

Buiten- baarmoederlijke zwangerschap

Wat is een buiten- baarmoederlijke zwangerschap?	2
Bij wie komt een buitenbaarmoederlijke zwangerschap voor?	3
Klachten	3
Onderzoek	4
Behandeling	5
Operatieve behandeling	5
Medicijnen: methotrexaat	5
Complicaties en bijwerkingen	6
Operatieve behandeling	6
Behandeling met methotrexaat	6
Een nieuwe zwangerschap	7
Emotionele aspecten	7
Tot slot	7
Colofon	8

Wat is een buiten- baarmoederlijke zwangerschap?

Bij de eisprong komt uit de eierstok een eicel die wordt opgevangen in het uiteinde van de eileider. Deze eicel kan bevrucht worden door een zaadcel. De bevruchte eicel komt na ong. 4 tot 5 dagen in de baarmoederholte en nestelt zich daar. Wanneer de innesteling buiten de baarmoederholte plaatsvindt, ontstaat een buiten (= extra) baarmoederlijke (= uteriene) zwangerschap (= graviditeit), afgekort EUG. Dit gebeurt bij minder dan 1 op de 100 zwangerschappen. De meeste EUG's ontstaan in de eileider (tuba): dit is een tubaire EUG. Een klein percentage nestelt zich elders. In zeer zeldzame gevallen is er sprake van een tweelingzwangerschap waarbij een vrucht zich innestelt in de baarmoeder en één daarbuiten.



Figuur 1. EUG in de eileider (tubair)

Bij wie komt een buitenbaarmoederlijke zwangerschap voor?

Een van de belangrijkste oorzaken van een EUG is beschadiging van de eileider (s) door:

- een ontsteking aan de eileider, bijvoorbeeld door chlamydia of gonorrhoe (zie folder Seksueel overdraagbare aandoeningen en eileiderontsteking),
- een eerdere EUG,
- een eerdere operatie aan de eileider.

Na langdurige onvruchtbaarheid, na IVF-behandeling en bij DES-dochters is de kans op een EUG groter. Dit kan ook het geval zijn bij verklevingen in de buikholte ten gevolge van een eerdere buikoperatie, met name na een blindedarmonsteking (appendicitis) en bij endometriose.

Vrouwen die zwanger zijn geworden nadat zij gesteriliseerd zijn of terwijl zij een spiraal hebben, hebben een grotere kans dat deze zwangerschap een EUG is.

Klachten

In het begin kunnen klachten ontbreken. Later kan er vaginaal bloedverlies optreden en/of kunt u pijn aan één kant of onderin de buik krijgen. Deze klachten kunnen ervaren worden als een abnormale of late menstruatie of doen denken aan een miskraam. Klachten bij een EUG treden meestal op tussen de 5e en de 12e week van de zwangerschap. Wanneer ze beginnen hangt onder andere af van de plaats waar de bevruchte eicel zich innestelt. Een ernstige situatie ontstaat als de eileider scheurt. Vaak ontstaat dan plotseling hevige buikpijn met schouderpijn en loze aandrang (het gevoel dat er ontlasting is terwijl er niets komt). Dit komt door het bloed in de buikholte. Ook kunnen hierbij verschijnselen van shock ontstaan (misselijkheid, braken, snelle pols, transpireren, flauwvallen).

