

Herhaalde miskraam

Welkom in het Centrum voor Voortplantingsgeneeskunde (CVV) van het Amsterdam UMC. U heeft zich tot ons gewend omdat u twee of meer miskramen hebt gehad. In deze folder geven we u informatie over wat een miskraam is, wanneer men van herhaalde miskraam spreekt en welke factoren een rol kunnen spelen bij herhaalde miskramen. Daarna geven we u informatie wat u van ons kunt verwachten bij het eerste en latere bezoeken.

Wat is een miskraam?

Een miskraam is het verlies van een niet-levensvatbaar embryo. Het embryo in aanleg groeit niet verder en wordt afgestoten. De oorzaak van een miskraam is vaak een aanlegstoornis die bij de bevruchting is ontstaan. Van alle zwangerschappen eindigt ongeveer 10-15% in een miskraam.

Wanneer spreekt men van herhaalde miskraam?

Men spreekt van herhaalde miskraam na twee of meer miskramen. Het kan zijn dat u vóór of tussen de miskramen een gezond kind hebt gekregen. Het kan ook zijn dat u drie of nog meer miskramen heeft doorgemaakt. Herhaalde miskraam komt voor bij ongeveer 3-5% van alle vrouwen die zwanger worden.

Factoren die een rol kunnen spelen bij herhaalde miskraam

- **Leeftijd**
De kans op een miskraam neemt toe met de leeftijd van de vrouw. Voor vrouwen jonger dan 35 jaar, is de kans dat een zwangerschap in een miskraam eindigt, ongeveer 1 op 10. Tussen de leeftijd van 35 jaar en 40 jaar eindigt 1 op de 5-6 zwangerschappen in een miskraam. En bij de leeftijd tussen de 40 en 45 jaar is de kans op een miskraam 1 op 3.
- **Roken**
Vrouwen die roken krijgen iets vaker een miskraam dan vrouwen die niet roken.
- **Overgewicht**
Vrouwen met overgewicht hebben een grotere kans op een miskraam dan vrouwen zonder overgewicht.
- **Aanwezigheid van antifosfolipiden in het bloed (antifosfolipidensyndroom)**
Antistoffen zijn belangrijk bij de afweer tegen ziekten. Soms maakt het lichaam verkeerde antistoffen. Ze gaan een reactie aan met cellen of onderdelen daarvan in het eigen lichaam. Zo reageren antifosfolipiden met bepaalde vetten, waardoor deze niet meer goed werkzaam

zijn. Er ontstaat dan kans op trombose, een afsluiting van een bloedvat. Door deze afsluiting van een bloedvat in de placenta (moederkoek) ontwikkelt de zwangerschap zich niet goed, zodat een miskraam ontstaat. Antifosfolipiden komen bij ongeveer 2% van alle vrouwen voor en bij ongeveer 15% van de vrouwen met herhaalde miskraam.

- **Erfelijk verhoogde tromboseneiging**

In bepaalde families komt vaker dan gebruikelijk een stollingsafwijking voor. Doordat het bloed de neiging heeft sneller te stollen, kan een afsluiting van een bloedvat door een bloedstolsel (trombose) ontstaan. Ook een embolie (het losschieten van een bloedprop) of een beroerte komt in deze families vaker voor. Bij een stollingsafwijking is de kans op een miskraam licht verhoogd. Deze stollingsfactoren kunnen afwijkend zijn bij vrouwen met herhaalde miskraam. Erfelijke stollingsafwijkingen zijn vrij zeldzaam. Een uitzondering is de factor-V Leiden-mutatie die bij ongeveer 5% van de bevolking aanwezig is.

- **Schildklierfunctie**

Een te traag of een te snel werkende schildklier is een risicofactor voor het krijgen van miskramen. We testen het TSH en op indicatie vrij T4.

Het is bekend dat vrouwen met herhaalde miskramen antistoffen tegen de schildklier kunnen hebben (anti-TPO). Dit heet schildklier auto-immuniteit. Er is momenteel geen behandeling voor schildklier auto-immuniteit en daarom wordt momenteel enkel de schildklierfunctie getest.

- **Een chromosoomafwijking bij één van de ouders**

Bij ongeveer 2-3% van de paren met herhaalde miskraam wordt een gebalanceerde chromosoomafwijking bij één van de ouders gevonden. Twee stukjes van twee chromosomen zijn daarbij van plaats veranderd. Bij de betrokken ouder zijn er geen verschijnselen of klachten.

