

INGEZONDEN

AL OF NIET INLEIDEN VAN DE BARING BIJ
TE LANG DURENDE ZWANGERSCHAP

Het antwoord op de Vraag Nr. 23 (1966) behoeft m.i. enige aanvulling.

De beschreven casuïstiek van een gezonde III-gravida, II-para, die na de 42e zwangerschapsweek nog niet in partu was en bij wie er geen reden bestond om aan de zwangerschapsduur te twijfelen — met uiteindelijk de intra-uteriene vruchtdood in de 44e week — lijkt niet meer de uitzondering te zijn die de regel bevestigt.

Het is thans mogelijk, hetzij door transabdominale punctie, hetzij door amnioscopie langs vaginale weg, het aspect van het vruchtwater te beoordelen, en bovenal de aan- of afwezigheid van meconium vast te stellen, en bij aanwezigheid van vruchtwater, dit biochemisch te analyseren en o.a. spectrofotometrisch te onderzoeken. Pas daarna kan men met enige zekerheid spreken van een veranderde of onveranderde gezondheidstoestand van de ongeborene.

Aanwezigheid van vernixvlokken en een creatininegehalte van het vruchtwater van ongeveer 25 mg/l wijzen met zekerheid op het à terme zijn van de zwangerschap; als het vruchtwater bovendien meconiumhoudend is lijkt het raadzaam de baring in te leiden. Als de vliezen worden gebroken kan de foetale toestand nog verder worden geanalyseerd door middel van micro-onderzoek (methode Saling) van p_H , p_{CO_2} en p_{O_2} van bloed uit de foetale hoofdhuid.

Voor een groot gedeelte berust de angst voor het inleiden van de baring op een niet optimale manier van inleiden, waarbij de mogelijke gevaren niet worden gereduceerd. Synthetische ocytocine moet intraveneus worden toegediend als druppel- of pompinfusie en men dient daarbij te denken in termen van milli-eenheden per minuut, beginnend met een lage dosering (0,5-1,0 mE/min.). De uiteindelijke juiste dosis is die waarbij een à terme type uteruscontractiliteit ontstaat. Zodra de rustdruk stijgt of de frequentie en de intensiteit te hoog worden, is de maximale dosis, die individueel moet worden vastgesteld, overschreden. Dikwijls is het niet mogelijk, een overdosering vast te stellen zonder dat een intra-amniële catheter aanwezig is en de druk wordt geregistreerd. Ook het vastleggen van de foetale hartactie geeft tijdig aan, wanneer andere maatregelen genomen moeten worden. Onder zulke omstandigheden kan een inleiding levensreddend zijn.

Het hoeft geen betoog dat een dergelijke handelwijze onder klinische omstandigheden moet worden toegepast.

Of ook een eventuele volgende zwangerschap van de beschreven patiënte moet worden ingeleid hangt af van bovengenoemde factoren; het is niet een *conditio sine qua non*.

Literatuur: SALING, E. (1966) *Das Kind im Bereich der Geburtshilfe*. George Thieme Verlag, Stuttgart. — Vraag Nr. 23 (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 1055.

Nijmegen, 3 juni 1966

T. K. A. B. ESKES

Bij het lezen van het antwoord op Vraag Nr. 23 (1966) verbaasde het mij, dat er niet over amnioscopie tijdens de zwangerschap werd gesproken. Deze methode is van groot belang voor het vaststellen van langzaam zich ontwikkelende intra-uteriene noodtoestanden, in het bijzonder bij te lang durende zwangerschap.

Uit de vraagstelling blijkt dat het sneller worden van de kinderharttonen door de desbetreffende huisarts nauwkeurig werd vastgelegd, doch dat men zich in de kliniek blijkbaar niet realiseerde dat het sneller worden van de kinderharttonen reeds wees op een geleidelijk voortschrijdende intra-uteriene hypoxie. Amnioskopisch onderzoek in de voorafgaande dagen zou bijna zeker meconiumhoudend vruchtwater aan het licht hebben gebracht, en de baring had dan onmiddellijk moeten worden ingeleid, temeer daar het hier een multipara betrof.

Ik wil volstaan met te verwijzen naar het recente boek van de Berlijnse obstetricus Dr. E. SALING, uitvinder van de amnioscopie, getiteld *Das Kind im Bereich der Geburtshilfe*, uitgave Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1966.

Sinds ruim een jaar wordt op de verloskundige afdeling van het St. Canisius Ziekenhuis te Nijmegen de amnioscopie toegepast, in het bijzonder bij serotiene zwangerschap, en ik ben van mening dat deze eenvoudige methode, eventueel aangevuld door p_H -bepalingen van het foetale bloed, in de verloskunde niet meer kan worden gemist.

Bij een volgende zwangerschap van de patiënte van de vraagsteller zal in elk geval de zwangerschap vanaf de 42e week om de andere dag amnioskopisch dienen te worden gecontroleerd. Op deze manier blijft men op verantwoorde wijze de grootste terughoudendheid betrachten met het inleiden van de baring.

Literatuur: Vraag Nr. 23 (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 1055.
Nijmegen, 5 juni 1966

A. J. J. DE BRUIN

Inderdaad had het antwoord op Vraag Nr. 23 vollediger kunnen zijn geweest.

Amnioscopie en onderzoek van vruchtwater zijn nieuwe methoden, die uitsluitsel kunnen geven over de toestand van het kind in utero. Voorzover wij weten, worden deze methoden in Nederland nog niet algemeen toegepast. Ook in het buitenland is de toepassing echter nog niet zo verbreid dat men nu al mag zeggen, dat ze in alle verloskundige klinieken onontbeerlijk zijn. Er zijn zeker ook praktische moeilijkheden aan het onderzoek verbonden. Zo zou bij een vrouw die meer dan 42 weken zwanger is, om de andere dag amnioscopie moeten worden gedaan, en dit is toch wel van het goede te veel.

Micro-onderzoek van bloed uit de hoofdhuid van het kind in utero komt alleen in aanmerking wanneer de vliezen gebroken zijn. Dit is een ander probleem dan in de gestelde vraag is genoemd. Bovendien zal ook dit onderzoek niet overal kunnen worden gedaan.

Collega ESKES geeft waardevolle adviezen over de inleiding van de baring. Niet iedereen zal echter bereid zijn, de door hem voorgestelde controle met intra-amniële catheter uit te voeren.

Amsterdam, juni 1966

REDACTIE