

Oppassen voor tunnelvisie

Tweemaal een uterusruptuur met verschillend beloop

drs. M. Hessel *arts-onderzoeker, afdeling gynaecologie en verloskunde, UMC St. Radboud, Nijmegen*

drs. A.E. Bouwma *gynaecoloog, Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch*

dr. H.P. Oosterbaan *gynaecoloog, Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch*

Introductie

In Nederland worden 5,9 van de 10.000 zwangerschappen gecompliceerd door een uterusruptuur. De incidentie van deze, voor zowel moeder als kind, potentieel levensbedreigende complicatie is vele mate hoger bij vrouwen met een littekenuterus: 5,1 versus 0,8 per 10.000 zwangerschappen, maar verloopt dan vaak minder dramatisch. Behalve een littekenuterus is ook het inleiden van de baring een risicofactor voor het ontstaan van een uterusruptuur, relatief risico 3,6.¹ Daarom is terughoudendheid en voorzichtigheid geboden bij het inleiden van de baring, zeker bij vrouwen met een littekenuterus. Desondanks kunnen er redenen zijn om toch in te leiden, zoals in onderstaande casus.

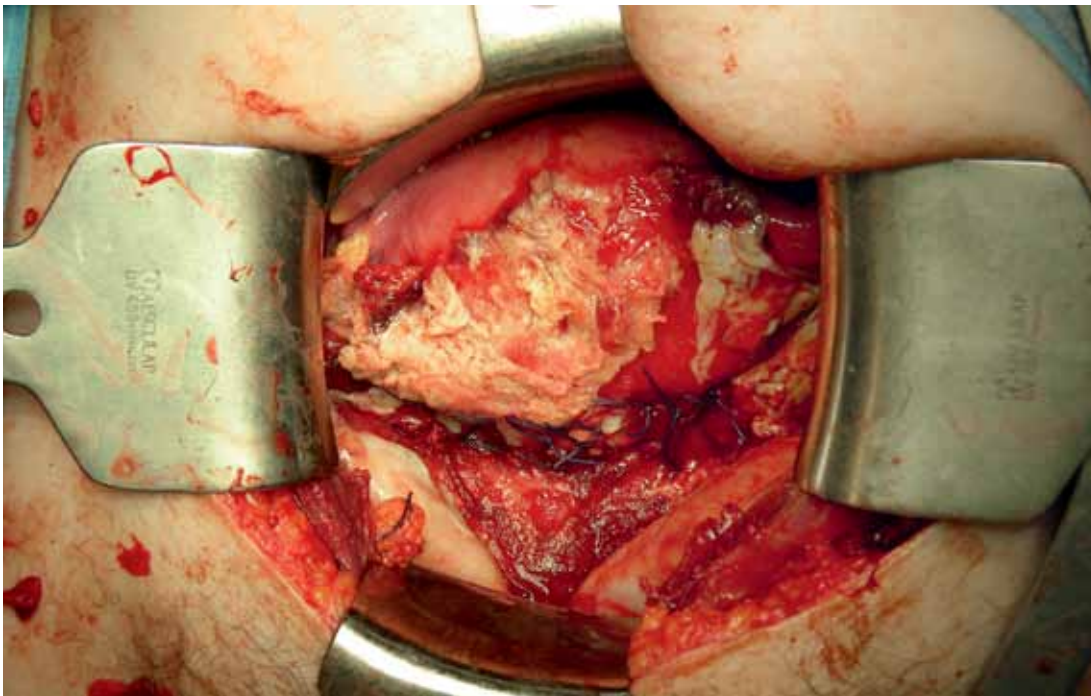
CASUS - deel 1

Patiënte is gravida 2 para 1. Haar voorgeschiedenis vermeldt een secundaire sectio caesarea op maternale indicatie wegens een pre-eclampsie/HELLP bij 32w5d. Er werd een zoon geboren van 1845 gram (p20-50) met een goede start. Derhalve werd zij in de huidige graviditeit in de tweede lijn gecontroleerd. Vanwege een milde hypertensie gebruikte zij 3 dd 250mg methyl dopa vanaf een zwangerschapsduur van 19 weken. Groeiconroles bij 19 en 25 weken toonden een groei tussen de p50-90. Echter bij groei-controle bij 29 weken werd een intra-uteriene vruchtdood vastgesteld. Tevens bleek er sprake te zijn van een pre-eclampsie met een tensie van 145/105 en een EKR van 1035, zonder aanwijzingen voor het HELLP-syndroom (dag 0), die gedurende haar opname spontaan herstelde. De volgende dag werd er in overleg met patiënte gestart met inleiden. Op dag 1 en 2 heeft zij drie keer 1 mg prostaglandine E2 intravaginaal gekregen bij een staande portio zonder ontsluiting, steeds met een interval van 6 uur, gevolgd door een rustdag. Op dag 4 kreeg patiënte 200 mg mifepriston per os en werd een foleykatheter gevuld met 30 cc vocht transcervicaal ingebracht, waarbij ze op dag 5 bij een half verstreken portio met twee centimeter ontsluiting opnieuw drie keer 1 mg prostaglandine E2

