

Risico op een extra-uteriene graviditeit

Marja-Liisa Hendriks, Noortje van den Boogaard

Een buitenbaarmoederlijke zwangerschap is niet altijd gemakkelijk te herkennen. Buikpijn, soms in combinatie met bloedverlies, in de fertiele levensfase zou aanleiding moeten geven tot verder onderzoek (een zwangerschapstest in urine). Een negatieve zwangerschapstest sluit een EUG uit. Wees extra alert op een EUG bij een jonge zwangerschap in combinatie met risicofactoren voor tubapathologie. De patiënt loopt het risico op een tubaruptuur en hevig intra-abdominaal bloedverlies, waarbij snel hemodynamische instabiliteit kan ontstaan. De gynaecoloog stelt de diagnose met een echo en een serum-hCG-bepaling. Er zijn verschillende behandelmogelijkheden, afhankelijk van de stabiliteit van de patiënt, en de termijn en locatie van de EUG.

CASUS: ZWANGERE VROUW MET BUIKPIJN EN BLOEDVERLIES

Mevrouw Gerrits, 20 jaar, meldt zich bij haar huisarts met buikpijn en enig bloedverlies bij een ongeplande zwangerschap [G1P0, 6 weken]. Ze heeft eerder een chlamydia-infectie doorgemaakt. Haar bloeddruk is 110/70, haar pols 85. Ze heeft een soepele buik met milde drukpijn in haar rechteronderbuik. Na verwijzing laat echografie een leeg cavum uteri en vrij vocht in de buik zien, en blijkt ze een serum-hCG van 9295 mIU/ml te hebben. Bij spoedlaparoscopie wordt een tubectomie verricht vanwege een flink bloedende tuba met 300 ml bloed in de buik.

Zeven op de 1000 geboorten in Nederland betreft een extra-uteriene graviditeit (EUG).¹ Een EUG is soms moeilijk te herkennen. Wel zijn er verschillende risicofactoren die de kans

Tabel

Risicofactoren voor een EUG

Mogelijk tubapathologie	Indien zwanger
Eerdere EUG	Bij spiraal
PID in voorgeschiedenis	Na sterilisatie
Subfertiliteit	Na fertiliteitsbehandeling
Congenitale afwijkingen tubae	
Tubachirurgie	

op een EUG verhogen en waarbij alertheid geboden is [tabel]. Alle factoren die het transport van het embryo naar de uterus vertragen, kunnen het risico verhogen, zoals tubapathologie. Daarnaast is de kans op een EUG groter na een fertiliteitsbehandeling en bij vrouwen die zwanger zijn terwijl ze een (hormoon)spiraal hebben of na sterilisatie. Bij 50% van de EUG's wordt er echter geen aanwijsbare oorzaak gevonden.²

Een EUG kan snel problemen geven en levensbedreigend zijn, maar er zijn ook EUG's (afhankelijk van de locatie en groeisnelheid) die minder acuut levensbedreigend zijn. Dan is er dus meer tijd voordat er mogelijk levensbedreigende complicaties ontstaan. Het grootste gevaar van een EUG schuilt in een tubaruptuur, waarbij de patiënt intra-abdominaal snel veel bloed kan verliezen.

KLACHTEN

Meestal geeft een EUG klachten voor de achtste zwangerschapsweek. Het overgrote deel (95%) van de EUG's is in de tuba gelokaliseerd, waarbij pijnklachten ontstaan bij groei van het embryo.³ Wees alert bij nieuw ontstane, (hevige) buikpijn, eventueel in combinatie met vaginaal bloedverlies in de fertiele levensfase en tijdens de vroege zwangerschap. De klassieke combinatie van buikpijn en vaginaal bloedverlies komt bij 65% van de EUG's voor.⁴

Bij lichamelijk onderzoek heeft de patiënt pijn bij palpatie van de onderbuik, en zijn er soms tekenen van peritoneale prikkeling (zoals druk- of loslaatpijn van de onderbuik en défense musculaire, met positieve likelihood ratio's van respectievelijk 3,7 en 8,0).⁵ Bij een vaginaal toucher kan er sprake zijn van slingerpijn en een gevoelig cavum Douglasi. Overigens heeft een vaginaal toucher een beperkte toegevoegde waarde.⁵ Speculumonderzoek heeft geen toegevoegde waarde.^{2,5}

Klachten die passen bij een levensbedreigende tubaruptuur wijzen op ruim bloedverlies/een bedreigde circulatie, zoals een hoge pols, lage bloeddruk en neiging tot collaberen. Daarnaast kunnen heftige buikpijn/peritoneale prikkeling, schouderpijn (als teken van *referred pain*) en loze aandrang voor defecatie aanwezig zijn. Stuur de vrouw direct met spoed door naar de gynaecoloog wanneer er sprake is van klinische instabiliteit.

