

cing van afwijkingen, gevonden in de vaginale uitstrijk, volgens SINDRAM overeenkomend met die van PAPANICOLAOU, niet geheel juist is. Bij SINDRAM is de betekenis van Pap. III nagenoeg gelijk aan groep II bij PAPANICOLAOU (1954) zelf. Wij laten hier een zo goed mogelijke vertaling van de indeling volgens Papanicolaou volgen:

Klasse I: Afwezigheid van atypische of abnormale cellen.

Klasse II: Aanwezigheid van atypische cellen, doch geen tekenen van maligniteit.

Klasse III: Aanwezigheid van cellen die maligniteit doen vermoeden.

Klasse IV: Een cytologisch beeld dat vrij sterke verdenking oproept van maligniteit.

Klasse V: Een cytologisch beeld dat bewijzend is voor maligniteit.

Toepassing van deze classificatie leidde in „The Papanicolaou Cytology Laboratory” in Cornell Medical Centre tot de volgende bevinding (persoonlijke mededeling van SEYBOLT aan MANSSENS): In 50% van de uitstrijkpreparaten, gerubriceerd als klasse III, werd de diagnose maligniteit histologisch bevestigd; voor klasse IV was dit getal 75% en voor klasse V ongeveer 100%.

SINDRAM maakt in zijn artikel niet duidelijk waarom hij van deze indeling is afgeweken. Tevens wordt zijn onderverdeling in klasse I en II niet uitgewerkt en toegelicht. Het is zeker te verdedigen, een indeling te maken met in totaal 4 klassen. Het is dan echter niet juist de naam van PAPANICOLAOU daaraan te verbinden.

Afgezien van alles ware het wenselijk voor een land zo klein als Nederland, één indeling te gebruiken, zodat op nationaal niveau artsen elkaar zonder veel omhaal van woorden kunnen begrijpen.

Literatuur: PAPANICOLAOU, G. N. (1954) *Atlas of exfoliative cytology*. — SINDRAM, I. S. (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 916.

Arnhem, juni 1970

H. J. FURSTNER

B. J. MANSSENS

M. B. VAN DER PLAS-CATS

Naar aanleiding van het ingezonden stuk van de collegae FURSTNER, MANSSENS en VAN DER PLAS-CATS zou ik graag het volgende willen opmerken.

Het was allerminst mijn bedoeling een cytologische indeling te geven die afwijkt van de oorspronkelijke indeling van Papanicolaou. Mijn betoog richtte zich echter niet tot de patholoog-anatomen, want dan zou ik geweest hebben op de wel zeer vage grens tussen klasse III (vermoeden op maligniteit) en klasse IV (vrij sterke verdenking op maligniteit) en het subjectieve element dat daardoor gemakkelijk kan insluipen, vooral als men bedenkt dat zelfs over de histologische diagnose carcinoma in situ de meningen vaak sterk uiteenlopen.

In de paragraaf „Wat te doen als het onderzoek *niet* negatief is” meende ik slechts een praktisch antwoord op deze gestelde vraag te moeten geven. Daarom konden de klassen I en II, die *wel* negatief zijn, buiten beschouwing blijven. Dat in de klassen IV en V een verdere diagnostische activiteit noodzakelijk is, lijkt algemeen aanvaard. In klasse III echter is de onzekerheid te groot om ingrepen zoals conisatie (of meer) te rechtvaardigen. De ervaring heeft geleerd dat het invoeren van de cytodiagnostiek gemakkelijk leidt tot te grote operatieve activiteit.

