

Verloskunde en vrouwenziekten

Verminderen van de foeto-maternale transfusie door een andere benadering van het nageboortetijdperk. — Meestal is de toediening van anti-D-immunoglobuline aan niet gesensibiliseerde rhesus-negatieve moeders binnen de 36 uur na de geboorte van het kind voldoende om de vorming van antistoffen te voorkomen. De overgang van foetaal bloed naar de moederlijke circulatie schijnt voornamelijk tijdens de baring te geschieden. Soms is de foetomaternale transfusie echter zo massaal, dat deze preventieve maatregel te kort schiet.

TERRY (1970) beschrijft een eenvoudige methode om deze kans te verkleinen, waarbij hij terstond na de geboorte van het kind de moederlijke kant van de navelstreng vrijelijk laat leegstromen. Hierdoor verminderen het volume en de druk van het foetale bloed in de placenta en zal wellicht minder „overflow” plaatsvinden.

Bij 125 vergelijkbare geboorten werd om en om de oude en nieuwe methode beproefd. De mate van transfusie werd vastgesteld door het tellen van foetale erythrocyten in de moederlijke circulatie (KLEIHAUER en BETKE 1960). De invloed van pariteit en ABO-compatibiliteit kon worden uitgesloten. De uitkomsten van het onderzoek toonden aan dat er door het leeg laten lopen van de placenta duidelijk minder foetale cellen in de moederlijke circulatie kwamen.

Deze volkomen onschadelijke methode verdient zeker onze aandacht en nader onderzoek, niet alleen ter voorkoming van de gevolgen van eventuele massale transfusies, maar ook omdat in Nederland nog niet voor alle multiparae anti-D-immunoglobuline beschikbaar is. Het enige denkbare gevaar kan schuilen in het verbloeden van een niet opgemerkt tweede kind in utero.

Literatuur: KLEIHAUER, E. en K. BETKE (1960) *Internist* 1, 292. — TERRY, M. F. (1970) *J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth* 77, 129.

P. G. HART

Diversen

Spironolacton en amenorroe. — Volgens de ervaring van LEVITT (1970) kan spironolacton als bijwerking behalve gynaecomastie bij mannen, ook een secundaire amenorroe bij vrouwen tot gevolg hebben. Van de negen vrouwen tussen de 16 en 40 jaar die de schrijver in twee jaar tijds met spironolacton (100 mg daags) behandelde, kregen zes amenorroe en een zevende oligomenorroe. Na vier tot tien maanden werd de toediening van spironolacton beëindigd. Bij alle patiënten keerde de menstruatie binnen twee maanden terug. Bij één patiënte, die opnieuw spironolacton kreeg, bleef de menstruatie weer weg. De patiënten hadden allen hypertensie en (of) oedeem ten gevolge van glomerulonefritis, lupus erythematodes of een nefrotisch syndroom. De nierfunctie was in de meeste gevallen in belangrijke mate verminderd (creatinineklaring 20 à 70 ml per minuut, eenmaal 110 ml/min.).

Hoewel ook andere geneesmiddelen werden gegeven (prednison, chloorthiazide, reserpine, azathioprine, methyldopa en (of) furosemide), was alleen een verband tussen de toediening van spironolacton en amenorroe aannemelijk.

Literatuur: LEVITT, J. I. (1970) *J. Amer. med. Ass.* 211, 2014.

F. K.

GERECHTELIJKE UITSPRAKEN

ONVERANTWOORDE WAARNEMINGSREGELING
Het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam, oordelend inzake de op 2 september 1969 ingekomen klacht van A, weduwe van B, geboren op . . ., zonder beroep, wonende te Z, klaagster tegen C, geboren op . . ., van beroep huisarts, wonende te Z, verweerder;

Gezien het hier als ingevoegd geldende klaagschrift en gelet op het onderzoek ter zitting van 7 april en 12 mei 1970, alwaar zijn gehoord klaagster, verweerder, bijgestaan door Mr. . . ., advocaat te Z, en als getuigen D, oud . . ., wonende te Z en E, oud . . ., van beroep . . . en wonende te Z, komt op navolgende gronden tot na te melden beslissing.

Door het onderzoek is komen vast te staan: . . .