heeft gekregen zonder effect. Op dag 6 werd gestart met sulproston 60 mcg/uur intraveneus. In verband met koorts en fluorklachten werd de foleykatheter in de avond verwijderd bij een staande portio met één centimeter ontsluiting. Tevens bleek er sprake te zijn van een Hb-daling van 8,2 mmol/L bij opname tot 5,2 mmol/L. Op dag 7 is er, na overleg met een derdelijns centrum vanwege het uitblijven van de partus ondanks verschillende inducerende middelen, besloten tot misoprostol 50 mcg vier keer daags vaginaal op dag 8 met vooraf 600 mg mifepriston. Bij vaginaal toucher was er opnieuw een staande portio zonder ontsluiting, terwijl er eerder twee centimeter ontsluiting is geweest. Op dag 9 heeft zij nog eens drie keer 100 mcg misoprostol gehad. Na twee rustdagen werd op dag 12 drie keer 1 mg prostaglandine E2 ingebracht, gevolgd door nog een rustdag. Op dag 14 is opnieuw sulproston 60 mcg/uur gegeven, zonder resultaat. Nadat bij zowel transabdominale als transvaginale echografie op dag 9, 12 en 14 de foetus in utero leek te liggen, hadden we bij herhaling van het echoscopisch onderzoek op dag 15 de verdenking op een uterusruptuur waarop een laparotomie werd verricht. Per OK bleek er sprake van een uterusruptuur, waarbij de foetus in de vruchtzak met placenta los in de buikholte lag. Er werd een dochter van 1080 gram (p50) geboren met een ware, aangetrokken, knoop in de navelstreng. De vliezen waren nog intact, en los in de buikholte verkleeft aan het omentum. In de reeds geïnvolveerde uterus werd een defect van 4 cm gezien ter hoogte van het oude sectio litteken (afb. 1).

Literatuur

Een uterusruptuur als gevolg van een inleiding bij patiënten met een intra-uteriene vruchtdood en een littekenuterus komt, absoluut gezien, niet vaak voor. De diagnose is klinisch en echografisch gemakkelijk te missen. In een case series blijkt in bijna de helft van de gevallen de diagnose echografisch gemist te worden.² Om de diagnose te bevestigen is dan aanvullende diagnostiek in de vorm van een CT-scan of een MRI geïndiceerd.²⁻⁴



Afbeelding 1. Ruptuur zichtbaar aan voorzijde geïnvolveerde uterus met daarop fibrinebeslag.

Ten aanzien van de modus partus, wordt bij een intra-uteriene vruchtdood de aandacht nog meer gevestigd op maternale morbiditeit. Het is bekend dat een sectio caesarea bij een volgende zwangerschap leidt tot een hoger risico op een uterusruptuur of placentaproblematiek zoals placenta praevia en accreta of zelfs abruptio placentae.^{5,6} Ook bij de sectio caesarea zelf bestaat het risico van morbiditeit als gevolg van (herhaalde) abdominale chirurgie. Daarnaast is het onduidelijk wat de psychologische impact is van een sectio parva.

