

ruim toilet te beschikken. Er wordt dagelijks gespoeld met een halve liter lauw water. In de meeste gevallen blijft de AP dan 24 uur schoon. Sommige patiënten behoeven om dit te bereiken slechts éénmaal in de 2 of 3 dagen te spoelen. Wanneer men een colostomie spontaan laat werken, loopt deze meestal, ondanks dieetmaatregelen en medicijnen, enkele keren per dag op vaak onregelmatige tijden. Hierdoor ontstaan gemakkelijk huidirritaties en, ondanks goede opvangmogelijkheden, lekkage. Onaangename geur en flatulentie betekenen voor de patiënt een belemmering in het maatschappelijke verkeer en bij zijn werk.

WILLIAMS en JOHNSTON (1980) hebben bij 30 patiënten (24 mannen en 6 vrouwen), gemiddelde leeftijd 58,4 jaar met een gemiddeld ruim 6 jaar bestaande colostomie, naar beide methoden een vergelijkend onderzoek verricht. De patiënten die tot het begin van het onderzoek de AP spontaan hadden laten werken, kregen instructies om deze elke dag of indien mogelijk met langere tussenpauzes te spoelen. Na 3 maanden werd naar hun bevindingen gevraagd. Vervolgens lieten de patiënten hun AP weer spontaan lopen, waarna zij wederom werden ondervraagd. Voor het vergelijkend onderzoek vielen 8 patiënten af, 3 wegens esthetische bezwaren en 5 omdat zij niet goed met het apparaat overweg konden. Aan de overgebleven 22 patiënten werd o.a. gevraagd hoeveel tijd zij voor het spoelen nodig hadden. Dit bleek per dag gemiddeld 53 minuten te zijn,

wat geen significant verschil betekende met de gemiddeld 45 minuten die het schoonhouden van de spontane AP vergde. De frequentie van het spoelen (gemiddeld 6 maal per week) verschilde wel significant van het aantal spontane acties (gemiddeld 13 per week). Verder bleek tijdens de spoelperiode minder vaak behoefte te bestaan aan een stoppend dieet of medicijnen. Sommige patiënten klaagden over moeilijkheden tijdens hun werk bij een spontaan lopende AP. Wat het maatschappelijk verkeer betreft vonden 18 patiënten dat dit, dankzij het spoelen duidelijk was verbeterd; 4 van hen waren gaan zwemmen en 7 droegen slechts een gasje op hun AP.

Bij het laatste bezoek werd de patiënten gevraagd welke methode zij in de toekomst zouden gaan toepassen. Vijftien hielden het op spoelen, 7 namen zich voor dit alleen bij speciale gelegenheden te doen. Het aantal voorstanders van de spoelmethode kan volgens referent nog worden uitgebreid wanneer de patiënten reeds tijdens hun verblijf in het ziekenhuis met het systeem worden vertrouwd gemaakt en niet zoals de schrijvers aanbevelen pas 3 maanden na de operatie.

Literatuur: WILLIAMS, N. S. en D. JOHNSTON (1980) *Brit. med. J.* II, 107.

R. W. STIJN

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Het Nederlands Huisartsen Instituut verzoekt om aanmelding van eerste-lijnsonderzoeken

Sinds 1972 registreert het Nederlands Huisartsen Instituut alle lopende en afgesloten onderzoeken in de eerste lijn van de gezondheidszorg. Deze registratie beoogt voor iedere geïnteresseerde of belanghebbende (dit kunnen zijn: artsen, gedragswetenschappers, studenten, beleidsvormende instanties etc.) de beschikking te hebben over informatie van reël gestarte en lopende eerste-lijnsonderzoeken. Het

bevordert de communicatie en voorkomt analoge onderzoeken.

Jaarlijks worden alle onderzoekgegevens gebundeld en gepubliceerd in een uitgebreid jaarrapport dat verspreid wordt onder onderzoekers en beleidvormende instanties. Degene wiens onderzoek bij ons wordt geregistreerd, krijgt dit rapport gratis toegezonden.

Bent u bezig met een onderzoek op het gebied van de eerste-lijnsgezondheidszorg of hebt u plannen daartoe, neemt u dan contact op met de projectleider Registratie Wetenschappelijk Onderzoek, mw F. Becht-Melai, Nederlands Huisartsen Instituut, Mariahoek 4, 3511 LD Utrecht; tel. 030-319946. Ook reeds afgesloten onderzoeken hebben onze belangstelling.

