

inzicht in zijn taak als keurend arts en in de functie van de aanstellingskeuring. In het besproken geval zou het beter zijn gelopen als de heer C was beoordeeld door een deskundig keurend arts (dat behoefde geen psychiater te zijn), die omtrent de mogelijkheden van en voor de heer C met de psychotherapeut overleg had gepleegd;

heeft de keurende arts van de heer D een gemakkelijke maar oneerlijke weg gevolgd. Ook zou die oneerlijkheid, als zij aan het licht komt, ten nadele van D kunnen werken. Het is daarom nogal discutabel of — zoals de auteur stelt — dit „voor onze patiënt de voordeligste oplossing” was. Een betere oplossing was het geweest, wanneer de keurende arts de heer D zonder meer geschikt had verklaard, zonder toelichting of gegevens als de opdrachtgever tot keuring geen arts was geweest en in het geval dat de „superieur” een medische instantie was, met motivering van de geschiktverklaring tegen de achtergrond van de hierboven geformuleerde richtlijnen voor aanstellingskeuringen.

Ter afronding van deze kanttekeningen kom ik tot de slotsom, dat er niet zozeer en zeker niet alleen sprake is van een in diskrediet gebrachte psychotherapie, maar veeleer van een combinatie van onbekendheid met de doelstellingen van de aanstellingskeuring en ondeskundigheid op het gebied van het verrichten daarvan.

Literatuur: GOUDSMIT, W. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1921. — Rapport „Maatschappelijke aspecten van aanstellingskeuringen” (1972) *T. soc. Geneesk.* 50, Nr. 22, suppl. 4; (1973) *T. soc. Geneesk.* 51, Nr. 18.

Voorburg, 1 maart 1974

Y. VAN DER WIELEN

Voor de reactie van collega VAN DER WIELEN ben ik bijzonder erkentelijk. Hij geeft een noodzakelijke aanvulling aan het door mij in de klinische les gestelde. Als psychiater heb ik gemeend de bijzonderheden van de geneeskundige keuring niet te moeten bespreken, omdat ik mij op dit gebied niet voldoende deskundig acht. Daarom temeer vind ik het prettig dat VAN DER WIELEN deze aanvulling wel geeft.

Groningen, 6 maart 1974

W. GOUDSMIT

Diabetes en graviditeit

Het caput selectum van collega VAN RIET e.m. (1974) heeft ons ten zeerste verbaasd omdat het hierin gepropageerde t.a.v. de zwangere diabetica vrijwel geheel overeenkomt met het beleid, beschreven in een artikel van M. E. SMORENBERG-SCHOORL e.m. uit 1970, afkomstig van de Amsterdamse Universiteitskliniek waar Prof. HASPELS in de jaren 1963 tot 1967 zijn opleiding heeft genoten. In bedoeld artikel uit 1970 wordt o.a. uiteengezet dat Prof. KLOOSTERMAN de gedachtengang ontwikkelde dat kinderen van diabetische moeders, als gevolg van een vergroot aanbod van glucose overmatig groeiden, waardoor soms te hoge eisen aan hun overigens normale placenta worden gesteld, wat tot relatieve placenta-insufficiëntie en zelfs tot intra-uteriene vruchtdood kan leiden. Om deze relatieve placenta-insufficiëntie zo goed mogelijk te voorkomen, werd getracht de moederlijke glucose-spiegels zo laag mogelijk te houden en als verdere voorzorgen werden zoutloos dieet vanaf de 20e week en klinische bedrust vanaf de 36e week ingesteld. Het resultaat in de jaren 1963 t.m. 1968 was een perinatale

sterfte van 4 kinderen op een totaal aantal van 82 kinderen uit moeders met manifeste diabetes mellitus, dat is 4,9 pct! Sindsdien is dit percentage nog verder gedaald.

Dit Nederlandse cijfer is dus beduidend lager dan de getallen die in het caput selectum worden vermeld, en het is zelfs een der laagste ter wereld! Het vormt daarom een sterke steun voor het behandelingsschema in de kliniek van KLOOSTERMAN en zeer terecht heeft HASPELS dit overgenomen. Het verbaast ons echter ten zeerste dat hij de bron niet heeft vermeld.

Literatuur: RIET, H. G. VAN, J. KAL en A. A. HASPELS (1974) Diabetes en graviditeit. *Ned. T. Geneesk.* 118, 131. — SMORENBERG-SCHOORL, M. E., J. KLOMP, A. H. C. SLUYTER en R. DE LEEUW (1970a) De behandeling van de diabetische zwangere. *Ned. T. Geneesk.* 114, 749; (1970b) *Ned. T. Verlosk.* 4, 341.

