mee. Bij ontslag krijgt u een controleafspraak en nazorginstructies mee. Het verblijf op de afdeling na de operatie is gemiddeld 2 tot 3 uur.

Na een curettage

Autorijden

In verband met de narcose mag u de eerste 24 uur na de operatie niet deelnemen aan het verkeer.

Zwemmen/in bad gaan

Wanneer u vaginaal bloedverlies heeft na de operatie is dat eerst rood, daarna bruin. Vervolgens wordt het steeds minder en stopt het. Pas nadat het bloedverlies is gestopt, kunt u weer zwemmen en baden. Douchen is vanaf het begin geen probleem.

Gemeenschap

U mag weer gemeenschap hebben als het bloedverlies gestopt is.

Werken

Voor specifieke richtlijnen moet uw met u specialist overleggen.

Pijnmedicatie

Van de anesthesist heeft u een recept voor pijnbestrijding gekregen. Deze kunt u het beste volgens onderstaand schema innemen.

Tijd	Medicijn	Dosering	Aantal
08.00 uur (ontbijt)	Paracetamol	500 mg	2 tabletten
	Diclofenac	50 mg	1 tablet
12.00 uur (lunch)	Paracetamol	500 mg	2 tabletten
15.00 uur	Diclofenac	50 mg	1 tablet
18.00 uur (diner)	Paracetamol	500 mg	2 tabletten
22.00 uur	Paracetamol	500 mg	2 tabletten
	Diclofenac	50 mg	1 tablet
	Omeprazol	20 mg	1 capsule

Sommige mensen krijgen ook tramadolcapsules mee naar huis. Dit is een zwaardere pijnstiller. Deze capsule is **extra** naast de andere medicatie. U krijgt van de verpleegkundige informatie op welke tijden u deze het beste kan innemen. Wanneer u het idee heeft dat de pijn minder wordt, begint u met het afbouwen van de pijn medicatie. Gebruikt u Tramadol dan stopt u daar als eerste mee. Vervolgens stopt u met de Diclofenac en de Omeprazol. Als laatste stopt u met de Paracetamol.

Nazorg

De verpleegkundige van de dagbehandeling streeft ernaar om u de eerste werkdag na opname te bellen. Zij vraagt of uw verblijf naar wens is verlopen en of u nog vragen heeft. U hoeft hier echter niet voor thuis te blijven.

Lichamelijke klachten

Op de dag van opname kunt u tot 19.00 uur contact opnemen met de dagbehandeling (0318) 43 55 21. Indien er acute problemen optreden kunt u via (0318) 43 43 43 contact op nemen met de dienstdoende gynaecoloog.

De dagen na de curettage

Neem contact op met de polikliniek gynaecologie bij:

- vies ruikende of pussige afscheiding
- koorts (meer dan 38 graden)
- toename van de pijnklachten
- toename van bloedverlies

Verder lezen

De volgende folders en brochures zijn te verkrijgen bij uw gynaecoloog, het patiëntenservicebureau van het ziekenhuis en op de website van de NVOG: www.nvog.nl rubriek voorlichting.

- Bloedgroep, rhesusfactor en irregulaire antistoffen
- Buitenbaarmoederlijke zwangerschap (2001)
- Echoscopie tijdens de zwangerschap
- Habituele abortus (herhaalde miskramen)
- Het verlies van een kind tijdens de zwangerschap of rond de bevalling

Boeken:

- Marianne Cuisinier en Hettie Janssen. Met lege handen. Houten: Unieboek, 2e druk. 1997. ISBN 90 269 6699 7.
- Wiebe Braam en Martha van Buuren. Als je zwangerschap misloopt. Baarn: La Rivière 1995. ISBN 90 384 0365 8
- Ann Oakley, Ann McPherson en Helen Robert. Soms gaat het mis. Kosmos Utrecht/Antwerpen 1985. ISBN 90 215 1231 9

Verklarende woordenlijst

- *Abortus incompletus*: een niet-complete miskraam, waarbij de zwangerschap niet in zijn geheel naar buiten komt.
- *Abortus provocatus*: afbreken van een ongewenste zwangerschap.
- *Buitenbaarmoederlijke zwangerschap*: een zwangerschap die zich niet in, maar buiten de baarmoeder heeft ingenesteld, vaak in de eileider.
- *Chromosoom-afwijking*: afwijking in de rangschikking van de genen op de chromosomen, of een afwijking van het aantal chromosomen.
- *Curettag*: kleine operatie waarbij de gynaecoloog de baarmoeder via de vagina met een slangetje leegzuigt of met een curette (soort lepeltje) schoonmaakt.
- *Dreigende miskraam*: bloedverlies bij een jonge zwangerschap.
- *Embryo*: vruchtje.
- *Extra-uteriene graviditeit*: buitenbaarmoederlijke zwangerschap, vaak afgekort als EUG.
- *Late miskraam*: het verlies van een zwangerschap na de 4^e maand, maar voor de levensvatbare periode.
- *Spreider*: instrument waarmee de verloskundige of arts via de vagina naar de baarmoedermond kijkt (ook wel speculum genoemd).
- *Spontane abortus*: miskraam.
- *Vaginaal*: via de schede.
- *Vroege miskraam*: het verlies van een niet-levensvatbare vrucht in de eerste 4 maanden van de zwangerschap.

Vragen

Als u na het lezen van deze folder nog vragen heeft aarzel dan niet en vraag het aan uw gynaecoloog.

- Tijdens kantooruren kunt u bellen met de polikliniek gynaecologie (0318) 43 51 50.
- Buiten kantoor tijden met de dienstdoende arts-assistent gynaecologie via (0318) 43 43 43. Indien géén gehoor/ niet bereikbaar door laten verbinden met de 'verloskamers'.