- **Een afwijkende vorm van de baarmoeder of de baarmoederholte**

Afwijkende vormen zijn bijvoorbeeld een dubbele baarmoeder of een tussenschot in de baarmoederholte. Een vleesboom aan de binnenzijde van de baarmoeder kan eveneens de vorm van de baarmoederholte veranderen. Het is mogelijk dat de placenta (moederkoek) zich bij een afwijkende vorm van de baarmoederholte niet goed innestelt, met als gevolg een verhoogde kans op één of meer miskramen. Uit onderzoek blijkt dat het corrigeren van de baarmoederafwijking door een operatie de kans op een miskraam niet verkleint. Toch is het goed de vorm van de baarmoeder te onderzoeken omdat een grote afwijking andere controles in de zwangerschap vereist.

Eerste bezoek

Inschrijven, wachttijd en duur van het bezoek

U schrijft zich eerst (beiden) in bij de “inschrijfbalie poliklinieken” op A0 van het Amsterdam UMC, locatie AMC. Dit staat ook beschreven in de bijgevoegde afspraakbrief. Daarna ontvangen wij u graag op onze afdeling op Q4. Wij verzoeken u om u vóór de afgesproken tijd bij de balie van Q4 te melden. Zodoende kunnen wij u (en de patiënten na u) op de afgesproken tijd te woord staan. Het eerste bezoek zelf duurt maximaal anderhalf uur.

Wie verwachten wij bij het eerste bezoek?

Wij vragen u nadrukkelijk om, als u een partner heeft, met uw partner te komen. Het gesprek met de arts is bedoeld voor u en uw eventuele partner. Ouders, familieleden en/of vrienden die eventueel zijn meegekomen, wachten in de wachtkamer. De reden hiervoor is dat u, uw eventuele partner en de arts vrijuit met elkaar moeten kunnen spreken. Ook willen we hiermee

voorkomen dat zaken besproken worden die u achteraf liever privé had gehouden. Om dezelfde reden kunt u ook geen eigen tolk meenemen. Geeft u aan of u bij het eerste consult een tolk nodig heeft, dan zorgen wij voor een (telefonische of persoonlijke) tolk.

Wie ontmoet u bij het eerste bezoek?

De spreekuren worden gehouden door Prof. dr. M. Goddijn en drs. M. Smits. Een academisch ziekenhuis heeft een opleidingstaak. Daarom krijgt u te maken met artsen en specialisten die nog in opleiding zijn. Deze worden altijd begeleid door ervaren artsen en specialisten.

Wat houdt uw eerste bezoek in?

- Uw hulpvraag en voorgeschiedenis duidelijk in kaart brengen.
- Afspreken welke onderdelen van het herhaalde miskraam onderzoek bij u uitgevoerd worden. Dit is afhankelijk van uw hulpvraag en uw voorgeschiedenis. U krijgt hier niet alleen mondeling, maar ook schriftelijke uitleg over. Zodoende kunt u de afspraken thuis rustig nalezen. Tot het volgende bezoek geldt het advies om niet opnieuw zwanger te raken.
- Tekenen van een toestemmingsformulier om gegevens van een eventuele toekomstige bevalling en kind op te vragen bij uw behandelend verloskundige, gynaecoloog of kinderarts.

Wat houden de volgende bezoeken in?

- Na een periode van zes weken zijn alle uitslagen bekend en worden eventuele consequenties in een volgende zwangerschap besproken.
- Zo mogelijk geven wij u een inschatting van de kans op een voldragen volgende zwangerschap.
- Verwijzing naar de afdeling Klinische Genetica bij chromosoomafwijkingen of naar de afdeling Vasculaire Geneeskunde bij stollingsafwijkingen, afhankelijk van uw situatie.
- Informatie over en eventueel tekenen van een toestemmingsformulier om mee te doen aan wetenschappelijk onderzoek.

Onderzoek naar mogelijke risicofactoren

Antifosfolipidensyndroom

De volgende antifosfolipiden worden in uw bloed getest:

- Lupus anticoagulans (LAC)
- Anticardiolipinen (ACA IgG en IgM)
- B2-glycoproteïne (IgG en IgM)

Dit bloedonderzoek wordt vanaf twaalf weken na een miskraam gedaan. Voor die tijd is de uitslag niet betrouwbaar. Indien antifosfolipiden aanwezig zijn wordt het bloedonderzoek na 12 weken herhaald. Zijn de antistoffen dan nog steeds aanwezig, dan is de diagnose antifosfolipidensyndroom gesteld.

Erfelijke verhoogde tromboseneiging

Het onderzoek vindt alleen plaats wanneer er een verhoogd risico is op erfelijke verhoogde tromboseneiging (erfelijke trombofilie). Dit risico is verhoogd als er in uw familie trombose voorkomt of er een bepaalde stollingsafwijking in de familie aanwezig is.

De volgende stollingsfactoren worden in uw bloed getest:

- Antitrombine-III
- Proteïne C
- Proteïne S
- Factor II
- Factor-V-Leiden

Indien er een afwijking in het antitrombine-III, proteïne C of proteïne S wordt gevonden, wordt het bloedonderzoek herhaald. Is de stollingsfactor dan nog steeds afwijkend, dan is de diagnose erfelijke trombofilie gesteld.

