

Obstetrische plexus brachialis-laesies

Het was een voortreffelijk idee van TREFFERS c.s. (1976) aandacht te vragen voor een probleem waarmee elke verloskundige onverhoeds geconfronteerd kan worden. Deze bevindt zich dan in een situatie waarin paniek dreigt bij hem zelf en zijn omgeving, terwijl juist grote koelbloedigheid en technische vaardigheid vereist zijn. Een aantal opmerkingen zou ik graag willen maken naar aanleiding van eigen ervaringen:

1. Wanneer een bevalling moeilijk dreigt te worden omdat hoofd en romp groot lijken en het bekken meer of minder vernauwd is, is het zinvol niet alleen het hoofd, maar ook de schouders en de lengte van de hals van de beide ouders te bestuderen tijdens de bevalling, om aldus enigszins geprepareerd te zijn op komende moeilijkheden.

3. Een moeilijke schoudergeboorte zag ik ook bij een extreem korte navelstreng.

3. Bij een schouderdystocie ben ik er toe overgegaan na de geboorte van het hoofd de benen van de vrouw gestrekt loodrecht omhoog te laten vasthouden, zodat de billen net vrijkomen van het bed en er voldoende ruimte is, het hoofd met meer of minder tractie sacraalwaarts te richten. In de lichte gevallen is dat vaak al voldoende om de schouder spontaan de symfyse te laten passeren. De benen worden daarna weer omlaaggebracht, waarbij men zijn volle aandacht kan geven aan de geboorte van de achterste schouder en de bescherming van het perineum.

Literatuur: TREFFERS, P. E., J. P. MUIZELAAR en P. FLEURY (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1666.

Giessenburg, oktober 1976

A. C. BOOT

Tot mijn grote vreugde las ik in het tijdschrift een voortreffelijk artikel van TREFFERS c.s. (1976) over obstetrische plexus brachialis-laesies met zeer belangrijke suggesties over het voorkomen van deze afwijking. Naar aanleiding hiervan zou ik enige opmerkingen willen maken over de techniek bij de schouderdystocie, vooral ook omdat behalve in een enkel (Amerikaans) leerboek (LEE en GREENHILL 1947) dit onderwerp in de leerboeken bijzonder weinig aandacht krijgt.

1. Zeer juist is, dat het altijd de voorste schouder is die blijft hangen en dat men moet pogen de schouders naar de dwarse afmeting te draaien.

2. Wanneer het omlaag bewegen van het bipariëtaal omvatte hoofd geen succes heeft, kan men inderdaad nadien het achterhoofd naar de buikzijde van de vrouw draaien, maar het is daarbij m.i. onjuist om te exprimeren. Men moet hier spreken van imprimeren van de schouder boven de symphysis. Expressie op de fundus in dit stadium drukt de schouder vaster op de symphysis.

3. Het is zeer vaak mogelijk, ook zonder de achterste arm af te halen, met de inwendige hand de schouder naar dwars te draaien, mits er niet geëxprimeerd wordt. Daarbij gaat men achter met 2-4 vingers in de sacrale holte en drukt de dichtstbijzijnde schouder naar dwars, waarna men de oksel kan aanhaken en laat exprimeren. Meestal drukt men daarbij tevens op de voorkant van deze achterste schouder en bij

sterke tegendruk fractureert daarbij soms de clavicula. Dit verkleint de schoudergordel en is relatief een gering trauma. Deze methode van schouderontwikkeling berust mechanisch op dezelfde principes als de schouderontwikkeling volgens Lövset bij de stuitgeboorte.

Het lijkt mij onjuist om te stellen dat een plexuslaesie niet altijd te vermijden zou zijn; de omtrek van de schouders is nooit groter dan die van het hoofd. Door het achterwege laten van sterke tractie en door op tijd te roteren, desnoods ten koste van een claviculafractuur, moet het mogelijk zijn een plexuslaesie te voorkomen.

Het lijkt mij van groot belang, dat bij de opleiding meer aandacht aan dit onderwerp wordt besteed.

Literatuur: LEE en GREENHILL (1947) *Principles and practice of obstetrics*. — Treffers, P. E., J. P. MUIZELAAR en P. FLEURY (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1666.

Zwolle, december 1976

F. ENGEL

Collega ENGEL geeft een waardevolle aanvulling op ons artikel. Wij stelden daarin dat men bij de schouderdystocie moet pogen de schouders in de grootste (dwarse) afmeting van de bekkeningang te doen inhalen en dat inwendige handgrepen soms daartoe nuttig kunnen zijn. ENGEL beschrijft een dergelijke handgreep die zeker onder bepaalde omstandigheden zinvol kan zijn. In ons artikel vermeldden wij dat wij in eerste instantie de voorkeur geven aan draaiing van het achterhoofd van het kind naar voren ten einde de schouders in de gewenste stand te brengen. Noodzakelijk is daarbij krachtige impressie (wellicht is dit woord inderdaad beter voor druk op de buik boven de symfyse) gecombineerd met expressie op de fundus ten einde de uitdrijvende kracht te versterken. Indien deze manoeuvre niet lukt, is men gedwongen tot inwendige handgrepen over te gaan. Het inbrengen van de hand via de sacrale holte is bij een ernstige schouderdystocie al moeilijk. Als men daartoe toch overgaat, lijkt het ons het verstandigste direct te proberen de achterste arm af te halen, maar ook een andere handgreep kan zeker zinvol zijn wanneer de schouders daarmee tot indalen kunnen worden gebracht.

Wij zijn minder optimistisch dan collega ENGEL over de mogelijkheid om een plexus brachialis-laesie altijd te voorkomen. De breedte van de schoudergordel is in het algemeen groter dan de afmetingen van het hoofd in achterhoofdsligging (distantia biparietalis en distantia suboccipito-bregmatica). Bovendien wordt bij een zeer groot kind de schouderbreedte nog aanzienlijk groter. In ons onderzoek bedroeg de frequentie van de plexus brachialis-laesie 1 op 779 wanneer ook de lichtste gevallen werden meegerekend. Wanneer wij alleen de ernstigste gevallen met blijvend letsel meerekenen is de frequentie 6 op 30.000 of 1 op 5000. In ons artikel doen wij aanbevelingen om de schouderdystocie en dus ook de plexus brachialis-laesie te voorkomen, o.a. het vervangen van moeilijke vaginale kunstverlossingen door de sectio caesarea. Indien deze achteraf opgestelde richtlijnen reeds in de door ons besproken periode (1959-1973) waren gevolgd, was de frequentie van de ernstigste gevallen waarschijnlijk slechts 1 op 10.000 geweest. Men kan slechts aannemelijk maken dat een laesie van de plexus brachialis altijd kan wor-

den voorkomen, door een grote reeks opeenvolgende bevalingen te beschrijven waarbij de kinderen nauwkeurig zijn onderzocht en waarbij geen laesie van de plexus brachialis is geconstateerd. Hoe groot een dergelijke reeks zou moeten zijn is uit bovenstaande getallen af te leiden. Een reeks die aan genoemde eisen voldoet is ons niet bekend.

BERICHTEN

Buitenland

GROOT-BRITANNIË

Verkeerd gebruikte statistische methode. Het *British medical Journal* schuwt de kritiek niet. In het nummer van 8 januari (bl. 85) berichten SHEILA M. GORE e.a. dat van 62 artikelen die in de rubriek „Papers and Originals” van genoemd tijdschrift in 13 achtereenvolgende nummers waren verschenen, 33 artikelen statistische fouten bevatten, 18 zelfs van ernstige aard. Vijf van de artikelen vermeldde in de samenvatting een bewering die statistisch niet door de in het artikel vermelde feiten werd gesteund. De auteurs dringen bij de onderzoekers erop aan, raad te vragen aan deskundige statistici.

De redactie erkent in een editorial (*Ibid* bl. 66) volmondig het gelijk van GORE c.s., maar wijst er op dat hun advies in de praktijk dikwijls niet op te volgen is, omdat er buiten de medische centra geen statistici beschikbaar zijn. Als verkiezingsalternatief stelt de redactie dat de studenten in het begin van hun medische studie een elementaire cursus in de statistiek zouden moeten volgen. Bij later te verrichten onderzoek zullen zij dan evenzeer de hulp van een statisticus nodig hebben, maar zij hebben dan tenminste enige notie van wat er op dat gebied vereist is.

NEPAL

Ondervoede kinderen. In het Lalitpur-district van Nepal heeft MONA R. BOMGAARS (*J. Amer. med. Ass.*, 29 nov. 1976 bl. 2513) bij kleine kinderen (1-4 jaar) een bizar syndroom waargenomen, dat onder de bevolking daar wel bekend is onder de naam „runche”, dat in de volkstaal betekent „the crying one”. Kenmerkend is het jammerend („whining”) geluid van het huilende kind, dat voor de gezinsleden bijna niet te verdragen is. Het syndroom volgt vaak op een episode van mazelen, koorts of diarree, en wordt veroorzaakt door ondervoeding. Toch weigeren dergelijke kinderen vaak het hun geboden voedsel. Wanneer men er desondanks in slaagt, het kind een eiwit- en calorierijk dieet te laten gebruiken, verdwijnt het syndroom.