Als ik adviseer, in klasse III af te wachten, is dat advies niet gebaseerd op een wijziging in de cytologische beoordeling van deze groep. Dit advies heeft slechts tot doel, minstens de helft van de patiënten *onnodig* onderzoek te besparen, zon-

der dat het uitstel de andere helft van de patiënten aantoonbaar schade berokkent, aannemende, dat alle patiënten goed onder controle blijven. Om deze terughoudendheid te rechtvaardigen legde ik er met opzet de nadruk op, dat in klasse III de atypische cellen (nog) niet als cacinoomcellen te herkennen zijn. Ik begrijp niet goed waarom collega FURSTNER e.a. dit bestrijden. Immers, als zij in een uitstrijk cellen vinden die wel de kenmerken van carcinoomcellen hebben, zullen zij deze uitstrijk toch rubriceren in de klasse IV of V. Valt de cytologie nog in de klasse III van Papanicolaou, dan heeft naar mijn mening de patiënt recht op „the benefit of the doubt” en moet men afwachten hoe het cytologische beeld zich verder ontwikkelt.

Amsterdam, 10 juli 1970

I. S. SINDRAM

AMNIOSCOPIE EN MICROBLOEDONDERZOEK

Amnioscopie en microbloedonderzoek zijn sinds kort populair in de verloskunde. In hun artikel hebben GEVERS en RHEMREV (1970) luidens de titel getracht het resultaat van de toepassing van deze onderzoeksmethoden na te gaan. Het zwaartepunt van hun onderzoek ligt in de groep „serotiniteit”.

Bij 87 zwangeren die amnioscopisch werden gevolgd, werd 80 maal „terecht” afgewacht of ingeleid. Onder „terecht” wordt kennelijk verstaan dat het doen en laten van de obstetricus in overeenstemming was met de tevoren door hem opgestelde richtlijnen. Deze hielden hier in, dat amnioscopie werd verricht van de tiende dag na de à-terme-datum af (soms van de 11e tot 14e dag af) en dat de baring werd ingeleid wanneer groen of zeer weinig vruchtwater werd gezien. Bij de richtlijnen hoorde ook het verrichten van microbloedonderzoek onder bepaalde omstandigheden.

In deze serie van 80 „terecht” ingeleide of niet ingeleide patiënten werden vier kinderen met een lage Apgarscore geboren. Bij drie van deze werd echter geen microbloedonderzoek verricht, ondanks de aanwezige indicaties, zodat naar onze smaak de aanduiding „terecht” hier verwarrend werkt.

Bij zes patiënten werd niet volgens de richtlijnen gehandeld. In deze groep werden twee kinderen met een lage Apgarscore geboren.

Eén patiënte werd buiten beschouwing gelaten, daar per ongeluk de vliezen braken.

In feite werd dus bij 77 patiënten volgens de richtlijnen gehandeld en bij negen niet volgens de richtlijnen. Het aantal kinderen met lage Apgarscore bedroeg resp. 1 en 5. Op het eerste gezicht dus een zeer gunstig resultaat.

Het is ons inziens echter niet mogelijk, de vraagstelling: „hebben amnioscopie en microbloedonderzoek een gunstig effect op de neonatale morbiditeit?”, op deze wijze te beantwoorden.

Ten eerste zijn de beide basisgegevens waarmee in dit deel van het verslag gewerkt wordt, vrij vaag. Dit moge ten dele onvermijdelijk zijn, de wijze waarop men tot de diagnose resp. de score kwam, is nauwelijks omschreven.

Ten tweede: bij vier van de kinderen met een lage Apgarscore (nl. 1.1.1.2.b, c en d, en 1.1.2.a) is niet aangetoond en ook niet waarschijnlijk dat bij een juiste behandeling de Apgarscore niet even laag zou zijn geweest. Deze vier gevallen figureren in de — naar onze maatstaven — niet volgens de richtlijnen behandelde groep, zodat in beide groepen één kind met lage Apgarscore (eenmaal = 0) overblijft.

Ten derde: een controlegroep ontbreekt, tenzij men de negen patiënten die om de één of andere reden niet volgens de richtlijnen behandeld werden, als zodanig wil beschouwen — maar dat lijkt ons ontoelaatbaar.

