

## Ectopische zwangerschap in litteken van keizersnede

Angelique M.M. Kleijweg, Angelique L. Veenstra-van Nieuwenhoven, J.M. (Marco) Sikkema, Johan R. Halbesma en Akeel H.H. Alhafidh

### Samenvatting

#### Achtergrond

Een zeldzame, maar potentieel levensgevaarlijke complicatie van een keizersnede is een zogenaemde 'caesarean scar pregnancy' (CSP). Dit betreft een ectopische zwangerschap, waarbij de innesteling plaatsvindt in een holtevorming ('niche') in het litteken van de keizersnede.

#### Casus

Wij beschrijven de casus van een 29-jarige zwangere (G5P3) die bij een amenorroeduur van 6 weken door de verloskundige naar ons werd verwezen, omdat bij echografie een leeg cavum uteri was gezien. Zij had tweemaal een sectio caesarea ondergaan. Bij transvaginale echografie zagen wij in het litteken van de keizersnede een kleine vruchtzak, zonder duidelijke hartactie.

#### Conclusie

Omdat er geen algemene richtlijn is voor de behandeling van een CSP, moet per patiënt gekeken worden naar de beste behandeling. Wel is er een duidelijke voorkeur om de zwangerschap zo snel mogelijk af te breken.

Wereldwijd wordt steeds vaker een sectio caesarea uitgevoerd, waardoor ook het aantal complicaties van die ingreep toeneemt.<sup>1</sup> Een zeldzame, maar potentieel levensgevaarlijke complicatie van een keizersnede is een zogenaemde 'caesarean scar pregnancy' (CSP). Dit betreft een ectopische zwangerschap, waarbij de innesteling plaatsvindt in een holtevorming ('niche') in het litteken van de keizersnede.<sup>2</sup> Bij circa de helft van de patiënten ontstaat distaal in de uterus zo'n niche na een sectio caesarea.<sup>3</sup> De prevalentie van een CSP is ongeveer 1 op de 3000 zwangerschappen.<sup>4-6</sup> Het is van levensbelang om een CSP vroegtijdig te diagnosticeren en te behandelen vanwege het risico op een bloeding en een uterusruptuur.<sup>2</sup> In dit artikel beschrijven wij de casus van een zwangere bij wie een CSP optrad.

#### Ziektegeschiedenis

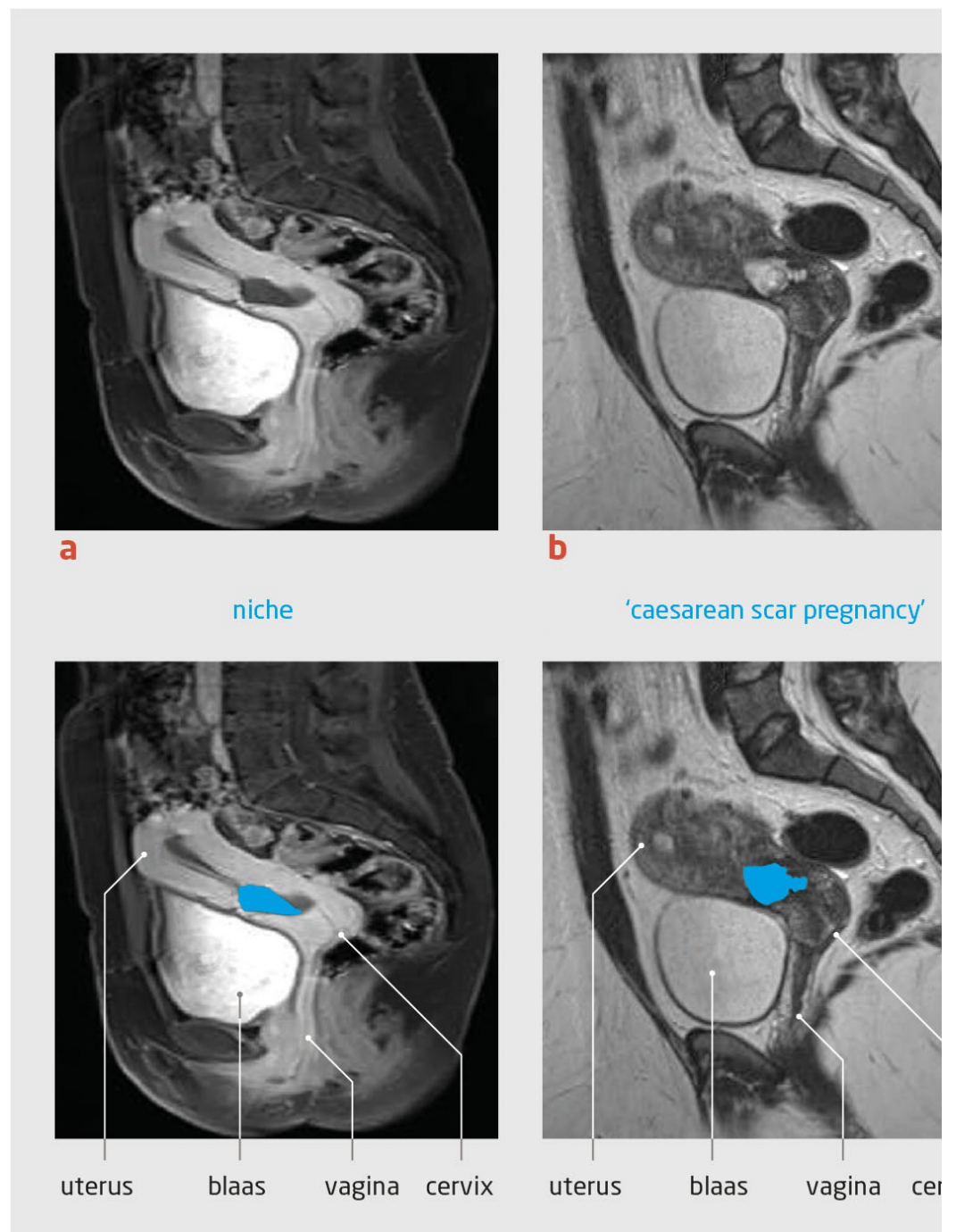
**Patiënte**, een 29-jarige zwangere (gravida 5 para 3), werd bij een amenorroeduur van 6 weken door de verloskundige verwezen naar de polikliniek Gynaecologie, omdat bij echografie een leeg cavum uteri was gezien. Patiënte had last gekregen van bruinkleurige vaginale afscheiding, zonder bloedverlies of buikpijn, en zij was daarom al vroeg in de zwangerschap naar de verloskundige gegaan. Haar obstetrische voorgeschiedenis vermeldde tweemaal een sectio caesarea, één spontane partus en één spontane miskraam.

