

Keel-neus-en oorheekunde

Anaërobe infecties van de neusbijholten

Het kweken van micro-organismen uit de etter van een ontstoken bijholte van de neus is altijd een moeilijke zaak geweest. Vermenging met al of niet pathogene neusflora is alleen maar te vermijden als men de etter langs een andere weg (en dat wil in dit geval zeggen, langs een externe, operatieve weg) wint.

FREDERICK en BRAUDE (1974) hebben nog een tweede zwak punt gevonden bij het kweken, en dus bij het trekken van conclusies uit de resultaten van de kweek. In 43 van 83 monsters pus vonden zij duidelijk groei van anaërobe micro-organismen. Bij 26 kweken werden niet anders dan anaërobe micro-organismen gevonden; 21 kweekproeven toonden geen micro-organismen. In 23 gevallen vonden zij een sterke groei van anaërobe micro-organismen en slechts in 3 van een aëroë flora. Anaërobe streptokokken waren verre in de meerderheid (16 cultures).

Het spreekt van zelf dat deze anaërobe kweek lege artis moet worden verricht. De details van de techniek worden in het artikel vermeld. Het lijkt zeker van betekenis voor degenen die belang stellen in de verwekkers van sinusitis, met de uitkomsten van dit onderzoek terdege rekening te houden.

Literatuur: FREDERICK, J. en A. I. BRAUDE (1974) Anaerobic infection of the paranasal sinuses. *New Engl. J. Med.* 290, 135.

L. B. W. JONGKEES

Verloskunde en vrouwenziekten

Rubella-immunisatie tijdens de zwangerschap

Helaas komt het nog wel eens voor dat een vrouw met een jonge zwangerschap wordt geïmmuniseerd met rubella-vaccin. Ongeveer 15% van de vrouwen in de vruchtbare periode van hun leven blijken serologisch negatief te reageren. Alleen zij lopen dus bij immunisatie het risico van viremie en een mogelijke transplacentaire infectie van de foetus. LARSON en medewerkers (1971) beschreven 9 zwangeren die per ongeluk rubella-vaccin hadden gekregen; bij 2 van hen kon rubella-virus uit het zwangerschapsprodukt worden geïsoleerd. BOLOGNESE en medewerkers (1972) vaccineerden 34 zwangeren die toch een therapeutische abortus zouden

ondergaan. Van deze vrouwen waren er 8 vóór de vaccinatie sero-negatief. In geen enkel geval kon het virus uit de placenta of de foetus worden geïsoleerd. VAHERI e.a. (1972) gaven aan 35 vrouwen die abortus provocatus zouden ondergaan, het rubella-vaccin. Van deze vrouwen reageerden er 24 vóór de immunisatie negatief; in 6 placentae en bij 1 foetus was het virus aantoonbaar.

EBBIN e.a. (1973) komen met de grootste serie. Zestig vrouwen kregen per ongeluk rubella-vaccin toegediend tijdens de eerste weken van hun zwangerschap. Van 9 vrouwen was tevoren bekend dat zij vóór de immunisatie sero-negatief reageerden, dus gevoelig waren voor het vaccin. Zes van deze vrouwen kregen een normaal, gezond kind, bij twee volgde een spontane abortus en éénmaal werd abortus opgewekt. Alleen in het geval van de therapeutische abortus kon het virus in het zwangerschapsprodukt worden aangetoond.

Van 51 vrouwen was vóór de immunisatie niet bekend of zij al dan niet antistoffen tegen rubella-virus bezaten. Bij 13 vrouwen werd de zwangerschap kunstmatig afgebroken; één vrouw kreeg een spontane abortus. Er werden 34 normale kinderen geboren (1 maal een tweeling); 1 vrouw kreeg een à terme-kind, dat 5 dagen post partum aan hyaliene-membranenziekte overleed, 1 kind stierf aan praematuritas en 1 kind had een geruis aan het hart. Opmerkelijk is dat 83% van de vrouwen na de immunisatie geen contraceptie toepasten. Slechts in één geval (therapeutische abortus) kon het virus worden geïsoleerd. Uit deze cijfers mag niet worden geconcludeerd dat immunisatie met rubella-vaccin tijdens de zwangerschap ongevaarlijk is voor de foetus, aangezien vrijwel nooit tevoren wordt bepaald of de vrouw reeds rubella heeft doorgemaakt. Misschien heeft het verzwakte virus waarmee geïmmuniseerd wordt wel minder teratogene eigenschappen dan het natuurlijke virus. Bovendien bestaan er verschillen tussen de stammen waarmee gevaccineerd wordt; afhankelijk van het gebruikte preparaat.

