

de loop der jaren zou kunnen verminderen. In de praktijk werd later veelal de periode van 2 jaar verlengd tot 3 jaar. Deze theoretische overwegingen werden aangevochten door ZIPPER e.a. (1976) en door HUBER e.a. (1979). Op grond van hun praktijkervaring stellen zij dat het aantal zwangerschappen na 2 of 3 jaar niet toeneemt, maar integendeel afneemt (zoals ook bij de inerte IUD's het geval is).

Voor een nieuw type IUD dat meer koper bevat dan tot nu toe gebruikelijk, kwamen VAN DER PAS e.a. (1980) ook tot de conclusie dat vanaf het derde jaar minder zwangerschappen optraden dan in de eerste jaren na plaatsing van het IUD. Zij vervolgden een aantal patiënten 5 à 6 jaar.

Het gewicht van het IUD neemt wel af in de loop van de tijd, door verlies van koper. De koperen draad kan daardoor dun worden en eventueel breken. Verder zou de effectiviteit van het IUD op den duur kunnen worden beïnvloed door de kalkafzetting, die bij sommige vrouwen plaatsvindt op het IUD, daardoor zou de koperafgifte wellicht worden verminderd.

Het is moeilijk met de thans ter beschikking staande gegevens zonder voorbehoud een antwoord te geven op de gestelde vraag. Weliswaar vormen de resultaten van de geciteerde auteurs aanwijzingen dat een koperhoudend IUD langer dan 3 jaar in situ kan blijven, maar het aantal vrouwen dat zij 5 à 6 jaar hebben vervolgd, is slechts klein. Bovendien blijkt het aantal vrouwen dat na 5 à 6 jaar niet meer voor controle verschijnt en over wie dus niets bekend is, in alle onderzoeken hoog te zijn, tot 50%.

Het lijkt verantwoord te stellen dat vervanging van een koperhoudend IUD bij een vrouw die geen klachten heeft, binnen 3 jaar na plaatsing niet nodig is. De meeste auteurs adviseren een koperhoudend IUD in ieder geval niet langer dan 5 jaar in situ te laten. Over de periode van 3-5 jaar bestaat geen eenstemmigheid; er is nog te weinig onderzoek gedaan om hierover met zekerheid een uitspraak te doen.

Literatuur: HUBER, A., G. MIKUZ en K. COLLESELLI (1979) *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 39, 857. — PAS, H. VAN DER, M. THIERY, L. DELBEKE e.a. (1980) *Contracept. Deliv. Syst.* 1, 1. — ZIPPER, J., M. MEDEL, A. OSOZIO e.a. (1976) *Int. J. Gynaec. Obstet.* 14, 142.

Bevat honing soms hartglycosiden, door de bij gepuurd uit het vingerhoedskruid?

Vraag 33. Dezer dagen zag ik in een tuin veel digitalisplanten, druk bezocht door bijen. Komt in de honing die deze bijen produceren ook digitalis-achtige stof voor?

Antwoord. De vraagsteller zal het de Redactie van het Tijdschrift niet euvel moeten duiden dat op sommige vragen geen direct antwoord mogelijk is. De plantedelen van *Digitalis purpurea* die glycosiden

bevatten, zijn de bladeren en de bloemstengels. Of de bloemen zelf glycosiden bevatten is onbekend. De redactionele adviseur heeft zich vervolgens in zijn eigen tuin begeven, en zich met behulp van zijn smaakorgaan ervan overtuigd dat deze plant geen honing produceert. Bijen heeft hij dan ook niet in en op de bloemen waargenomen, maar wel was het een komen en gaan van aard- en weidehommels (*Bombus terrestris en pratorum*), die met zwaar met pollen beladen achterpoten heen en weer vlogen. Vingerhoedskruid is een typische hommelmel; het is bekend dat luie hommels vaak een gat in de kelk pal boven de kroon bijten in de mening dat daar wat te halen valt. De bloem is een misleider; het opvallende „honingmerk” op de onderlip is vals; in zijn pogingen om het voor hem onbereikbare vernauwde onderste gedeelte van de kelk te bereiken komt de hommel met zijn rug tegen de aan de bovenkant van de kelk liggende meeldraden; bij een bezoek aan een volgende bloem blijft het stuifmeel vanzelf aan de tussen de meeldraden liggende stamper kleven. Aangezien de hommellarven een dieet van digitalisstuifmeel kennelijk overleven, en er voor bijen niets te halen valt, behoeft vraagsteller niet bevreesd te zijn dat hij een digitalisvergiftiging zal krijgen van een boterham met honing. Voor de relevante literatuur zij verwezen naar de antiquarische juweeltjes van HEIJMANS en THUISSE.

INGEZONDEN

Trichomonasinfectie, een storingsbron bij cytopathologisch onderzoek van de portio-uitstrijk

In antwoord op vraag 21 (1980) wordt ingegaan op de noodzaak van behandeling van een asymptomatische trichomonascolpitis. Men kwam tot de conclusie: „Zolang er zich bij de vrouw geen klachten ontwikkelen behoeft geen behandeling ingesteld te worden...” Inderdaad is dit juist als het woordje „behoeft” wordt opgevat als „medisch noodzakelijk voor deze patiënte”.

Een andere vraag is, of het niet beter is wél te behandelen. Bij een trichomonas-colpitis zijn er nl. maatschappelijke factoren die een rol spelen. Immers, de trichomonas-colpitis is in de overgrote meerderheid der gevallen een venerische infectie. Door de verwekker, wáár men deze ook tegenkomt, te bestrijden, is de kans dat de infectie zich onder de bevolking verspreidt, kleiner. Ook al heeft deze patiënte geen symptomen, een volgende kan daar wél last van krijgen! Ook voor de patiënte zelf is er een goed argument tot behandeling over te gaan, namelijk om klachten te voorkomen en de beoordeling van latere uitstrijkjes niet te bemoeilijken.

Het spreekt m.i. welhaast vanzelf dat ook de partner – indien mogelijk – behandeld moet worden.

Literatuur: Vraag 21 (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 801.

Tilburg, juli 1980

P. J. H. VAN VUGT