Bij transvaginale echografie (TVE) zagen wij niet in de uterus, maar in het litteken van de keizersnede een kleine vruchtzak, zonder duidelijke hartactie. De serumwaarde van het humaan choriongonadotrofine (hCG) was 13.265 U/l. Bij herhaalde TVE na 4 dagen was er sprake van een positieve hartactie. Na een second opinion in een specialistisch centrum – 5 dagen na het eerste bezoek aan onze polikliniek – werd besloten om de zwangerschap af te breken door intraveneuze toediening van methotrexaat; behoud van de zwangerschap werd vanwege het risico op een bloeding of uterusruptuur (bij vordering van de zwangerschap) te gevaarlijk geacht. Patiënte werd in het specialistische centrum opgenomen, alwaar zij elke 48 h 70 mg (50 mg/m<sup>2</sup>) methotrexaat intramusculair kreeg toegediend (in totaal 3 keer). Op de tussengelegen dagen kreeg zij folinezuur 5 mg per os om de bijwerkingen van methotrexaat te verminderen. Op dag 5 van de behandeling werd bij TVE geen hartactie meer waargenomen. Op dag 7 werd patiënte in goede klinische conditie uit het ziekenhuis ontslagen.

5 dagen na ontslag kwam patiënte terug op onze polikliniek vanwege hevige vaginaal bloedverlies. TVE toonde in het litteken van de keizersnede een vruchtzak zonder hartactiviteit, passend bij een niet-vitale zwangerschap. Wij besloten tot het selectief emboliseren van de Aa. uterinae, maar dit bleek niet mogelijk omdat beide arteriën niet goed zichtbaar waren na contrasttoediening. Gedurende de dag verloor patiënte naar schatting ruim 1 l bloed. Wij bespraken de mogelijkheid van een wigexcisie van de cervix ter hoogte van de niche. Mede omdat patiënte geen zwangerschapswens meer had, kozen wij ervoor om die avond een laparoscopische uterusextirpatie uit te voeren. De ingreep en het postoperatieve herstel verliepen ongecompliceerd. Wel was de hemoglobineconcentratie van patiënte gedaald naar 4,2 mmol/l, waarvoor zij 2 eenheden erythrocytenconcentraat toegediend kreeg.

#### Beschouwing

Hoewel bij circa 50% van de patiënten een niche ontstaat na een sectio caesarea, is een CSP zeldzaam (figuur).<sup>3</sup> Een CSP treedt op bij 1 op de 550 zwangerschappen bij vrouwen met een keizersnede in de voorgeschiedenis en in totaal bij 1 op de 3000 zwangerschappen.<sup>6</sup>



**Figuur**  
**Ectopische zwangerschap in keizersnede-litteken**

Sagittale CT-scans waarop een uterus in anteversie en anteflexie te zien is. (a) Distaal in de uterus is een holtevorming ('niche') in het litteken van een eerdere keizersnede te zien. Op die plek is de baarmoederwand het dunst. (b) Wanneer de innesteling plaatsvindt in zo'n niche, is er sprake van een 'caesarean scar pregnancy'.

