

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

FINANCIËLE STEUN AAN MEDISCH-WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

De Stichting tot Bevordering van Medisch-Wetenschappelijk Onderzoek verzoekt degenen, die in aanmerking wensen te komen voor een financiële bijdrage voor wetenschappelijk onderzoek, zich onder vermelding van het door hen te bewerken onderwerp vóór 15 december a.s. bij ondergetekende te melden.

Arnhem, 15 november 1958
Hulkesteinseweg 13

Dr. J. C. BEKER,
secretaris van de Stichting

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten).

OBSTRUCTIE VAN MAAGDARMKANAAL BIJ DE PASGEBORENE, EN HYDRAMNION

Naar collega BRINKHORST (1958) vermeldt, lag het niet in zijn bedoeling uitgebreid op de diagnostiek van de aangeboren slokdarmatresie en van de oesofago-tracheale fistel in te gaan, hetgeen tot op zekere hoogte te betreuren is.

Wel kan ik zijn opvatting geheel onderschrijven, dat „vroege diagnose en vroege opname van de patiëntjes in een ziekenhuis, waar men enige ervaring heeft met de behandeling van deze afwijking, de beste kansen op genezing bieden” en dat „alles van de vroege diagnose afhangt”. OTERDOOM moest in dit verband echter helaas nog in 1954 vaststellen: „in de diagnostiek schiet men nog volkomen tekort en het blijkt niet de narcose of de operatietechniek maar de late diagnostiek te zijn, die de bottle-neck in de behandeling heeft gevormd”. In een persoonlijke mededeling in 1957 uitte deze chirurg zich als volgt: „de goegemeente moet in dit opzicht wat wakker geschud worden”. Ook uit het artikel van BRINKHORST zelf blijkt, dat in de laatste 5 jaar (1953-1957) bij slechts ongeveer de helft van de patiënten de opname binnen de eerste 48 uur — op zich al een vrij ruim gestelde grens! — plaatshad. Dit alles ondanks het feit, dat in navolging van het buitenland ook in de Nederlandse literatuur herhaaldelijk op het grote belang van de vroege diagnostiek is gewezen (o.a. TEN KATE 1948; EERLAND 1948; KOOREMAN 1948; GRASVELD 1954; OTERDOOM 1954). „Men heeft wel eens gezegd”, zo schrijft BRINKHORST verder, „dat men bij het bestaan van hydramnion bij de moeder, erop bedacht moet zijn, dat het kind een slokdarmatresie kan hebben”. Uit de literatuur bleek mij destijds, dat het aan de obstetrici reeds sinds lang bekend was, dat aangeboren slokdarmatresie één van de oorzaken van een hydramnion kon zijn, doch tevens, dat tot op dat ogenblik omgekeerd van het hydramnion merkwaaardigerwijs nog nooit een diagnostisch gebruik was gemaakt, hoewel eigenlijk zulks toch min of meer voor de hand scheen te liggen.

Mede gevolgvend aan het beroep („de medewerking van artsen en vroedvrouwen is een conditio sine qua non voor een succesvolle behandeling”), dat EERLAND (1948) op alle in de verloskunde werkzame Nederlanders deed, ging ik naar aanleiding van een eigen waarneming na, in hoeverre aan een hydramnion bij de moeder wellicht een diagnostische betekenis bij de herkenning van de congenitale oesophagusatresie mocht worden toegeschreven. De resultaten, die mijn eigen onderzoek in de Universiteits Vrouwenkliniek te Amsterdam in dit opzicht opleverden, kunnen als

volgt worden samengevat (voor meer gedetailleerde gegevens moge ik naar mijn proefschrift verwijzen):

a. De frequentie van aangeboren slokdarmatresie bedroeg 10 op 34.998 opeenvolgende geboorten.