Onderzoek

Het aantonen van een zwangerschap gebeurt met een zwangerschapstest in de urine. Indien er klachten zijn en de zwangerschapstest positief is, zal de arts u verwijzen naar een gynaecoloog of een echoscopist voor een inwendige, vaginale echo (zie folder Echoscopie in de gynaecologie en bij vruchtbaarheidsproblemen). Met deze echo kan de gynaecoloog zien of de zwangerschap zich in de baarmoeder bevindt. Als er geen duidelijke zwangerschap wordt gezien of alleen wat vocht in de buik, dan wordt in het bloed de waarde bepaald van het zwangerschapshormoon, het humaan chorion gonadotrofinehormoon (hCG hormoon). Is de waarde van het hCG hormoon hoog, dan is de kans op een EUG groot. Is deze waarde laag en hebt u weinig klachten, dan kan er eventueel worden afgewacht, hoewel de kans op een EUG aanwezig blijft. Dan volgt er poliklinische controle met herhaling van het bloedonderzoek en/of de vaginale echo. Wanneer de waarde van het hCG hormoon in het bloed daalt, blijkt daaruit dat de EUG vanzelf oplost. Het zwangerschapshormoon wordt gecontroleerd tot het niet meer aantoonbaar is. Wanneer het hCG hormoon dezelfde waarde houdt of stijgt, terwijl met de echo nog steeds geen zwangerschap in de baarmoeder wordt gezien, dan is de kans op een EUG groot.

Behandeling

Een zwangerschap buiten de baarmoeder kan nooit voldragen worden en de vrucht kan niet alsnog in de baarmoeder geplaatst worden.

In Nederland is het gebruikelijk om te opereren of medicijnen te geven:

Operatieve behandeling

Een operatieve behandeling kan plaatsvinden door middel van een kijkoperatie (laparoscopie) (zie folder Laparoscopie, therapeutisch) of via een bikinisnede (laparotomie). Of een kijkoperatie mogelijk is, is afhankelijk van de ernst van uw klachten en of er bloed, verklevingen of andere afwijkingen in de buik bestaan. Bij de operatie kan de EUG worden verwijderd door een sneetje te maken in de eileider (eileidersparend, tubostomie) of kan de gehele eileider inclusief de EUG worden verwijderd, tubectomie. Het is momenteel niet duidelijk welke van deze operaties beter is voor het behoud van vruchtbaarheid. Als er een scheur met een bloeding in de eileider is, als de EUG groot is, als er geen zwangerschapswens meer is of als er voor de tweede keer in dezelfde eileider een EUG is, wordt in principe de eileider verwijderd.

Medicijnen: methotrexaat

Als de waarde van het hCG hormoon in het bloed laag is, kan soms behandeling plaatsvinden door middel van één of meerdere injecties in de spier met methotrexaat, een celdodend middel. Hierbij is geen gevaar voor de vruchtbaarheid of voor eventuele volgende zwangerschappen.

De behandeling gebeurt poliklinisch. Een week na de kuur wordt de waarde van het hCG hormoon bepaald.

Zowel bij de operatie als bij de behandeling met medicijnen geldt: als u een rhesusnegatieve bloedgroep hebt, geeft de arts meestal anti-D-immunoglobuline om te voorkomen dat u antistoffen aanmaakt. Na de behandeling kunt u via de vagina veel bloed of weefsel verliezen.

Complicaties en bijwerkingen

Operatieve behandeling

De complicaties bij of na een laparoscopie worden beschreven in Diagnostische laparoscopie en Therapeutische laparoscopie.

De belangrijkste complicatie bij de eileidersparende operatie is het achterblijven van zwangerschapsweefsel in de eileider of elders in de buik; dit wordt persisterende trofoblast genoemd. De kans hierop is ongeveer 5 tot 20 procent. Na een eileidersparende operatie wordt daarom controle van het hCG hormoon verricht. Als de waarde van het hormoon onvoldoende gedaald of zelfs gestegen is, blijkt daaruit dat nog niet alles van de EUG verwijderd is. Dan volgt doorgaans een aanvullende behandeling met methotrexaat of wordt alsnog de eileider verwijderd.

Behandeling met methotrexaat

Bijwerkingen van methotrexaat kunnen bestaan uit een geïrriteerde mond (afters) en ogen (roodheid, tranen) en maag- en darmklachten. Deze klachten zijn tijdelijk en duren gemiddeld een week. Een goede mondhygiëne, het vermijden van alcohol en direct zonlicht en veel drinken brengen verlichting. Aspirine en pijnstillers zoals NSAID's (o.a. ibuprofen, voltaren), antibiotica en vitaminepreparaten met foliumzuur moeten niet gebruikt worden. De pijnstiller paracetamol is wel toegestaan.