VERENIGDE STATEN

Fytobezoar opgelost door vruchtessap. JANICE L. FEFFER en RICHARD A. NORTON beschrijven in het *Journal of the American medical Association* (4 okt. 1976 bl. 1578) een vrouw van 57 jaar die wegens een adenocarcinoom een hemigastrectomie had ondergaan. Een jaar na de operatie begon zij aan een vermageringskuur, waartoe zij een dieet gebruikte met weinig calorieën en veel fruit en groenten. Vijf jaar later kreeg zij last van braken en maagpijn. Op de röntgenfoto werd een bezoar gezien ter grootte van 8 × 13 cm. Een eerste poging om de bezoar door middel van papaïne op te lossen moest worden opgegeven omdat het middel bij de patiënte een bran-

derig gevoel teweegbracht. Men schreef haar toen voor, drie maal per dag 300 ml ananassap te drinken, waarvan bekend is dat het bromelaine bevat, een enzym met (evenals papaïne) een eiwitsplitsende werking. In acht weken tijd was de bezoar half zo groot geworden, en na nog vijf weken was hij geheel verdwenen. De patiënte gebruikt thans een onderhoudsdosis van 120 ml ananassap per dag.

Amsterdam, januari 1977

P. E. TREFFERS
J. P. MUIZELAAR
P. FLEURY

Intestinale „bypass” bij vetzucht? LOREN T. DEWIND en J. HOWARD PAYNE beschrijven in het *Journal of the American medical Association* (15 nov. 1976 bl. 2298) de resultaten van bypass-operaties bij pathologische vetzucht. Sinds 1962 is de operatie uitgevoerd bij 59 mannen en 171 vrouwen van 18-55 jaar. Aanvankelijk werd de anastomose aangebracht tussen het jejunum en het colon, maar wegens onaanvaardbare metabole complicaties werd na 1956 de bypass gelegd tussen het jejunum en het ileum. Het postoperatieve gewichtsverlies bedroeg na twee jaar 37 pct voor de mannen, en 35 pct voor de vrouwen. Bij 23 pct van de patiënten ontstond hypoglykemie, bij 22 pct hypocalciëmie, bij 9 pct hypoalbuminemie, bij 14 pct metabole acidosis, bij 41 pct verhoging van de lever-enzymwaarden, bij 6 pct hyperbilirubinemie. Als complicaties werden genoteerd: artritis, nierstenen, galstenen, leverfunctiestoornissen, en emotionele stoornissen. De helft van de patiënten moest wegens complicaties opnieuw in het ziekenhuis worden opgenomen. In cauda venenum: er waren 19 „bypass-related deaths”, en daarvan tien ten gevolge van leverinsufficiëntie. Daartegenover staat wel, dat de intestinale bypass de enige behandeling voor vetzucht vormt, die niet berust op dieet-beperking.

De meningen over de bypass-operaties blijken uiteen te lopen. De Cleveland Clinic Foundation is er geheel mee gestopt wegens de hoge postoperatieve morbiditeit en sterfte, aldus Dr. EUGENE I. WINKLEMAN (*J. Amer. med. Ass.*, 13 dec. 1976 bl. 2729). Maar volgens de hoogleraar in de gastro-enterologie aan de University of Maryland School of Medicine, FRANK IBER, is de operatie toch wel aangewezen bij patiënten die zó dik zijn dat zij ten gevolge van deze vetzucht vroegtijdig zullen sterven, dat zijn de patiënten met 55 kg of meer overgewicht. IBER heeft in een periode van zeven jaar een sterfte van 30 pct waargenomen in een groep van 107 vetzuchtigen met een gemiddelde leeftijd van minder dan veertig jaar.

Verwaarlozing van syfilis-bestrijding. Het Buffalo General Hospital is een universitair ziekenhuis. Desondanks blijkt uit een artikel van TOMECKI en PLANT (*J. Amer. med. Ass.*, 6 dec. 1976 bl. 2641) dat van 5954 patiënten die gedurende een kwartaal in het jaar 1975 werden ontslagen, slechts 498 (8,4 pct) een serologisch lues-onderzoek hadden ondergaan. De uitslag was bij 31 (6,2 pct) positief, maar een adequate behandeling werd niet bij allen ingesteld. Van de 31 patiënten waren 27 onder de 39 jaar; 45 pct waren vrouwen. Aan twintig hun-