

Een allerheftigste nabloeding door afibrinogenemie

DOOR A. VERKUIJL, DESTIJD'S HUISARTS TE ZWIJNDRECHT

Het geval, dat hier wordt beschreven is reeds elders opgetekend door *Hogewoning*, maar van deze publicatie konden slechts weinigen kennis nemen, zodat het goed lijkt de gebeurtenissen van die zondagavond van de zijde van de huisarts nog eens te belichten. Het was dus op een zondagavond in november 1959, dat ik bij een IV-para werd geroepen: „Het was zover”. De bevalling had een normaal verloop, behalve dat er nogal veel vruchtwater aanwezig was. De baby werd met enkele persweeën geboren; de placenta volgde vlot, zodat ik mij al op een rustige avond in de familiekring verheugde.

De kraamvrouw vloeyde echter nogal. De uterus was wat week, waarop een ampul ermetrine intraveneus en één intramusculair werd ingespoten. De uterus contraheerde hierop goed, maar de bloeding duurde voort. Ik begon mij ongerust te maken; het bloed doordrenkte de matras, de lakens en spreidde zich snel uit over het gehele bed. Elke keer, dat de hand op de uterus werd gelegd, kwam er weer een golf bloed te voorschijn, echter geen stolsels. De betekenis van dit laatste drong op dat moment nog niet tot mij door.

Het was wel duidelijk, dat snel handelen noodzakelijk was. Bij het aanvragen van de opname kon ik de gegevens van de bloedgroep en de rhesusfactor meteen doorgeven, zodat de inmiddels opgeroepen donores spoedig na aankomst van patiënte in het ziekenhuis arriveerden.

Snel werden alle mogelijkheden nagegaan, die verantwoordelijk zouden kunnen zijn voor de bloeding. De blaas was niet overvuld, placentaresten waren niet aanwezig, terwijl ook een cervixscheur niet was opgetreden. Onderwijl stroomde het bloed maar door en doordrenkte de ingebrachte tampon en *stolde niet*. Toen pas drong de volle betekenis hiervan tot ons door: er moest een fout in het stollingsmechanisme zijn. Bloed, opgevangen in een puntbuisje, stolde niet. Het meest voor de hand liggende was nu, dat bij deze, tevoren altijd gezonde vrouw, bij wie nooit iets van een hemorragische diathese was gebleken, een afibrinogenemie was opgetreden.

Aan beide armen werd venasectie verricht, waarna onder overdruk de ene liter bloed of plasma na de andere werd ingebracht, terwijl inmiddels nieuwe donores werden opgeroepen. Gelukkig was er ook fibrinogeen aanwezig. Na een dergelijk geval, ongeveer een jaar geleden, waarbij de patiënte was overleden toen de fibrinogeen uit Amsterdam moest worden gehaald, hadden alle plaatselijke ziekenhuizen zich van deze stof voorzien. In totaal werden twee kolven fibrinogeen, zes liter bloed en ver-

der gluconas calcicus, plasma, albumine, noradrenaline en diadreson F aquosum intraveneus ingebracht. Vijf uren na begin van de shockbestrijding was de pols weer goed voelbaar en steeg de tensie. De nierfunctie bleek nogal te hebben geleden (na enige dagen bedroeg het ureumgehalte van het bloed 210 mg procent — ten dele afkomstig van het afgebroken vreemde bloedeiwit); er was een oligurische fase, gevolgd door een polyurische fase met een soortelijk gewicht van 1003, maar bij het ontslag bedroeg de urea clearance 70 procent. De borstvoeding kwam spoedig op gang en na ruim een maand kon patiënte met een gezonde baby het ziekenhuis verlaten; het beruchte syndroom van Sheehan had zich niet ontwikkeld.

Wat is er hier nu aan de hand geweest? Misschien mag ik, met weglating van vele, later gevonden, factoren nog even het schema van de bloedstolling, dat Morawitz in 1904 gaf, in de herinnering roepen. Dit schema is voor ons doel voldoende. Trombokinase of tromboplastine, afkomstig uit de bloedplaatjes of geledeerd weefsel, zet, in aanwezigheid van calciumionen, protrombine uit het plasma om in trombine; trombine zorgt weer voor de omzetting van fibrinogeen uit het plasma in fibrine.