Schildklierfunctie

De schildklierfunctie zal worden getest door middel van bloedonderzoek. Er wordt gekeken naar het TSH (schildklier stimulerend hormoon). Bij een afwijkende uitslag volgt verwijzing naar een internist.

Chromosoomonderzoek

Bloedonderzoek kan aantonen of er sprake is van een chromosoomafwijking. Dit chromosoomonderzoek wordt alleen aangeboden bij paren met een verhoogd risico hiervoor. Dit onderzoek wordt zowel bij de vrouw als bij de man verricht. In de volgende gevallen komt u in aanmerking voor het chromosoomonderzoek:

- U kreeg een eerder kind met aangeboren afwijkingen.
- Bij een belaste familiegeschiedenis voor aangeboren afwijkingen of herhaalde miskraam.

Als u dit onderzoek laat doen, wacht dan met zwanger worden. De reden is dat als er een chromosomale afwijking (translocatie) gevonden wordt, er een kans is dat u deze overdraagt op uw kind en uw kind niet gezond is. U wordt verwezen naar de klinisch geneticus voor advies. Meer informatie over translocatie hieronder en op de website www.erfelijkheid.nl

Als door de translocatie de hoeveelheid materiaal op de chromosomen even groot is als normaal, dan merk je er meestal niets van. Dit heet een gebalanceerde translocatie. Maar wanneer iemand met zo'n translocatie een kind krijgt, kan dit gevolgen hebben. Het kind heeft dan kans op een te grote of te kleine hoeveelheid materiaal op de chromosomen; dit noemen we een ongebalanceerde translocatie. Dit kan gezondheidsproblemen geven of tot een miskraam leiden. De kans hierop hangt af van de soort translocatie.

Onderzoek van de baarmoeder of de baarmoederholte

U krijgt een aparte afspraak voor een 3D echo. Dit is een vaginale echo van de baarmoederholte. Wij door middel van een speciale echokop de baarmoederholte in 3D reconstrueren. Dit onderzoek vindt bij voorkeur plaats in het tweede deel van de menstruatiecyclus: na de ovulatie en voor de menstruatie. Een lege blaas is voor dit type echo niet nodig. Na afloop kan de arts de baarmoederholte in 3D reconstrueren.

Uitslag van het onderzoek

Als u in overleg met de arts besluit om onderzoek te laten doen, is het belangrijk dat u zich bedenkt dat maar bij 15-20% van de vrouwen met herhaalde miskraam een duidelijke oorzaak voor de miskramen gevonden wordt. Bij 80 tot 85% van de paren wordt geen oorzaak gevonden. Het is dan ook verstandig niet te hooggespannen verwachtingen te hebben over de uitkomsten van het onderzoek. Het is verstandig met uw arts te overleggen wanneer u weer gaat proberen om zwanger te raken. De arts zal meestal adviseren eerst de uitslagen van het onderzoek af te wachten. Mocht u toch eerder zwanger zijn voordat de uitslagen bekend zijn, neem direct contact op.

Onverklaarde herhaalde miskraam

Als er geen oorzaak wordt gevonden, is de kans dat de volgende zwangerschap leidt tot de geboorte van een kind gelukkig hoog. Deze is gemiddeld genomen 70%. Met het koppel wordt de individuele prognose besproken en een persoonlijk begeleidingsplan gemaakt. Er wordt wetenschappelijk onderzoek gedaan om te kijken naar mogelijk nog onbekende oorzaken of behandelingen.

Mogelijke behandelingen

Behandelingen om de kans op een miskraam te verkleinen zijn alleen mogelijk als er een behandelbare oorzaak voor de miskraam is gevonden.

- Antifosfolipidensyndroom
U wordt verwezen naar de internist (vasculaire geneeskunde) en krijgt bloed verdunnende medicijnen voorgeschreven. De kans op een volgende miskraam wordt kleiner, maar die is niet afwezig.
- Erfelijke stollingsafwijkingen
Het is onbekend of bij erfelijke stollingsafwijkingen behandeling met bloedverdunnende middelen de kans op een miskraam verkleint. Dit wordt in studieverband onderzocht in de ALIFE II studie.
- Schildklier
Een te traag werkende schildklier kan behandeld worden met schildklierhormoon- tabletten. Een te snel werkende schildklier kan ook medicamenteus behandeld worden. De schildklierfunctie herstelt hierdoor en de kans op een miskraam wordt ook kleiner. Voor deze behandeling zal u verwezen worden naar de internist.
- Chromosoomafwijking bij een van de ouders
Een chromosoomafwijking is niet te behandelen. Als bij u of uw partner een gebalanceerde chromosoomafwijking gevonden wordt, dan verwijzen wij u naar de klinisch geneticus. Dit is een arts die gespecialiseerd is in erfelijke aandoeningen en chromosoomafwijkingen. Met deze arts bespreekt u de kans op opnieuw een miskraam en de kans op een kind met aangeboren afwijkingen. Wel is tijdens een zwangerschap die niet eindigt in een miskraam, onderzoek mogelijk naar de chromosomen van het kind. Dit wordt prenatale diagnostiek genoemd. Deze arts informeert u ook over de mogelijkheden van embryoselectie (pre-implantatie genetische diagnostiek) om de kans op een kind met aangeboren afwijkingen te verkleinen.

