



Vereniging voor mensen
met vruchtbaarheidsproblemen

HERHAALDE MISKRAAM

Freya biedt nieuws, achtergrondinformatie, ervaringsverhalen en contact over vruchtbaarheid, problemen met zwanger worden en ongewilde kinderloosheid. Freya is een landelijke en onafhankelijke vereniging met ruim 2.500 leden.

Informatieverstrekking, lotgenotencontact en belangenbehartiging zijn de drie sleutelwoorden van de dienstverlening van Freya.



Inhoudsopgave

1. Inleiding	2
2. Wat is een miskraam?	2
2.1 Wanneer spreekt men van herhaalde miskraam?	2
3. Herhalingskans van een miskraam	2
4. Oorzaken van herhaalde miskraam	3
4.1 Oorzaken bij het vruchtje	3
a. Toevallige chromosoomafwijkingen (na de bevruchting ontstaan)	3
b. Erfelijk bepaald (door chromosoomafwijking bij één of beide partners)	3
4.2 Oorzaken bij de moeder	4
4.2.1 Infecties	4
4.2.2. De baarmoeder (anatomische problemen)	4
4.2.3. Hormonen	5
4.2.4. Immunologische problemen	5
4.2.5. Overmaat aan homocysteïne	7
4.2.6. Stollingsafwijkingen in de familie van de vrouw	7
4.3 Oorzaken bij de vader	8
5. Onderzoek naar mogelijke oorzaken	8
5.1 Chromosoomonderzoek	8
5.2 Antifosfolipiden	8
5.3 Homocysteïne	8
5.4 Stollingsafwijkingen in de familie van de vrouw	8
5.5 Weinig afwijkingen	9
6. Andere factoren die een rol kunnen spelen bij herhaalde miskraam.	9
6.1 Hogere leeftijd	9
6.2 Leefstijl	9
7. Kun je een nieuwe miskraam voorkomen?	9
8. Emotionele aspecten	10
9. Meer informatie	11
9.1 Organisaties	11
9.2 Meer lezen:	11
9.3 Begrippenlijst	12



1. Inleiding

Deze brochure geeft informatie over herhaalde miskraam. Wanneer spreekt men over herhaalde miskraam? Wat zijn mogelijke oorzaken? Wanneer kan onderzoek gedaan worden, en hoe groot is de kans dat er een oorzaak wordt gevonden die te behandelen is? Deze brochure probeert zoveel mogelijk duidelijkheid te geven. Ook emotionele aspecten komen aan bod. Aan het einde van de brochure vind je een verklarende woordenlijst, een lijst van hulporganisaties en enkele suggesties voor folders en boeken om verder te lezen. Heb je na het lezen nog vragen stel deze dan gerust aan je behandelend arts.

2. Wat is een miskraam?

Een miskraam is het verlies van een niet-levensvatbaar embryo/zwangerschap voor de 20 weken. De oorzaak van een miskraam is vaak (tenminste 50%) een aanlegstoornis. Meestal speelt hierbij een chromosoomafwijking die bij de bevruchting ontstaat een rol. Het embryo in aanleg is niet goed, groeit niet verder en wordt afgestoten. Ongeveer 25% van de vrouwen krijgt in haar leven te maken met een miskraam, en van alle vastgestelde zwangerschappen eindigt ongeveer 15% in een miskraam. Maar veel zwangerschappen eindigen al heel vroeg, zelfs voordat de normale menstruatie op gang komt. Dan is het nog niet eens bekend dat er een zwangerschap is. Als je die meetelt, wordt wel gezegd dat zelfs de helft van alle zwangerschappen eindigt in een miskraam.

2.1 Wanneer spreekt men van herhaalde miskraam?

Men spreekt van herhaalde miskraam bij twee of meer miskramen. Het kan zijn dat je vóór of tussen de miskramen een gezond kind hebt gekregen. Herhaalde miskraam komt voor bij ongeveer 1 tot 3% van alle vrouwen die zwanger worden.