b. Bij 11 opeenvolgend geboren kinderen met congenitale oesophagusatresie bleek bij de moeder in op één na alle gevallen een hydramnion (inclusief twee maal een zg. „klasiek” hydramnion) te hebben bestaan.

c. Uit 260 opeenvolgende moeders die een hydramnion hadden, werden in totaal 8 kinderen met congenitale oesophagusatresie geboren.

d. Afgezien van de overige oorzaken van een hydramnion (diabetes, praec-diabetes, actief rhesus-antagonisme, meervoudige zwangerschap, anencefalie enz.) zou men bij 13 van de 89 bij uitwendig onderzoek ogenschijnlijk geheel normaal lijkende levend geboren kinderen een obstructie in de tractus oesophago-gastro-intestinalis hebben kunnen vinden.

e. Bij 6 van deze 13 kinderen zou men onder dezelfde omstandigheden de plaats van deze obstructie in de slokdarm hebben kunnen vaststellen door middel van het ook door EERLAND en BRINKHORST voorgestane catheter-onderzoek van de slokdarm (zonder dat men tot de door GAGE en OCHSNER in 1936 geadviseerde, m.i. niet aan te bevelen, routine-sondage van alle pasgeborenen had behoeven over te gaan).

f. Bij de overige 7 kinderen zou men — door middel van een voor het eerst door SIDNEY FARBER (1933) aangegeven en m.i. nog veel te weinig toegepast onderzoek naar vruchtwaterbestanddelen in het meconium — de obstructie in een lager gedeelte van het maagdarmkanaal hebben kunnen vaststellen.

Indien inderdaad alle verloskundigen bij alle ogenschijnlijk normale levende kinderen die met een hydramnion geboren worden, de doorgankelijkheid van de tractus oesophago-gastro-intestinalis desnoods specialistisch zouden laten nazien, moet het m.i. mogelijk zijn, dat bij de grootst mogelijke meerderheid de diagnose van een aangeboren atresie van de slokdarm zowel als van andere atresieën in het bovenste deel van de dunne darm, vroeger, ja zelfs terstond na de geboorte, kan worden gesteld. Pas hierdoor wordt de mogelijkheid geschapen, dat deze kinderen met meer succes dan tot dusver operatief kunnen worden geholpen, zoals ook YORDAN en D'ESOPO (1955), evenals OTERDOOM (1957) en CIETERS en DE ROM (1955) naar voren brachten.

Dat bij de 38 patiëntjes van EERLAND en BRINKHORST slechts vier maal een hydramnion werd vermeld, zal dan ook vermoedelijk niet aan het ontbreken van een hydramnion, doch eerder aan het ontbreken van gegevens hieromtrent moeten worden toegeschreven.

Literatuur: BRINKHORST, A. P. (1958) *Ned. T. Geneesk.* **102**, 2144. — CIETERS, P. en R. DE ROM (1955) *Bull. Soc. roy. belge Gynec. Obstét.* **25**, 294. — EERLAND, L. D. (1948) *Ned. T. Geneesk.* **92**, 78. — FARBER, W. (1937) *J. Amer. med. Ass.* **100**, 1753. — GAGE, M. en A. OCHSNER (1936) *Ann. Surg.* **103**, 725. — GRASVELD, C. M. (1954) *Ned. T. Geneesk.* **98**, 2939. — KATE, J. TEN (1948) *Ned. T. Geneesk.* **92**, 433. — KOOREMAN, P. J. (1948) *Ned. T. Geneesk.* **92**, 3009. — OTERDOOM, H. J. (1954) *Ned. T. Geneesk.* **98**, 2943; *Arch. chir. neerl.* **6**, 229; (1957) Persoonlijke mededeling. — VELDEN, W. H. M. VAN DER (1957) Proefschrift Amsterdam. — YORDAN, E. en D. A. D'ESOPO (1955) *Amer. J. Obstet. Gynec.* **70**, 266.

's-Gravenhage, 3 november 1958

W. H. M. VAN DER VELDEN