INGEZONDEN

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

Perforatie van de uteruswand door koperhoudende IUD's

De collegae VAN DER DOES en TRIMBOS (1980) beschrijven in hun artikel op fraaie wijze dat het koperhoudende IUD zich buiten de uterus minstens zo agressief gedraagt als daarbinnen. Tevens onderstrepen zij dat bij twijfel over de positie van het IUCD gerichte diagnostiek noodzakelijk is ter uitsluiting van een uterusperforatie.

Het geadviseerde diagnostische schema lijkt mij echter niet het meest optimale. Door echoscopisch onderzoek is het zeer goed mogelijk de positie van het IUCD zichtbaar te maken, hetgeen de discutabele uterussondage (kans op son-

dage van de reeds gemaakte „fausse route”) overbodig maakt. Tevens biedt de echoscopie de onderzoeker de mogelijkheid zich beter te oriënteren aangaande een eventuele zwangerschap dan door middel van het voorgestelde bimanuele onderzoek of de HCG-bepaling. Mocht het IUCD geheel buiten de uterus liggen, dan kan röntgenologisch onderzoek nuttige aanvullende informatie verschaffen. In geval van een afwijkende ligging van het IUCD in de uterus dient zeker hysteroscopisch onderzoek overwogen te worden. Omdat perforatie van de uterus waarschijnlijk tijdens het inbrengen van het IUCD ontstaat, verdient het aanbeveling de positie na het inbrengen echoscopisch te controleren. Behalve het tijdig uitsluiten van een perforatie kunnen ook andere afwijkingen in de positie van het IUCD

vastgesteld worden. Dat een afwijkende ligging van het IUCD consequenties heeft voor de betrouwbaarheid van deze vorm van anticonceptie is door SCHMIDT e.a. (1979) aangetoond.

Of de door de auteurs geuite angst voor het beschadigen van het corpus luteum gerechtvaardigd is, lijkt op zijn minst discutabel, zeker als men dat risico afweegt tegen de problemen die kunnen ontstaan ten gevolge van abcesvorming door het corpus alienum.

Literatuur: DOES, C. D. VAN DER en J. B. TRIMBOS (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1780. — SCHMIDT, E. H., K. QUAKER-NACK en F. K. BELLER (1979) *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 39, 138.

Maastricht, oktober 1980

H. J. HOOGLAND

Collega HOOGLAND heeft moeite met het door ons voorgestelde diagnostische schema. Het lijkt hem zinvol routinematig iedere insertie van een IUCD echografisch te controleren. Bovendien prefereert hij hysteroscopisch onderzoek boven sondage van de uterus in geval van verdenking op afwijkende intra-uteriene positie van een IUCD. Afgezien van het kosten-batenprobleem wordt hiermee echter een vraagteken gezet achter de zelfstandige toepasbaarheid van het IUCD in het anticonceptief arsenaal van de huisarts. Een dergelijke ontwikkeling lijkt niet voor iedereen even aanvaardbaar.

Collega HOOGLAND gaat verder voorbij aan onze probleemstelling, nl. het geval van een IUCD dat gedurende enige tijd de kans heeft gehad adhesies in de buikholte te veroorzaken. Wij hebben de nadruk willen leggen op de gevaren van laparoscopische verwijdering van het IUCD in dergelijke gevallen. Het zal de meeste lezers wel duidelijk zijn dat bij een terstond na het inbrengen gediagnostiseerde perforatie van een IUCD laparoscopische verwijdering wel in aanmerking komt.

Wij zijn het tenslotte met collega HOOGLAND eens dat de mogelijkheid van beschadiging van een corpus luteum graviditatis durante operatione te allen tijde afgewogen dient te worden tegen het risico van een intra-abdominale infectie.

Leiden, oktober 1980

C. D. VAN DER DOES
J. B. TRIMBOS

Heeft uitwendige kering bij stuitligging zin?

