

Nederlandse Huisartsen Genootschap en de Nederlandse Gynaecologen Vereniging een gezamenlijk standpunt over de pilcontrole zouden bepalen. Het heldere en originele artikel van MEIJMAN (1980) over de pilcontrole zou een goed uitgangspunt voor dat gesprek kunnen zijn. De gezamenlijk op te stellen richtlijnen zouden dan gelijkelijk voor beide partijen moeten gelden.

Literatuur: KREMER, J. (1980) *Ned.T.Geneesk.* 124, 364. – MEIJMAN, F. (1980) *Huisarts en Wetenschap* 23, 92. – WIBAUT, F. P. (1979) *Ned.T.Geneesk.* 123, 2230; (1980) *Ned.T.Geneesk.* 124, 364.

Wassenaar, maart 1980

J. HULS

De bedoeling van de bijdrage van collega WIBAUT (1979) over wenselijkheid van gynaecologisch onderzoek bij pilcontrole is mij nooit geheel duidelijk geworden. Na de reactie hierop van collega KREMER (1980) moet de conclusie voor de Nederlandse huisartsen echter de volgende zijn: een moderne en goed opgeleide huisarts zal ook ten aanzien van het vrouwelijk deel zijner praktijkpopulatie een maximaal preventief en anticiperend beleid wensen te voeren. De logische consequentie hiervan is, dat hij bij alle vrouwen die zijn spreekkamer bezoeken minstens één gynaecologisch onderzoek per jaar tracht te realiseren.

Bij de systematische realisering van deze attitude zal de factor ervaring spoedig geen problemen meer vormen en juist ook de toekomstige praktijkverkleining geeft hier de mogelijkheid toe.

Literatuur: KREMER, J. (1980) *Ned.T.Geneesk.* 124, 364. – WIBAUT, F. P. (1979) *Ned.T.Geneesk.* 123, 2230.

Vessem, april 1980

P. J. G. VAN DIGGELEN

Het is verheugend te merken dat mijn stukje over de frequentie van gynaecologisch onderzoek bij pilcontrole aanleiding geeft tot discussie waardoor wellicht ook een herwaardering kan ontstaan van het ingesleten patroon van routinematige halfjaarlijkse controle. Mijn motivatie tot schrijven kwam voort uit: (1) de vrij frequente confrontatie met vrouwen die de pil niet wensen te gebruiken omdat ze te zeer opzien tegen het erbij horende gynaecologische onderzoek; (2) het verband dat door het publiek wordt gelegd tussen het gebruik van de pil en de risico's van baarmoederhalskanker en andere gynaecologische afwijkingen. Juist nu onder invloed van de publikaties over (reële) risico's van de pil al zoveel onrust ontstaat is het van belang deze niet te bevorderen door het in stand houden van irreële koppelingen.

Een praeventief beleid waar collega VAN DIGGELEN voor pleit is in het algemeen natuurlijk uitstekend, maar dan wel op basis van vrijwilligheid die net zo goed voor pilgebruikers dient te gelden.

Met collega HULS ben ik van mening dat gezonde mensen over het algemeen niet bij een specialist „op controle” behoren te komen. Als zij dit toch wensen dan ontbreekt er wellicht iets aan de vertrouwensrelatie met hun huisarts. Het gebrek aan vertrouwen in zijn technisch handelen wordt dan veroorzaakt en in stand gehouden door gebrek aan communicatie. De communicatie kan eerder hersteld worden door uitleg en bespreking dan door technische concurrentie met de specialist. Het herstel van vertrouwen zal dan bij de ene vrouw die de pil gebruikt resulteren in een regelmatig uitgevoerd gynaecologisch onderzoek door de

huisarts en bij de andere vrouw in het niet uitvoeren daarvan omdat dokter en patiënt dit overbodig achten. Het ook door collega HULS met instemming aangehaalde artikel van MEIJMAN geeft voor het te voeren beleid in deze aantrekkelijke aanbevelingen.

Uit het bovenstaande zal duidelijk zijn dat ik geen voorstander ben van stringente richtlijnen of afspraken tussen huisartsen en gynaecologen (resp. hun verenigingen) over pilcontrole. De begeleiding van anti-conceptie dient in de eerste plaats individueel en „client-centered” te zijn.

Amsterdam, april 1980

F. P. WIBAUT

Transsectie van de blaas; een methode ter behandeling van enuresis nocturna bij volwassenen

Het artikel over transsectie van de blaas (JANKNEGT 1980) is voor ons aanleiding tot de volgende opmerkingen.

