

SUMMARY

Therapy of aplastic anaemia during pregnancy

A 26-year old nulliparous woman attended hospital at 14 weeks' gestation because of hyperemesis gravidarum. Routine laboratory tests showed pancytopenia (Hb 3.5 mmol/L, leukocytes $3.5 \times 10^9/L$, platelets $45 \times 10^9/L$). A bone marrow biopsy confirmed aplastic anaemia. Methylprednisolon, cyclosporine A (CsA) packed cells and platelet transfusions were initiated. At 33 weeks she developed neutropenia for which prophylaxis with colistine and tobramycine were given. At 35 weeks gestation, labour was induced, during which she developed a fever of $38.2^\circ C$, requiring antibiotics. She gave birth spontaneously to a healthy son weighing 2415 grams, who had no signs of pancytopenia. Twelve weeks after delivery the patient still had a hypocellular bone marrow despite supportive therapy.

Aplastic anaemia during pregnancy

is a rare disease due to destruction of pluripotential stem cells in bone marrow. It can be life-threatening for both mother and child. The only causal therapy is bone marrow transplantation, which is contraindicated during pregnancy because of embryo toxicity. The question is whether immunosuppressive treatment is more effective than supportive therapy consisting of erythrocytes and platelet transfusions.

A PICO search revealed 14 studies including a total of 75 pregnancies; 66 (88%) infants were born alive while 2 mothers (2.7%) died, due to intracerebral bleeding. All studies were case series and none of these were randomised controlled trials. Most authors endorse supportive therapy with recommended hemoglobin levels of $>55 \text{ mmol/L}$ and platelet counts of $>20 \times 10^9/L$ (level of evidence 4). CsA seems a reasonable alternative therapy with a reported success rate in non-pregnant patients of 70% when combined with ATG (level of evidence 4).

TREFWOORDEN

zwangerschap, anemie, bloedtransfusie, beenmergtransplantatie

AUTEURS

K.J.M. Stibbe, coassistente, afdeling Verloskunde en Vrouwenziekten, Erasmus MC, Rotterdam

H.I.J. Wildschut, gynaecoloog-perinatoloog, afdeling Verloskunde en Vrouwenziekten, Erasmus MC, Rotterdam

P.J. Lugtenburg, hematoloog, afdeling Hematologie, Erasmus MC, Rotterdam

CORRESPONDENTIEADRES

H.I.J. Wildschut

Afdeling Verloskunde en Vrouwenziekten

Erasmus MC

Postbus 2040

3000 CA Rotterdam

E-mail: h.wildschut@erasmusmc.nl

Wat ons opvalt in de LVR2

Epidurale analgesie en vaginale kunstverlossing

T. DE NEEF, A. FRANX, M.M.L.H. WASSEN MET MEDEWERKING VAN F.J.M.E. ROUMEN

INLEIDING

Uit internationaal onderzoek is gebleken dat epidurale analgesie tijdens de ontsluitingsfase geassocieerd is met een verhoogd risico op een vaginale kunstverlossing.¹ Er lijkt geen verhoogde kans te zijn op een secundaire sectio caesarea. Wij onderzochten met LVRinsight wat hierover uit de Nederlandse registratie te leren valt. Dit onderwerp is aangedragen door Martine Wassen.

TRENDS

We beperken ons tot vrouwen met een voldragen (≥ 37 weken) eenlingzwangerschap met het kind in hoofdligging. Uitgesloten werden primaire sectio's en vrouwen die ingestuurd werden tijdens de uitdrijving of na de geboorte van