Ook in het overige deel van het verslag komen ons de aan-gevoerde gegevens niet zeer sterk voor:

- In de groepen 2 en 4 hebben amnioscopie en microbloedonderzoek geen effect gehad op de neonatale morbiditeit.

- In groep 3 werd tweemaal de baring ingeleid op grond van de bevindingen bij amnioscopie en zesmaal werd microbloedonderzoek verricht met twee vacuümextracties tot gevolg. Dat alle acht kinderen „goed” waren, zegt niets over hun toestand in het geval dat deze begeleiding achterwege was gebleven, te meer niet daar over de ernst van de ziekte van de moeder niets wordt meegedeeld.

- De groepen 5 en 6 zijn te onvolledig beschreven om conclusies toe te laten.

- In groep 7 lijkt een correlatie aanwezig te zijn tussen pathologische gaswaarden en slechte Apgarscore. Ook hier geldt echter dat geen bewijs geleverd is, dat bij achterwege blijven van het microbloedonderzoek de toestand van de kinderen slechter zou zijn geweest.

De vergelijking van de serotiene zwangeren in 1966 en 1968 is niet goed mogelijk omdat de groepen verschillend gedefinieerd werden. Het is overigens duidelijk dat minder inleidingen verricht werden in 1968. Dit toont echter niet de waarde van de amnioscopie aan, maar is slechts het gevolg van de ingevoerde maatregel. De groepen te vergelijken door middel van de frequentie van kunstverlossingen is een hachelijke onderneming, wanneer juist door het invoeren van nieuwe methoden de attitude ten opzichte van het probleem moet zijn gewijzigd.

Wij menen deze uitvoerige reactie te moeten laten horen omdat in de verloskunde therapeutische en diagnostische methoden worden toegepast waarvan de waarde niet bewezen is. Dat het moeilijk is, deze waarden aan te tonen, bewijst deze publikatie. Slechts zorgvuldig opgezette, gecontroleerde onderzoeken zijn geschikt, in deze leemte te voorzien.

Literatuur: GEVERS, R. H. en P. E. R. RHEMREV (1970) De resultaten van verandering der verloskundige indicaties door toepassing van amnioscopie en microbloedonderzoek. *Ned. T. Geneesk.* 114, 869.

Groningen, 30 juni 1970

H. J. HUISJES
J. L. TORRINGA

De kritiek van HUISJES en TORRINGA is gekenmerkt door het feit dat verschillende passages uit hun verband zijn gerukt. Daardoor geven zij aan het artikel een strekking die door de auteurs van het artikel bepaald niet bedoeld is. Dat begint al door te stellen dat het zwaartepunt van het onderzoek ligt in de groep serotiniteit. Dat mag dan voor wat betreft de amnioscopie ten dele opgaan, 87 gevallen van serotiniteit op 217 met amnioscopie gecontroleerde zwangeren, ingedeeld in 6 groepen van indicaties, maar voor het microbloedonderzoek geldt dat toch zeker niet. Daaromtrent hebben wij vermeld dat in de groep „serotiniteit” 7 maal microbloedonderzoek gedaan werd wegens aflopend meconium of pathologische harttonen.

Vervolgens schrijven zij: „onder terecht wordt kennelijk verstaan dat het doen en laten van de obstetricus in overeenstemming was met de tevoren door hem opgestelde richtlijnen.” Wij menen dat het oordeel „terecht” altijd betrekking heeft op van tevoren opgestelde richtlijnen. Of men deze richtlijnen nu zelf opgesteld heeft, dan wel geaccepteerd heeft van anderen, doet daar niets aan toe of af. Wij hebben bij de groep serotiniteit bedoeld dat volgens bepaalde criteria een aantal baringen terecht of niet terecht inge-

leid is, of dat terecht of niet terecht afgewacht is. Dat tijdens het verloop van deze baringen er driemaal tekortkomingen geweest zijn in de zin van nalaten van microbloedonderzoek, verandert niets aan het feit of het inleiden zelf al of niet terecht was.