Het is de laatste jaren bekend geworden, dat zeer ernstige nabloedingen kunnen optreden door afibrinogenemie in de volgende gevallen: bij voortijdige loslating van de placenta, bij zogenaamde vruchtwaterembolie, bij intrauteriene vruchtdood, bij manuele placenta-verwijdering, eclampsie, abortus provocatus en ook bij uterus atonie na een normale partus. Het beschreven geval is waarschijnlijk tot het laatste te rekenen. Bij een solutio placentae stelt men zich het mechanisme als volgt voor. De decidua bevat veel tromboplastine, die hierbij via het retroplacentaire hematoom in de moederlijke circulatie komt, waardoor een intravasale stolling ontstaat en fibrinogeen overgaat in fibrine. Er ontstaat tijdelijk een sterke daling van het fibrinogeen gehalte.

Embolieën kunnen ontstaan, vooral in de longen en een ernstig cor pulmonale met shock kan het gevolg zijn; eveneens kan plotselinge dood optreden (ik vraag mij af, of vele gevallen van zogenaamde vruchtwaterembolieën niet deze genese hebben). Wanneer het fibrinogeen gehalte beneden de kritische grens van 100 mg procent komt, is onstilstbare bloeding het gevolg. Men neemt aan, dat de normale fibrinogeenwaarde in de zwangerschap 400 tot 500 mg procent bedraagt. Voor de andere oorzakelijke factoren geldt een overeenkomstige verklaring, die altijd weer hier op neer komt, dat de fibroplasmine uit de placenta de fibrinogeen verbruikt, of dat

er fibrinolytisch enzym vrijkomt, dat plasma-fibrinogeen oplost met een tekort aan fibrinogeen tot gevolg. Daarnaast bestaat de mogelijkheid van leverbeschadiging.

Ik ben mij er van bewust in deze notitie een vrij zeldzaam geval te hebben beschreven; mijn enige ervaring in twintig jaren. Een ervaring als deze maakt wel zeer diepe indruk. Het is duidelijk, dat deze vrouw haar leven te danken heeft aan enige gunstige omstandigheden. In de eerste plaats was de bloedgroep en de rhesus-factor bekend. Het is misschien overbodig, maar toch moet onderstreept worden hoe nodig het is dat deze gegevens al vroegtijdig in de graviditeit bekend zijn. Binnen een jaar maakte ik vier gevallen mee — driemaal een partus en eenmaal een abortus — waarbij het doorgeven van deze data van het grootste belang was. Mijns inziens moet de patiënte zelf een kaartje hebben, waarop haar bloedgroep enzovoort zijn vermeld.

Ten tweede was er fibrinogeen in de kliniek aanwezig en ten derde was er een voortreffelijke samenwerking tussen alle betrokkenen, waarbij inbegrepen ziekenautochauffeur en laboratoriumpersoneel.

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELEN DOCUMENTATIE

61—2r. *Alternate hospital and home care for the aged. The practice of social therapy in a Geriatric Unit.* De Lary, J. (1960) *Gerontologia Clinica* 2, 8.

Voor een acute ziekte kan de bejaarde doeltreffend worden behandeld in een ziekenhuis, doch voor een chronische ziekte wordt de patiënt een sociaal en medisch probleem, en verkeert in „niemandland“.

Gebrek aan kennis en belangstelling voor dit probleem kan de toestand alleen verergeren. Thuisblijven is een mogelijkheid, doch irriteert de omgeving met als gevolg een terugslag op de veelal labiele patiënt. Opname in een inrichting voor chronische zieken is een betere oplossing, doch ook hier is de bejaarde slechts half mee gebaat. De werkelijke nood ligt in het psychologische vlak, de patiënt wil gaarne thuis zijn, doch ook zo goed mogelijk worden behandeld.

In de Langthorne Hospital Geriatric Unit heeft men hiertoe een systeem ingevoerd van „six weeks in; six weeks out“. Hiermede bereikt men een periodieke ontlasting van de familie en een periodieke controle en behandeling van de patiënt. Het betrof hier hoofdzakelijk patiënten met oude hemiplegieën, arthrosis deformans en hartziekten. Belangrijk bleek de ook hier te lande opgedane ervaring, dat de patiënt bemerkt niet alléén het slachtoffer van zijn ziekte te zijn. Men ziet nu elkanders lijden en de eigen kwaal lijkt minder erg. Men gaat elkaar steun verlenen in de nood en er ontwikkelt zich een zekere mate van sociaal verantwoordelijkheidsgevoel. Door deze vorm van groepstherapie worden frappante resultaten bereikt; zowel somatisch als psychisch treedt verbetering op en vooral het weeklagen neemt spoedig af. Met dit systeem van tijdelijke opname is bovendien een groter aantal patiënten te helpen, wat gunstig is in deze tijd waarin nog te weinig geriatrie bedden beschikbaar zijn.