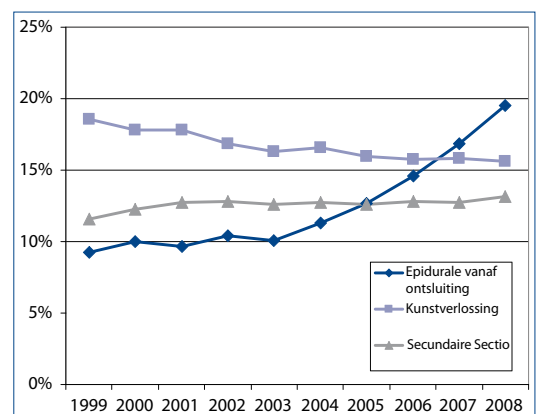
het kind. Voor de periode 1999 tot en met 2008 gaat het dan om ruim 800.000 bevallingen. In die tien jaar is de fractie bevallingen waarbij geen pijnbestrijding durante partu werd toegepast, gedaald van twee derde tot de helft. Het percentage epidurale analgesie dat tijdens de ontsluiting wordt gegeven, is sterk toegenomen, met name gedurende de laatste vijf jaar (figuur 1).

Het percentage vaginale kunstverlossingen (forcipale extracties en vacuümextracties) neemt daarentegen in deze groep geleidelijk af, terwijl het percentage secundaire sectio caesarea vrijwel gelijk blijft (figuur 1).

CORRELATIE

Het vermoeden dat de kans op een vaginale kunstverlossing toeneemt

door toepassing van epidurale analgesie tijdens de ontsluitingsfase, blijkt derhalve niet uit de getoonde trends. Maar het kan natuurlijk zijn dat er andere factoren zijn



Figuur 1. Trend van epidurale analgesie tijdens ontsluiting en interventies einde baring bij tweedelijnsbevallingen.

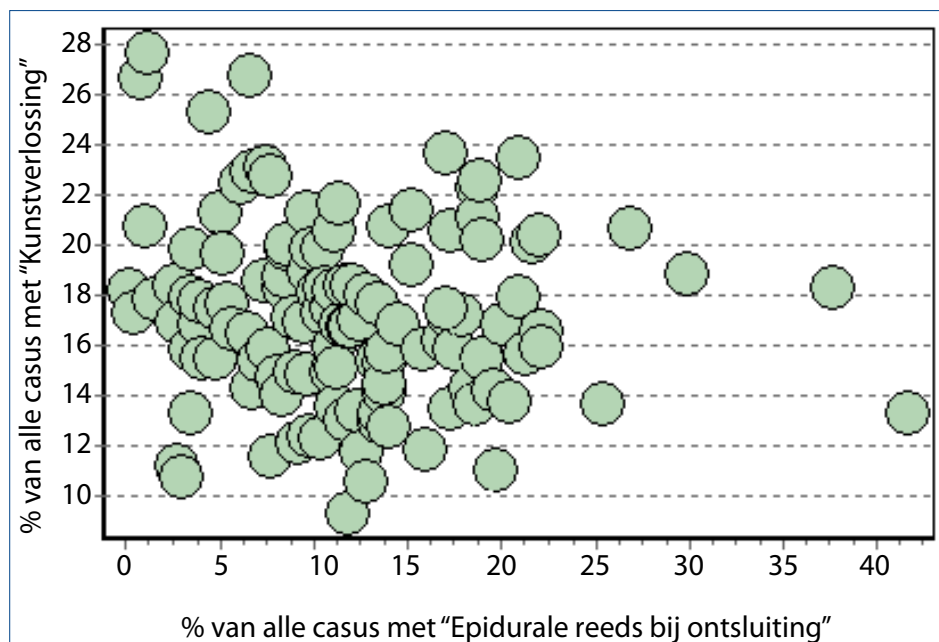
die leiden tot een afname van het aantal vaginale kunstverlossingen, waarmee het toegenomen risico ten gevolge van de pijnstilling wordt overstemd. Om dat te onderzoeken, beschouwden we de correlatie tussen epidurale analgesie en vaginale kunstverlossingen op praktijkniveau. Figuur 2 beeldt dit uit. Ieder rondje weerspiegelt een praktijk en zijn positie geeft op de assen weer wat de percentages epidurale analgesie en kunstverlossing waren, gemiddeld over de beschouwde periode van tien jaar.