Uit het onderzoek is voorts gebleken dat verweerder, die reeds hoogbejaard is en de huisartsenpraktijk nog in volle omvang uitoefent, in het betrokken weekend buiten zijn eigen praktijk was belast met de waarneming van de praktijken van vier collegae gedurende de periode van vrijdag 17 uur tot de daarop volgende maandag 8 uur. Zonder dat zulks de gewraakte handelwijze van verweerder kan verontschuldigen, moet wel worden vastgesteld dat een waarnemingsregeling als de genoemde onverantwoord is. Onwenselijk is bepaald dat krachtens een dergelijke regeling een arts gedurende twee dagen en drie nachten, buiten zijn eigen praktijk, die van vier collegae in volle omvang waarneemt. Zulks klemt in dit geval nog temeer, nu ten deze met een dergelijke waarneming was belast een arts, waarvan gezien diens leeftijd (76 jaar), ernstige twijfel kan rijzen of deze nog wel tot de uitoefening van de volledige huisartsenpraktijk in staat moet worden geacht.

Blijkens hetgeen is overwogen heeft verweerder door te handelen zoals hij deed het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ernstig ondermijnd, terwijl het algemeen belang vordert dat het gedeelte der beslissing omtrent de waarnemingsregeling gedurende het weekend wordt bekendgemaakt.

BESLIST:

Berispt verweerder.

Beveelt bekendmaking van het hiervoren weergegeven deel dezer beslissing in de *Nederlandsche Staatscourant* en door toezending met het verzoek om plaatsing aan de redactie van *Medisch Contact* en het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.

Aldus gewezen op 1 juni 1970 onder voorzitterschap van Mr. M. KNAP met als leden-geneeskundigen Dr. M. J. HEERING, F. J. C. WESTERWEEEL, C. LANDHEER plv. en Dr. A. W. M. POMPEN; tegenwoordig in de raadkamer de secretaris Mr. R. BLEKXTOON.

INGEZONDEN

(*Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten*)

**PREVENTIEF ONDERZOEK VAN DE CERVIX
UTERI TER VOORKOMING VAN STERFTE
AAN CERVIXCARCINOOM**

Naar aanleiding van de discussie tussen FURSTNER c.s. en SINDRAM (1970) zou ik nog enkele opmerkingen willen maken.

Bij het afgeven van een uitslag Papanicolaou klasse III geeft men mijns inziens te kennen dat er atypische cellen worden gezien, die op dit moment niet zeker als uiting van

maligniteit zijn te duiden, maar waarbij men zeker rekening moet houden met het feit dat deze atypie wel degelijk van een maligne proces afkomstig kan zijn. Dit rechtvaardigt mijns inziens een verdergaand onderzoek (herhaling cytologie en — indien dit geen bevredigend uitsluitel geeft — biopsie), waarbij voorop dient te staan de beantwoording van de vraag waar de waargenomen atypische cellen vandaan komen.

Pas als er een bevredigend antwoord op deze vraag verkregen is, mag men besluiten van verdergaand onderzoek af te zien. Juist waar het cytologisch onderzoek een belangrijke aanwinst is in de vroege diagnostiek van het portiocarcinoom, behoort een verdenking — die men toch altijd uitsprekt bij het afgeven van Papanicolaou klasse III — behoorlijk geëvalueerd te worden. Als men inderdaad besluit de indeling in klassen van Papanicolaou te gebruiken, lijkt het mij niet juist om in het geval van een Papanicolaou klasse III een afwachthouding aan te nemen, waarbij men bijvoorbeeld gemakkelijk een zich voornamelijk endocervicaal uitbreidend portiocarcinoom, dat in geringe mate naar de portio exfolieert, maar wel aanleiding geeft tot atypie van het overliggende epitheel, over het hoofd kan zien.

Literatuur: FURSTNER, H. J., B. I. MANSSENS en M. B. VAN DER PLAS-CATS (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1351. — SINDRAM, I. S. (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1352.

Middelburg, 12 augustus 1970

F. B. BRONKHORST

Naar aanleiding van het artikel van collega SINDRAM (1970), waarin deze onder meer voorstelde de cytologische bevindingen in een afstrijk van de cervix uteri in te delen in vier klassen, reageren de collegae FURSTNER, MANSSENS en VAN DER PLAS-CATS (1970) met een preciese omschrijving van de door PAPANICOLAOU (1954) voorgestelde indeling in 5 categorieën. Tevens spreken zij de wens uit dat men in Nederland zou kunnen komen tot één, door allen gebruikte en begrepen indeling. Aangezien in beide bijdragen slechts sprake is van een indeling in klassen, of wel een indeling in negatief, verdacht of positief, acht ik het juist, te wijzen op de in deze internationaal heersende opvatting.