3. Herhalingskans van een miskraam

Als je één miskraam hebt meegemaakt is de kans op herhaling in een volgende zwangerschap niet of nauwelijks verhoogd. Na twee miskramen is de kans ongeveer 25% en na drie miskramen is dit ongeveer 35%. Dat lijkt misschien heel veel, maar de kans dat een volgende zwangerschap wél goed afloopt is nog steeds het grootst, gemiddeld 65 – 70%. De kans dat een vrouw drie miskramen achter elkaar krijgt, zou statistisch gezien 0,4% moeten zijn. In de praktijk blijkt dat echter twee keer zo veel te zijn: 0,8 tot 1,0% van alle vrouwen. Wanneer je twee of meer miskramen hebt doorgemaakt, is dit dan ook een reden om onderzoek te doen naar een eventuele onderliggende oorzaak. Met behulp van je leeftijd, het aantal doorgemaakte miskramen en de resultaten van dit onderzoek, kan jouw persoonlijke kans op een goede afloop van een volgende zwangerschap worden berekend.



4. Oorzaken van herhaalde miskraam

Evenals bij een eenmalige miskraam is er bij herhaalde miskraam meestal een aanlegstoornis die bij de bevruchting is ontstaan. Het embryo groeit dan niet verder en wordt afgestoten. Vrouwen kunnen na een aantal miskramen een grotere kans hebben op een nieuwe miskraam en bij deze vrouwen kan een achterliggende oorzaak/aandoening waarschijnlijk iets vaker voorkomen. Toch wordt maar bij minder dan de helft van de paren een duidelijke oorzaak gevonden voor de herhaalde miskraam.

4.1 Oorzaken bij het vruchtje

a. Toevallige chromosoomafwijkingen (na de bevruchting ontstaan)

Oorzaken bij het vruchtje (verkeerde chromosomensamenstelling) zijn waarschijnlijk de belangrijkste reden van miskramen (volgens de literatuur variërend, maar gemiddeld ruim de helft). De meeste van deze chromosoomafwijkingen ontstaan na de bevruchting, dus worden niet veroorzaakt door de chromosomen van de ouders. Je moet je voorstellen dat na de samensmelting van eicel en zaadcel, de 'halve' rijtjes chromosomen van hen beide hun wederhelft moeten opzoeken. Aangezien het veel chromosomen zijn en deze ingewikkeld in elkaar zitten, is het een hele kunst om de goede wederhelft te vinden. Als er in dit proces iets spaak loopt, is het vruchtje vanaf dat moment niet levensvatbaar en kan het niet anders dan dat het vroeger of later in de zwangerschap vastloopt in de ontwikkeling. Meestal gebeurt dat in de eerste of tweede maand (soms zelfs al voor de innesteling, dan krijg je een gewone menstruatie en wist je niet eens dat je zwanger was; ofwel in de weken die daarop volgen). De meeste van deze miskramen gaan fout vóór de achtste week. Vaak duurt het even voordat een miskraam door het lichaam afgestoten wordt, dus ook veel miskramen van minder dan acht weken kunnen tussen de tiende en twaalfde week afgestoten worden, of (nog later) via een echo ontdekt worden.

De enige definitieve manier om te achterhalen of zo een toevallige chromosoomafwijking inderdaad de oorzaak is van deze miskraam, is door chromosoomonderzoek (karyotypering) te doen op het miskraamweefsel zelf. Voor veel vrouwen zou dit een bevestiging geven van de oorzaak van de miskraam en zou dit helpen in de verwerking ervan.

Chromosomenonderzoek op het miskraamweefsel wordt in Nederland echter niet geadviseerd. De reden hiervoor is het standpunt van de gynaecologen dat een chromosomenafwijking die na de bevruchting ontstaan is, geen enkele voorspelling doet over toekomstige zwangerschappen en het ook niet leidt tot een behandeling.

b. Erfelijk bepaald (door chromosoomafwijking bij één of beide partners)

Vanaf twee miskramen kan aan de partners een chromosomenonderzoek (karyotypering) aangeboden worden indien het risico op chromosoomafwijkingen verhoogd is. Hoe hoog dit risico is, wordt ingeschat met behulp van vragen over je leeftijd, het aantal doorgemaakte miskramen en het aantal miskramen bij eerstelijns familieleden (zussen, broers, ouders) van man en vrouw. Het gaat hierbij om chromosomen van de partners afzonderlijk (via het bloed). Bij 3% van de paren wordt zo bij een van beide partners een



chromosoomafwijking opgespoord die een erfelijke aanleg heeft. Hierbij gaat het om gebalanceerde translocaties (een stukje chromosoom is van zijn normale plaats verhuisd) . Als een gebalanceerde translocatie gevonden wordt, is de kans op herhaling 50% hoger dan bij een ander paar. Medicijnen hiertegen zijn er niet. Wel is er een goede kans dat bij lang genoeg proberen een gezond vruchtje ontstaat waaruit een verder normale zwangerschap volgt.

De uitkomst 'geen afwijking gevonden' bij dit chromosomenonderzoek betekent nog niet dat er niets verkeerd is in de chromosomen: er is nog veel onbekend op dit gebied en er zouden best afwijkingen kunnen bestaan die nog niet onderzocht worden. Chromosomenonderzoek betekent overigens niet dat het hele genetische plaatje van de partners wordt blootgelegd: de genen liggen wel op de chromosomen, maar genetisch onderzoek vraagt op elk chromosoom veel gedetailleerder onderzoek dan het normale chromosomenonderzoek. Aanvullend genetisch onderzoek wordt alleen gedaan wanneer daar aanleiding toe is (wanneer er specifieke erfelijke afwijkingen in de familie zijn).

Volgens nieuwe inzichten blijkt bovengenoemd chromosomenonderzoek bij beide partners van een paar met herhaalde miskraam geen effectief onderzoek te zijn. Er wordt maar heel zelden een ongebalanceerde chromosoomafwijking gevonden, en de gevonden chromosoomafwijkingen leiden nog minder vaak tot een kind met afwijkingen. Daarom is discussie ontstaan over het routinematig toepassen van dit onderzoek. Alleen als er in de familie aangeboren afwijkingen of bekende chromosoomafwijkingen voorkomen is het nuttig om dit onderzoek te doen. Zo nodig zal met een Klinisch Geneticus, expert op het gebied van chromosoomafwijkingen, overleg plaatsvinden of het voor het betreffende paar een nuttig onderzoek is.

4.2 Oorzaken bij de moeder

4.2.1 Infecties

Toxoplasmose en rode hond kunnen hooguit één keer een miskraam veroorzaken. Wanneer een vrouw deze infecties eenmaal gehad heeft, heeft ze antistoffen aangemaakt die bij een volgende infectie haarzelf en haar zwangerschap beschermen. Herhaalde miskraam is dus nooit het gevolg van een infectie zoals door toxoplasmose of rode hond. Op deze stoffen kun je je eenvoudig laten testen. Als je zwanger bent, zegt dat niets over deze huidige zwangerschap: het kan zijn dat je de ziekte net opgelopen hebt en dus net aan het doorgeven bent aan je kindje. Maar als je je laat testen vóórdat je weer zwanger bent en de uitslag is positief (antistoffen gevonden) dan hoef je daarna niet meer bang te zijn voor katten (bron van toxoplasmose besmetting) en kun je daardoor geen miskraam meer krijgen. Dit geldt overigens niet voor de Listeria-bacterie die in rauwe melk en rauw vlees kan zitten. Deze bacterie kan ook bij herhaalde besmetting miskramen en/of afwijkingen aan de vrucht veroorzaken.

4.2.2. De baarmoeder (anatomische problemen)

Van vleesbomen en een afwijkende vorm van de baarmoeder is niet bewezen dat zij een miskraam veroorzaken. Andere vrouwen met eenzelfde kwaal kunnen een zwangerschap volledig uitdragen. Wel is bekend dat vrouwen met een



tussenschot in de baarmoeder een verhoogde kans hebben op het krijgen van een miskraam. Maar of het verwijderen van het tussenschot veilig is en de kans op een gezond kind vergroot is nog niet duidelijk. Momenteel wordt dit onderzocht in een wetenschappelijk onderzoek; de TRUST studie (zie http://www.watverwachtu.nl/page.asp?page_id=70).

Nieuwe inzichten

Volgens een recent onderzoek (2016) van de Universiteit van Warwick kan een tekort aan stamcellen in het baarmoederslijmvlies in sommige gevallen ook een verklaring voor herhaalde miskraam zijn. De onderzoekers denken dat er voldoende stamcellen in het baarmoederslijmvlies nodig zijn, waardoor het slijmvlies zichzelf in elke cyclus kan vernieuwen. Bij onvoldoende stamcellen treedt geen vernieuwing op en verouderd het baarmoederslijmvlies. Door dit verouderde slijmvlies zou de zwangerschap eindigen in een miskraam. Aan het onderzoek uit Warwick kleven nadelen, het is onduidelijk of bijvoorbeeld de leeftijd van de vrouw meespeelt in veroudering van het slijmvlies en niet (alleen) het feit dat er al meerdere miskramen zijn opgetreden. Een van de toekomstige onderzoeksvragen richt zich op de vraag of een Pipelle behandeling ('endometrium scratching') stamcellen mogelijk actiever maakt. Bij deze behandeling wordt vóór het ontstaan van een zwangerschap een kleine beschadiging gemaakt in het baarmoederslijmvlies. Voordat deze nieuwe inzichten kunnen leiden tot een toegepaste behandeling dient eerst aanvullend wetenschappelijk onderzoek plaats te vinden.

4.2.3. Hormonen

Er wordt beweerd dat een tekort aan progesteron in de eerste weken van de zwangerschap merkbaar is wanneer een zwangerschap fout loopt, en dat het nemen van progesteron tabletten de kans op een miskraam zou verkleinen. Inmiddels is aangetoond dat dit medicijn niet effectief is, dankzij de resultaten van de Promise studie. Het voorschrijven van progesteron tabletten wordt dan ook ontraden.

(Zie: http://www.watverwachtu.nl/page.asp?page_id=93).

4.2.4. Immunologische problemen

Normaal gesproken is het immuunsysteem een gezond systeem van het lichaam om ziekte in het lichaam op te sporen en zich te verdedigen tegen vreemde stoffen. Zodra het immuunsysteem een vreemde stof herkent, worden antistoffen gemaakt (door de witte bloedlichaampjes), die de indringer kunnen bevechten of het lichaam beschermen tegen de indringer. Maar soms werkt het immuunsysteem niet goed.

Er worden twee soorten immuunafwijkingen onderscheiden:

- auto-immuunafwijkingen: dit zijn immuunafwijkingen van het lichaam van de vrouw tegen lichaamseigen stoffen
- allo-immuunafwijkingen: dit zijn immuunafwijkingen van het lichaam van de vrouw tegen niet-lichaamseigen stoffen (deel van het embryo is afkomstig van de man).



Auto-immuunafwijkingen

Auto-immuunafwijkingen worden gevonden bij ongeveer 30% van de vrouwen met herhaalde miskramen. Twee soorten auto-immuunafwijkingen zijn van belang:

- **A. Antifosfolipide Syndroom (AFS)**

Fosfolipiden zijn stoffen die het lichaam zelf tijdens de zwangerschap aanmaakt als een soort 'lijm' tussen de cellen. Ze zijn onder meer verantwoordelijk voor het goed ingroeien van het vruchtweefsel (later de placenta) in de baarmoederwand en de doorvoer van voedingsstoffen naar het vruchtje en afvoer van afvalstoffen van het vruchtje uit de baarmoeder. Als het lichaam hier antistoffen tegen maakt, kunnen de fosfolipiden hun werk niet goed meer doen. Dit kan resulteren in vroege miskramen, maar ook in te vroege geboortes (miskramen tussen de twaalfde en twintigste week) en in vertraagde groei van de foetus.

Cardiolipide is een ondersoort van de fosfolipiden. Anticardiolipiden zijn al langer bekend en worden soms al standaard getest bij vrouwen met een herhaalde miskraam. Maar er zijn in totaal zeven verschillende soorten die alle zeven veroorzaker kunnen zijn van een herhaalde miskraam. Het is niet gemakkelijk deze afwijking op te sporen: tests kunnen onbetrouwbare uitslagen geven en moeten dus herhaald worden om met zekerheid te kunnen vaststellen dat je met het antifosfolipidesyndroom (AFS) te maken hebt.

Lupus-achtige anticoagulant wordt bij 4% van de vrouwen met een herhaalde miskraam gevonden. De kans op een gezonde zwangerschap wanneer een vrouw AFS heeft (en niet behandeld wordt), wordt geschat op 11 tot 20%. Wanneer er echter behandeld wordt, wordt die kans geschat op 70 tot 80% op een gezonde zwangerschap.