Literatuur: BOLOGNESE, R. J., S. L. CORSON, J. L. SEVER, D. A. FUCCILLO, K. M. LAKOFF en L. KLEIN (1972) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 112, 903. — EBBIN, A. J., M. G. WILSON, S. B. CHANDOR en P. F. WEHRLE (1973) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 117, 505. — LARSON, H. E., P. D. PARKMAN, W. J. DAVIS, H. E. HOPPS en H. M. MEYER (1971) *New Engl. J. Med.* 284, 870. — VAHERI, A., T. VESIKARI, N. OKER-BLOM, M. SEPPALA, P. PARKMAN, J. VERONELLI en F. ROBBINS (1972) *New Engl. J. Med.* 286, 1071.

P. G. HART

INGEZONDEN

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

Resultaten en ervaringen met donorinseminatie

Met meer dan gewone belangstelling nam ik kennis van collega SWAABS (1974) voortreffelijk overzicht van zijn ervaringen met KID, aangezien meer dan vijftien jaren lang hij en ik vrijwel de enigen zijn geweest die in Nederland deze behandeling toepasten. Het spreekt wel vanzelf dat ik zijn

bevindingen vergeleken heb met die van mij en in tal van opzichten een grote mate van overeenstemming heb kunnen vaststellen. Het lijkt mij nuttig ook enkele verschilpunten te bespreken.

Bij SWAABS gunstige reeks van geslaagde concepties trad bij 53 pct zwangerschap op in de eerste drie behandelingscycli, te weten bij 17 pct in de eerste, bij 16 pct in de tweede en bij 20 pct in de derde maand. In mijn getallen zijn die cijfers respectievelijk: na 3 cycli 60 pct (van 404 concepties), waarvan in de eerste maand reeds bijna de helft (29 pct) en

in de tweede en derde maand respectievelijk 19 en 12 pct copieerden.

over de contra-indicatiestelling — er is immers geen echte positieve indicatie voor KID! — met hem eens ben, behoort naar mijn mening de leeftijd der ouders ook in aanmerking te worden genomen als deze voor de aspirantouders of voor het eventuele kind bezwaarlijk is. Afgezien van de genetische risico's van het moederschap op gevorderde leeftijd, die maken dat ik de consequenties van KID op 39-jarige leeftijd eigenlijk niet meer aandurf (de door SWAABS beschreven 42-jarige vrouw kreeg een kind met het syndroom van Down), heeft een kind van een moeder die bij zijn komst de veertig al bereikt heeft, toch ook uit dien hoofde een handicap. Het is een kwestie van persoonlijk verantwoordelijkheidsgevoel en daarom niet voor elkeen even zwaar wegend of men in zo'n geval zijn medewerking meent te mogen geven of niet. Mij persoonlijk noopt dit tot een afwijzing.

Literatuur: SWAAB, L. I. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 493.

Amsterdam, april 1974

L. H. LEVIE

Bij één mijner patiënten ontstond een acute adnexitis duplex in aansluiting aan een endocervicale inseminatie, die elders (door een deskundig collega) was verricht wegens impotentie van de echtgenoot. Bij een later onderzoek bleek dat beide tubae afgesloten waren en dat de patiënte daardoor steriel was. Dit demonstreert dat het gevaar van deze techniek niet beperkt is tot de door collega LEVIE genoemde endocervicitis. Biologisch gezien is weinig nut van de intracervicale applicatie te verwachten. Het ingebrachte semen verdringt een deel van het ideale milieu voor de spermatozoën (namelijk het cervixvocht), terwijl de weg voor de zaadcellen nauwelijks bekort wordt. In ieder geval mag het semen niet met kracht of zeer diep worden ingebracht, en liefst via een buisje dat zó dun is dat de cervix niet wordt afgesloten. Een overmaat aan semen komt dan niet in de uterus terecht, maar kan langs het buisje naar de vagina terugvloeien.

Twee groepen mogen slechts worden vergeleken indien is vastgesteld dat ze overeenkomstig zijn samengesteld, qua leeftijd, aantal inseminaties per cyclus e.d. Bovendien hebben mijn getallen uitsluitend betrekking op eerste reeksen, hetgeen LEVIE niet uitdrukkelijk vermeldt. Percentages werden in mijn groep van 134 gevallen met opzet niet aangegeven omdat de spreiding van het berekende succes (standaarddeviatie) bij het kleine aantal gevallen per maand te groot zou zijn. Al met al moet de betekenis van de opgegeven percentage-verschillen sterk worden betwijfeld, evenals de conclusie van collega LEVIE dat met de (riskantere) intracervicale inseminatie eerder resultaten worden geboekt.