1. In de inleiding van zijn artikel geeft JANKNEGT de rechtvaardiging van zijn behandelingsmethode, waar hij onder andere verwijzend naar FORSYTHE en REDMOND (1974) opmerkt dat enuresis nocturna na het 16e levensjaar in het algemeen niet meer spontaan verdwijnt. Zorgvuldige lezing van dit artikel leert echter dat „between 15 and 19 years the average annual spontaneous cure rate for two of the series was 22% if Barbour's series is excluded, and 31% if it is included, our figure being 16%”. Uit dat artikel blijkt verder dat de spontane genezing zich, weliswaar in mindere mate, voortzet na het 20e jaar. Blijkens de anamnese van 400 ouders van kinderen met enuresis nocturna hadden 15 van deze ouders ook na de 16-jarige leeftijd nog enuresis nocturna gehad; op 28-jarige leeftijd was nog slechts één van hen hiervan niet genezen (DE JONGE 1969).

2. De mededeling dat de patiënten „uiteraard uitgebreid urologisch waren onderzocht” wekt enige bevreemding. Het nut van een uitgebreid urologisch onderzoek bij patiënten met enuresis nocturna is nimmer aangetoond.

3. De opmerkingen (a) dat het behandelingsresultaat in de groep „enuretisch syndroom” slechter zou zijn dan in de groep „enuresis nocturna” en (b) dat de tabel duidelijk toont dat de patiënten met veel urodynamische afwijkingen over het algemeen de slechtste resultaten boekten, en dat de patiënten die preoperatief geen of geringe urodynamische afwijkingen hadden het beste op de ingreep hadden gereageerd, missen statistisch elke grond. Er zal meer onderzoek nodig zijn om het nut van de blaas-transsectie bij bepaalde vormen van enuresis nocturna bij bepaalde groepen van patiënten aannemelijk te maken.

Literatuur: FORSYTHE, W. I. en A. REDMOND (1974) *Arch. Dis. Child.* 49, 259. – JANKNEGT, R. A. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 387. – JONGE, G. A. DE (1969) *Kinderen met enuresis*. Proefschrift Utrecht.

Meppel, maart 1980
Leiden,

I. M. BALDEW
G. A. DE JONGE

Er is waarschijnlijk een urologische transsectie van het medisch denken nodig om tot gelijke conclusies te komen als collega JANKNEGT met betrekking tot de behandeling van enuresis nocturna (JANKNEGT 1980). Naar analogie van de door hem gepropageerde methode zou men persisterend slaapwandelen moeten behandelen met transsectie van de

achillespezen, wanneer dat succes heeft bij een aantal proefpersonen (hetgeen mijns inziens zeker te verwachten is). Immers (1) de orthopeed zou er zich in dat geval ook op kunnen beroepen dat de huisarts, de kinderarts, de neuroloog en de psycholoog geen succes hadden; (2) dat de etiologie „berust op een dysregulatie of althans onvoldoende regulatie, die ook beïnvloed wordt door het cerebrum”; (3) dat de kans op succes groot is als men niet eist dat het slaapwandelen totaal afgelopen is, maar tevreden is met een vermindering van het aantal malen per maand dat de patiënt slaapwandelt; (4) hij zou onder de paragraaf „klinische ervaringen” dan eveneens kunnen vermelden dat deze methode wordt toegepast als alle (!) andere methoden – waaronder soms (!) psychotherapie – volledig (!) zijn uitgeput en behalve farmacotherapie ook de conservatieve (!) mogelijkheid van oprekking van de M. triceps surae onder narcose heeft plaatsgevonden.

Zorgvuldige lezing van het artikel levert mijns inziens als conclusie op dat de uroloog – ondanks eventuele successen – niet de aangewezen specialist is om enuresis nocturna te behandelen, noch als het in feite een slaapstoornis betreft, noch als er mede een urologische oorzaak aanwezig is. In dat laatste geval, wanneer er een dispositie is tot incontinentie, die blijkbaar culmineert tijdens de slaap – of zoals collega JANKNEGT het noemt, bij het enuretisch syndroom – blijken de resultaten zo slecht te zijn dat de ingreep geen aanbeveling verdient. Het is onbegrijpelijk dat van de patiënten die met succes behandeld werden niet vermeld werd hoe vaak primaire en hoe vaak secundaire enuresis bestond, en hoe frequent per week of per maand voor en na de operatie de nachtelijke urinelozing plaatsvond (HUYGEN 1979).