Amsterdam, februari 1974

J. KLOMP

M. E. SMORENBERG-SCHOORL

Oorspronkelijk werd een klinische les en een caput selectum over diabetes en graviditeit aan dit tijdschrift aangeboden. In de klinische les werd duidelijk aangegeven dat de beschreven behandeling stoelde op de ervaringen van de Amsterdamse Vrouwenkliniek (hoofd: Prof. Dr. G. J. KLOOSTERMAN); het caput selectum werd reeds gepubliceerd. In onze klinische les vermeldden wij de minitieuze behandeling die door collega SLUYTER in de Amsterdamse kliniek werd ingevoerd, en die SMORENBERG-SCHOORL e.m. destijds in een verenigingsverslag hebben beschreven.

Het begrip relatieve placenta-insufficiëntie is gemeengoed geworden bij de leerlingen van KLOOSTERMAN, zozeer zelfs dat het bij anderen als vanzelfsprekend bekend wordt verondersteld. Dit is een compliment voor onze leermeester!

Overigens wordt in het nieuwe Nederlandse leerboek *De voortplanting van de mens* — onder hoofdredactie van KLOOSTERMAN — in het hoofdstuk over diabetes en zwangerschap het hierbovengenoemde verenigingsverslag niet vermeld. De literatuurverwijzingen naar SMORENBERG-SCHOORL e.m. (1970a en b) betreffen beide gelijklopend dit verenigingsverslag. Jammer dat de voortreffelijke resultaten uit de Amsterdamse Vrouwenkliniek het tot dusver niet verder hebben gebracht dan tot een verenigingsverslag.

Utrecht, februari 1974

H. G. VAN RIET

J. KAL

A. A. HASPELS

Het artikel van H. G. VAN RIET, J. KAL en A. A. HASPELS (1974), een bijeenkomst met collegae uit andere Universiteitsklinieken en discussies in eigen kring brengen mij tot het schrijven van een reactie, die niet bedoeld is als kritiek, maar om opmerkelijke punten te signaleren en enkele vragen te formuleren.

Diagnostiek

Het lijkt erop dat iedere kliniek niet alleen een eigen indeling van „diabetes” hanteert, maar ook eigen diagnostische methoden volgt. Sommigen spreken van „diabetes” als de bloedsuiker $\frac{1}{2}$ à 1 uur na een standaardlunch een bepaalde waarde te boven gaat, maar de meesten houden vast aan de „gewone” Glucose Tolerantie Test. Is deze normaal, dan wordt soms alsnog een GTT na belasting met prednison verricht, of een intraveneuze GTT.

Beoordeling GTT

Als voorbij wordt gegaan aan verschillen in de bepalingmethode van bloedsuikers (veneus bloed dan wel capillair; enzymatisch dan wel chemisch) is een volgend controversieel punt dat der eigenlijke beoordeling van de GTT. De criteria die door VAN RIET c.s. worden genoemd, verschillen van die van de British Diabetic Association, van die welke TERPSTRA (1967) genoemd heeft, van die welke voorlopig werden geadviseerd door de WHO (1969) en van die welke in onze kliniek maar ook elders worden gebruikt. Ook nog andere eisen worden wel gehoord, zoals over het tijdstip van de top, de vlakheid van de curve, en het verschil tussen de nuchtere en de 2-uurswaarde. Vergelijkingen tussen groepen patiënten die in verschillende klinieken onder deze diagnose werden behandeld, zijn daardoor van twijfelachtige waarde. Vergelijking is alleen mogelijk van patiënten die streng zijn geselecteerd (naar van tevoren afgesproken criteria), zowel naar anamnese (fetal loss bv.) als naar diagnose in de diabetes-groep.

Indeling

Een volgende vraag is, of we de ernst van een stoornis mogen aflezen aan de mate van afwijking in de GTT. Dit kan gevolgen hebben voor de aanpak van de aandoening bij de individuele patiënt. Ik meen dat we een patiënte met één afwijkende waarde van één GTT „the benefit of the doubt” moeten geven. Ik vind het dan ook juist dat VAN RIET c.s. verschillende GTT's in de zwangerschap vraagt. Als diabetes mellitus wordt veroorzaakt door een absoluut of relatief tekort aan insuline, lijkt een positief antwoord op de gestelde vraag voor de hand te liggen. Toch meende TERPSTRA (1967) een ontkennend antwoord te moeten geven, hoewel deze auteur stelt dat „lichte” diabetes dikwijls gepaard gaat met een normale nuchtere bloedsuikerwaarde, wat een aanwijzing is in tegengestelde richting.

In het caput selectum van VAN RIET c.s. wordt de volgende indeling gemaakt:

a. potentiële diabetes mellitus; de een aanvaardt deze als een realiteit, terwijl de andere het bestaan ervan verwerpt, als voor dat moment en voor die patiënte blijkbaar van geen belang;

b. latente diabetes mellitus; sommigen spreken altijd van „zwangerschapsdiabetes” — een vorm van latente diabetes — als de GTT tijdens de zwangerschap een door hen geaccepteerde norm overschrijdt, terwijl de schrijvers en ook de indeling van de British Diabetic Association (FITZGERALD en KEEN 1964) als eis voor de diagnose stellen dat de GTT buiten de zwangerschap normaal moet zijn;

c. manifeste diabetes mellitus; het doet onlogisch aan (om toch een kritisch geluid te laten horen) dat hieronder ook de patiënten worden gerekend met een stoornis in de koolhydraatstofwisseling die *niet* manifest is, maar subklinisch of chemisch wordt genoemd. Moet iedere afwijking van de normale GTT, die buiten een stress-situatie wordt gevonden, dan een manifeste diabetes worden genoemd?

De indeling zoals de British Diabetic Association geeft (vrijwel letterlijk overgenomen door de WHO) bevat evenmin geheel; volledigheidshalve een résumé daarvan:

a. potentiële diabetes, ongeveer zoals VAN RIET c.s. omschrijft;

b. latente diabetes, zoals door VAN RIET beschreven; bovendien wordt daarbij de afwijkende GTT onder invloed van cortison genoemd, of bij een andere vorm van belasting;

c. a-symptomatische diabetes, met een naar mijn gevoel

moelijk te begrijpen opgave van bloedsuikerwaarden die nodig zijn om iemand tot deze groep te kunnen rekenen;

d. klinische diabetes.

Op grond van de voorgaande overwegingen ben ik tot de volgende indeling gekomen:

a. potentiële diabetes, zoals omschreven door FITZGERALD en KEEN, waarbij het van nut is deze groep patiënten na een tiental jaren nog eens aan een GTT te onderwerpen. Dat zelfde geldt voor de volgende 2 groepen:

b. latente diabetes, zoals omschreven in het artikel van VAN RIET c.s. Herhaalde malen zagen wij een gestoorde GTT bij missed abortion e.d., terwijl deze proef bij latere, normaal verlopen zwangerschappen, normaal bleek te zijn!

c. chemische diabetes, waarbij de GTT ook zonder stress een lichte afwijking vertoont;

d. sub-klinische diabetes („class A” diabetes volgens sommigen) waarbij de GTT een ernstige afwijking vertoont (zowel nuchtere waarde, top, als 2-uurswaarde te hoog) maar zonder klinische symptomen, in tegenstelling tot bij:

e. klinisch manifeste diabetes, waarbij de GTT eveneens sterk gestoord is.

Behandeling

Ook verschilt men van mening over de vraag of een patiënte met een „foutje” in de GTT altijd behandeld moet worden, dan wel dat men slechts die personen behandelt bij wie met grote mate van waarschijnlijkheid de stoornis in de koolhydraat-vetstofwisseling „actief” is, afgaande op de symptomen en de familie-anamnese zoals in het caput selectum naar voren werd gebracht. Ook ten aanzien van de behandeling zelf bestaan verschillen in inzicht, bv. over het al of niet geven van insuline zelfs bij normale bloedsuikerwaarden. Naar mijn mening vragen de groepen onder d en e om een nauwgezette begeleiding en behandeling tijdens de zwangerschap zoals VAN RIET c.s. heeft beschreven; bij de andere groepen hangt dit mede af van de verloskundige anamnese en van de huidige verloskundige omstandigheden.

Conclusie

Als het zou lukken na onderling overleg tot een indeling te geraken die voor enkele klinieken acceptabel is, wordt een gelegenheid geschapen om een aantal diagnostische en therapeutische problemen in een prospectieve opzet tot een oplossing te brengen.

Literatuur: FITZGERALD, M. G. en H. KEEN (1964) Diagnostic classification for diabetes. *Brit. med. J.* 1568. — RIET, H. G. VAN, J. KAL en A. A. HASPELS (1974) Diabetes en graviditeit. *Ned. T. Geneesk.* 118, 131. — TERPSTRA, J. (1967) Uitvoering en interpretatie van de glucosetolerantieproef. *Ned. T. Geneesk.* 111, 875. — WEYU CHEN, A. PALAV en V. TRICOMI (1972) Screening for diabetes in a prenatal clinic. *Obstet. and Gynec.* 40, 567. — WHO (1969) Vertaling van het WHO rapport over terminologie van diabetes mellitus. *Ned. T. Geneesk.* 113, 535.

Tilburg, februari 1974

P. J. H. VAN VUGT

In het caput selectum van VAN RIET e.a. (1974) wreekt zich het ontbreken van de inbreng van de kinderarts. Dit is des te opmerkelijker daar de doelstelling van het caput selectum juist is, te wijzen op de verhoogde perinatale sterfte (met andere woorden ook de neonatale sterfte!) bij de door diabetes mellitus gecompliceerde zwangerschap.