Het is mogelijk dat de behandeling niet goed aanslaat en een tweede kuur methotrexaat nodig is omdat de waarde van het hCG hormoon onvoldoende daalt. Ook is er een kleine kans dat de eileider scheurt, zodat er alsnog een operatie nodig is.

Een nieuwe zwangerschap

Als u opnieuw zwanger wilt worden, adviseert de arts minstens één menstruatie af te wachten. Na behandeling met methotrexaat is het meestal beter om de eerste drie maanden niet zwanger te raken. Wanneer u bij een nieuwe zwangerschap ongeveer twee weken over tijd bent, kan er een vroege vaginale echo worden gemaakt om te zien waar de bevruchte eicel zich heeft ingenesteld. Het risico dat de innesteling weer buiten de baarmoeder plaatsvindt, is ongeveer 15 tot 20 procent hoger. Wanneer één eileider is verwijderd en de andere eileider beschadigd lijkt, is de kans op een spontane zwangerschap klein. Dan kan de arts u eventueel IVF adviseren. Bij IVF kan echter ook een EUG ontstaan.

Emotionele aspecten

Een EUG is lichamelijk en psychisch meestal een zware belasting. Er is een zwangerschap verloren gegaan en misschien wordt het ook wel moeilijker om opnieuw zwanger te raken (zie folder Habituele abortus). Bij de methotrexaat behandeling en de eileidersparende operatie volgt soms een langere periode van onzekerheid, omdat de waarde van het hCG hormoon langzaam daalt. Lotgenoten, waaronder de Stichting Freya, de patiëntenvereniging voor vruchtbaarheidsproblematiek, kunnen u eventueel steunen.

Tot slot

Stichting Freya
Postbus 476, 6600 AL Wijchen
tel: 024 645 1088

Websites:

www.freya.nl
www.ectopic.org

Verder lezen

op NVOGnet <http://www.nvog.nl/>, button Voorlichting:

- Diagnostische laparoscopie
- Echoscopie in de gynaecologie en bij vruchtbaarheidsproblemen
- Habituele abortus
- Laparoscopische operatie
- Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) en eileiderontsteking

Colofon

© 2003 NVOG

Het copyright en de verantwoordelijkheid voor deze folder berusten bij de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) in Utrecht. Leden van de NVOG mogen deze folder, mits integraal, onverkort en met bronvermelding, zonder toestemming vermenigvuldigen. Folders en brochures van de NVOG behandelen verschillende verloskundige en gynaecologische klachten, aandoeningen, onderzoeken en behandelingen. Zo krijgt u een beeld van wat u normaliter aan zorg en voorlichting kunt verwachten. Wij hopen dat u met deze informatie weloverwogen beslissingen kunt nemen. Soms geeft de gynaecoloog u andere informatie of adviezen, bijvoorbeeld omdat uw situatie anders is of omdat men in het ziekenhuis andere procedures volgt. Schriftelijke voorlichting is altijd een aanvulling op het gesprek met de gynaecoloog. Daarom is de NVOG niet juridisch aansprakelijk voor eventuele tekortkomingen van deze folder. Wel heeft de Commissie Patiëntenvoorlichting van de NVOG zeer veel aandacht besteed aan de inhoud. Dit betekent dat er geen belangrijke fouten in deze folder staan, en dat de meerderheid van de Nederlandse gynaecologen het eens is met de inhoud. Andere folders en brochures op het gebied van de verloskunde, gynaecologie en voortplantingsgeneeskunde kunt u vinden op de website van de NVOG: www.nvog.nl, rubriek patiëntenvoorlichting.

Auteur: dr. P.J. Hajenius

Redacteur: dr. E.A. Bakkum

Bureau-redacteur: Jet Quadekker

Versie 1.0, Datum Goedkeuring 01-01-2003

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie