

Kinderen: oraal: 50 mg/kg lichaamsgewicht te verdelen over het etmaal in 4 giften; parenteraal: 50-100 mg/kg lichaamsgewicht te verdelen over het etmaal in 4 giften.

Nimmer mag een dosis van 4 g per etmaal overschreden worden.

Bijwerkingen: Diarree, nausea, braken, dyspepsie, buikpijn, huiduitslag en urticaria, pruritis, vaginitis.

Contra-indicaties: Overgevoeligheid voor cefalosporinen.

Waarschuwing: Er bestaat een gedeeltelijke kruisallergie tussen penicillinen en cefalosporinen. Nierfunctiebeperking noopt tot grote oplettendheid. Het is niet zeker of gebruik van dit preparaat tijdens de zwangerschap veilig is. Na intraveneuze toediening kan phlebitis ontstaan. Langdurig gebruik van cefradine kan aanleiding geven tot vermenigvuldiging van niet-gevoelige verwekkers.

Ter voorkoming van fout-positieve reacties bij urineonderzoek op suiker gebruike men indicatorpapier.

Plaats in de therapie: Binnen de groep van cefalosporinen biedt cefradine geen duidelijke voordelen.

Wellicht kan dit preparaat van voordeel blijken te

zijn bij de behandeling van urineweginfecties met Proteus-soorten. Het klinische bewijs moet echter nog geleverd worden.

VISINE OOGDRUPPELS

Toedieningsvorm: Oogdruppels.

Samenstelling: Tetrahydrozoline-hydrochloride 0,05%.

Eigenschappen: Bloedvatvernauwing en slijmvliesdecongestie worden door de sympathicomimetische werking van deze oogdruppels teweeggebracht.

Toepassing: Bij irritatie van de conjunctivae.

Dosering: 2-3 maal daags 1 à 2 druppels in elk oog.

Bijwerkingen: Kort durend gevoel van branderigheid na het indruppelen.

Contra-indicaties: Glaucoom.

Waarschuwing: Geen.

Plaats in de therapie: Met Visine Oogdruppels wordt irritatie van de conjunctivae symptomatisch behandeld.

Amsterdam, september 1974

JAN VAN DER MEER,
klinisch farmacoloog

BRIEVEN AAN DE REDACTIE

Beleidslijn voor orale anticonceptie

Onlangs zag ik tijdens een waarneming een vrouw die van haar huisarts steeds na 9 maanden gedurende 3 maanden met de pil moest stoppen en die daardoor voor de tweede maal ongewenst zwanger was geworden, ondanks het feit dat zij wel degelijk op de hoogte was van alternatieve anticonceptiemethoden.

Een wetenschappelijk verantwoorde beleidslijn ten aanzien van het voorschrijven van orale anticonceptie (OAC) is naar mijn idee aan een groot deel van de Nederlandse huisartsen onbekend. Voor zover ik kon nagaan, is in die tijdschriften die door huisartsen in het algemeen worden gelezen, daarover voor het laatst gepubliceerd in het *Geneesmiddelenbulletin* (1972). Hierin wordt nog gesteld (bl. 53) dat vrouwen die nu OAC wensen, maar op den duur (weer) zwanger hopen te worden, na bijvoorbeeld 12 maanden *bij wijze van proef* het pilgebruik dienen te onderbreken, zodat nagaan kan worden of de ovulatie terugkeert.

De gehele paragraaf waaruit bovenstaande zin is gelicht, lijkt mij te zijn ontleend aan het artikel van PLATE (1971) over post-pil-anovulatie. In een ingezonden stuk heeft KLOOSTERMAN (1972) op dit artikel gereageerd, maar deze briefwisseling leidde niet tot een duidelijke conclusie en biedt weinig houvast aan de Nederlandse huisartsen.

PLATE (1971) schrijft zelf al dat er geen verband bestaat tussen de stoornis en de duur van de OAC. Dit betekent mijns inziens dat, indien men eenmaal met OAC is begonnen, men het „nagaan of de ovulatie terugkeert” gerust kan uitstellen tot het moment dat de vrouw ook werkelijk zwanger wenst te worden. Bovendien moet men dan als men iets wil „nagaan”, dit ook werkelijk nagaan (bv. met behulp van basale-temperatuurcurve) en niet alleen de OAC staken. Eigenlijk zou men dit natuurlijk ook moeten doen, voordat met de OAC wordt begonnen, maar dat zal gewoonlijk op grote praktische bezwaren stuiten.

Er is de laatste tijd voldoende literatuur over dit onderwerp verschenen om de veronderstellingen van collega PLATE te bestrijden (Editorial 1972). Daaruit blijkt ook dat deze vorm van anovulatie zich laat behandelen met de huidige methoden van ovulatie-inductie (STARUP 1972). Ongetwijfeld zullen er in deze groep vrouwen zijn, die helemaal geen OAC hadden behoeven te gebruiken, aangezien zij toch al niet ovuleerden.

Een tweede en hiermee samenhangende kwestie is het vraagstuk van de zogenaamde „pilcontrole”. Sommige collegae geven hun pilgebruiksters zonder meer een recept mee, terwijl anderen zeer nauwgezet van alles en nog wat nakijken. De meesten van hen geven toe, dat bijvoorbeeld het bepalen van albumen en reductie in de urine nooit iets oplevert. Maar al te vaak wordt trouwens bij de cliënte de indruk gewekt dat

deze controle noodzakelijk is, omdat de pil allerlei bijwerkingen zou geven.

Ik dacht dat ook dit voor een belangrijk deel achterhaald was, maar dat deze pilcontrole een veel belangrijker functie zou kunnen hebben, namelijk een preventieve. Deze controle geeft de unieke gelegenheid om vroege diagnostiek te bedrijven, bijvoorbeeld van cervixcarcinoom. Het is mijn gewoonte om bij alle pilgebruiksters in mijn praktijk in principe 1 maal per jaar (en zonodig vaker) de volgende onderzoeken te verrichten om de daarbij vermelde redenen:

1. Bloeddruk: vroege diagnostiek hypertensie.
2. Gewicht: overgewicht (hart- en vaatziekten); tevens te zamen met de bloeddruk als indicatie voor vochtretentie, wellicht ten gevolge van de OAC.
3. Vaginaal toucher: palpabele afwijkingen aan uterus en adnexa. Hierbij is bijvoorbeeld het groter worden van een myoom tijdens OAC belangrijker dan het vinden ervan. Het zal elke arts en zeker elke gynaecoloog bekend zijn, hoe moeilijk het beoordelen van een vaginaal toucher is. Door dit periodieke onderzoek heeft de huisarts de gelegenheid zijn ervaring te behouden, c.q. te verbeteren.
4. Speculum: bij vele pilgebruiksters wordt een (fysiologische?) ectropion waargenomen. Dit behoeft mijns inziens geen behandeling. Wel dient hiervan, evenals van elke niet-normale portio, een uitstrijkpreparaat te worden gemaakt. De uitslag van het uitstrijkje kan mede bepalen na hoeveel tijd hij herhaald

dient te worden. Er dient met name bij de ziekenfondsen op te worden aangedrongen, dat de mogelijkheden voor de huisarts in dit opzicht worden vergroot.

5. Mammae: vroege diagnostiek van mammatumoren. Omdat mammacarcinoom voor het 30e jaar vrij zeldzaam is (ZWAVELING 1973) is het verantwoord hiermee pas op die leeftijd te beginnen.

Uiteraard gaat dit onderzoek gepaard met een op de individuele vrouw gerichte anamnese. Het is mijn gewoonte, mijn patiënten van deze gedachtengang op de hoogte te stellen. Gewoonlijk blijkt dan dat het gehele onderzoek voor hen veel zinvoller en acceptabeler wordt.

LITERATUUR

- Editorial (1972) *Brit. med. J.* III, 59.
Geneesmiddelenbulletin (1972) 6, 51.
KLOOSTERMAN, G. J. (1972) Post-pil-anovulatie. *Ned. T. Geneesk.* 116, 39.
PLATE, W. P. (1971) Post-pil-anovulatie. *Ned. T. Geneesk.* 115, 1694.
STARUP, J. (1972) Amenorrhoea following oral contraception. *Acta obstet. gynec. scand.* 51, 341.
ZWAVELING, A. (1973) *Oncologie. Handleidingen voor de geneeskundige praktijk.* Stafleu, Leiden.

Leiden, januari 1974

J. HULS

REDACTIONELE KANTTEKENINGEN

Orale anticonceptie

Hoewel de brief van collega HULS bl. 1879) aan duidelijkheid niets te wensen overlaat, is de Redactie gaarne bereid enige aanvullende opmerkingen te maken. Het lijkt het meest dienstig dit in de vorm van enkele stellingen te doen.

1. Orale anticonceptie is tot nog toe de meest betrouwbare vorm van een — met betrekking tot de bijverschijnselen — gemakkelijk aanvaardbare anticonceptiemethode en dient „met voorrang” voorgeschreven te worden.

2. Bij het voorschrijven van elke andere vorm van anticonceptie dient een contra-indicatie voor orale anticonceptie te bestaan, tenzij slechts een spreiding van de geboorten wordt beoogd of anderszins falen van de anticonceptie gemakkelijk aanvaard kan worden.

3. Als de contra-indicatie voor orale anticonceptie streng is en als ook het ontstaan van zwangerschap voor heden en toekomst tot abortus arte provocatus zou moeten leiden wegens de bij zwangerschap op-

trekende „onmogelijke situatie”, dan is sterilisatie van één van beide partners geïndiceerd.

4. Indien sterilisatie in verband met eventuele toekomstige omstandigheden een te ingrijpende (te absolute) ingreep is, zal men zich bij het kiezen van een andere vorm van anticonceptie bewust moeten zijn van de betrouwbaarheidsgraad ervan en van het reële gevaar van het optreden van ongewenste zwangerschap.

5. Ongewenste zwangerschap kan een zo dramatische zaak zijn, dat men om deze te vermijden de meest betrouwbare vorm van anticonceptie zal moeten kiezen (of ook sterilisatie), al geeft die aanleiding tot vervelende bijverschijnselen (of bij sterilisatie tot een eventueel later betreurde onherroepelijkheid).

6. Abortus arte provocatus is een zo dramatische zaak, dat ongewenste zwangerschap ten koste van veel (en volgens sommigen van alles!) voorkomen of aanvaard moet worden. Anders gezegd: zwangerschap, ontstaan na om stringente redenen bewust gekozen onbetrouwbare anticonceptie, moet volgens sommigen aanvaard worden en mag volgens anderen in zeer bijzondere gevallen worden afgebroken; weer