

Staar u niet blind op het primaire beeld!

I.A.M. Kreuwel en R.P. Poeschmann

Casus

Een 36-jarige vrouw, G3P1 AD 10+3 presenteert zich met acuut ontstane buikpijn sedert een aantal uren. Zij vertelt hierbij ook misselijk te zijn, heeft gebraakt, is eenmalig gecollabeerd en heeft pijn tussen de schouderbladen. De voorgeschiedenis vermeldt een spontane abortus en een spontane partus à terme. In de huidige graviditeit was reeds een termijnecho verricht bij AD 9 4/7 week, er werd een vitale intra-uteriene eenlinggraviditeit gevisualiseerd (figuur 1), zonder bijzonderheden aan genitalia interna. Tijdens de presentatie werd bij lichamelijk onderzoek lokale peritoneale prikkeling geconstateerd. Bij transvaginale echoscopie werd naast een vitale intra-uteriene graviditeit een ruime hoeveelheid vrij vocht in Douglas gezien. Gezien het acute beeld, de peritoneale prikkeling en het intra-abdominale vrije vocht echoscopie werd er differentiaal diagnostisch gedacht aan een geruptureerd corpus luteum, een abortus imminens, een appendicitis, een geruptureerde varix danwel een heterotop zwangerschap. Hierop is besloten een diagnostische laparoscopie te verrichten, waarbij een ruime hoeveelheid bloed (400cc) in het kleine bekken werd aangetroffen en opgezogen. De genitalia interna waren niet afwijkend; een zwangere uterus werd gezien en de adnexa hadden een normaal aspect. Als enige bron van het bloedverlies bleek een cysteuze structuur in het omentum van het colon transversum. Met behulp van ultracision werd de structuur van het omentum gescheiden en in een endo-bag extra-abdominaal gebracht. Pathologisch-

anatomisch onderzoek toonde een extra-uteriene graviditeit (figuur 2). De intra-uteriene graviditeit verliep verder ongestoord, onlangs is patiënte à terme spontaan bevallen van een gezonde neonaat.

Diagnose

Extra-uteriene graviditeit bij intacte intra-uteriene eenlinggraviditeit, een heterotop zwangerschap.