In tegenstelling tot wat de schrijver poneert, berust de operatie niet op rationele gronden: het aanknopingspunt is – zoals hij zelf zegt – niet bekend, en het uitgangspunt – dat niet vermeld wordt – deugt niet. Enuresis nocturna is geen fout die in de blaas zetelt. Als hij het nuttig effect van de operatie niet psychogeen acht omdat alle voorafgaande behandelingen faalden en bovendien de patiënt een andere mictie ervaarde, dan getuigt dat van weinig begrip voor psychogene reacties en placebo-effecten.

Nu mag men ook niet eisen dat een uroloog ook een brevet heeft op het gebied van slaapstoornissen of van psychosomatische verschijnselen en hun aanpak. Men mag van hem wel verwachten dat hij niet overgaat tot chirurgische ingrepen in dergelijke gevallen, tenzij op indicatie van gebreveteerden op genoemde gebieden. Deze zal hij dan bovendien goed moeten informeren over de nadelen van de ingreep. Het is dan ook te betreuren dat het pleidooi voor de transectie van de blaas niet vergezeld was van een betoog van een ingespeeld psycholoog en een verhandeling over de negatieve kanten van de ingreep: zowel „de risico’s van anesthesie, van het ingrijpen als zodanig, van complicaties als van ongewenst resultaat, dienen welbewust te worden geëvalueerd” (WINTERS 1980) maar ook de pijnlijkheid, het ongemak en de kosten van de ingreep.

Ik geloof dat het goed is dat er iemand optreedt als advocaat – zo u wil van de duivel – ten behoeve van de enuresispatiënt tegen de uroloog die de opvattingen van collega JANKNEGT deelt. Waarschijnlijk is het een kunstfout als een huis-, kinder- of jeugdarts een patiënt met een echte enuresis nocturna verwijst naar een uroloog, die op eigen kompas varend cystoscopie, urodynamisch onderzoek, oprekking van de blaas en transectie als geëigende middelen beschouwt voor de diagnose en behandeling. Mocht er vroeg of laat een patiënt aan deze ingrepen overlijden of er blijvende schade van ondervinden, dan is de verwijzer

misschien meer verantwoordelijk dan de uroloog, die de verwijzing maar al te gemakkelijk opvat als dat hij fungeert als ultimum refugium.

Literatuur: HUYGEN, F. J. A. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 748. – JANKNEGT, R. A. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 387. – WINTERS, H. P. J. (1980) *Med. Contact (Amst.)* 35, 374.

Venlo, maart 1980

A. J. POSTMES

Dat er van de kant van de kinderartsen en jeugdartsen reacties komen op deze behandeling van enuresis nocturna, is begrijpelijk, gezien hun uitgebreide ervaringen met het goedaardige verloop van deze aandoening.

Met BALDEW en DE JONGE kan ik, wat de eerste paragraaf betreft, ten dele meegaan. Toch zijn de wijzigingen zo gering, resp. traag, dat het moeilijk is de patiënt omstreeks zijn 20e jaar nog steeds geduld aan te praten tot misschien zijn 28e jaar. Meestal bestonden bij deze categorie patiënten moeilijkheden in het huwelijk, of voor het huwelijk, die hen of hun huisarts, na een aantal jaren van berusting, toch deden besluiten alsnog weer onze mening, resp. behandeling te vragen.

In de tweede paragraaf spreken zij hun verwondering uit over de opmerking over „uitgebreid urologisch onderzoek bij dé enuresis nocturna”. De verwarring is hier dat zij uitgaan van de situatie bij het kind. Niemand, ook niet de uroloog, zal bij enuresis nocturna een uitgebreid urologisch onderzoek verrichten, waaronder wordt verstaan: cystoscopie en urodynamisch onderzoek. Persisteert echter de enuresis nocturna tot na het 16e jaar (en dan is er nog slechts een zeer kleine groep overgebleven) en kijkt men deze categorie dan wel urodynamisch na, dan blijken bij een aantal van deze patiënten wel degelijk innervatiestoornissen aantoonbaar te zijn. Om de enuresis-problematiek geheel los te zien van somatische componenten zoals het innervatie-evenwicht van de blaasuitgang, lijkt mij onjuist.