#### Complicaties

Complicaties die kunnen vóórkomen bij een CSP zijn: placenta praevia, ingroei van de placenta in de blaaswand (placenta percreta) en een uterusruptuur.<sup>1</sup> Bij elk van deze complicaties bestaat een risico op een levensbedreigende bloeding.<sup>1</sup> Hoe verder de zwangerschap is gevorderd, des te groter is het risico op deze complicaties.<sup>1</sup>

#### Diagnostiek

Om een CSP vroegtijdig te kunnen diagnosticeren en behandelen is het van belang om laagdrempelig echografisch onderzoek te verrichten bij zwangeren met vaginaal bloedverlies of vaginale afscheiding. De diagnose 'CSP' wordt gesteld bij een gemiddelde amenorroeduur van 7,5 week.<sup>2</sup> Zelden is er sprake van een uitgedragen zwangerschap.<sup>7</sup>

#### Behandeling

Ondanks dat de prevalentie van een CSP toeneemt, is het niet duidelijk wat de beste en de veiligste behandeling is van een CSP.<sup>8</sup>

Wel is er een duidelijke voorkeur om de zwangerschap zo snel mogelijk af te breken.<sup>9</sup> Behandel mogelijkheden in het 1e trimester zijn: medicamenteus (methotrexaat, mifepriston), embolisatie van de Aa. uterinae, vacuümcurettagage, een laparoscopische wigexcisie van de niche ter hoogte van de cervix, hysteroscopische verwijdering van de niche, of een combinatie hiervan.<sup>6</sup> Bij circa 10% van de zwangeren met een amenorroeduur van 7 weken én een vitale zwangerschap is behandeling met methotrexaat effectief.<sup>6</sup> Hoewel in de literatuur de voorkeur wordt gegeven aan hysteroscopische verwijdering van de niche (kans op succes: 40%) of een laparoscopische wigexcisie van de niche ter hoogte van de cervix (> 90%), wordt de behandeling in de praktijk vaak afgestemd op patiënt-specifieke factoren en voorkeuren. Embolisatie wordt uitgevoerd bij zwangeren met hevig bloedverlies, terwijl een laparoscopische uterusextirpatie wordt verricht bij zwangeren met hevig bloedverlies of een uterusruptuur.<sup>6</sup> Naast de effectiviteit en de veiligheid van een behandeling, moet er bij de keuze voor een bepaalde therapie rekening gehouden worden met een eventuele zwangerschapswens. Wanneer er nog een actieve kinderwens is, is een laparoscopische wigexcisie van de niche ter hoogte van de cervix de beste behandeling, omdat deze ook het risico op een uterusruptuur bij een volgende zwangerschap verkleint. Embolisatie is een veilige optie voor zwangeren bij wie het behoud van fertiliteit wordt nagestreefd; deze behandeling heeft het bijkomende voordeel dat ze ook toegepast kan worden bij zwangeren met een acute bloeding.<sup>10</sup> Ook methotrexaat is een veilige optie, maar de risico's van de niche worden er niet door verholpen.<sup>11</sup> Over de behandeling van een CSP in het 2e of 3e trimester is geen literatuur bekend.

#### Wat had er anders gekund?

Terugblikkend had bij de patiënte uit de casus de zwangerschap zo snel mogelijk na het stellen van de diagnose 'CSP' afgebroken moeten worden. Bovendien had bij haar behandeling met alleen methotrexaat niet de voorkeur vanwege enkele ongunstige factoren (serumwaarde van het humaan choriongonadotrofine > 10.000 U/l en foetale hartactiviteit). Wanneer er sprake is van een CSP, is bij slechts 10% van de zwangeren met een vitale zwangerschap en een amenorroeduur < 10 weken de behandeling met methotrexaat effectief. De combinatie van behandeling met methotrexaat en een laparoscopische wigexcisie van de niche ter hoogte van de cervix had daarom bij onze patiënte de voorkeur gehad.

#### Conclusie

Een zeldzame, maar potentieel levensgevaarlijke complicatie van een keizersnede is een zogenaemde 'caesarean scar pregnancy' (CSP). Dit is een ectopische zwangerschap, waarbij de innesteling plaatsvindt in een niche in het litteken van de keizersnede. Omdat er geen algemene richtlijn is voor de behandeling van een CSP, moet per patiënt gekeken worden naar de beste behandeling. Wel is er een duidelijke voorkeur om de zwangerschap zo snel mogelijk af te breken. Als eerste stap naar een algemene richtlijn, pleiten wij voor een database met patiënt-specifieke factoren en uitkomsten van de gekozen behandeling.