- **B. Schildklier antilichamen**

Er zijn er twee soorten schildklier antistoffen: TPO antistoffen en Tg antistoffen. Wanneer deze antistoffen worden gevonden is er een verhoogde kans op opnieuw een miskraam. Als je schildklierfunctie afwijkend is (TSH waarde) wordt je voor aanvullend onderzoek en meestal medicamenteuze behandeling doorverwezen naar een internist. Is je schildklierfunctie echter normaal dan is het nog onduidelijk of (medicamenteuze) behandeling zinvol is. Momenteel doet de T4life studie hier onderzoek naar (zie http://www.watverwachtu.nl/page.asp?page_id=118).

Behandeling van auto-immuunafwijkingen

Uit eerder onderzoek naar behandeling van auto-immuunafwijkingen (AFS) door toedienen van combinaties van lage doses aspirine en heparine (en vooral de combinatie van deze twee) leek de kans op een goed verlopende zwangerschap hiermee verhoogd.

De voornaamste werking van aspirine en heparine is dat ze bloedverduunnend werken en zo voorkomen dat bloed klontert in de baarmoederwand waar het vruchtje bezig is met innestelen en de vorming van een placenta. Zwangerschappen die begeleid worden met aspirine en heparine geven weinig bloedingscomplicaties maar het is wel belangrijk om goede gynaecologische controle te krijgen.



Recenter onderzoek (de ALIFE studie) gaf echter geen gunstig effect te zien voor gebruik van aspirine noch voor gelijktijdig gebruik van aspirine + heparine bij vrouwen met onverklaarde herhaalde miskraam. Het gebruik van deze middelen wordt nu dan ook ernstig ontraden in deze groep.

Allo-immuunafwijking

'Natural Killer' cellen

NK-cellen zijn witte bloedlichamen die heel primitief reageren op alles wat vreemd is in het lichaam. Een te grote hoeveelheid NK-cellen in de baarmoeder geeft een hogere kans op miskramen. Het is geen routine onderzoek en hiervoor bestaat geen bewezen effectieve behandeling. In het buitenland behandelt men deze afwijking wel eens met intraveneuze immunoglobuline (IVIg - toedienen van antistoffen via de bloedbaan). Er is geen sluitend bewijs dat dit de situatie verbetert. In Nederland wordt deze behandeling niet geadviseerd.

4.2.5. Overmaat aan homocysteïne

Homocysteïne is een bouwsteen van eiwit (aminozuur) dat van belang is bij de stofwisseling. Het is bij alle mensen aanwezig. Soms wordt het onvoldoende afgebroken of niet voldoende omgevormd tot een ander aminozuur. Zo ontstaat er te veel homocysteïne in het bloed. Hierdoor wordt de kans op een miskraam vermoedelijk groter, en daarmee ook de kans op meerdere miskramen. Als bloedonderzoek een verhoogd gehalte aan homocysteïne aantoon, wordt de hoeveelheid van een paar vitaminen (Vit B6, B12 en foliumzuur) in het bloed gemeten. Een verhoogd gehalte aan homocysteïne is over het algemeen goed te behandelen met vitaminen (vitamine B6, B12 of foliumzuur). Hoewel het nog niet helemaal bewezen is, zijn er wel sterke aanwijzingen dat de kans op een volgende miskraam bij gebruik van deze vitaminen kleiner wordt.

4.2.6. Stollingsafwijkingen in de familie van de vrouw

In enkele 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.

De volgende stollingsfactoren kunnen afwijkend zijn bij vrouwen met herhaalde miskraam:

- antitrombine III
- proteïne C
- proteïne S
- factor II
- factor V Leiden

Deze erfelijke stollingsafwijkingen zijn vrij zeldzaam. Een uitzondering is de factor V Leiden-mutatie die bij ongeveer vijf procent van de bevolking aanwezig is. Het bloedonderzoek is zinvol als er in je familie trombose voorkomt. Soms is al bekend dat er een bepaalde stollingsafwijking in de familie aanwezig is. Dan kan gekeken worden of je ook deze stollingsafwijking hebt. Ook wordt het bloedonderzoek gedaan in kader van wetenschappelijk onderzoek. Het is namelijk onbekend of behandeling met bloed verdunnende middelen de kans op een miskraam verkleint als je een van



de bovengenoemde stollingsafwijkingen hebt. De ALIFE2 studie doet hier onderzoek naar (http://www.watverwachtu.nl/page.asp?page_id=120).