Reeds in 1966 stelde FROST in een „Presidential Address” tot de jaarvergadering van de American Society of Cytology: „In the early days of diagnostic cytology, overworked gynaecologists and pathologists starvingly adopted Dr. Papanicolaou's simplified five-cancer categorization which he had devised for his investigation, retrieval and analysis. This could never be considered a diagnostic categorization when one realises there are thousands of diagnoses in systematized nomenclature. This ill usage of an oversimplified investigative cancer-categorization as a diagnostic report has resulted in many unrealistic and confusing reporting systems leading to diagnostic obscurity and misinterpretation of reports.”

Dit alles neemt niet weg dat de indeling volgens Papanicolaou van niet te onderschatten betekenis voor de ontwikkeling van de cytologie is geweest. Aan de inmiddels enorm uitgebreide cytodiagnostische mogelijkheden doet deze, immers nooit als diagnostisch systeem bedoelde classificatie, tekort.

De diagnose Pap. III, IV en V geeft weinig informatie over de aard van de afwijking en blijft zelfs geheel in gebreke wat de te verwachten lokalisatie betreft.

In de „notice to contributors” van de *Acta cytologica*, het officiële orgaan van de International Academy of Cytology staat: „Papers submitted after January 1, 1967, are required

to omit references to the Papanicolaou classification, since no uniformity can be achieved by this system.”

Tijdens het International Tutorial on Clinical Cytology (Wenen, juni 1970), gehouden onder auspiciën van de I.A.C., werd door geen der inleiders gebruik gemaakt van de indeling van Papanicolaou of enige andere indeling in klassen. Cytodiagnosten van wereldnaam stelden hier dat het gebruik van een indeling in klassen bij de tegenwoordige omvang van de cytodiagnostische mogelijkheden als verouderd beschouwd moet worden. De uitslag van een cytologisch onderzoek dient naast een beschrijving van de morfologische kenmerken van de celpopulatie ook een tentatieve diagnose van de afwijking en de lokalisatie van de laesie te omvatten. Een zeer uitvoerige en bijzonder heldere beschrijving van de verschillende intra-epitheliale laesies van de cervix uteri werd gegeven door PATTEN (1969) in zijn monografie: *Diagnostic cytology of the uterine cervix*.

De voor de cytodiagnostiek nu vrijwel algemeen gebruikelijke terminologie is gebaseerd op het S.N.O.P.-systeem (systematized nomenclature of pathology), dat de laatste jaren op verschillende punten werd aangepast.

Op korte termijn zal door de W.H.O. een, in overleg met de International Academy of Cytology opgestelde nomenclatuurlijst worden uitgegeven (ca. eind 1970). Ook is een op deze terminologie gebaseerde serie diapositieven in voorbereiding naar het model van de reeds bestaande series van de histologische classificatie van tumoren.

Temeer omdat wij in Nederland nog moeten komen tot eenvormigheid van cytologische diagnoses, lijkt het dwingend, dat wij ons conformeren aan de internationaal gebruikelijke nomenclatuur en afstand doen van een indeling in klassen.

Literatuur: FROST, J. K. (1966) *Acta cytologica*, **10**, 311. — FURSTNER, H. J., B. J. MANSSENS en M. B. VAN DER PLAS-CATS (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1351. — PATTEN, S. F. (1969) *Diagnostic cytology of the uterine cervix*. S. Karger, Bazel, New York. — SINDRAM, I. S. (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 916 en 1352.

Nijmegen, 12 augustus 1970

G. P. VOOYS

Het is mij niet duidelijk op grond waarvan collega Vooys zegt, dat ik een cytologische indeling in 4 klassen voorsta. Ik heb t.a.v. de cytodiagnostiek slechts één wens, nl. dat deze zó duidelijk is, dat de clinicus weet waar hij aan toe is en wat hij doen moet.

Vanzelfsprekend moet worden gestreefd naar een internationaal aanvaarde nomenclatuur, die in theorie kan leiden tot eenvormigheid van cytologische diagnoses. Of hiermee de individuele variatie in de beoordeling van de preparaten kan worden opgeheven, waag ik te betwijfelen.

Voor de praktijk echter komt het er op aan, dat de gynaecoloog weet wat „zijn” cytoloog bedoelt met een bepaalde uitspraak. Een goede samenwerking en voortdurend overleg tussen cytodiagnost, gynaecoloog en patholoog-anatoom zijn daarvoor een eerste vereiste.

Amsterdam, 17 augustus 1970

I. S. SINDRAM

RESORPTIE OF ABSORPTIE?

Collega KLEIN OBBINK (1970) stelt de vraag aan de orde, of wij niet beter de gebruikelijke term resorptie kunnen vervangen door absorptie; hij geeft daarvoor diverse redenen.

Ik zou daarop willen antwoorden, dat onze vaktermen