De figuur toont dat er op praktijkniveau geen verband bestaat tussen het percentage vaginale kunstverlossingen en het beleid om veel of weinig epidurale analgesie tijdens de ontsluitingsfase toe te passen. Ter controle herhaalden we deze analyse voor 2008. De percentages zijn dan uiteraard anders, maar de 'wolk' blijft. Praktijken die meer epidurale analgesie toepassen, blijken dus niet meer vaginale kunstverlossingen te doen dan praktijken met een beperkt gebruik van epidurale analgesie, en omgekeerd. Ook het percentage secundaire sectio's bleek niet te correleren met het percentage epidurale.

We vroegen Frans Roumen om commentaar:

In Nederland hebben we zwangerschap en baring altijd als fysiologische processen gezien. Ook baringspijn werd beschouwd als een natuurlijk gegeven dat erbij hoorde en men was terughoudend met pijnstilling. Alleen in uitzonderlijk pijnlijke omstandigheden werd adequate pijnstilling in de vorm van epidurale analgesie toegepast. Meestal betrof dit dan baringen van met name nulliparae die ondanks goede weëenactiviteit weinig progressie vertoonden, zoals bij een te groot kind, een inadequaat bekken of een afwijkende stand van het foetale hoofd. Het is bekend dat bij deze groep vrouwen – ook zonder epidurale analgesie – het gebruik van oxytocine is toegenomen, evenals de duur van de uitdrijving en de kans op een vaginale kunstverlossing.

De laatste jaren wordt adequate pijnstilling tijdens de baring niet meer beschouwd als luxe, gunst of punt van discussie, maar als



Figuur 2. Correlatie tussen epidurale analgesie en vaginale kunstverlossingen per praktijk, 1999-2008.

vanzelfsprekende en noodzakelijke zorg.² Dat heeft ertoe geleid dat epidurale analgesie steeds vaker op verzoek van de barende vrouw wordt toegepast. Het is aannemelijk dat dit komt doordat de acceptatie van pijn door de barende vrouw in Nederland is verminderd en de pijngrens waarop het verzoek om pijnstilling gedaan wordt, is verlaagd. Er zijn geen aanwijzingen dat er de laatste jaren sprake is van een toename van serieuze baringspathologie, zoals hierboven beschreven. De afname van het aantal vaginale kunstverlossingen onder epidurale analgesie hoeft ons dan ook niet te verbazen. In buitenlands onderzoek worden minder uitdrijvende kracht van de barende vrouw en minder geduld bij de obstetricus nogal eens genoemd als oorzaken van de toegenomen frequentie van vaginale kunstverlossingen onder epidurale analgesie.¹ Kennelijk spelen deze factoren in Nederland een ondergeschikte rol. Het lijkt verstandig om de diverse risicofactoren voor een vaginale kunstverlossing in dit studiemateriaal nader te kwantificeren. De Stichting PRN heeft inmiddels toegezegd om de kans op een kunstverlossing te correleren met klinische factoren en een logistische regressieanalyse uit te voeren. Tevens moeten we ons realiseren dat de LVRinsight-gegevens retrospectieve data zijn en de bevindingen ervan nog bevestigd

moeten worden in een prospectief onderzoek. Het wachten is dan ook op de resultaten van de multicenter TREAT-trial, die momenteel op gerandomiseerde wijze de relatie onderzoekt tussen epidurale analgesie vroeg tijdens de baring versus pijnstilling op verzoek, en de frequentie van vaginale kunstverlossingen.³

Literatuur

1. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 (4). CD 00031.
2. Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. Richtlijn Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de baring. CBO: Utrecht, 2008.
3. www.treattrial.nl.

AUTEURS

T. de Neef, Fysicus, onafhankelijk auteur van VOKS2i en LVRinsight
A. Franx, Voorzitter Commissie Indicatoren, lid bestuur Stichting Perinatale Registratie Nederland (namens de NVOG) en gynaecoloog-perinatoloog, Sint Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg
M.M.L.H. Wassen, Aios Obstetrie en Gynaecologie, Maastricht Universitair Medisch Centrum
F.J.M.E. Roumen, Gynaecoloog-perinatoloog, Atrium Medisch Centrum Parkstad, Heerlen

CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: tdeneef@qolor.nl