

GRIMES, D. A., K. F. SCHULZ, W. CATES e.a. (1977) *New Engl. J. Med.* 296, 1141. — LITH, D. A. F. VAN, W. BEEKHUIZEN en K. J. VAN SCHIE (1978) *Complications of aspirotomy; pregnancy termination*. Harper & Row, New York. — SLIKKE, J. W. VAN DER en P. E. TREFFERS (1978) *Brit. med. J.* 1, 270. — TIETZE, C. (1979) *Induced abortion*, bl. 77. The Population Council, New York. — TIETZE, C. en S. LEWIT (1972) *Studies in Fam. Planning* 3, 79. — TREFFERS, P. E. en J. F. BLACQUIÈRE (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1103.

Leiden, september 1979

W. BEEKHUIZEN
M. DUPLESSIS-ALBLAS
D. A. F. VAN LITH
K. J. VAN SCHIE

Het artikel van TREFFERS en BLACQUIÈRE (1979) heeft tal van vragen en opmerkingen opgeroepen. Op enkele punten wil ik hier nader ingaan.

D en E (dilatatatie en evacuatie), waarvan de methode Finks een variant is, wordt over de gehele wereld toegepast. In de Bloemenhove-kliniek te Heemstede werden in 1978 3818 vrouwen, allen met een amenorroe van meer dan 14 weken, behandeld volgens de methode Finks. Er traden 9 „major complications” op (0,23%), nl. 2 × perforatie, 5 × cervixscheur, 1 × bloedverlies van meer dan 500 ml en 1 × verbruikscoagulopathie bij „dead-fetussyndroom”. In de Stimezo-kliniek te Leiden werden in 1977 en 1978 te zamen 2136 vrouwen, allen eveneens met een amenorroe van meer dan 14 weken, behandeld volgens de aspirotomiemethode, een andere D en E-variant. Hier traden 8 major complications op te weten 3 × perforatie en 5 × bloedverlies van meer dan 500 ml. Vergeleken met deze cijfers zijn zowel de door de auteurs bij installatie met hypertone zoutoplossing zelf waargenomen complicaties als de door anderen beschreven complicaties met hypertone zoutoplossingen uitermate groot. Het bezwaar van de auteurs tegen D en E geldt vnl. de kans op cervixinsufficiëntie t.g.v. de dilatatatie. Om de methode recht te doen, zou men de kans op cervixinsufficiëntie na D en E moeten vergelijken met de kans op cervixinsufficiëntie na het uitdragen van de zwangerschap of met de kans op cervixinsufficiëntie als gevolg van andere methoden van zwangerschapsafbreking in het tweede trimester. Verder zou men kunnen kijken — ook in Nederland — of het aantal behandelingen volgens Shirodkar bij vrouwen met een tweede-trimesterabortus door middel van D en E in de anamnese, hoger ligt dan bij vergelijkbare groepen. Alle veronderstellingen ten spijt, kan het zogenaamde verhoogde risico door geen enkele auteur geobjectiveerd worden. De mortaliteitscijfers daar-entegen zijn duidelijk.

CATES e.a. (1977) vinden voor D en E 6,6 sterfgevallen per 100.000 abortussen. Voor installatie met hypertone zoutoplossingen ligt dit cijfer op 14 en voor hysterotomie op 42. In de Verenigde Staten werden in 1977 607.728 2e-trimesterabortussen uitgevoerd. In de groep 13 t.m. 16 weken werd dit in 80,8% van de gevallen door middel van D en E gedaan; in de groep < 16 weken in 20,4%. In vergelijking met voorgaande jaren nam het aandeel van D en E in beide groepen toe, een tendens, die zich ook in 1978 voortzette (TAYLOR e.a. 1979). De daling van de mortaliteitscijfers in de Verenigde Staten hangt dan ook direct samen met deze verschuiving ten gunste van D en E.

Op grond van bovengenoemde cijfers moet men hysterotomie als methode voor 2e-trimesterabortus wel als obsoleet beschouwen. De kans op sterfte na hysterotomie

is zo groot, dat ook de „oudere” vrouw met compleet gezin hieraan niet mag worden blootgesteld. Voor de installatie met hypertone zoutoplossingen geldt eigenlijk hetzelfde. Met VAN DEN BERGH (1977) zijn wij dan ook van mening, dat de vrouw aan onnodig en extra risico wordt blootgesteld. Zelfs KERENYI (1979) heeft deze methode inmiddels dan ook verlaten.

Indien we de gegevens van het betrekkelijk geringe aantal door de auteurs verrichtte behandelingen vergelijken met de stortvloed van gegevens uit de literatuur, dringt zich toch de vraag op, waarom de auteurs zich niet bekwamen in een voor de vrouw veilige methode, nl. D en E.