4.3 Oorzaken bij de vader

Afgezien van chromosoomafwijkingen (zie erfelijke afwijkingen bij het vruchtje) lijkt er weinig fout te kunnen zijn bij de vader. Onderzoek naar de kwaliteit van het sperma wordt standaard overgeslagen met als argument dat het zwanger worden immers wel lukt. De beweeglijkheid, spermadichtheid, en vorm (morfologie) van het zaad is bij mannen met herhaalde miskraam niet anders dan bij de gemiddelde vruchtbare man.

5. Onderzoek naar mogelijke oorzaken

De gynaecoloog bespreekt na twee miskramen met je of onderzoek naar oorzaken gedaan moet worden. Het onderzoek bestaat uit bloedonderzoek. De belangrijkste onderzoeken zijn chromosoomonderzoek (bij man en vrouw) en onderzoek naar antifosfolipiden syndroom (bij de vrouw). Daarnaast behoort ook onderzoek naar homocysteïne (bij de vrouw) tot de standaard onderzoeken. Het kan zijn dat de gynaecoloog echoscopisch onderzoek van de baarmoeder voorstelt. Dit onderzoek hoeft niet standaard te worden aangeboden.

5.1 Chromosoomonderzoek

Bloedonderzoek bij beide partners kan aantonen of er sprake is van een chromosoomafwijking. De uitslag duurt vaak langer dan twee maanden. Afhankelijk van het voorkomen van aangeboren afwijkingen of herhaalde miskraam in de familie wordt wel of niet chromosoomonderzoek aangeboden. Als het wordt aangeboden, wordt het onderzoek bij de vrouw én de man verricht.

5.2 Antifosfolipiden

Je komt standaard in aanmerking voor onderzoek naar het antifosfolipiden syndroom. Dit betekent dat de volgende antifosfolipiden antistoffen in je bloed getest worden: lupus anticoagulans (LAC), Anticardiolipinen IgG en IgM (ACA IgG en IgM).

5.3 Homocysteïne

De hoeveelheid homocysteïne kan door bloedonderzoek bepaald worden. Hiervoor hoef je niet nuchter te zijn, het kan op elk tijdstip van de dag geprikt worden. Als bloedonderzoek een verhoogd gehalte aan homocysteïne aantoon, wordt de hoeveelheid van een paar vitaminen (Vit B6, B12 en foliumzuur) in het bloed gemeten.

5.4 Stollingsafwijkingen in de familie van de vrouw

Bloedonderzoek naar stollingsafwijkingen is zinvol als er in je familie trombose voorkomt. Soms is al bekend dat er een bepaalde stollingsafwijking in de



familie aanwezig is. Dan kan gekeken worden of je ook deze stollingsafwijking hebt. Ook wordt het bloedonderzoek gedaan in kader van wetenschappelijk onderzoek. Het is namelijk onbekend of behandeling met bloedverdunnende middelen de kans op een miskraam verkleint als je een van de bovengenoemde stollingsafwijkingen hebt. De ALIFE2 studie doet hier onderzoek naar (http://www.watverwachtu.nl/page.asp?page_id=120).

5.5 Weinig afwijkingen

Als je in overleg met de gynaecoloog besluit om onderzoek te laten doen, is het belangrijk dat je je bedenkt dat bij minder dan de helft van de vrouwen met herhaalde miskraam een duidelijke oorzaak voor de miskramen gevonden wordt. Het is dan ook verstandig niet te hooggespannen verwachtingen te hebben over de uitkomsten van het onderzoek. Bij 80-85% van de paren wordt geen oorzaak gevonden. Het is verstandig met de gynaecoloog te overleggen wanneer je weer gaat proberen om zwanger te raken. Deze zal meestal adviseren eerst de uitslagen van het onderzoek af te wachten.

6. Andere factoren die een rol kunnen spelen bij herhaalde miskraam.

6.1 Hogere leeftijd

Hogere leeftijd: Voor vrouwen beneden de 35 jaar is de kans dat een zwangerschap in een miskraam eindigt, ongeveer 15%. Tussen de 35 en 40 jaar eindigt 20% zwangerschappen in een miskraam, en tussen de 40 en 45 jaar is de kans opgelopen tot 50%. De kans neemt dus toe met de leeftijd.