Er is weinig literatuur beschikbaar over het inleiden van de baring vanwege een intra-uteriene vruchtdood bij vrouwen met een littekenuterus.⁶ Studies naar de veiligheid en effectiviteit van misoprostol, prostaglandine E2 en sulproston voor het inleiden van de baring na een intra-uteriene vruchtdood laten vergelijkbare resultaten zien.^{7,8} Bij 92-98% van de vrouwen met een littekenuterus werd een vaginale partus bereikt en bij 4% werd de partus gecompliceerd door een uterusruptuur, versus 99,2-99,6% en 0,4-0,5% respectievelijk bij vrouwen met een intacte uterus. Ook blijkt er geen verschil te zijn in het percentage succesvolle proefbaringen en het aantal uterusrupturen na een eerdere à terme of preterme sectio caesarea.⁹

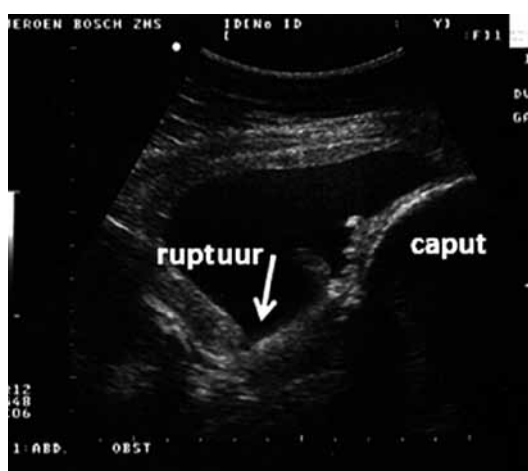
Derhalve zal er eerder voor een proefbaring, na inleiding, dan voor een electieve sectio caesarea gekozen worden in het geval van een intra-uteriene vruchtdood, ook als er sprake is van een littekenuterus. Echter, over het sequentieel gebruik van verschil-

lende inducerende middelen en de kans op een uterusruptuur is geen literatuur beschikbaar, een langdurig beloop zoals in onze casus werd niet eerder beschreven.

In deze casus is bij het uitblijven van de bevalling meerdere malen echografisch gekeken naar de ligging van de foetus, waarbij steeds geconcludeerd werd dat de foetus zich intra-uterien bevond. Nadere diagnostiek in de vorm van een MRI werd derhalve niet noodzakelijk geacht. Pas op dag 15, na 9 dagen inleiden, werd een intra-abdominale ligging, met hierachter een kleine uterus in retroversie, vastgesteld. Mogelijk dat hiervan, in retrospect, al langer sprake was. Uit onze ervaring lijkt echografie niet altijd betrouwbaar om de diagnose extra-uteriene ligging van de zwangerschap uit te sluiten, dan wel te bevestigen. Enkele klinische aanwijzingen voor een intra-abdominaal gelokaliseerde zwangerschap zijn een atypische ligging van de foetus, afwijkende positie van de cervix, oligohydramnion en, wellicht het meest opvallend, het primen van de cervix zonder effect en het falen van de inleiding.^{3,10} Bij problemen met de diagnose kan aanvullende diagnostiek in de vorm van een CT-scan of MRI verkregen worden.

CASUS - deel 2

Patiënte raakt opnieuw spontaan zwanger. Zij gebruikt in deze derde zwangerschap Ascal 1 dd 80mg en Labetalol 3 dd 100mg. Er is sprake van een ongecompliceerde zwangerschap tot een amenorroe duur van 31 weken. Dan meldt patiënte zich met stekende pijn onder in de buik. Er wordt een



Afbeelding 2a. Abdominale echo toont een uterusruptuur (caput langs defect in uteruswand), waarop besloten is een spoedsectie te verrichten.