Commentaar

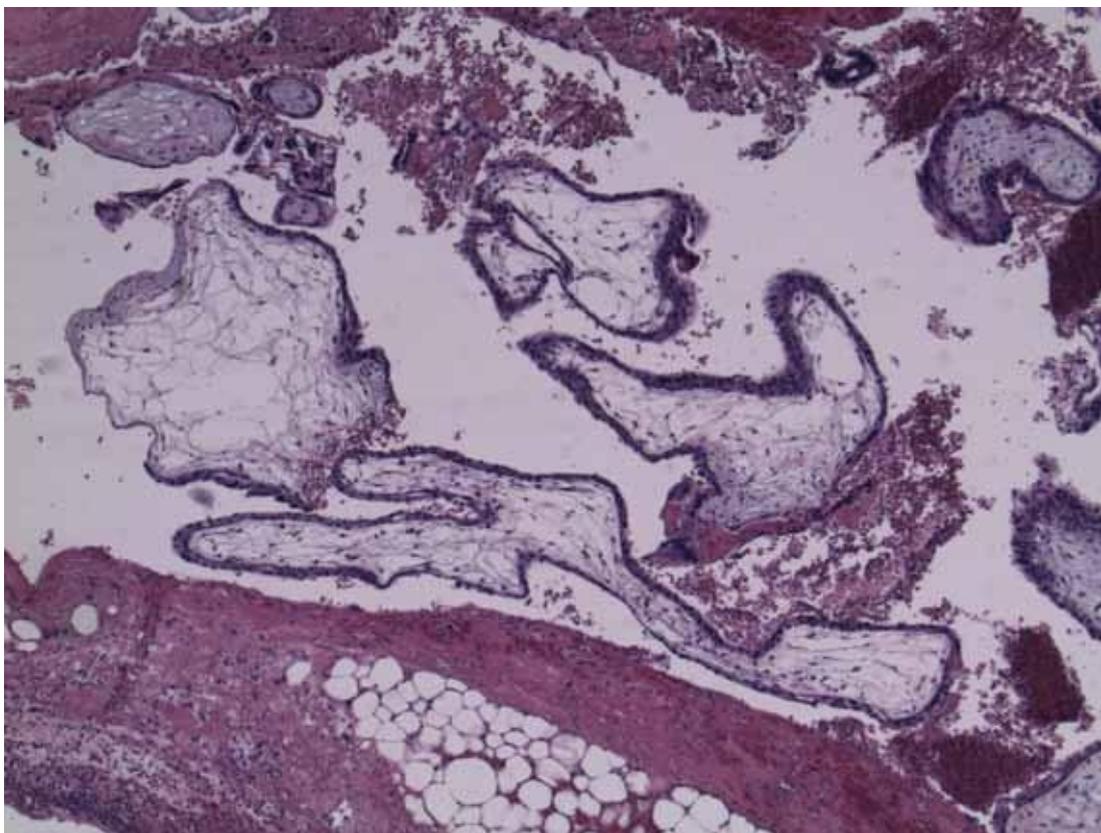
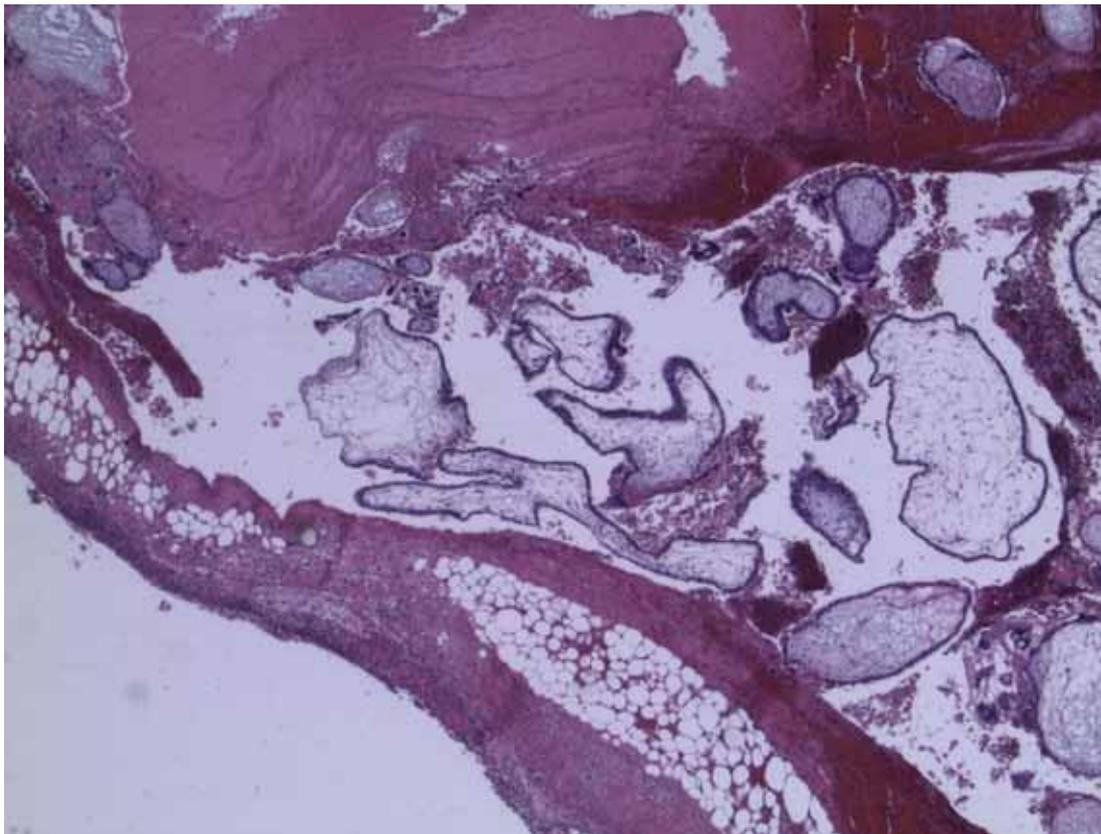
Een heterotop zwangerschap wordt gedefinieerd als een meerlingzwangerschap bestaande uit zowel een intra-uteriene graviditeit als een extra-uteriene graviditeit. Heterotop zwangerschappen komen slechts zeer zelden voor, de incidentie in een natuurlijke cyclus wordt geschat op 1:30.000.¹⁻³ Het risico op een heterotop zwangerschap na geassisteerde voortplanting is ongeveer 100 keer zo groot: 1-3%.^{4,5} Dit kan worden verklaard door het grotere risico op een meerlingzwangerschap bij ovulatie-inductie en/of het terugplaatsen van meerdere embryo's in een IVF behandelingscyclus. Een andere verklaring voor het vergrote risico op een heterotop zwangerschap na geassisteerde voortplanting is het relatief frequenter voorkomen van tubaire pathologie in de subfertiele populatie.

Evenals solitaire extra-uteriene graviditeiten wordt meer dan 85% van de heterotop zwangerschappen in de tuba gevonden⁵, zeldzamer zijn ovariële, cervicale en abdominale zwangerschappen.

Ibrahim et al. concluderen dat men de diagnose 'heterotop zwangerschap' moet overwegen bij vrouwen zonder predisponerende factoren voor een extra-uteriene graviditeit met een jonge intra-uteriene zwangerschap welke zich presenteren met acute buikpijn.⁵ Zeker in geval van peritoneale prikkeling of haemodynamische shock. Hiervoor is zorgvuldige evaluatie van het kleine bekken, ook in geval van een gevisualiseerde intra-uteriene graviditeit, noodzakelijk. Abdominale echografie zou een gevorderde intacte graviditeit kunnen visualiseren, maar omentum of lucht in darmen kan het zicht in het kleine bekken beperken. Beeldvorming door middel van CT-scan zou een nauwkeurige weergave van het kleine bekken geven en een extra-uteriene graviditeit in een vroeg stadium kunnen diagnosticeren.



