

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

Het gebruik van SI-eenheden voor fysische grootheden in de geneeskunde

De redactie ontving van de Directeur-Generaal van de Volksgezondheid, J. VAN LONDEN, de hier volgende brief, gedateerd 28 april 1977

Hierbij deel ik u mede met belangstelling kennis te hebben genomen van de vele publikaties over het gebruik van SI-eenheden voor fysische grootheden in de geneeskunde, die in april 1978 in ons land wettelijk verplicht worden.

Ik stel er prijs op u ervan op de hoogte te stellen dat ik mij aansluit bij de conclusie van prof. dr. G. J. TAMMELING en dr. PH. H. QUANJER, dat de invoering van SI-eenheden van fysische grootheden ingrijpender is voor de dagelijkse praktijk van de behandelende arts dan de omschakeling van chemische eenheden, en dat daarom richtlijnen voor de geneeskunde dringend gewenst zijn, zoals gesteld in dit Tijdschrift op bl. 593, rechter kolom.

De Directeur-Generaal van het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid heeft inmiddels in overleg met mij het initiatief genomen tot instelling van een begeleidingscommissie voor de introductie van de SI-eenheden op medisch gebied. Onderscheidene auteurs van bedoelde publikaties zijn uitgenodigd in deze commissie zitting te nemen, evenals de Dienst van het IJkwezen.

Indien de conclusies van de begeleidingscommissie daartoe leiden zal ik nagaan welke stappen in het kader van de EEG ondernomen kunnen worden.

Habituele abortus

Met belangstelling heb ik het artikel van collega VLAANDEREN (1977) gelezen. Ik was in de gelegenheid enkele vrouwen met habituele abortus psychotherapeutisch te behandelen. Ik deed dit o.m. naar aanleiding van een publikatie van MANN (1956). Deze auteur bereikte zelf bij een vrij grote groep vrouwen, zonder pre-selectie op psychische stigmata, met een statistische kans van 6,7% op een levend kind, met uitsluitend de nader door hem aangegeven psychotherapie, in 83,4% de normale geboorte van een levend kind. Het komt mij voor dat dit resultaat verre overtreft datgene wat men mag verwachten met alleen de door VLAANDEREN aangegeven „aanmoediging”. Ik zelf bereikte bij drie psychotherapeutisch behandelde vrouwen met habituele abortus, eveneens zonder pre-selectie, de geboorte van een levend kind.

Er is nog een reden voor mij om te reageren op de mededeling van VLAANDEREN. Als het waar is dat bij habituele abortus primaire vruchtdood een grote rol speelt, verdient het dan geen aanbeveling, alvorens „aanmoedigend” of anderszins te adviseren, aandacht te schenken aan het aspect genetic counseling? Zit in het veelvuldig optreden van vruchtdood niet de kans verborgen dat een wat minder ge-

stoorde vrucht na een uitgedragen zwangerschap weliswaar levend ter wereld komt, maar als een defect kind? Hoe zijn op dit punt de zekerheden en onzekerheden?

Literatuur: VLAANDEREN, W. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 439. — MANN, E. C. (1956) *Obstet. and Gynec.* 7, 589.

Groningen, maart 1977

H. BLIJHAM

De hypothese, dat „habituele abortus” psychotherapeutisch te behandelen zou zijn, lijkt in het licht van de door mij aangedragen feiten niet houdbaar meer. Het valt niet goed in te zien, hoe een primaire vruchtdood, voornamelijk veroorzaakt door chromosoomafwijkingen, zou kunnen worden voorkomen door psychotherapie. De drie door collega BLIJHAM behandelde vrouwen leggen daarvoor niet voldoende gewicht in de schaal, ook al baarden zij voldragen kinderen.

De tweede vraag van collega BLIJHAM verdient meer aandacht. Het is een vraag die ook door de patiënten wordt gesteld en die nog niet met zekerheid kan worden beantwoord. Erg groot is de kans op de geboorte van een kind met aangeboren afwijkingen t.g.v. chromosomaal defect in elk geval niet. Speciale aandacht aan deze vraag besteedde LAURITSEN (1976). In een uitstekend onderzoek bevestigt hij de bevindingen van BOUÉ c.s. Bij 255 abortussen vindt hij in 55% chromosoomafwijkingen. Chromosoomafwijkingen bij de ouders spelen nauwelijks een rol: bij 525 ouders werd viermaal een gebalanceerde translocatie gevonden (0,76%), nauwelijks verschillend van een gemiddelde oudergroep. Uit zwangerschappen die op de abortus volgden werden 155 kinderen geboren. Slechts één kind vertoonde een congenitale afwijking t.g.v. een chromosoomafwijking (Down's syndroom).

LAURITSEN schrijft dan ook: „It must be stressed that spontaneous abortion seems to represent an effective protective mechanism against the birth of children with chromosomal abnormalities.” Niettemin adviseert hij toch cytogenetisch onderzoek van de ouders en prenataal vruchtwateronderzoek na herhaalde abortus.

Alleen al op praktische gronden lijkt het m.i. verstandig dit voorlopig te reserveren voor die echtparen met ten minste drie abortussen. Als mijn schattingen juist zijn, zouden dat er in ons land altijd nog 1250 per jaar zijn. Karyotypering van elk abortusproduct is waarschijnlijk evenmin haalbaar, maar zou eveneens bij de recidiverende abortus aangewezen zijn. Wordt er daarbij een trisomie gevonden, dan zou de kans op een kind met Down's syndroom in een volgende zwangerschap beduidend hoger zijn dan gemiddeld (ALBERMAN c.s. 1975).

Literatuur: ALBERMAN, E., M. ELLIOTT e.a. (1975) *J. Obstet. Gynaec. (Brit. Cwllth)* 82, 366. — BOUÉ, J. G., A. BOUÉ e.a. (1973) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 116, 806. — LAURITSEN, J. G. (1976) *Acta obstet. gynec. scand.* Suppl. 52.

Apeldoorn, april 1977

W. VLAANDEREN