

misch niet aantoonbaar. In de tweede plaats werd de waarneming van de combinatie van placenta- en huidafwijkingen inmiddels in viervoud gedaan zonder dat familie-banden tussen de patiënten bekend zijn. In de derde plaats hebben SHAPIRO en medewerkers (1978) op indirecte gronden een associatie van de genoemde twee afwijkingen aannemelijk gemaakt. Zij toonden dan ook steroid-sulfatase-deficiëntie aan bij gekweekte huidfibroblasten wanneer in de placenta dit enzym ontbrak (SHAPIRO e.a. 1977). In de vierde plaats wordt voor Engeland voor de genoemde placentaire afwijking een frequentie van 1:5000 opgegeven (OAKEY e.a. 1974) en komt X-chromosomale ichthyosis vulgaris in een frequentie van 1:6000 voor in hetzelfde land (WELLS en KERR 1966).

Het microsomaal sulfatase, dat niet zou voorkomen bij de vis (ROY 1958), is histochemisch evenmin aantoonbaar bij de mens met een X-chromosomale ichthyosiforme afwijking („vissehuid”): Een evolutie-„spelletje”?

*Literatuur:* JÖBSIS, A. C., C. Y. VAN DUUREN, G. P. DE VRIES e.a. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1980. — KOPPE, J. G., A. MARINKOVIĆ-ILSEN, W. P. DE GROOT e.a. (1978) *Arch. Dis. Childh.* (ter perse). — MALL, J. W. H. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 353. — OAKEY, R. E., M. L. CAWOOD en R. R. McDONALD (1974) *Clin. Endocrin.* 3, 131. — ROY, A. B. (1958) *Biochem. J.* 68, 519. — SHAPIRO, L. J., L. COUSINS, A. L. FLUHARTY e.a. (1977) *Pediat. Res.* 11, 894. — SHAPIRO, L. J., R. WEISS, D. WEBSTER e.a. (1978) *Lancet* II, 70. — WELLS, R. S. en C. B. KERR (1966) *Brit. med. J.* I, 947.

Amsterdam, april 1978

A. C. JÖBSIS  
W. P. DE GROOT  
J. G. KOPPE  
Y. RIJKEN

## Problemen rond de menopauze

Collega ZEIJLMANS (1978) schreef een lezenswaard, plezierig leesbaar en goed artikel over de problemen rond de menopauze, waarmee ik hem gaarne wil complimenteren. Mijn reactie is te beschouwen als een kanttekening bij de problemen die hij zelf reeds ter sprake brengt, door op te merken dat de opvatting dat oestrogeen-deficiëntie de oorzaak is van het climacterieel syndroom ter discussie staat. Terecht maakt hij onderscheid tussen de pre-menopauze en post-menopauze. Misschien is over de essentie hiervan meer te zeggen.

Zwart-wit gesteld hebben we in de menopauze te maken met ovaria die niet meer optimaal kunnen reageren op gonadotrofines. Er ontstaat wel een follikel, maar ovulatie blijft uit; de follikel persisteert. Hormonaal vertaald: er ontstaat een langdurige eu-oestrogeen-situatie die niet onderbroken wordt door een progestatief dominante periode. In de post-menopauze reageert het ovarium niet meer op gonadotrofines. De ovaria zijn inactief en er ontstaat oestrogeen-deficiëntie. In beide situaties kunnen climacteriële klachten optreden. De aanpak bij de hormonale behandeling zal evenwel verschillend moeten zijn. Als er sprake is van oestrogeen-deficiëntie, is oestrogeen-substitutie aangewezen. Indien er persistent een oestrogeen-dominante toestand bestaat, is het voorschrijven van oestrogeen niet alleen onlogisch, maar ook riskant. Men zou de patiënte

dan beter kunnen adviseren intermitterend progestativa te gebruiken.

Gelukkig is de oestrogeen-status in het algemeen eenvoudig te bepalen. Hiertoe is slechts een simpel speculum-onderzoek nodig. Ziet men een droge vaginawand en weinig, troebel, taai cervixslijm, dan is er waarschijnlijk sprake van oestrogeen-deficiëntie. Als de vaginawand vochtig is en er is veel, helder, goed rekbaar cervixslijm, dan mag men aannemen dat er geen oestrogeen-tekort bestaat.

*Literatuur:* ZEIJLMANS, J. G. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 512.

Eindhoven, april 1978

J. H. J. M. MEUWISSEN

Collega MEUWISSEN dank ik voor zijn reactie op mijn artikel en voor zijn opmerkingen. Men kan discussiëren over de oorzaak van het climacterium en het daarbij behorend syndroom. In elk geval speelt het achteruitgaan van de ovariële functie met een dalende oestrogeenspiegel in het bloed een zeer belangrijke rol. Alleen al om praktische redenen lijkt het daarom zinvol slechts die symptomen tot het climacterieel syndroom te rekenen, die verklaard kunnen worden uit de functieverandering van het ovarium.

Heemskerk, mei 1978

J. G. ZEIJLMANS

## Spontane geboorte van een levend kind bij placenta praevia totalis

Naar aanleiding van het referaat „Spontane geboorte van een levend kind bij placenta praevia totalis” (1978) willen wij gaarne ter volledigheid nog het volgende opmerken. De spontane vaginale bevalling is bij een placenta praevia totalis zeker een uniek gebeuren. Maar het genoemde geval (WINTER 1977) is niet het eerste en enige dat in de literatuur is verschenen.

Een analoog geval werd waargenomen in de kliniek voor verloskunde en gynaecologie van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam; het werd beschreven door VAN KANTEN (1968). Een patiënte werd beschreven, die in verband met pijnloos bloedverlies per vaginam opgenomen werd bij een amenorroe van 33 weken en uiteindelijk bij een amenorroe van 44 weken is bevallen van een baby in goede conditie, nadat bij 4-5 cm de „taai vliezen” kunstmatig gebroken werden. Na de geboorte van de placenta bleek deze centraal een defect te bevatten, waardoor de baby geboren was.

Eerder werden identieke gevallen beschreven door o.a. WAAS (1960), ANDREUCCI (1964), BAJARDI en PLOTKO (1964) en KRÜGER (1964).

*Literatuur:* ANDREUCCI, D. (1964) *Zbl. Gynäk.* 86, 1021. — BAJARDI, F. en B. PLOTKO (1964) *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 24, 1111. — KANTEN, R. W. VAN (1968) *Ned. T. Verlosk.* 68, 69. — KRÜGER, G. (1964) *Zbl. Gynäk.* 86, 1010. — Referaat (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 312. — WAAS, G. (1960) *Zbl. Gynäk.* 82, 827. — WINTER, R. (1977) *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 37, 793.

Amsterdam, april 1978

A. C. ROUKEMA  
G. J. KLOOSTERMAN