- Online artikel en reageren op [nvtg.nl/D3355](https://nvtg.nl/D3355)
- Ziekenhuisgroep Twente, locatie Almelo en Hengelo, afd. Gynaecologie: A.M.M. Kleijweg, coassistent gynaecologie; dr. A.L. Veenstra-van Nieuwenhoven, dr. J.M. Sikkema, drs. J.R. Halbesma en drs. A.H.H. Alhafidh, gynaecologen.
- Contact: A. Kleijweg ([angelique-kleijweg@hotmail.com](mailto:angelique-kleijweg@hotmail.com))
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 2 januari 2019
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2019;163:D3355

#### Literatuur

1. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A. Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accreta and cesarean scar pregnancy. A review. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;207:14-29. [doi:10.1016/j.ajog.2012.03.007](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.03.007). [Medline](#)
2. Ash A, Smith A, Maxwell D. Cesarean scar pregnancy. *BJOG.* 2007;114:253-63. [doi:10.1111/j.1471-0528.2006.01237.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.01237.x). [Medline](#)
3. Bij de Vaate AJ, Brölmann HA, van der Voet LF, van der Slikke JW, Veersema S, Huirne JA. Ultrasound evaluation of the Cesarean scar: relation between a niche and postmenstrual spotting. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011;37:93-9. [doi:10.1002/uog.8864](https://doi.org/10.1002/uog.8864). [Medline](#)
4. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson CJ. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2003;21:220-7. [doi:10.1002/uog.56](https://doi.org/10.1002/uog.56). [Medline](#)
5. Seow KM, Huang LW, Lin YH, Lin MY, Tsai YL, Hwang JL. Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2004;23:247-53. [doi:10.1002/uog.974](https://doi.org/10.1002/uog.974). [Medline](#)
6. Kanat-Pektas M, Bodur S, Dundar O, Bakir VL. Systematic review: what is the best first-line approach for cesarean section ectopic pregnancy? *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2016;55:263-9. [doi:10.1016/j.tjog.2015.03.009](https://doi.org/10.1016/j.tjog.2015.03.009). [Medline](#)
7. El-Matary A, Akinlade R, Jolaoso A. Cesarean scar pregnancy with expectant management to full term. *J Obstet Gynaecol.* 2007;27:624-5. [doi:10.1080/01443610701546334](https://doi.org/10.1080/01443610701546334). [Medline](#)
8. Litwicka K, Greco E. Cesarean scar pregnancy: a review of management options. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2011;23:415-21. [doi:10.1097/GCO.0b013e32834cef0c](https://doi.org/10.1097/GCO.0b013e32834cef0c). [Medline](#)
9. Rotas MA, Haberman S, Levigur M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol.* 2006;107:1373-81. [doi:10.1097/01.AOG.0000218690.24494.ce](https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000218690.24494.ce). [Medline](#)
10. Soro MP, Denys A, de Rham M, Baud D. Short & long term adverse outcomes after arterial embolisation for the treatment of postpartum haemorrhage: a systematic review. *Eur Radiol.* 2017;27:749-62. [doi:10.1007/s00330-016-4395-2](https://doi.org/10.1007/s00330-016-4395-2). [Medline](#)

11. Krissi H, Hiersch L, Stolovitch N, Nitke S, Wiznitzer A, Peled Y. Outcome, complications and future fertility in women treated with uterine artery embolization and methotrexate for non-tubal ectopic pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014;182:172-6. [doi:10.1016/j.ejogrb.2014.09.026](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.09.026). [Medline](#)

### Kernpunten

- Een 'caesarean scar pregnancy' (CSP) is een ectopische zwangerschap, waarbij de innesteling plaatsvindt in een holtevorming in het litteken van een eerdere keizersnede.
- Hoewel een CSP een zeldzame complicatie is van een keizersnede, is deze potentieel levensgevaarlijk.
- Hoe verder de zwangerschap is gevorderd, des te groter is het risico op complicaties van een CSP, zoals placenta praevia, placenta percreta en een uterusruptuur.
- Om een CSP vroegtijdig te kunnen diagnosticeren en behandelen is het van belang om laagdrempelig echografisch onderzoek te verrichten bij zwangeren met vaginaal bloedverlies of vaginale afscheiding.
- Omdat er geen algemene richtlijn is voor de behandeling van een CSP, moet per patiënt gekeken worden naar de beste behandeling; wel is er een duidelijke voorkeur om de zwangerschap zo snel mogelijk af te breken.