Afbeelding 2b. Bij openen van de fascie/spierlaag was er sprake van een uitpuilende vochtblaas, passend bij een uterusruptuur.

tensie van 120/80mm Hg, een pols van 80 slagen/min en een temperatuur van 37,0°C gemeten. Aanvullend onderzoek toont een CTG zonder afwijkingen, een cervixlengte van 36mm en een negatief urinesediment. Patiënte gaat met instructies naar huis, maar meldt zich enige uren later met progressieve pijnklachten zonder bloed- of vochtverlies. Op dat moment meten we een tensie van 100/70mm Hg en een pols van 96 slagen/min. CTG toont nu een basis-hartfrequentie van 150 slagen/min zowel acceleraties als ongecompliceerde deceleraties op de contractie en een goede variabiliteit. De uterus zelf is niet pijnlijk bij palpatie, behoudens rondom het oude sectio-litteken. De cervixlengte bedraagt 40mm. Differentiaal diagnostisch wordt er gedacht aan een dreigende vroeggeboorte dan wel een recidief uterusruptuur. Patiënte wordt opgenomen met een waakinfuus en krijgt een bolus van 7,5 mg atosiban intraveneus. Vervolgens wordt er meerdere malen een echo verricht waarbij gezocht wordt naar aanwijzingen voor een (recidief) uterusruptuur (afb. 2A). Per spoedsectie wordt een zoon geboren van 1980 gram (p50-80) met een goede start, AS 9/10, pHa 7,31, BE -2,0. Opname op de afdeling neonatologie volgt in verband met prematuriteit. Direct bij het openen van buik was een uterusruptuur zichtbaar (afb. 2B). Moeder en zoon konden na respectievelijk enkele dagen en weken in goede conditie ontslagen worden uit ons ziekenhuis.

Bespreking

In het tweede deel van deze casus is er opnieuw sprake van een uterusruptuur. Ditmaal is de diagnose - bij het tweede bezoek - echografisch vlot gesteld. Hebben we de uterusruptuur bij het eerste bezoek (echografisch) gemist omdat deze nog niet was ontstaan of omdat er niet aan werd gedacht? Differentiaal diagnostisch werden toen urineweginfectie en

dreigende vroeggeboorte overwogen, maar onwaarschijnlijk geacht na aanvullend onderzoek. Bij het vervolgconsult stond een recidief uterusruptuur hoog in onze differentiaaldiagnose waardoor hier echografisch actief naar is gezocht. Concluderend lijkt het van groot belang om een uterusruptuur te overwegen wil je deze echografisch kunnen opsporen.

Conclusie

In de afgelopen jaren is het sectiopercentage in Nederland verdubbeld, van 7,4% in 1990 naar 15,1% in 2007. Hierdoor worden we steeds meer met de mogelijke complicaties in een volgende zwangerschap, zoals een uterusruptuur, geconfronteerd. De diagnose is klinisch en echografisch gemakkelijk te missen, zeker als deze niet overwogen wordt. Derhalve is het essentieel om bij het uitblijven van respons op de inleiding en van de partus een extra-uteriene locatie van de foetus, mogelijk als gevolg van een uterusruptuur, uit te sluiten middels CT of MRI. Twee specialismen weten allicht meer dan één.

Literatuur

1. Zwart, J.J., J.M. Richters, F. Öry, J.I.P. de Vries, K.W.M. Bloemenkamp & J. van Roosmalen, *Uterine rupture in the Netherlands: a nationwide population-based cohort study*. BJOG 2009; 116:1069-1080.
2. Worley, K.C., M.D. Hnat & F.G. Cunningham, *Advanced extrauterine pregnancy: diagnostic and therapeutic challenges*. Am J Obstet Gynecol 2008; 198:297.e1-7.
3. Mahajan, N.N., *Advanced extrauterine pregnancy: diagnostic and therapeutic challenges*. Am J Obstet Gynecol 2008; 199:e11; author reply e11-2.
4. Costa, S.D., J. Presley & G. Bastert, *Advanced abdominal pregnancy*. Obstet Gynecol Surv 1991;46:515-25.