6.2 Leefstijl

Gezond leven en goede voeding is natuurlijk voor iedere zwangere van belang. Uit onderzoek van de Universiteit van Kopenhagen onder vrouwen die voor het eerst een miskraam doormaakten lijkt een aantal dingen de kans op een miskraam te verhogen: roken, alcohol drinken, over- of ondergewicht, nachtdiensten draaien, en dagelijks zwaar (meer dan 20kg) tillen tijdens de zwangerschap.

7. Kun je een nieuwe miskraam voorkomen?

Helaas zijn er weinig mogelijkheden om een nieuwe miskraam te voorkomen. In de meeste gevallen wordt immers geen oorzaak gevonden. Behandelingsmogelijkheden zijn er alleen voor vrouwen met antifosfolipiden antistoffen of een verhoogd homocysteïnegehalte in het bloed. Daarnaast kom je soms in aanmerking voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek, zoals hierboven beschreven. Wij kunnen vrouwen met herhaalde miskraam adviseren als je opnieuw zwanger wilt worden, zo gezond mogelijk te leven. Dat betekent gezond en gevarieerd eten, niet overmatig drinken, niet roken en geen medicijnen innemen zonder overleg. Bij overgewicht lijkt afvallen gunstig om de kans op een miskraam te verkleinen. Zoals je mogelijk al hebt ervaren, is een volgende



miskraam niet met zekerheid te voorkomen, al houd je je keurig aan al deze adviezen.

Verder is het goed om je te bedenken dat de kans op een gezond kind gemiddeld vaak veel groter is dan het opnieuw krijgen van een miskraam. Je arts zal zo mogelijk jouw persoonlijke kans op een gezond kind laten zien. Deze kans is berekend naar aanleiding van het opvolgen van duizenden vrouwen met herhaalde miskramen. Het is heel belangrijk om hoop en vertrouwen te houden op een goede afloop. Wanneer er geen oorzaak te vinden is voor de herhaalde miskramen, leert de ervaring dat de kans op een goede afloop vaak erg groot is.

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

Vrouwen vragen regelmatig aan hun behandelend arts om medicijnen voor te schrijven, met als doel een nieuwe miskraam te voorkomen. Er bestaat nu nog geen wetenschappelijk bewijs dat bepaalde medicijnen de kans op een herhaalde miskraam zonder aanwijsbare oorzaak verlaagt. Wel kan het zijn dat je gevraagd wordt deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek naar het nut van medicijngebruik bij herhaalde miskraam. Dit is de enige manier om uit te zoeken of iets werkt. Zomaar medicijnen gebruiken heeft weinig nut en kan bovendien schadelijk zijn.

8. Emotionele aspecten

Na een miskraam kun je een moeilijke tijd doormaken. Hoe je de miskraam hebt ervaren, is zeer persoonlijk. Je hebt iets dierbaars verloren en daarom kun je na een miskraam spreken van een rouwproces. Verdriet, schuldgevoel, ongeloof, boosheid en een gevoel van leegte zijn veel voorkomende emoties, na elke miskraam opnieuw. Zeker als een miskraam zich meerdere keren herhaalt, betekent dit vaak een grote psychische belasting, en kan het impact hebben op je relatie. Omdat de omgeving vaak niet op de hoogte is van de zwangerschap of te weinig begrip toont, is het nog eens 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 aantoonde en behandeling niet mogelijk is. In dat geval ervaren de meesten gevoelens van angst en onzekerheid en vragen zij zich af of zij ooit nog eens een eigen kind in hun armen zullen houden. 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. Gelukkig komt deze chromosoomafwijking zelden voor. Tot slot leert de ervaring dat veel vrouwen ondanks herhaalde miskraam uiteindelijk wel een gezond kind krijgen.



Verder spreken veel ziekenhuizen met de paren door hoe de zwangerschapsbegeleiding er in een volgende zwangerschap uit zal gaan zien. Meestal kun je voor een zwangerschapsecho terecht vanaf ongeveer zeven à acht weken. Dit verandert de uitkomst niet, maar het kan wel fijn zijn om een eerder contactmoment te hebben, aangezien die eerste weken vaak het spannendste zijn.