ZWANGERSCHAPSTEST

Wanneer u vermoedt dat de patiënt een EUG heeft, dient de

DE KERN

- Bij recent ontstane buikpijn in de fertile levensfase dient een zwangerschapstest verricht te worden.
- Een buitenbaarmoederlijke zwangerschap geeft meestal klachten voor de achtste zwangerschapsweek.
- Buikpijn gedurende de prille zwangerschap (met of zonder vaginaal bloedverlies) dient snel beoordeeld te worden.

patiënt een zwangerschapstest te doen (als deze nog niet is verricht of bij twijfel over de betrouwbaarheid van de afname/anamnese). Een negatieve zwangerschapstest sluit een EUG uit.² In een zeer vroeg stadium van de zwangerschap kan de zwangerschapstest nog negatief zijn, maar het is zeer onwaarschijnlijk dat het bloedverlies of de buikpijn dan al door een EUG wordt veroorzaakt.² Wanneer al bekend was dat de patiënt zwanger is, kunt u nagaan of er al een echo verricht is (mogelijk vanaf 6 weken zwangerschapsduur). Een bewezen intra-uteriene zwangerschap sluit een EUG ook zo goed als uit (een tweede zwangerschap in de tuba naast een intra-uteriene zwangerschap is zeldzaam, namelijk 1 op 15.000 zwangerschappen).²

Bij buikpijn en een positieve zwangerschapstest kunt u naast een EUG differentieel diagnostisch denken aan een spontane miskraam, bloedverlies bij een intacte intra-uteriene zwangerschap, PID, torsie van een ovarium, een corpusluteumbloeding, appendicitis en nierstenen.³

VERWIJZING EN BEHANDELING

Verwijs de patiënt bij een vermoeden van een EUG direct naar de gynaecoloog voor diagnostiek via een echo en serum-hCG-bepaling. Snelle diagnostiek verhoogt de kans op een tubasparend beloop.² Wanneer de zwangerschap inderdaad buitenbaarmoederlijk is, hangt de keuze voor de behandeling af van de termijn, de lokalisatie en de klachten. Het kan ook zijn dat de diagnose niet direct duidelijk is: dan spreken we van een zwangerschap op onbekende locatie (ZOL). Zolang de patiënt hemodynamisch stabiel is, wordt de ZOL vervolgd. In de loop van de tijd wordt de locatie van de EUG soms wel duidelijk.

Behandeloptyes voor een EUG zijn:

1. chirurgisch ingrijpen met tubectomie of tubotomie (waarbij de tuba wordt gespaard);
2. medicamenteuze behandeling met methotrexaat (een cytostaticum, dat DNA-synthese en de vorming van nieuwe cellen remt);
3. een afwachtend beleid met vervolgen van hCG-bepaling (waarbij alsnog gekozen kan worden voor behandeling wanneer het hCG blijft stijgen).

De keuze tussen de verschillende behandelingen hangt samen met de stabiliteit van de patiënt, de hCG-waarde en de lokalisatie van de EUG.⁶

EEN VOLGENDE ZWANGERSCHAP

Na een EUG is de fertiliteit afgenomen door schade aan of verlies van de tuba. Deze wordt deels gecompenseerd door mobiliteit van de contralaterale tuba (deze kan ook bevruch-

