

DUOGYNON

Vraag Nr. 27. In mijn praktijk van jonge adolescenten schrijf ik dikwijls het middel Duogynon (2 tabletten) voor, voornamelijk indien een „over tijd zijn” op grond van bv. emotionele factoren waarschijnlijk is. Ik laat de patiënte na 10 dagen terugkomen; indien geen duidelijke bloeding plaatsvond, doe ik dan de pregnosticonplanotest om een eventuele graviditeit te kunnen aantonen, plus inwendig onderzoek. Sommige gynaecologen keuren dit regime af. Duogynon zou i.v.m. vruchtbeschadiging niet als zwangerschapstest (hetgeen het op verkapte wijze is) mogen worden gebruikt. Andere gynaecologen gebruiken het middel echter wel.

Is mijn regime correct en zo neen, wat is het alternatief? Op theoretische basis kom ik er niet uit; noch van de gestagene, noch van de oestrogene inhoud is mij een teratogene werking bekend (vgl. vrouwen die normale baby's kregen ondanks het feit dat ze in het begin van de graviditeit nog één à twee cycli ovulatieremmers gebruikten, maar kennelijk enige pillen vergaten; het beschermende gestagene effect op graviditeit kan moeilijk teratogeen werken).

Misschien is de genoemde vruchtbeschadiging een angst om via bloeding een abortus te provoceren? Dan zou toch de oestrogene inhoud zeer veel hoger moeten zijn, tot waarden als bv. in de „morning after pill”? Afgezien of dit mogelijk is!

Ik kom niet uit dit endocrinologische en ethische probleem, vooral omdat de mij consulterende patiënten dikwijls zeer gelukkig zouden zijn indien een medicamenteus opgewekte abortus mogelijk zou zijn.

Kunt U mij inlichten, zowel endocrinologisch als ethisch, over deze aspecten rondom Duogynon en de „morning after pill”?

Antwoord. Duogynon bevat per tablet 10 mg norethisteron-acetaat en 20 microgram ethinyloestradiol. Het wordt op grote schaal gebruikt als zwangerschapstoets en wordt ook openlijk (en niet verkapt) als zodanig aangeprezen.

Wanneer binnen enkele dagen na het staken van een 2-daagse toediening een bloeding optreedt, is zwangerschap vrijwel uitgesloten. Wanneer de bloeding uitblijft, is zwangerschap, vooral bij overigens gezonde, jonge vrouwen, zeer waarschijnlijk. De proef is eenvoudig en geeft al sterke aanwijzingen op een moment waarop andere, meer betrouwbare methodes nog niet toegepast kunnen worden. Door bovendien de vrouw in kwestie na 10 dagen te laten terugkomen voor een hernieuwd onderzoek, nu naar de uitscheiding van gonadotropinen (HCG), en dit te combineren met een gynaecologisch onderzoek en een gesprek, wordt de hoogst denkbare graad van zorgvuldigheid bereikt.

Het door vraagsteller toegepaste regime kan dan ook voorbeeldig genoemd worden in die gevallen waarin een zo snel mogelijke informatie over het al of niet bestaan van zwangerschap van grote betekenis lijkt te zijn.

Wanneer er geen reden bestaat, over het al of niet bestaan van zwangerschap zo spoedig mogelijk geïnformeerd te raken, zijn er wel theoretische argumenten om de Duogynon-proef achterwege te laten, maar tot dusverre geen praktische. Zwangerschapsreacties die berusten op het aantonen van bepaalde uitscheidingsproducten, kunnen nu eenmaal nooit nadeel veroor-

zaken, terwijl dit bij het toedienen van welke stof dan ook aan de mogelijkerwijs zwangere vrouw wel denkbaar is. De resistentie van het embryo tegen oestrogenen is echter bijzonder hoog gebleken en in zeer vele gevallen bleek een veel hogere oestrogeendosis dan in Duogynon ook in de zeer jonge graviditeit goed verdragen te worden.

De veel aangehaalde mededeling van BONGIOVANNI (1959) dat hoge doses oestrogenen vroeg in de zwangerschap tot virilisatie van vrouwelijke vruchten zouden kunnen leiden, staat nog steeds op zichzelf. Bovendien vindt de toediening van oestrogenen bij de Duogynon-toets plaats op een moment waarop een dergelijke invloed uitgesloten is te achten.

Hetzelfde geldt voor norethisteron, waarvan volgens enkele publikaties zeer hoge doses in uiterst zeldzame gevallen masculinisatie van de vrouwelijke foetus zouden kunnen geven. Indien dit al waar is, dan toch pas tussen de 6e en 12e zwangerschapsweek, dus zeker niet op het tijdstip waarop de toets wordt verricht.

Zowel endocrinologisch alsook ethisch kan in de door vraagsteller bedoelde situaties het gebruik van Duogynon aanvaardbaar genoemd worden in het licht van wat er tot dusverre op dit gebied bekend is.