Literatuur: BERGH, A. S. VAN DEN (1977) *De methode Finks en alternatieve technieken voor therapeutische zwangerschapsafbreking in het tweede trimester van de graviditeit*. Proefschrift Utrecht. — CATES, W. e.a. (1977) *Int. J. Gynecol. Obstet.* 15, 172. — KERENYI, T. D. (1979) *Persoonlijke mededeling*. — TAYLOR, C. W. e.a. (1979) *Second trimester abortion in the United States*. Conference on second trimester abortion, Chapel Hill, North Carolina. — TREFFERS, P. E. en J. F. BLACQUIÈRE (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1103.

Heemstede, oktober 1979

L. QUERIDO

Graag willen wij naar aanleiding van de reacties van BEEKHUIZEN e.a. en van QUERIDO enkele opmerkingen maken.

1. De kern van het betoog van BEEKHUIZEN e.a. is dat „dilatation and evacuation” (D en E) als methode in het tweede trimester veiliger is dan de door ons toegepaste methoden (instillatie van hypertoon zout en toediening van prostaglandinen). Deze stelling berust vooral op het onderzoek van GRIMES e.a. (1977) die de complicaties van D en E vergeleken met die van de instillatie van hypertoon zout (meestal gecombineerd met oxytocine). Wij zijn van mening dat het artikel van GRIMES e.a. „weinig inzicht biedt in de aard en de frequentie van deze complicaties”. Graag willen wij deze kritische opmerking nader toelichten.

GRIMES e.a. vermelden 15 „major complications”. Sommige daarvan komen uitsluitend of grotendeels voor bij één van de twee methoden (hypernatriëmie, „unintended major operation”). Bovendien verschilt de ernst van de complicaties sterk (van thrombophlebitis tot hartstilstand). De frequentie van deze 15 complicaties in de groep van ruim 14.000 patiënten wordt niet vermeld. Slechts wordt meegedeeld dat de meerderheid van de gevallen van „major complication” door drie categorieën werd gevormd: 3 of meer dagen koorts, bloeding met bloedtransfusie, en „unintended major operation”. Voor de berekening van de „major complication rate” telt één kolf bloed — voor de zekerheid toegediend — even zwaar als een bloeding van 5 liter; 3 dagen temperatuurverhoging tot 38,1° is voor de statistiek even belangrijk als een uterusperforatie met ernstige intra-abdominale bloeding of darmbeschadiging. Statistiek waarbij zó zeer ongelijke grootheden bij elkaar worden opgeteld en waarbij vervolgens de uitkomsten van twee optelsommen worden vergeleken lijkt ons weinig zinvol. In de door BEEKHUIZEN c.s. geciteerde tabel 3 van GRIMES wordt van 7 complicaties afzonderlijk het voorkomen bij beide abortusmethodieken vergeleken. Zes van deze 7 complicaties vallen niet onder de definitie „major complication”, en ook hier wordt over de ernst van de betreffende complicaties niets vermeld. Sterfgevallen kwamen niet voor; wat dit betreft zijn beide methoden in dit onderzoek dus even veilig gebleken. Ons interesseert

dan in de eerste plaats hoe vaak vrouwen *bijna* dood zijn geweest, m.a.w. hoe vaak complicaties van zeer ernstige aard zijn opgetreden. Daarover geven GRIMES e.a. ons geen inlichtingen.

Daar komt nog iets bij. Terecht stellen BEEKHUIZEN e.a. dat het risico bij de toepassing van D en E toeneemt met de zwangerschapsduur. Wanneer GRIMES e.a. D en E vergelijken met de instillatie van hypertoon zout stellen zij twee methoden naast elkaar die in het algemeen bij zeer uiteenlopende zwangerschapsduur worden toegepast. Naar alle waarschijnlijkheid is D en E in de meerderheid der gevallen uitgevoerd bij een zwangerschapsduur van 13-15 weken; instillatie van hypertoon zout wordt in het algemeen pas verricht na de 16e zwangerschapsweek. Ook wat dit betreft zijn beide methoden dus niet goed vergelijkbaar. In het artikel van GRIMES is nu opvallend dat zij vele karakteristieken van de patiënten in beide groepen vermelden, maar dat zij geen gegevens verstreken over de zwangerschapsduur. Slechts vermelden zij dat de „major complication rates” voor D en E niet significant verschillend waren bij 13-14, 15-16 en 17-20 weken amenorroe. Op zichzelf moet deze mededeling al weer twijfel doen ontstaan aan de betekenis van hun „major complication rate”, maar nog afgezien daarvan: de door GRIMES e.a. hierbij opgegeven waarde voor P (> 0,05) suggereert dat er wel verschil was (op andere gronden zeer aannemelijk) maar net niet significant op 5%-niveau. Het lijkt ons dan ook onjuist dat GRIMES e.a. de gegevens van alle patiënten die D en E bij verschillende zwangerschapsduur ondergingen, bij elkaar optellen en gezamenlijk vergelijken met de gegevens van de patiënten die hypertoon zout kregen toegediend. Weliswaar vermelden zij later dat bij standaardisatie naar zwangerschapsduur de verschillen tussen de groepen wat betreft „major complication rate” blijven bestaan, maar bij gebrek aan gegevens over de zwangerschapsduur en over de „major complications” moeten wij dit op gezag geloven; dat geloof valt ons moeilijk.