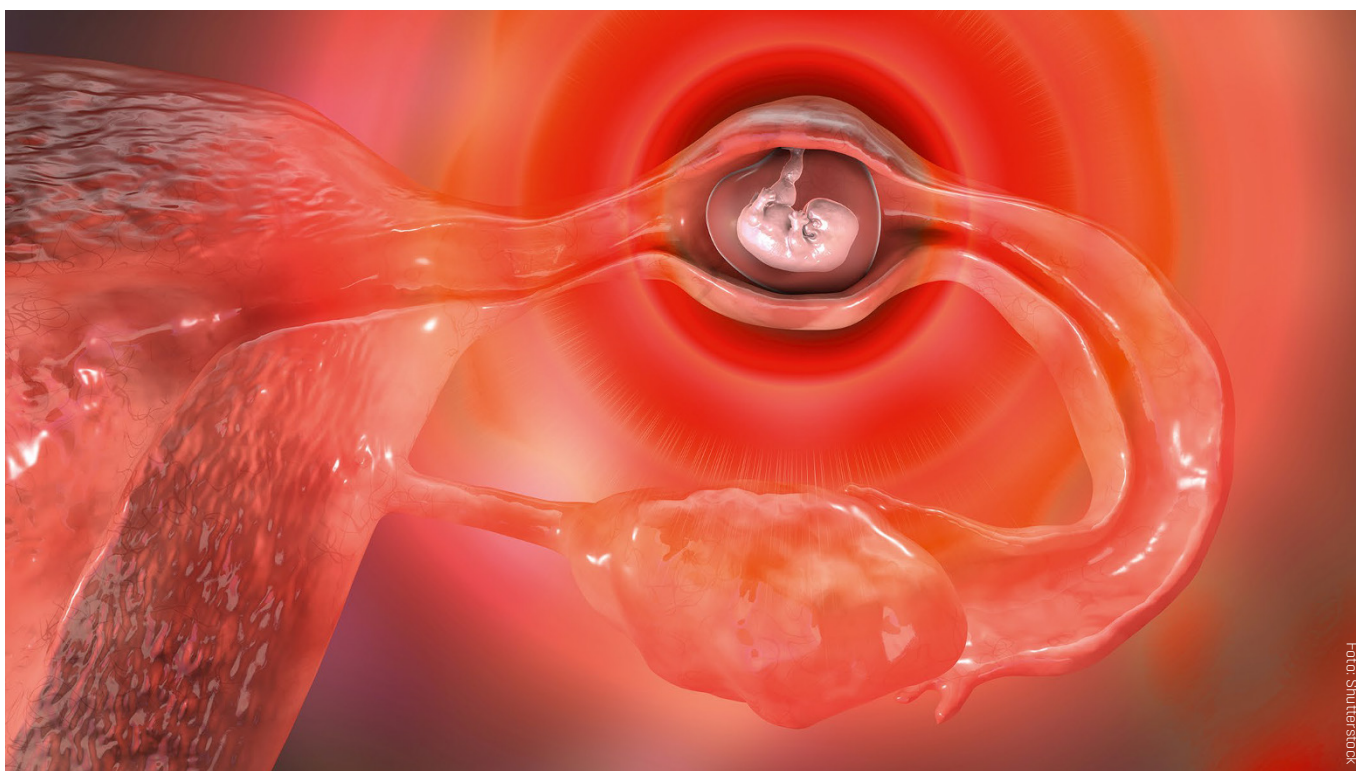


Foto: Shutterstock

Buikpijn gedurende de prille zwangerschap (met of zonder bloedverlies) moet snel beoordeeld worden om een EUG uit te sluiten.

tingen van de contralaterale zijde oppakken).² Een volgende zwangerschap heeft een risico van 2-25% op herhaling van een EUG. Wees daarop alert.³

CONCLUSIE

Buikpijn, met of zonder vaginaal bloedverlies, tijdens een prille zwangerschap dient u met urgentie te beoordelen. Overweeg een EUG als oorzaak wanneer vrouwen in de fertiele levensfase (hevige) buikpijn hebben. De kans op een EUG is groter bij risicofactoren voor tubapathologie. Toch komt de helft van de EUG's voor zonder dat er een duidelijke oorzaak wordt gevonden. Intra-abdominaal bloedverlies bij een EUG kan tot een levensbedreigende situatie leiden, waarbij snel handelen geboden is. Wanneer de patiënt hemodynamisch stabiel is, zijn er via de gynaecoloog soms meerdere behandelingen mogelijk. ■

LITERATUUR

1. Mol F, Van Mello NM, Mol BW, Van der Veen F, Ankum WM, Hajenius PJ. Ectopic pregnancy and pelvic inflammatory disease: a renewed epidemic? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;151:163-7.
2. NHG-werkgroep Miskraam. NHG-Standaard Miskraam. Richtlijnen.nhg.org. Utrecht: NHG, 2017. Geraadpleegd op 21 maart 2023.
3. Mooij R, Geomini PMAJ, Bongers MY Extra-uteriene graviditeit. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2014;158:A7831.
4. Fan YY, Liu YN, Mao XT, Fu Y. The prevalence of ectopic gestation: a five-year study of 1273 cases. *Int J Gen Med* 2021;14:9657-61.
5. Mol BW, Hajenius PJ, Engelsbel S, Ankum WM, Van der Veen F, Hemrika DJ, et al. Should patients who are suspected of having an ectopic pregnancy undergo physical examination? *Fertil Steril* 1999;71:155-7.
6. NVOG. Richtlijn Tubaire Extra Uteriene Graviditeit (EUG) en Zwangerschap met Onbekende Locatie (ZOL). Beschikbaar via: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/tubaire_extra_uteriene_graviditeit_eug_en_zwangerschap_met_onbekende_locatie_zol/tubaire_eug_en_zol_-_startpagina.html. Geraadpleegd op 21 maart 2023.

Hendriks ML, Van den Boogaard NM. Een extra-uteriene graviditeit. *Huisarts Wet* 2023;66:DOI: 10.1007/s12445-023-2400-y. Zorggroep Almere/REHA, Almere: dr. M.L. Hendriks, kaderhuisarts urogynaecologie, mhendriks@zorggroep-almere.nl. Afdeling Gynaecologie, Flevoziekenhuis, Almere: dr. N.M. van den Boogaard, gynaecoloog. Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.