Figuur 1. Vitale intra-uteriene eenlinggraviditeit gevisualiseerd bij termijnecho



*Figuur 2. Microscopisch onderzoek van het omentum van patiënt:
(a) bloed, vetweefsel en multipale immature chorionvlokken in de haematoxylie-eosine (HE kleuring, ca. 25x)
(b) immature chorionvlokken bij hogere vergroting (HE kleuring, ca. 50 x vergroot).*

De röntgenstralenbelasting ten tijde van de organogenese zou de intra-uteriene zwangerschap kunnen schaden en is om deze reden is de CT-scan een ongewenst diagnosticum. Indien transvaginale echoscopie geen evidente extra-uteriene graviditeit toont naast een intra-uteriene graviditeit met vrij vocht in het cavum Douglasi, dan is laparoscopische inspectie van het kleine bekken noodzakelijk teneinde de diagnose heterotopie zwangerschap te stellen dan wel uit te sluiten. In tegenstelling tot de cruciale rol van serum-HCG bij het diagnosticeren van extra-uteriene graviditeiten is er geen plaats voor serum-HCG in de diagnostiek van een heterotopie zwangerschap. Door de grote interindividuele variatie van serum HCG waardes differentieert HCG niet tussen een vitale eelinggraviditeit en een heterotopie zwangerschap.

De behandeling van een extra-uteriene graviditeit bestaat uit chirurgie of medicamenteuze behandeling met methotrexaat. Gezien het feit dat er bij een heterotopie zwangerschap per definitie sprake is van een extra-uteriene en intra-uteriene zwangerschap is methotrexaat gecontraïndiceerd en is chirurgie de enige therapeutische optie.

Deze casus illustreert het belang van zorgvuldige (laparoscopische) inspectie van het kleine bekken

bij vrouwen met een jonge intra-uteriene graviditeit welke zich presenteren met een acute buik. Een aangetoonde intra-uteriene graviditeit sluit een extra-uteriene graviditeit niet uit!

Literatuur

1. De Voe, R.W. & J.H. Pratt, *Simultaneous intrauterine and extrauterine pregnancy*. Am J Obstet Gynecol 1948; 56(6):1119-1126.
2. Jibodu, O.A. & F.J. Darne, *Spontaneous heterotopic pregnancy presenting with tubal rupture*. Hum Reprod 1997; 12(5):1098-1099.
3. Govindarajan, M.J. & R. Rajan, *Heterotopic pregnancy in natural conception*. J Hum Reprod Sci 2008; 1(1):37-38.
4. Dor, J., D.S. Seidman, D. Levran, Z. Ben-Rafael, I. Ben-Shlomo & S. Mashiach, *The incidence of combined intrauterine and extrauterine pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer*. Fertil Steril 1991; 55(4):833-834.
5. Ibrahim, A.G., F. Badawi & M. Tahlak, *Heterotopic pregnancy: a growing diagnostic challenge*. BMJ Case Rep 2009; 2009: 779-781.

Samenvatting

Heterotopie zwangerschappen komen zelden voor, bekende risicofactoren zijn tubaire pathologie en geassisteerde voorplanting. Wij beschrijven een casus waar een patiënte met een jonge intra-uteriene graviditeit zich presenteert met een acute buik. Peroperatief wordt de verdenking op een heterotopie zwangerschap bevestigd. Deze casus illustreert het belang van een kritische open blik, waarbij de clinicus zich niet laat leiden door het primaire echoscopische beeld van een intacte intra-uteriene graviditeit. Een aangetoonde intra-uteriene graviditeit sluit een extra-uteriene graviditeit niet uit!

Trefwoorden

Heterotopie zwangerschap

Summary

Heterotopic pregnancy is an uncommon phenomenon. Predisposing risk factors are assisted reproduction and obstructed or damaged Fallopian tubes. We report a case of a patient presenting with acute abdominal pain and an intrauterine pregnancy. Laparoscopy confirmed the suspected diagnosis of an heterotopic pregnancy. This case stresses the importance of having an open mind while evaluating patients. Therefore, physicians should not led

themselves be guided by previous ultrasounds. Intrauterine pregnancy does not exclude an extrauterine pregnancy.

Keywords

Heterotopic pregnancy

Auteurs

I.A.M.Kreuwel, anios gynaecologie en obstetrie, Medisch Spectrum Twente, Enschede

R.P. Poeschmann, gynaecoloog, Medisch Spectrum Twente, Enschede

Correspondentie

I.A.M. Kreuwel
Medisch Spectrum Twente
Afdeling gynaecologie en obstetrie
Postbus 50000
7500 KA Enschede
ilsekreuwel@hotmail.com

Gemelde (financiële) belangenverstremgeling
geen

Dankbetuiging

Dr. C. Jansen (laboratorium Pathologie Oost Nederland) leverde de foto's van gemaakte coupes.