Hulp zoeken

Voor vrouwen en hun partners die naast gesprekken met de behandelend arts behoefte hebben aan extra steun of informatie bestaat in vele ziekenhuizen de mogelijkheid een gesprek aan te gaan met bijvoorbeeld een maatschappelijk werkster of gespecialiseerde verpleegkundige. Die kunnen soms net wat handvatten geven om beter met het verdriet om te gaan, en ook met de stress bij een volgende zwangerschap. Daarnaast noemen wij hieronder enkele hulporganisaties.

9. Meer informatie

9.1 Organisaties

Erfocentrum

Voor vragen over erfelijkheid, dragerschap chromosoomafwijkingen, aangeboren aandoeningen en lotgenotencontact kun je terecht bij het Erfocentrum.

www.erfocentrum.nl

Landelijke Steunpunt Rouw (LSR)

De LSR geeft informatie over rouw en verliesverwerking en is behulpzaam bij het zoeken naar hulpverleningsinstanties in de woonomgeving.

www.landelijksteunpuntrouw.nl

Landelijke Zelfhulporganisatie Ouders van een overleden kind

De Vereniging Ouders van een Overleden Kind is een zelfhulporganisatie van ouders van een overleden kind, die begrip en medeleven willen bieden aan lotgenoten. Vanuit de gemeenschappelijke ervaring van de dood van ons kind willen we elkaar daarin tot steun zijn; willen we proberen ruimte te scheppen om ervaringen en gevoelens met elkaar te delen.

www.vook.nl

9.2 Meer lezen:

Voorlichtingsfolders van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie:

- Een miskraam of bloedverlies in de eerste maanden van de zwangerschap.
- Prenatale diagnostiek bij aangeboren afwijkingen.

www.nvog.nl

Boeken

- Annemarie van der Meer. *Ongekend verlies* (2008) Interviews, een uitgebreide literatuur- en adressenlijst. Het is een boek voor iedereen



die privé of via zijn werk te maken heeft met miskramen, herhaalde miskraam en sterfte rond de geboorte.

ISBN 978 90 5831 4819

- Bernhard Spitz, Manu Keirse en Annemie Vandermeulen. *Als je een prille zwangerschap verliest*. (2010) Hoe rouw je om een kindje dat je nooit echt hebt gekend? En hoe ga je om met de angst dat het bij een volgende zwangerschap misschien weer fout kan gaan? Dit unieke boek brengt de expertise van een vrouwenarts, een psycholoog en een sociaal verpleegkundige samen.
ISBN 978 90 2098 8413

9.3 Begrippenlijst

Antifosfolipiden antistoffen: antistoffen (Lupus anticoagulant/ Anticardiolipine IgM /Anticardiolipine IgG); zie verder antifosfolipiden syndroom.

Antifosfolipiden syndroom: auto-immuun ziekte die zich kenmerkt door episodes van trombose (afsluiting van bloedvaten door verhoogde stolling) en/of herhaalde miskramen. Antifosfolipiden antistoffen moeten in het bloed aangetoond worden om de diagnose te kunnen vaststellen.

Chromosomen: dragers van erfelijke eigenschappen die zich in elke celkern bevinden.

Chromosoomafwijking: afwijking in de rangschikking van de genen op de chromosomen, of een afwijking van het totaal aantal chromosomen per celkern.

Gebalanceerde translocatie: chromosoomafwijking waarbij twee stukjes van twee chromosomen van plaats verwisseld zijn. De betrokken persoon zelf heeft geen ziekte verschijnselen.

Homocysteïne: een aminozuur dat noodzakelijk is voor de stofwisseling.

Ongebalanceerde translocatie: chromosoomafwijking waarbij zowel een stukje van een chromosoom ontbreekt, als een stukje van een ander chromosoom in drievoud aanwezig is. Dit gaat bijna altijd gepaard met ernstige aangeboren afwijkingen en een verstandelijke handicap.

Deze brochure is tot stand gekomen met medewerking van:

- Mw. dr. M. Goddijn, gynaecoloog verbonden aan het AMC
- Drs J Rikken, fertiliteitsarts AMC.

Dit is een uitgave van:

Freya, vereniging voor mensen met vruchtbaarheidsproblemen ©
José Knijnenburg, april 2016

Aan deze tekst kunnen geen rechten worden ontleend, tevens aanvaardt Freya geen aansprakelijkheid indien regels door instanties anders worden gehanteerd.