Het prospectieve onderzoek van MENSINK en HUISJES (1980) levert geen bevestigend antwoord op. Mogelijk speelt daarbij een rol het wat vroege tijdstip van de versie, hetgeen de schrijvers zelf ook naar voren brengen. Gewoonlijk verrichten wij de versie wat later: bij primigravidae omstreeks de 36e en bij multigravidae omstreeks de 38e week. De vrouw wordt daarvoor enkele uren op de afdeling opgenomen. Tevoren worden de positie van de rug en het al of niet gestrekt liggen van de beentjes echoscopisch vastgesteld. Een uur tevoren worden 5 mg Valium en 2 tabletten Berotec van 2,5 mg gegeven. In 2 van de 3 gevallen lukt de uitwendige versie, volgens de „gentle art”.

In de week dat het artikel van MENSINK en HUISJES verscheen deed zich in de kliniek een gebeurtenis voor die ons nu ook doet twijfelen aan de uiteindelijk behaalde winst:

Mw. W-W is 22 jaar en primigravida. Bij 33,5 week vindt een eenmalige routine-controle plaats door de gynaecoloog (Perinatale Werkgroep), waarbij deze op de zwanger-

schapskaart noteert: „stuitligging; echoscopische distantia biparietalis 8,6 cm. Bloeddruk 150/95. Gezien de grootte van het kind niet te lang wachten met uitwendige versie”. Na terugverwijzing door de verloskundige wordt 4 dagen later zonder bijzondere moeite de versie verricht. Cardiotocogram normaal. Gezien de grootte van het kind wordt van weeënremming afgezien. Om 00.30 uur zet de baring duidelijk door maar is er ook wat helderrood bloedverlies. Om 01.00 uur zijn de klinische tekenen van een beginnende solutio onmiskienbaar. Het cardiotocogram toont een langzaam toenemende bradycardie, tot 80-90 per minuut. Geen dip's; normale bandbreedte. Er wordt tot spoed-sectio besloten, maar binnen een half uur zijn geen harttonen meer waarneembaar. Zeven uur later wordt een levenloos jongetje geboren van 3320 gram; tegelijk worden 800 ml bloed en stolsels verloren. De placenta toont aan de moederlijke kant een fikse deuk over ongeveer de helft van het oppervlak. Het placenta-gedeelte dat mogelijk niet direct heeft losgelaten is sterk geïnfarceerd.

Hier volgde de solutio placentae dus 3 dagen na de uitwendige versie. Misschien is het toeval, maar, kijkend naar het fibrotische placenta-oppervlak, kan ik de gedachte niet van me afzetten dat de versie toch mogelijk een kleine beschadiging heeft veroorzaakt, waarin later een retro-placentaire bloeding is ontstaan. Tegen late complicaties biedt ook een uitwendige versie op de operatietafel geen bescherming. Bij het vermoeden van een niet-optimale placenta is het beter geen poging tot versie te ondernemen.

Literatuur: MENSINK, W. F. A. en H. G. HUISJES (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1828.

Hardenberg, oktober 1980

J. WILDSCHUT
M. J. HOOGSTRA

Wij zijn de collegae WILDSCHUT en HOOGSTRA erkentelijk voor hun aanvullende reactie. Solutio placentae is ongetwijfeld een van de ernstigste complicaties van een uitwendige versiepoging. In het geval dat wij beschreven lag de placenta op de voorwand. Ook onze patiënte had een lichte toxicose.

Wanneer er meer collegae zijn die in de laatste tijd — bijv. in 1980 — een solutio placentae in verband met uitwendige versie meemaakten, houden wij ons aanbevolen voor een korte beschrijving van het geval aan het adres: Academisch Ziekenhuis Groningen, afd. Obstetrie.

Groningen, november 1980

H. J. HUISJES
W. F. A. MENSINK

Haldol is geen tranquillizer

„Haldol is geen tranquillizer”; onder deze titel verscheen in dit tijdschrift een ingezonden brief van dr. A. C. LIT waarop door dr. L. OFFERHAUS is gereageerd (1980). Als fabrikant van haloperidol (Haldol) wensen wij over de twee belangrijkste punten, nl. het gebruik door de huisarts bij andere dan psychotische patiënten, en het bestaan van 2 verschillende bijsluiterteksten, het volgende op te merken.

In de eerste plaats willen wij echter graag het pleidooi voor een eenvormige terminologie onderschrijven, maar in Nederland en in België zijn de benamingen „neurolepticum” en „major tranquillizer” nu eenmaal in gebruik. Voor haloperidol is het epitheton „polyvalent” bij neurolepticum of major tranquillizer gerechtvaardigd. Ofschoon