Leefwijze

Wij kunnen iedere vrouw met herhaalde miskraam adviseren zo gezond mogelijk te leven. Dat betekent gezond en gevarieerd eten, niet overmatig te drinken en niet roken. Bij overgewicht is afvallen zinvol. Daarmee verkleint u de kans op een miskraam.

Foliumzuur

Elke vrouw die (opnieuw) zwanger wil worden krijgt het advies dagelijks een tablet foliumzuur van 0,4 of 0,5 mg te gebruiken. Mocht u voorafgaand aan de miskramen geen foliumzuur gebruikt hebben, dan hoeft u zich daar niet schuldig over te voelen. Foliumzuur vermindert meestal niet de kans op een miskraam, maar wordt voorgeschreven om de kans op een kind met een open ruggetje te verkleinen.

Emotionele aspecten

Hoe u de miskramen heeft ervaren, is zeer persoonlijk. Veel vrouwen en hun partner maken na een miskraam een moeilijke tijd door. Zij hebben het gevoel iets dierbaars verloren te hebben en ervaren het verwerken van de miskraam als een rouwproces. Verdriet, schuldgevoel, ongelooft, boosheid en een gevoel van leegte zijn veel voorkomende emoties, na elke miskraam. Zeker als een miskraam zich meerdere keren herhaalt, betekent dit vaak een grote psychische belasting.

Omdat de omgeving vaak niet op de hoogte is van de zwangerschap, is het vaak moeilijk met anderen over deze emoties te spreken. Toch is dat belangrijk voor de verwerking.

Voor velen is het ook heel moeilijk te accepteren als het onderzoek geen duidelijke oorzaak aantoonst en behandeling niet mogelijk is. In dat geval ervaren de meeste vrouwen en mannen gevoelens van angst en onzekerheid.

Bij de kleine groep vrouwen bij wie wel een behandelbare oorzaak wordt gevonden, is er vaak opluchting. Tegelijkertijd roept de aanwezigheid van de gevonden afwijking ook vragen en onzekerheden op: zijn er andere gevolgen voor de gezondheid en welke? Bij erfelijke stollingsafwijkingen kan ook spanning ontstaan bij het inlichten van familieleden die misschien dezelfde afwijking hebben. Dat geldt nog sterker bij dragerschap van een gebalanceerde chromosoomafwijking.

Tot slot leert de ervaring dat veel vrouwen, ondanks herhaalde miskraam, uiteindelijk wel een gezond kind krijgen.

Ondersteuning

Wij realiseren ons dat dit traject van onderzoek en eventuele behandeling belastend voor u kan zijn. We willen u daar zo goed mogelijk in ondersteunen. Onze verpleegkundigen en counselor kunnen u hierbij helpen. Dan kunt u in rustigere omstandigheden de zaken op een rijtje zetten en handvatten krijgen om beter met uw situatie te leren omgaan. Ook contact met lotgenoten kan helpen. De patiëntenvereniging voor vruchtbaarheidsproblematiek Freya (www.freya.nl) kan hierbij bemiddelen.

Contact

Hebt u nog vragen en/of opmerkingen, dan kunt u ons een bericht sturen via “Mijn Dossier” te bereiken via de app Mijn Dossier Amsterdam UMC of via de website mijndossier.amsterdamumc.nl. Dit is de enige veilige manier om met het ziekenhuis te communiceren. Voor lichamelijke klachten of spoedeisende vragen neemt u telefonisch contact op met het Centrum voor Voortplantingsgeneeskunde, tel. 020-5664287 (tijdens werkdagen tussen 9.00 en 11.00 uur en 14.00 en 16.00 uur of via de centrale en vragen naar dienstsein CVV). Wij vragen u altijd om uw patiëntnummer in verband met patiënt veiligheid. Bij grote spoed kunt u ook contact opnemen met uw gynaecoloog in uw regio die u verwezen heeft of buiten kantooruren van het CVV met de spoedeisende hulp vrouwenziekten (SEHV) op H3zuid op telefoon 020-5665100.