

Folder

Een kleine ongeboren baby

De baby in uw buik is mogelijk minder groot dan gemiddeld. In deze folder leest u wat wij voor u en uw ongeboren kind kunnen doen.

Groei-echo's

Als we denken dat uw ongeboren baby klein is, controleren we dat met een groei-echo. Bij een groei-echo meten we het hoofd, de buikomvang en het bovenbeen van de baby. Zien we bij de echo dat uw baby inderdaad klein is? Of twijfelen we er na de groei-echo nog steeds over? Dan gaan we verder kijken en blijven we de groei volgen.

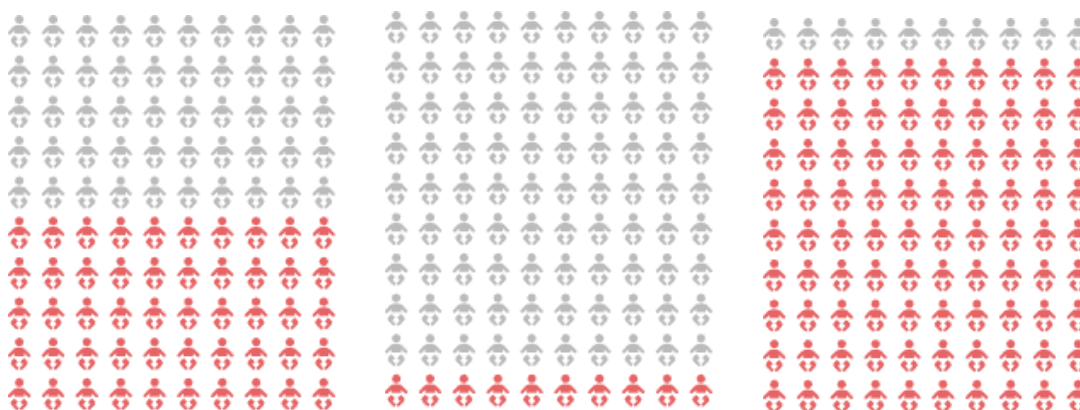
Het gewicht van een baby

Een echo is geen weegschaal, we weten daarom niet precies hoe zwaar uw baby is. Met een echo kunnen we wel inschatten wat het gewicht van een baby is. Die inschatting kan ongeveer 10% verschillen van het echte gewicht. Meten we bij de echo bijvoorbeeld een geschat gewicht van 2000 gram? Dan ligt het echte gewicht meestal tussen de 1800 en 2200 gram. De baby kan dus in het echt wat groter of kleiner zijn dan wij inschatten.

P-waarde

Bij de echo berekenen we de p-waarde van het gewicht van uw baby. Die p-waarde geeft aan hoe uw ongeboren baby groeit vergeleken met een gemiddelde baby bij deze zwangerschapsduur.

- Een waarde van p50 betekent precies gemiddeld.
- Een waarde onder p10 betekent dat de baby bij de kleinste 10 van de 100 baby's hoort.
- Een waarde boven p90 betekent dat de baby bij de grootste 10 van de 100 baby's hoort.



Figuur 1 van links naar rechts: "p50", "p10" en "p90"

Om de groei van uw ongeboren baby te volgen, doen we meerdere metingen. Maar door het mogelijke verschil van 10% heeft het geen zin om de metingen snel achter elkaar te doen.

Bijvoorbeeld:

- Een baby moet in een bepaalde periode ongeveer 200 gram groeien.

- Bij de eerste groei-echo weegt de baby in het echt 1400 gram, maar schatten we het gewicht net wat te hoog in: op 1500 gram.
- Bij de volgende groei-echo weegt de baby in het echt 1600 gram, maar schatten we het gewicht net wat te laag in: 1500 gram.
- Dan lijkt het alsof een kind niet groeit, terwijl er in het echt niks aan de hand is.

Een ongeboren baby die de hele zwangerschap op p10 groeit, is anders dan een baby die altijd op p50 heeft gezeten maar opeens naar p10 gaat. In dit laatste geval groeit de baby te weinig. Die baby's willen we extra controleren.

Oorzaken van een kleine ongeboren baby

Als we bij een groei-echo zien dat een ongeboren baby te klein lijkt voor de zwangerschapsduur, kan dit verschillende oorzaken hebben.