Dr H. P. Akkerman

Bauwens, L. M. (1959) Het coagulopathische syndroom in de verloskunde. Van Gorkum en Comp n.v. Assen.

Bauwens, L. M. (1960) *Ned. T. Geneesk.* 104, 2172.

Hogewoning, C. H. (1960) Feestbundel samengesteld door in het Diaconessenhuis en Refaja werkzame specialisten te Dordrecht.

Naschrift.

Achteraf heb ik mij gerealiseerd, gezien vooral nieuwere publikaties, dat het lang niet zeker is, dat wij bij een volgend geval dezelfde therapie zullen toepassen. Het is namelijk ook mogelijk, dat we in dit geval met fibrinolytische activiteit hadden te maken.

Terwijl men namelijk fibrinogeen toevoegt, geeft men tevens plasminogeen. Deze stof gaat onder invloed van een activator over in plasmine, wat een fibrinolytische stof is. In ons geval zouden we dan dus met de fibrinogeen therapie de fibrinolytische tendens hebben bevorderd. Anderen twijfelen of het toedienen van fibrinogeen juist is, omdat ook dit het „slachtoffer“ kan worden van de tromboplastine en zo hetzelfde mechanisme in werking kan stellen, dat boven is beschreven. Veel zal er hier van afhangen of nog een overmaat aan tromboplastine in het bloed circuleert of niet.

Momenteel behandelt men bij voorkeur met epsilon-amino-capronzuur; sommigen zelfs met een kleine dosis heparine.

Met deze kritiek moge worden besloten; het succes van de behandeling en het feit, dat het bloed nadien wel stelde, rechtvaardigden de gevolgde handelwijze in dit geval. Bovendien zal men, in verreweg de meeste gevallen, met de hier gevolgde therapie de juiste weg bewandelen.

61—3r. *Diabetes in old age.* Paley, G. en H. Droller (1960) *Gerontologia Clinica* 2, 177; Eckerström S. (1960) *Gerontologia Clinica* (1960) 2, 210.

Het aantal bejaarde diabetespatiënten is groot en neemt nog steeds toe. Allereerst komt dit door de betere behandelingsmogelijkheden op jongere leeftijd, maar ook omdat deze ziekte zo vaak op oudere leeftijd begint. Van de patiënten die ouder waren dan 60 jaar, heeft ongeveer 46 procent de diabetes pas na het 50e jaar gekregen. Of dit cijfer, dat in vele publikaties wordt genoemd juist is, kan moeilijk nagegaan worden, omdat velen een latente diabetes kunnen hebben of een diabetes welke asymptomatisch verloopt. In 20 procent der gevallen werd de diabetes ontdekt bij het onderzoek van een andere, meestal chronische, ziekte.

Is de diabetes eenmaal manifest geworden, dan doen zich bij de bejaarden veel complicaties voor. Als complicaties van de seniele diabetes worden genoemd atherosclerose (90 procent der gevallen), retinopathie (10 procent der gevallen), benigne prostaathypertrofie (34,6 procent der mannelijke patiënten) en chronische infecties (40 procent alleen al infecties van lucht- en urinewegen).

In het algemeen wordt aangeraden het dieet niet al te streng te adviseren, omdat de bejaarde dat toch bijna nooit kan volhouden; liever geve men er dan wat insuline bij. Paley c.s. vonden, dat eenderde der patiënten uit kwam met dieet, eenderde met dieet en insuline, en eenderde met dieet en orale antidiabetica. Wat de orale antidiabetica betreft, noemen zij de volgende contraïndicaties: instabiele diabetes (sterke schommelingen van de bloedsuikerspiegels) en stabiele diabetes, gecompliceerd door precoma, infectie of trauma (bijvoorbeeld collumfractuur), gangreen der extremiteiten, beschadigde lever, nier of schildklier en tenslotte vetzucht. Paley c.s. noemen vetzucht als contraïndicatie zowel voor in-