2. Wij waarderen de aanvulling, die BEEKHUIZEN e.a. geven wat betreft mogelijke abortustechnieken. De door hen toegepaste „aspirotomie” hebben wij in ons artikel niet vermeld omdat wij bij het schrijven (in de loop van 1978) het bestaan van deze techniek niet kenden. Ook nu nog zijn de resultaten van de methode niet gepubliceerd, en wat de complicaties betreft vermelden BEEKHUIZEN e.a. slechts dat het percentage „laag” is. Wij zien dan ook met belangstelling de publikatie van de door BEEKHUIZEN e.a. vermelde artikelen tegemoet. Op één punt laten zij in hun ingezonden stuk geen twijfel bestaan: zij vermijden zorgvuldig extreme dilatatie van de cervix en ondersteunen daarmee langs indirecte weg onze voorzichtige houding dienaangaande.

3. De opmerkingen van BEEKHUIZEN e.a. over het onderzoek van VAN DER SLIKKE en TREFFERS (1978) staan ietwat ter zijde van onze huidige discussie, daarom slechts kort het volgende: in alle publikaties over late gevolgen van abortus ontbreken exacte gegevens over die abortus, zoals in alle publikaties over abortus de late gevolgen ontbreken. Dat is een fundamenteel probleem: een prospectief longitudinaal onderzoek van een grote groep vrouwen na een abortus provocatus is tot nu toe niet goed mogelijk gebleken. Ook het onderzoek van VAN DER SLIKKE en TREFFERS was retrospectief; het zou terecht zijn geweest wanneer BEEKHUIZEN e.a. dáárop kritiek hadden geleverd. Het maakt echter een wat vreemde indruk wanneer zij VAN DER SLIKKE en TREFFERS verwijten dat zij niet exact melding maken van gegevens die in een retrospectief onderzoek per definitie niet beschikbaar zijn.

Aansluitend enkele opmerkingen over het ingezonden stuk van QUERIDO.

1. QUERIDO vergelijkt de complicaties bij de door ons beschreven vrouwen met die bij twee series vrouwen behandeld in 1978 in de Bloemenhove-kliniek en in de Stimezo-kliniek te Leiden. Die vergelijking is om twee redenen onjuist. In de eerste plaats zijn de gegevens van onze patiënten tot in kleine details weergegeven en vermeldt QUERIDO over de twee genoemde D en E behandelde series patiënten slechts enkele globale getallen. Over de ernst van de complicaties wordt niets gezegd en het ontgaat ons dan ook hoe Querido op deze gronden tot de conclusie kan komen dat onze complicaties in vergelijking met zijn cijfers „uitermate groot” zouden zijn. In onze serie met hypertoon zout en prostaglandinen behandelde patiënten kwamen geen complicaties van ernstige of levenbedreigende aard voor (wel één bij de hysterotomieën). In de tweede plaats hebben wij alle ooit in het Wilhelmina Gasthuis (vanaf 1967) behandelde patiënten besproken, dus inclusief alle complicaties in de beginperiode toen de methode uiteraard nog onbekend en de techniek onvolkomen was. QUERIDO vergelijkt onze gegevens met die uit 1978 van twee klinieken waar vóórdien zeer ruime ervaring met de desbetreffende methode was opgedaan. Een met onze publikatie vergelijkbare mededeling over de methode Finks, waarin alle complicaties uit de beginperiode worden vermeld kennen wij niet, behalve wellicht één gegeven uit een kort artikel van LOENDERSLOOT (1976). Hij vermeldt in een serie van 2739 patiënten van 1970-1974 21 perforaties (0,8%). Dat is $16 \times$ zo hoog als het door QUERIDO vermelde getal over perforaties in de serie van Bloemenhove over 1978.