De gedachte dat men met een oestrogeentoediening ter sterkte van de „morning after pill” of zelfs nog sterker een zwangerschap die het nidatiestadium al is gepasseerd, zou kunnen afbreken of in gevaar brengen, wordt algemeen verworpen. De „morning after pill” grijpt niet aan op de zygote maar op de mogelijkheid tot nidatie. Na de nidatie kan met hoge doses oestrogenen evenmin als met Duogynon een zwangerschap verstoord worden. Het heeft dus ook geen zin pogingen in die richting te ondernemen, zodat het ethische aspect daarvan buiten beschouwing kan blijven.

INGEZONDEN

BIJKOMEN TIJDENS NARCOSE

Naar aanleiding van vraag Nr. 18 (1971) zou ik graag het volgende willen opmerken:

De steller van vraag 18 constateert dat bij een onjuiste uitvoering van een algemene anesthesie de patiënt soms het bewustzijn herkrijgt. De vraagsteller wil dan door toediening van bepaalde stoffen een amnesie voor deze periode bereiken.

Beter lijkt mij, de onjuiste uitvoering van de anesthesie te veranderen of te voorkomen. Daartoe moet worden ingegaan op de oorzaken van dit bewust doormaken van episoden tijdens een ingreep.

Deze onaangename complicatie komt volgens de literatuur het meest voor wanneer patiënten worden gecurariseerd en beademd met een mengsel van lachgas en zuurstof en dan kennelijk te weinig analgetica krijgen toegediend.

Oogbewegingen, fronsen, wijder worden van de pupillen, tranen, zweten, bloeddruk- en polsfrequentieveranderingen en een hogere insufflatiedruk, nodig om de longen te ventileren, kunnen ons erop attenderen dat de patiënt pijn heeft. Dan dient onverwijld de anesthesie dieper te worden gemaakt met een analgeticum, bv. pethidine, of door toevoeging van halothaan of Penthrane. Dat houdt in dat de patiënt voortdurend dient te worden geobserveerd.

In het antwoord op de gestelde vraag werd reeds ingegaan op een te laag percentage lachgas. Een andere oorzaak is een

te lage „flow” verse narcose-gassen, ook al geven wij de juiste verhouding. Vooral in het begin van de anesthesie moeten grote hoeveelheden lachgas in het lichaam gedistribueerd worden. EASTWOOD (1970) is van mening dat men in het begin van een anesthesie minstens een flow van 10 liter per minuut moet geven. Deze grote flow is ook nodig om de buitenlucht uit het cirkelsysteem te „spoelen” (WATERS 1968). Verder dienen wij het lachgas de tijd te gunnen om een voldoende concentratie in het lichaam op te bouwen voordat de chirurg met zijn werk begint (WATERS). Vooral is dit het geval indien inleidingsmiddelen worden gebruikt die te snel zijn uitgewerkt (bv. methohexital of propanidid — beter is thiopental te gebruiken).

Van belang is ook, de patiënt in het begin van de operatie — wanneer de anesthesist het meest te doen heeft — goed te ventileren.

Een laatste oorzaak vormen de automatische ventilatoren; dit gebeurt wanneer er een discrepantie is tussen de instelling van de ventilator en de aanvoer van verse gassen (WATERS).

Tenslotte wijs ik nog op de preoperatieve anxiolyse. Een goed gesedeerde patiënt zal minder snel het bewustzijn terugkrijgen tijdens een ingreep, dan een patiënt die geen anxiolytica krijgt toegediend voor de inleiding van een anesthesie.

Literatuur: EASTWOOD, D. W. (1970) Commentaar. *Surr. Anesth.* **14**, 439, op: SIA, R. L. (1969) Consciousness during general anesthesia. *Anesth. Analg. Curr. Res.* **48**, 363. — Vraag Nr. 18 (1971) *Ned. T. Geneesk.* **115**, 971. — WATERS, D. J. (1968) Factors causing awareness during surgery. *Britt. J. Anesth.* **40**, 259.