- Is een baby al voor de 32 weken kleiner dan p2.3? Dan kan het zijn dat de baby een aangeboren chromosomale afwijking heeft. Met een speciale echo (GUO) krijgen we hierover meer duidelijkheid. Ook bij een goede 20-weeken-echo kijken we nog een keer met een GUO. Gelukkig zijn er zelfs bij deze kleinere baby's meestal geen aanwijzingen voor een aangeboren afwijking en kunnen we u meteen geruststellen.
- De ene mens is groot, de andere mens is klein. Het kan zijn dat de ongeboren baby gewoon klein is. Dat is dus niet anders dan normaal en geeft geen verhoogd risico op een slechte uitkomst van de zwangerschap. Groei kunnen we alleen meten als we in de tijd kijken. Dus er zijn minimaal 2 echo's nodig om te zien of een baby gewoon wat kleiner is maar wel netjes doorgroeit op de eigen p-waarde. Als de baby steeds op ongeveer dezelfde lagere p-waarde blijft, is de kans groot dat de baby te klein is in aanleg.
- Soms krijgt een ongeboren baby te weinig voedingsstoffen:
 - Bijvoorbeeld omdat de moeder zelf te weinig voedingsstoffen binnenkrijgt, maar dat komt in Nederland niet vaak voor.
 - De baby kan ook te weinig voedingsstoffen binnenkrijgen omdat de moeder rookt. Stoppen met roken is niet altijd makkelijk. Hulp bij stoppen met roken wordt op dit moment helemaal vergoed en valt niet onder uw eigen risico. *U kunt een afspraak maken met de huisarts, verloskundige of gynaecoloog voor hulp bij stoppen met roken. U kunt ook gratis telefonische hulp krijgen. Kijk op ikstopnu.nl/rookvrijeouders of <https://info.mumc.nl/pub-991>*
- Ook wanneer de moederkoek (placenta) niet goed werkt, kan de ongeboren baby te weinig voedingsstoffen binnenkrijgen en minder goed groeien. Dit komt het vaakste voor. We leggen dit verder uit bij "Minder goed werkende moederkoek".

Om uit te zoeken of een baby in aanleg klein is of dat de placenta minder goed werkt, maken we 3 echo's in een periode van 3 weken:

- Bij de eerste controle doen we een groei- en dopplermeting
- Bij de tweede controle doen we een dopplermeting.
- En bij de derde controle weer een groei- en dopplermeting.

Is de conclusie dat de baby in aanleg klein is, maar dat er verder geen afwijkingen zijn? Dan kunnen de controles weer terug naar normaal. Als er verder geen medische redenen zijn om in het ziekenhuis te bevallen, kunt u meestal met de verloskundige (thuis) bevallen. De arts of verloskundige zal dit met u bespreken samen met de laatste echo-uitslagen.

Zolang we twijfelen over de groei, blijven we groei- en dopplermetingen doen.

Minder goed werkende moederkoek

De placenta (moederkoek) zorgt ervoor dat de baby voeding en zuurstof krijgt. Als de placenta minder goed werkt, groeit de baby vaak minder goed. Dit zien we aan de groeicurve. Soms heeft de moeder dan ook een hoge bloeddruk of pre-eclampsie. Vroeger noemden we dat zwangerschapsvergiftiging, maar het is geen echte vergiftiging.

De placenta geeft niet alleen voeding, maar ook zuurstof aan de baby. We kunnen controleren hoe goed dit gaat door naar de bloedstroom te kijken met een echo. Dit heet een *dopplermeting*. Op de echo zie je dan rode en blauwe kleuren. Als deze meting goed is, krijgt de baby genoeg zuurstof en is er geen verhoogd risico.

Als we niet zeker weten of de placenta goed werkt, doen we elke week een dopplermeting. Meestal zien we pas een tekort aan zuurstof als de dopplermetingen al een paar weken anders zijn dan normaal. De baby heeft dus vaak nog een reserve aan zuurstof. Als we twijfelen aan de metingen, controleren we de baby extra goed. Soms is het nodig om de baby eerder geboren te laten worden om een tekort aan zuurstof te voorkomen.

We controleren ongeboren baby's door het meten van hun hartslag met een cardiotocogram (CTG). Hiermee zien we op tijd wanneer de baby een zuurstoftekort zou krijgen. Zolang het CTG goede waardes aangeeft tijdens de zwangerschap, is het heel onwaarschijnlijk dat de baby in de volgende 24 tot 72 uur een zuurstoftekort krijgt.