Voor hun derde opmerking ben ik de collegae erkentelijk. Inderdaad zal er meer onderzoek nodig zijn om het nut van de blaastransectie bij bepaalde vorm van enuresis nocturna bij bepaalde groepen van patiënten aannemelijk te maken. Omdat de literatuur ons daarin geen duidelijkheid verschaft, werd dit na-onderzoek verricht. Hieruit mag men voorzichtig concluderen, dat men een aantal vormen en bepaalde groepen patiënten voortaan kan uitsluiten van deze behandeling. Verder dat men ook bij de categorie waarbij de methode succes had, nader moet gaan onderzoeken wat het exacte aangrijpingspunt op de innervatie is.

Collega POSTMES reageert met verontwaardiging op „de behandeling van enuresis nocturna”. Het betreft hier echter niet „dé behandeling”. Alle urologen zullen zijn mening delen dat de behandeling van enuresis nocturna bij het kind een uiterst conservatieve aanpak vereist. De sporadische patiënt die resteert en vermoedelijk al uit de gezichtshoek van de jeugdarts is verdwenen, moet mogelijk toch na vele jaren van pogen door anderen, eens nader worden beschouwd vanuit de gezichtshoek van de innervatie van de blaas, in plaats van als slaapstoornis. Ik deel zijn mening dan ook in het geheel niet, dat de urologen niet geschikt zouden zijn om enuresis nocturna te beoordelen en te behandelen zolang zij een gedifferentieerde aanpak per leeftijdsgroep aanhouden.

De emotionele vergelijking met het slaapwandelen laat ik uiteraard voor zijn rekening. De rationele achtergrond

van de transsectie heb ik in dit artikel belicht. Bij de beschouwing heb ik daar echter mijn twijfel aan toegevoegd of het aangrijpingspunt wel voldoende duidelijk bekend is. Of deze operatie inderdaad de innervatie beïnvloedde, zoals anderen hebben gemeld (GIBBON e.a. 1973), was juist de vraag die ons bracht tot dit na-onderzoek. Eerder dan „een pleidooi voor de transsectie” is het artikel bedoeld als een kritische evaluatie. Na ampele meldingen van goede resultaten uit andere klinieken hebben wij gemeend een sterk geselecteerde groep patiënten te kunnen helpen. Het artikel was een kritische beschouwing van de resultaten.

Literatuur: GIBBON, N. O. K., R. M. JOMESON, M. R. HEAL e.a. (1973) *Brit. J. Urol.* 45, 306.

's-Hertogenbosch, april 1980 R. A. JANKNEGT

Onderzoek naar achtergronden van slaapstoornissen bij jonge kinderen

Het artikel van DE MONCHY en KAPPERS (1980) is aanleiding geweest tot enige stemmingmakerij tegen anti-autoritaire opvoedingsmethoden in de Nederlandse dagbladen. De journalisten schijnen te denken dat uit het onderzoek van DE MONCHY en KAPPERS is op te maken dat anti-autoritaire opvoedingsmethoden leiden tot slaapstoornissen bij de kinderen. In ieder geval lijkt dat een conclusie te zijn die er bij het publiek ingaat als koek. Daarbij wordt de verbinding die in het artikel wordt gelegd, tussen deze opvoedingsmethoden en relatiestoornissen in het gezin, dankbaar meegenomen.

Nu weet ik wel dat, wanneer ik de auteurs voor de voeten zou werpen dat zij dit hebben veroorzaakt, zij zouden reageren dat zij iets dergelijks nooit hebben beweerd; dat zij slechts de resultaten van het onderzoek bij „hun” 25 kinderen hebben gepubliceerd. Toch vraag ik mij af, of zij zich geheel van het publieke gebruik van hun onderzoek kunnen distantiëren. Neem bijvoorbeeld de eerste zin van hun samenvatting. Die luidt: „Uit een onderzoek bij 25 jonge kinderen en hun ouders die naar de kinderarts werden verwezen wegens slaapstoornissen bleek, in tegenstelling tot de mening van een aantal auteurs, dat duidelijke stoornissen in de ouder-kindrelaties bestonden en dat de kinderen ontwikkelingsstoornissen hadden (. . .).” Deze zin biedt zacht uitgedrukt, weinig tegenwicht tegen het idee dat de gegevens uit het onderzoek algemene geldigheid zouden bezitten. De resultaten van DE MONCHY en KAPPERS kunnen niet in tegenstelling staan tot die van door hen geraadpleegde auteurs, om de eenvoudige reden dat die geen uitspraken doen over de kinderen uit het onderhavige onderzoek, die een heel bijzondere groep vormen.