Vervolgens schrijven HUISJES en TORRINGA: Het is ons inziens echter niet mogelijk, de vraagstelling: „hebben amnioscopie en microbloedonderzoek een gunstig effect op de neonatale morbiditeit”, op deze wijze te beantwoorden. Wij zijn geheel met HUISJES en TORRINGA eens dat deze vraagstelling op deze wijze niet te beantwoorden is, maar deze vraagstelling komt in ons hele artikel ook niet voor! Door deze vraagstelling tussen aanhalingstekens te plaatsen, suggereren HUISJES en TORRINGA ten onrechte dat wij deze vraag zo geformuleerd hebben. Op grond daarvan zouden wij de opmerkingen onder ten eerste tot ten derde zonder meer naast ons neer kunnen leggen, maar wij zijn toch wel bereid op enkele punten kort in te gaan. Betreffende het onder „ten eerste” genoemde, was het inderdaad uit het oogpunt van plaatsruimte onmogelijk, uitvoerig te vermelden hoe men tot de verschillende diagnoses kwam. Hoe men tot de score kwam, staat kort vermeld, omdat wij het algemeen bekend veronderstelden hoe de aan VIRGINIA APGAR ontleende score tot stand komt. Bij het onder „ten tweede” genoemde staat cursief gedrukt *en ook niet waarschijnlijk*. Wanneer iets zo nadrukkelijk geschreven wordt, verwacht men echter dat daarbij staat waarom iets niet waarschijnlijk is en wat er dan wel waarschijnlijk geacht moet worden. Het is jammer dat dit er nu juist niet bij staat, want met dat antwoord zou een hele werkgroep in onze kliniek beslist gebaat zijn.

Vervolgens wordt er een aantal opmerkingen gemaakt om aan te tonen dat wij bepaalde feiten niet bewezen hebben. Wij hebben echter niets willen bewijzen; wij hebben slechts de resultaten van verandering van ons verloskundig handelen zo kritisch mogelijk willen evalueren, waarbij wij de vinger op de wonde plek van onze eigen tekortkomingen gelegd hebben.

Naar aanleiding van het feit dat er in 1968 duidelijk minder inleidingen verricht werden, wordt opgemerkt, dat dit niet de waarde van de amnioscopie aantoont, maar slechts het gevolg is van de ingevoerde maatregel. Hiermede zijn wij het geheel eens, want wij hebben juist het gevolg van die maatregel bestudeerd. Intussen hadden de ingevoerde maatregelen natuurlijk ook meer inleidingen tot gevolg gehad kunnen hebben, meer kunstverlossingen en een hogere perinatale sterfte. Het vergelijken van groepen door gebruik te maken van de frequentie van kunstverlossingen is inderdaad een hachelijke onderneming, maar hier wordt weer door de commentatoren een enkel facet uit het verband gerukt. Wij hebben namelijk juist vastgesteld dat de perinatale sterfte verminderd was en dat er gelijktijdig sprake was van een daling van de frequentie van de kunstverlossingen; met andere woorden dat de daling van de perinatale sterfte niet verkregen was ten koste van een verhoogd risico voor de moeders door toename van het aantal kunstverlossingen.

Tenslotte is het niet onze bedoeling geweest, nog eens de waarde van amnioscopie en microbloedonderzoek aan te tonen want dat hebben SALING, KUBLI, BRETSCHER, BROWNE, DEROM, THIERY, ROUTH en vele anderen al gedaan, zodat wij kunnen volstaan met naar de desbetreffende literatuur te verwijzen. Wij menen dit uitvoerige weerwoord te moeten laten horen om erop te wijzen dat iets verkeerd lezen erger is dan iets niet te lezen.

Leiden, 15 juli 1970

R. H. GEVERS
P. E. R. RHEMREV