Een afwijkend CTG kan betekenen dat er een zuurstoftekort is, maar dat hoeft niet. Vaak maken we een langere CTG of herhalen we het CTG. Meestal grijpen we pas in als bij herhaling het CTG afwijkend is. Of als de zwangerschap al voorbij de 37 weken is en we twijfelen over het CTG.

Is er een hoger risico voor de baby, bijvoorbeeld doordat:

- De dopplermetingen afwijkend zijn,
- Het CTG niet goed is,
- Er weinig vruchtwater is,
- Of de baby minder beweegt?

Dan controleren we vaker, soms zelfs elke dag. In dat geval kan een opname in het ziekenhuis nodig zijn. Als er een kans is dat de baby voor 37 weken geboren wordt, geven we hierover extra informatie.

Wat kunt u zelf doen?

- Probeer minder te roken of stop helemaal met roken. Nicotine knijpt de bloedvaten dicht. Elke sigaret die u **niet** rookt, is beter voor de baby.
- Probeer minder te werken en te sporten. Blijf wel gerust bewegen. U hoeft niet te gaan rusten in bed. Zittend werk is geen probleem.

- Houd het bewegen van uw baby in de gaten. Als een baby een zuurstoftekort gaat krijgen, dan zal de baby alle reserves gebruiken en dus minder gaan bewegen.
- Voelt u minder leven in uw buik? Bel dan naar de afdeling Verloskunde op nummer 043 387 62 40. Ook als dit buiten kantoor tijden is. Meestal is er gelukkig niets aan de hand, maar we kunnen beter 1 controle te veel doen dan te weinig.

Bevalling

Is uw ongeboren baby in aanleg klein en zijn er geen tekenen van een minder goed werkende placenta? Dan bestaat er geen verhoogd risico. Er is dan geen reden voor extra controle of een eerdere bevalling.

Als een placenta minder goed werkt, kan dit betekenen dat er minder zuurstofreserve is. De momenten waarop extra zuurstof nodig is, zijn dan een risico. Het belangrijkste moment waarop de baby extra zuurstof nodig heeft, is de bevalling. Een bevalling vraagt veel van zowel moeder als kind. Als een placenta minder goed werkt en er minder zuurstofreserve is, kan er voor de baby een zuurstoftekort ontstaan. Ook dit kunnen we met een CTG op tijd zien aankomen. Twijfelt u of de bevalling is begonnen? Of krijgt u vaker harde buiken? Dan is dat een reden om een extra controle te doen.

Ook bij minder goed werkende placenta's is er gelukkig meestal genoeg reserve en is het niet nodig om alvast een keizersnede in te plannen. Maar het risico is wel wat groter. Daarom adviseren wij bij een minder goed werkende placenta om de bevalling onder CTG controle in het ziekenhuis te doen.

Inleiden of niet?

Een geboorte vóór de 37 weken heeft nadelen voor een kind. Alleen als we echt een zuurstoftekort verwachten, leiden we de geboorte vroeger in. De nadelen van een vroegere geboorte moeten we vergelijken met het risico van een ongeboren baby in een situatie met voedingstekort. Uw baby heeft dan kans op een zuurstoftekort als het langer in de buik zit.

Is een ongeboren baby heel klein, onder de p3? Of zijn de dopplers heel erg afwijkend? Dan adviseren we om bij 37 weken de geboorte in te leiden. Alleen bij CTG-afwijkingen adviseren we de baby eerder geboren te laten worden. Dan is soms een geplande keizersnede nodig.

Heeft een ongeboren baby een geschat gewicht tussen de p3 en p10 en/of gaat de groei minder snel? Dan is er geen reden om direct bij 37 weken in te leiden. De risico's op complicaties zoals een keizersnede of zuurstoftekort van de baby rondom de bevalling zijn even groot bij inleiden bij 38-40 weken en afwachten tot 40 weken. Maar bij inleiden vanaf 38 weken is er minder vaak een kindje met een extreem laag gewicht. In deze gevallen ligt de keuze bij de vrouw zelf. De arts of verloskundige zal dit met u bespreken. Als u kiest voor af te wachten dan controleren we de baby 2x in de week met een CTG tot 40 weken. We adviseren om de bevalling uiterlijk bij 40 weken op gang te brengen.

Contact

Heeft u vragen na het lezen van deze folder? Dan kunt u terecht bij uw gynaecoloog of uw verloskundige.