Alkmaar, juni 1971

H. EPPENS

Collega EPPENS gaat er, evenals de vraagsteller, van uit dat bijkomen tijdens narcose uitsluitend berust op een onjuiste techniek. Terecht acht collega EPPENS het gewenst de onjuiste uitvoering te veranderen of beter nog te voorkómen. De door hem voorgestelde maatregelen zullen door iedere anesthesist onderschreven worden. Ongetwijfeld is adequate sedering van groot belang. De vraag blijft echter of, ook als de patiënt „ogensijnlijk adequaat genarcotiseerd lijkt” (een standpunt waarvan wij bij de beantwoording van de vraag met opzet ook zijn uitgegaan), hij of zij inderdaad ook niets gehoord of gevoeld heeft. Algemene anesthesie impliceert niet een „complete” blokkering van neurale functie. In een recente publikatie besteden CHERKIN en HARROUN (1971) aandacht aan deze kwestie. Het auditore systeem van de kat en het visuele systeem van de aap blijven functioneel bij stadia van anesthesie die de formatio reticularis deprimeren tot het niveau van bewusteloosheid. Bij de mens speelt individuele variatie een grote rol. Bij sommige patiënten kan dit volgens deze auteurs, indien een lichte anesthesie samengaat met auditieve informatie van voor de patiënt hoog emotioneel gehalte, resulteren in een herinneringsconsolidatie die voldoende sterk is voor een spontane herinnering of die slechts onder hypnose geactiveerd kan worden. Zij zijn dan ook van mening dat de lichte stadia van moderne anesthesie aan de aanwezigen bij een operatie beperkingen opleggen; conversaties die zouden kunnen resulteren in psychologische herinneringsresten, moeten vermeden worden. Omgekeerd zijn belangrijke factoren die bijdragen tot een grote waarschijnlijkheid van amnesie: ononderbroken houden van de anesthesie en afwezig zijn van „auditory input of high emotional content”.

Literatuur: CHERKIN, A. en PH. HARROUN (1971) Anesthesia and memory processes. *Anesthesiology* **34**, 469.

REDACTIE

BOEKAANKONDIGINGEN

H. FRANGENHEIM, *Die Laparoskopie und die Kuldoskopie in der Gynäkologie*. Lehrbuch und Atlas. 2e druk. 111 bl., 76 fig. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1971. Prijs: ingen. DM. 39,—.

Het endoscopische onderzoek van de organen in het kleine bekken heeft de laatste jaren een vaste plaats gekregen bij de onderzoeksmethoden in de gynaecologische kliniek. In deze monografie wordt een helder en beknopt overzicht gegeven van de techniek, de mogelijkheden, de indicaties en de contra-indicaties van laparoscopie en culdoscopie. De door de schrijvers genoemde toepassing van de laparoscopie bij de diagnostiek van ontstekingsprocessen in de onderbuik biedt, naar mijn mening, meer nadelen dan voordelen. Terecht betoogt de schrijver dat deze methode van onderzoek slechts door enkele ervaren gynaecologen in de kliniek uitgevoerd mag worden.

Voor wie zich op dit terrein snel en goed wil oriënteren, kan dit boekje zeker worden aanbevolen.

A. SIKKEL

J. I. P. JAMES, *La scoliose*. Uit het Engels vertaald. 240 bl., 123 fig. Masson & Cie., Parijs 1971. Prijs: geb. Fr. fr. 70,—.

Het bekende boek van JAMES over scoliose is nu van het Engels in het Frans vertaald. Het is één van de beste boeken die er de laatste jaren op het gebied van de orthopedie zijn verschenen. JAMES heeft orde geschapen in de chaos omtrent de scoliose. Hij heeft in dit boek in eenvoudige, heldere taal een overzicht gegeven van onze huidige kennis van dit probleem; hij heeft een logische indeling gegeven, de verschillende vormen beschreven, de prognose van de verschillende vormen aangeven en hij heeft met behulp van deze gegevens duidelijke regels voor de therapie opgesteld.

Dit boek is een onmisbare handleiding voor een ieder die patiënten met scoliose moet beoordelen.

M. J. KINGMA

G. VOURC'H, J. DE CASTRO, P. GAUTHIER-LAFAYE, J. F. GIUDICELLI en P. VIARS, *Les analgésiques et la douleur*. 584 bl., 96 fig. Masson & Cie., Parijs 1971. Prijs: geb. Fr. fr. 150,—.

Onder de titel *Les analgésiques et la douleur* verscheen onder auspiciën van de Société Française d'Anesthésie, d'Analgésie et de Réanimation een boekwerk van maar liefst 584 bladzijden. De auteurs spreken in vijf hoofdstukken uitgebreid over „les analgésiques”; „la douleur” komt nauwelijks ter sprake, „le malade” in het geheel niet!

Een uitstekend werk voor wie zich vertrouwd wil maken met de farmacologische werking van de analgetica en de toepassing van analgetica voor, tijdens en na de narcose. Een uitstekend werk ook voor degene die zich wil verdiepen in de mogelijkheden van de proefopstellingen zoals deze bij het pijn-onderzoek gebruikelijk zijn.

Nicomorfine (Vilan) wordt niet besproken, wel uitgebreid het veelbelovende pirinitramide (Dipidolor). Het is niet duidelijk welke schrijvers voor welk hoofdstuk verantwoordelijk zijn. Het gebruikte lettertype van het boek is niet prettig. De schema's zijn overzichtelijk en leerzaam.

Aanbevolen voor degenen die zich willen verdiepen in de farmacologische aspecten van de pijnstilling.

JOH. SPIERDIJK