2. Onze bezwaren tegen de extreme dilatatie van de cervix bij de methode Finks (tot 16 à 20 mm) worden door QUERIDO weggewuifd met het argument dat deze door geen enkele auteur geobjecteerd zijn. Degenen die bezwaren hebben moeten dan maar zelf onderzoek doen, en QUERIDO vertelt wel hoe dat dan zou moeten. Welnu, op de door QUERIDO aangegeven manier kan het zeker niet; de enige methode is een prospectief longitudinaal onderzoek van vrouwen die een abortus ondergaan. De vraag blijft dan op wie de bewijslast rust: op degenen die huiverig staan tegenover een methode waarbij de cervix in korte tijd wordt gedilateerd in een mate die bij een niet-zwangere vrouw als een ernstige fout zou worden beschouwd, of op degenen die nu al jarenlang de methode toepassen zonder te weten wat de gevolgen op lange termijn zijn. Voorlopig blijven wij huiverig, en onze huiver wordt kennelijk gedeeld door BEEKHUIZEN c.s.

3. Vervolgens de mortaliteitscijfers. De door QUERIDO vermelde getallen (6,6 en 14 per 100.000) voor D en E en voor instillatie van hypertoon zout hebben wij in het door QUERIDO geciteerde artikel van CATES niet terug kunnen vinden. Een feit is wel dat de opgegeven mortaliteit van D en E lager is dan voor hypertoon zout. Maar om wat voor soort mortaliteit gaat het hier? In het artikel van CATES e.a. worden géén klinische gegevens vermeld, in tegenstelling tot de door ons uitvoerig geciteerde literatuur. Slechts één geval van sterfte na instillatie van hypertoon zout wordt door CATES e.a. besproken. Het betreft hier een vrouw die 2 uur na de zoutinstillatie een infuus kreeg met oxytocine. Haar werd gedurende 32 uur onafgebroken in totaal 400.000 mE oxytocine toegediend, zonder goede medische controle. Er ontstond een uterusruptuur die bovendien te laat werd herkend en behandeld. Wanneer QUERIDO wil betogen dat aspirotomie of de methode Finks beter zijn dan de behandeling die deze patiënte onderging kunnen wij

het alleen maar van harte met hem eens zijn. Deze vrouw overleed niet ten gevolge van de instillatie van hypertoon zout, maar ten gevolge van een absurd hoge dosis oxytocine en medische verwaarlozing. In ons artikel hebben wij onze methode tot in details beschreven en daarbij vermeld dat wij uiterst spaarzaam omgaan met oxytocine. Wij geven het nooit kort na de instillatie. Sterfgevallen als dit hebben dan ook niets van doen met de door ons toegepaste methode.

In dit verband dringt zich aan ons de vraag op waarom, in navolging van GRIMES, in Nederland QUERIDO en anderen plotseling gaan spreken over D en E, een niet goed gedefinieerd verzamelbegrip voor een aantal uiteenlopende methoden. Bovendien verklaart QUERIDO dat D en E een voor de vrouw veilige methode is. Hij verzuimt dan te vermelden dat in Nederland één sterfgeval heeft plaatsgevonden als gevolg van D en E. Natuurlijk zou hij dit geval terecht niet willen opnemen in de series van Bloemenhove of van BEEKHUIZEN c.s., want de methode was anders. Maar het was wel D en E, evenzo als het door CATES e.a. beschreven sterfgeval optrad na zoutinstillatie.

4. Dan KERENYI, door QUERIDO aangevoerd als kroongetuige. Persoonlijke mededelingen kunnen wij uiteraard niet beoordelen, wel een door MUZSNAI en KERENYI zo juist gepubliceerd artikel. Zij blijken daar een combinatie toe te passen van prostaglandinen, hypertoon zout en oxytocine in relatief lage tot matige doses. Op de merites van deze behandeling willen wij hier niet ingaan, maar het artikel is in ieder geval geen pleidooi voor D en E. Over die methode zeggen de schrijvers: „Although D and E may be a safer procedure than all others according to a study by the Center for Disease Control, this method was not given a well-designed clinical trial.” Blijkbaar zijn wij niet de enigen die bezwaar hebben tegen het onderzoek van het CDC, beschreven door GRIMES.

Tenslotte: een ideale methode voor abortus provocatus in het tweede zwangerschapstrimester bestaat (nog) niet, en het is de vraag of die er ooit komt. Wij hebben gemeend er goed aan te doen onze beperkte ervaring bij onze 303 (niet 220) patiënten zo zorgvuldig en volledig mogelijk te beschrijven, inclusief de problemen in de beginperiode toen nog weinig ervaring was verkregen. Misschien was een kleine bijbedoeling de discussie hierover in Nederland wat op gang te brengen. Daarin zijn wij kennelijk geslaagd.