Het was niet overbodig geweest als DE MONCHY en KAPPERS duidelijk hadden gesteld dat conclusies als „anti-autoritaire opvoedingsmethoden leiden tot slaapstoornissen bij kinderen” en „dergelijke opvoedingsmethoden en relatiestoornissen in het gezin zijn met elkaar verbonden” niet uit het onderzoek getrokken kunnen worden, en dat men, zou men dergelijke hypothesen willen toetsen, een heel ander soort onderzoek zou moeten doen!

Dan moet mij nog het volgende van het hart. Op een gegeven moment in het artikel menen DE MONCHY en KAPPERS de waarschijnlijkheid van geestelijke en lichamelijke verwaarlozing van enkele kinderen te kunnen afleiden uit o.a. „de sterk anders gerichte preoccupatie van de moe-

der”. De welhaast per definitie sterk anders gerichte preoccupatie van de vader (zijn werk bijvoorbeeld) wordt niet eens het vermelden waard gevonden. Zo iets zegt veel over de manier van denken van de auteurs, vind ik.

Literatuur: MONCHY, C. DE en M. KAPPERS (1980) *Ned.T.Geneesk.* 124, 264.

Amsterdam, maart 1980

G. W. SALEMINK

Collega SALEMINK heeft gelijk, wanneer hij veronderstelt dat wij de verantwoordelijkheid afwijzen voor het gebruik, dat journalisten hebben gemaakt van onze publikatie en de onjuiste conclusies, die zij hieruit hebben getrokken (zie mijn ingezonden brief in de *Volkskrant* van 15 maart jl.; D. M.). Het is niet mogelijk geweest, alle kranten die onjuist hierover geschreven hebben, te wijzen op de incorrecte weergave van de conclusies. Pogingen hiertoe in enkele interviews met verslaggevers kwamen onvolledig over. Het volstrekt verrassende element van de plotselinge belangstelling van de pers en ons gebrek aan ervaring in de omgang met de media zijn hier tevens debet aan.

Wat wij hebben getracht aan te tonen, was, dat lang niet alle slaapstoornissen bij kleuters mogen worden gebagatelliseerd als onschuldige, voorbijgaande verschijnselen, die alleen geruststelling van de moeder vereisen. In de meer ernstige gevallen (zoals blijkt uit de definitie op bl. 264) moet de arts bedacht zijn op twee dingen: ten eerste, dat deze stoornis op zichzelf tot ernstige complicaties in het gezin kan leiden (tot surménage en kindermishandeling toe) en ten tweede, dat het een uiting kan zijn van een potentieel ernstige stoornis in de ouder-kindrelatie. Het spreekt vanzelf dat men de stelling niet kan ontkrachten door haar om te keren en te wijzen op het ongetwijfeld grote aantal kleuters met inderdaad passagère, lichte slaapstoornissen zonder ernstige afwijkingen in de relatie met de ouders. Aangezien in de door ons geraadpleegde literatuur nergens melding wordt gemaakt van het feit, dat ernstige slaapstoornissen bij kleuters tot ernstige complicaties leiden, vonden wij het belangrijk, de 25 in twee jaar tijd naar ons doorverwezen gevallen te publiceren. Dit aantal doet vermoeden, dat deze problemen bepaald niet zeldzaam zijn. Deze indruk wordt versterkt door een aantal telefonische en schriftelijke reacties uit het hele land van moeders die een dergelijke periode met hun kind doorgemaakt hadden en die er niet in geslaagd waren, de door hen geadviseerde medici te overtuigen van de ernst van de situatie.

Dan maakt collega SALEMINK nog een opmerking over de preoccupatie van de moeders als oorzaak van waarschijnlijke verwaarlozing in het eerste levensjaar. Misschien worden onze veronderstellingen op dit punt iets duidelijker wanneer wij vermelden, dat deze preoccupatie door de moeder zelf werd aangedragen en retrospectief door haar zelf beleefd werd als een stuk verwaarlozing van haar kind. De tegelijkertijd opgetreden groeiachterstand van de baby leek dit voor ons wel enigzins te bevestigen, alhoewel natuurlijk de nodige voorzichtigheid betracht moet worden bij het stellen van deze diagnose. De preoccupatie van de vader (bijv. met zijn werk) hebben wij inderdaad niet vermeld, omdat in beide gezinnen de relatie tussen moeder en kind centraal stond.

Wat betreft de laatste zin van de brief van collega SALEMINK: wij hebben allemaal onze beperkingen.

Eindhoven, april 1980

C. DE MONCHY
M. KAPPERS