5. Daltveit, A.K., M.C. Tollånes, H. Pihlstrøm & L.M. Irgens, *Cesarean delivery and subsequent pregnancies*. *Obstet Gynecol* 2008; 111:1327-34.
6. http://nvog-documenten.nl/richtlijn/doc/index.php?type=save&richtlijn_id=858 "Zwangerschap en bevalling na een voorgaande section caesarea (1.0)".
7. Mazouni, C., M. Provensal, G. Porcu et al. *Termination of pregnancy in patients with previous cesarean section*. *Contraception* 2006;73:244-8.
8. De Boer, M.A., N. van Gemund, S.A. Scherjon & H.H.H. Kanhai, *Low dose sulprostone for termination of second and third trimester pregnancies*. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 99:244-8.
9. Kwee, A., M. Smink, R. van der Laar & H.W. Bruinse, *Outcome of subsequent delivery after a previous early preterm cesarean section*. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2007;20:33-7.
10. De Greve, T.J. & J.M.A. Pijnenborg, *Ovariële zwangerschap, gediagnosticeerd na een mislukte inleiding voor een intra-uteriene vruchtdood*. *NTOG* 2010;123:158-61.

Samenvatting

In Nederland wordt 0.6‰ van de zwangerschappen gecompliceerd door een uterusruptuur. Dit komt vaker voor bij vrouwen met een littekenuterus. Wij beschrijven de casus van een 34-jarige G2P1 met een littekenuterus, waarbij een intra-uteriene vruchtdood wordt vastgesteld in het derde trimester. Na inleiding met achtereenvolgens Prostaglandine E2, Mifegyne, Foley catheter, Nalador en Misoprostol, afgewisseld met rustdagen, bleek er op dag 15 echografisch sprake te zijn van een uterusruptuur waarvoor laparotomie. Ten aanzien van maternale morbiditeit heeft een proefbaring de voorkeur boven operatief ingrijpen. Uit verschillende studies blijkt dat 92-98% van de vrouwen met een littekenuterus succesvol vaginaal bevult van een intra-uteriene vruchtdood. Onafhankelijk van het gebruikte inducerende middel is het risico op een uterusruptuur 4%. Bij het onverwacht uitblijven van de partus is het essentieel om een extra-uteriene locatie van de foetus uit te sluiten middels CT of MRI, aangezien dit in bijna 50% van de gevallen echografisch gemist wordt.

Trefwoorden

tweedetrimester zwangerschap, sectio caesarea, intra-uteriene vruchtdood, inleiding, uterusruptuur.

Summary

In the Netherlands 0.6‰ of the pregnancies are complicated by a uterine rupture. This occurs more often in women with a scarred uterus. We describe the case of a 34-year old G2P1 with a scarred uterus, in which fetal death occurred at 29 weeks of pregnancy. We induced labor using Prostaglandin E2, Mifegyne, Foley catheter, Sulprostone and Misoprostol, alternating with days without treatment. On day 15 of induction we

detected a uterine rupture on ultrasound, therefore a laparotomy was performed. Regarding maternal morbidity, trial of labor is preferable to cesarean delivery. Several studies show a vaginal birth after cesarean success rate of 92-98%. There is a 4% risk of uterine rupture irrespective of agents used. In any case where response to a cervical-ripening or induction agent failed, the location of the pregnancy should be confirmed with imaging studies, because an extra-uterine location is often missed by ultrasound and clinical examination.

Keywords

second trimester pregnancy, cesarean section, intra-uterine fetal death, induction of labour, uterine rupture

Auteurs

mw. drs. M. Hessel arts-assistent, afdeling gynaecologie en verloskunde, Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch. Thans fertilititsarts en arts-onderzoeker, afdeling gynaecologie en verloskunde, UMC St. Radboud, Nijmegen

mw. drs. A.E. Bouwma gynaecoloog, afdeling gynaecologie en verloskunde, Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch

dr. H.P. Oosterbaan gynaecoloog, afdeling gynaecologie en verloskunde, Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch

Contactpersoon

drs. M. Hessel, Verloskunde & Gynaecologie (791) UMC St. Radboud
Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen
e m.hessel@obgyn.umcn.nl

Belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.