Literatuur: LOENDERSLOOT, E. W. (1976) *Med. Contact (Amst.)* 31, 744. — MUZSNAI, D. en T. KERENYI (1979) *Eur. J. Obstet. Gynec. reprod. Biol.* 9, 385.

Amsterdam, november 1979

P. E. TREFFERS
J. F. BLACQUIÈRE

De aansprakelijkheid van en voor de assistent-huisarts

Uit het commentaar van collega SCHUURMANS STEKHOVEN op de ingezonden brief van de Huisartsen Assistenten Vereniging Leiden (1979) blijkt dat het nuttig is nogmaals in bredere kring de aandacht te vestigen op het volgende: al sinds 1977 bestaat het Landelijk Overleg van Huisarts Assistenten (LOVAA), waarin huisarts-assistenten van alle universiteitssteden vertegenwoordigd zijn.

Het LOVAA heeft zitting in diverse commissies waaronder de commissie rechtspositieregeling assistent-huisartsen in opleiding, door de staatssecretaris mw. VEDER-

SMIT ingesteld om orde te scheppen in de chaos rondom de rechtspositie van huisarts-assistenten. Intern is er een discussie gaande over de inhoud van de beroepsopleiding en uiteraard ook over de huisartsenvestigingsproblematiek.

Literatuur: Ingezonden (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1810.

Leiden, oktober 1979
Grevenstraat 16-6

M. HIBBELN,
M. VAN WIJK,
namens het LOVAA

Met veel interesse heb ik de discussie inzake de aansprakelijkheid van en voor de assistent-huisarts in uw blad gevolgd, en er ook op gereageerd door bij de diverse huisartsinstituten nogmaals mijn standpunt kenbaar te doen maken. Diverse reacties en het ingezonden van de heren M. VAN WIJK en B. J. DE BOER (1979) ondersteunden de juistheid van mijn zienswijze. Ik wil deze gedachtengang dan ook gaarne in uw blad naar voren brengen.

De arts-assistent, die volgens de wet een volledig bevoegd arts is, heeft een eigen polis nodig, al was het slechts voor de mogelijkheid van aansprakelijkheid voor schade die zich voordoet buiten de hulpverlening in de praktijk van de huisartsenopleider. Hierbij valt te denken aan incidentele keuringen en EHBO-verleningen. Het is naar mijn mening niet juist de verzekeraar van de huisartsenopleider deze risico's van de arts-assistent te laten dragen.

Zoals de huisartsenopleider zijn belangen zal dienen af te wegen en te verzekeren, zo zal de arts-assistent dit ook behoren te doen. Dat hierbij sprake kan zijn van overlapping in dekkingen is dan iets wat op de koop toe moet worden genomen. Uiteraard moet bij schade voorkomen worden dat de verzekerde c.q. benadeelde van het kastje naar de muur wordt gestuurd. In de praktijk is het gebruikelijk dat in geval van twijfel welke verzekeraar de schade dient te regelen, steeds overleg tussen deze assuradeuren plaatsvindt, zonder dat verzekerde of patiënt daar moeilijkheden van ondervindt. Ik sta dan ook met betrekking tot de aansprakelijkheid van de arts-assistent de volgende constructie voor:

a. Huisartsenopleider: Deze kan de dekking voor het zogenaamde „arts-assistentenrisico” gratis op zijn beroepsaansprakelijkheidspolis meeverzekerden.

b. Arts-assistent: Deze sluit een eigen, volledige beroepsaansprakelijkheidsverzekering. Voor de premie behoeft men het beslist niet na te laten.

Op deze wijze wordt tevens de onzekerheid over het al dan niet geldig zijn van de verzekering van een ander (verzwijging, premie niet betaald) uitgeschakeld. Het lijkt mij dat deze constructie, die overigens al geruime tijd wordt gevoerd door de maatschappij waarvan ik directeur ben, een voor ieder bevredigende oplossing biedt.

Literatuur: Ingezonden (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1810.

Bilthoven, oktober 1979
Jupiterlaan 7

Mr. J. H. KRAMER

Naar aanleiding van het antwoord van SCHUURMANS STEKHOVEN op de reactie van de Huisarts Assistenten Vereniging te Leiden (1979) zou ik namens de Initiatiefgroep Praktijkstartende Huisartsen (IPHA) gaarne het volgende willen opmerken.

In juni van dit jaar is de IPHA opgericht en binnenkort zal deze groep de status van een vereniging krijgen; de