

8. IgG behandeling tijdens zwangerschap

Landen en instellingen kunnen verschillende regels hebben ten aanzien van toediening van immunoglobulinen. Wij verzoeken u om de lokale en nationale richtlijnen te volgen.

Dit hoofdstuk behandelt zwangerschap bij immuundeficiëntie, niet bij patiënten die immunomodulerende therapie krijgen.

Behandeling met immunoglobulinen is veilig bij zwangere vrouwen met antilichaamdeficiënties. In deze gevallen is de vervanging niet alleen nodig voor de moeder, maar ook voor de foetus. **Het is absoluut noodzakelijk voor zowel moeder als kind dat de immunoglobuline behandeling door niemand anders wordt gestaakt dan door de behandelaar die de behandeling heeft geïnitieerd (1, 2).**

IgG is de enige isotype dat de placenta passeert en de serum IgG spiegels worden gedurende de eerste paar maanden van het leven grotendeels gevormd door IgG van de moeder (3). Dit wordt geleidelijk vervangen door het intrinsieke IgG van het kind en rond de leeftijd van 6 tot 9 maanden is het IgG bijna geheel van het kind (4).

Patiënten met nieuw gediagnosticeerde immuundeficiëntie tijdens zwangerschap moeten zo spoedig mogelijk beginnen met immunoglobuline behandeling. Deze beslissing moet echter worden genomen samen met de patiënt.

LET OP: Patiënten die subcutane IgG behandeling krijgen en deze in de buik wordt toegediend moeten een andere infusieplaats kiezen (b.v. in het bovenbeen) als de zwangerschap vordert. Het is zo dat het subcutane weefsel van de buik erg strak gespannen en “dun” wordt aan het einde van de zwangerschap.

LET OP: *f*SCIG kan worden gegeven aan zwangere vrouwen en moeders die borstvoeding geven: klinische ervaring duidt erop dat er geen schadelijke invloed is op het verloop van de zwangerschap, op de foetus of het pasgeboren kind. Toch dient er voorzichtigheid te worden betracht en dient *f*SCIG alleen te worden voorgeschreven als het duidelijk geïndiceerd is (5).

Gedurende de zwangerschap moet de dosering worden verhoogd als de moeder zwaarder wordt. De dosis moet op ≥ 100 mg/kg/week worden gehouden (6-9). Indien er locale of nationale richtlijnen zijn met betrekking tot de dosering tijdens zwangerschap moeten deze worden gevolgd.

Tijdens de zwangerschap en lactatieperiode dienen de IgG dalspiegels vaker te worden bepaald om te controleren of deze toereikend blijven. Patiënt moet worden verteld dat deze maatregelen belangrijk zijn omdat de vergroting van het bloedvolume de oorzaak kan zijn van niet-toereikende IgG dalspiegels, wat weer kan leiden tot meer infecties (10). Het controleren hiervan dient regelmatig te gebeuren vanaf het tweede trimester.

Als de immunoglobulinebehandeling van de moeder adequaat wordt uitgevoerd blijkt dat de pasgeborenen normale IgG en IgG subklasse spiegels te hebben bij de geboorte (1).

Referenties

1. Gardulf, A., Andersson, E., Lindqvist, M., Hansen, S. & Gustafson, R. (2001) Rapid subcutaneous IgG replacement therapy at home for pregnant immunodeficient women. *J Clin Immunol*, **21**(2), 150-4.
2. Hansen, S., Gardulf, A., Andersson, E., Lindqvist, M. & Gustafson, R. (2004) Women with primary antibody deficiencies requiring IgG replacement therapy: their perception of prenatal care during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, **33**(5), 604-9.
3. Palmeira, P., Quinello, C., Silveira-Lessa, A.L., Zago, C.A. & Carneiro-Sampaio, M. (2012) IgG placental transfer in healthy and pathological pregnancies. *Clin Dev Immunol*, **2012**, 985646.
4. Parham, P. (2005) *The immune system, fourth edition*, Garland Science Publishing, New York.
5. HyQvia, Summary of Product Characteristics.
6. Sorensen, R.U., Tomford, J.W., Gyves, M.T., Judge, N.E. & Polmar, S.H. (1984) Use of intravenous immune globulin in pregnant women with common variable hypogammaglobulinemia. *Am J Med*, **76**(3A), 73-7.
7. Smith, C.I. & Hammarstrom, L. (1985) Intravenous immunoglobulin in pregnancy. *Obstet Gynecol*, **66**(3 Suppl), 39S-40S.
8. Madsen, D.L., Catanzarite, V.A. & Varela-Gittings, F. (1986) Common variable hypogammaglobulinemia in pregnancy: treatment with high-dose immunoglobulin infusions. *Am J Hematol*, **21**(3), 327-9.
9. Berger, M., Cupps, T.R. & Fauci, A.S. (1982) High-dose immunoglobulin replacement therapy by slow subcutaneous infusion during pregnancy. *JAMA*, **247**(20), 2824-5.
10. Schaffer, F.M. & Newton, J.A. (1994) Intravenous gamma globulin administration to common variable immunodeficient women during pregnancy: case report and review of the literature. *J Perinatol*, **14**(2), 114-7.