In mijn artikel werd niet gesteld dat voortzetting van de behandeling na negen cycli „nauwelijks de moeite loont”. De kans op succes is gemiddeld dan wel geringer (2 successen op 19 gevallen) dan in het begin (75%) doordat zeer fertiele vrouwen veelal reeds eerder in verwachting zijn geraakt. Doorgaan is ook mijns inziens geïndiceerd wanneer het echtpaar niet te zeer opziet tegen de psychische stress van verdere maandelijkse teleurstellingen; de grotere kosten

zijn niet het enige punt dat met hen besproken moet worden. Bij een tweede steriliteitsonderzoek is een pertubatie m.i. te verkiezen boven een salpingografie, ter vermindering van een nieuwe dosis röntgenstralen.

Ik denk dat dit verschil ligt in de toegepaste techniek; SWAAB insemineert op het ostium externum uteri en ik endocervicaal. Qua methodiek pleiten mijn cijfers voor endocervicale toepassing, waar wellicht tegenover staat dat de kansen op endocervicitis vermoedelijk groter zijn dan bij de extracervicale methode.

Een tweede kanttekening betreft SWAABS conclusie dat het nauwelijks de moeite loont om na 9 behandelingscycli door te gaan, gezien het feit dat dan reeds 131 van de in totaal 134 vrouwen zwanger geworden zijn.

Hiermede kan ik het niet eens zijn; ik ga dan ook veel langer door, zij het ook dat ik dikwijls na 8 vergeefse behandelingscycli een deel van het fertiliteitsonderzoek laat herhalen (hysterosalpingografie, ev. laparoscopie). In mijn materiaal van 404 geslaagde concepties gelukt 92 pct in de eerste 9 cycli (369), waarbij dan nog 36 vrouwen (8 pct) in de volgende 9 cycli slagen, nl. 14 in 10-12 cycli en 19 in 13-18 cycli.

Dit is zeker een niet te verwaarlozen aantal successen die, indien de behandeling na 9 behandelingscycli was opgegeven, niet tot stand gekomen zouden zijn. Is het eigenlijk niet logisch dat, indien 90 pct slaagt binnen 9 cycli, er na nog eens 9 cycli 90 pct van de resterende 10 percent zal concipiëren? (Aangenomen dat het gelijkwaardig materiaal met gelijke kansen betreft, m.a.w. dat de vruchtbaarheidskansen niet afnemen als gevolg van negatieve selectie. Uit mijn gegevens blijkt een dergelijke selectie in elk geval niet!)

Het zij toegegeven dat deze laatste 10 pct van mijn materiaal relatief kostbaar zijn aan behandelingen en donorsemens, maar ik acht dit ruimschoots de moeite waard. Want ook in het totale aantal behandelingsresultaten komt dit hogere rendement tot uiting.

In SWAABS gunstigste reeks ligt dit bij 77 pct, in mijn materiaal bij 84 pct, dat is nu net juist die 10 percent (van 77 pct) meer. Ik meen dan ook dat bij vergelijking van onze gegevens met enige voorzichtigheid de conclusie mag worden getrokken dat het de moeite loont na de eerste 9 maanden eventueel weer 9 maanden door te gaan. Uiteraard nadat de fertiliteit zonodig nog eens geverifieerd is.

Tenslotte moet mij bij alle waardering voor SWAABS werk een opmerking van het hart. Hoewel ik het in grote lijnen

Verschillende complicaties in de zwangerschap nemen toe bij hogere leeftijd van de vrouw. Volgens een mededeling op een Boerhaave-cursus (Leiden, oktober 1970) zou bij moeders van 45 t.m. 49 jaar in één op de 40 bevallingen een kind met het syndroom van Down worden geboren. Na het uiteenzetten van het verhoogde risico boven de veertig jaar antwoordde een vrouw (misschien het gerefereerde geval): „Verbiedt men dan iedere vrouw boven de veertig een kind (erbij) te krijgen, ook zonder KID?” Het antwoord moest ontkennend luiden. De kwade kansen moeten tevoren duidelijk worden vermeld. Maar... indien het echtpaar sterk voor deze ingreep gemotiveerd blijft, acht ik mij niet altijd gerechtigd KID af te wijzen.

Amsterdam, mei 1974

L. I. SWAAB