

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 weeenremming 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

het middel aanvankelijk slechts voor de behandeling van manische toestanden bekend was, is het in de loop van de jaren ook gebruikt en werkzaam bevonden o.a. bij hallucinaties, waangedachten, autisme, gedragsstoornissen, neurologische aandoeningen zoals het syndroom van Gilles de la Tourette, choreatische bewegingen en tics. OFFERHAUS noemt verder terecht het gebruik als anti-emeticum en de behandeling van stotteren en persisterende singultus. Om de neuroleptische veelzijdigheid aan te duiden, spreken wij dan ook van polyvalent neurolepticum of polyvalente major tranquillizer.

Behalve bij deze indicaties, is haloperidol in lagere doseringen met succes gebruikt bij aandoeningen die op het eerste gezicht indicaties voor minor tranquillizers zijn. De verklaring ligt hierin dat een aantal zogeheten angst- en spanningstoestanden niet (of slechts in geringe mate) situationeel of neurotisch van origine zijn, maar veeleer ontstaan uit bepaalde prepsychotische kenmerken van de persoonlijkheid. Het betreft hier in hoofdzaak de paranoïde, schizoïde, dwangmatige en psychasthene persoonlijkheidstypen, welke men vaker door de omstandigheden ziet decompenseren in de vorm van een banaal angst- en spanningsyndroom. Dat was de aanleiding voor enkele vergelijkende onderzoeken met minor tranquillizers als diazepam en chloordiazepoxyde. Daarin werd de gelijkwaardigheid van haloperidol in doseringen van  $2 \times 0,5$  mg per dag aangetoond bij symptomen als angst, spannings- en onrustgevoelens. Op grond van deze onderzoekresultaten is Haldol in Nederland ook geregistreerd voor de indicatie, officieel omschreven als „ongeordende hyperactiviteit” met als motivatie „omwille van het tranquillizerend effect”, en verder „toegepast in de hieronder vermelde doseringen” (dat is  $2 \times 0,5$  mg/dag).

Op grond van klinisch onderzoek naar werkzaamheid en veiligheid ook in de huisartsenpraktijk (General Practitioner Research Group 1968; DONALD 1969; ROGERSON en BUTLER 1971; BETTS 1972; AYD 1978; CHANNABASAVANNA 1978) en de jarenlange ervaring met dit middel blijkt er geen bezwaar te zijn tegen een weloverwogen toepassing van haloperidol door de huisarts. Integendeel, het is bekend dat er nogal eens de voorkeur aan wordt gegeven boven de (minor) tranquillizers, omdat deze laatste moeilijkheden kunnen geven zoals eufore stemming en onverschilligheid voor de omgeving. Moeilijkheden kunnen ook voorkomen bij het staken van de therapie. Het verband dat dr. LIT legt tussen Parkinson-verschijnselen en haloperidol lijkt ons, steunend op de literatuur en de bevindingen van vele jaren van ervaren artsen, zeker wanneer de aanbevolen dosering van  $2 \times 0,5$  mg/dag wordt voorgeschreven, overdreven.

## BERICHTEN

### Buitenland

#### VERENIGDE STATEN

*Hepatitis B-vaccin geeft bijna volledige bescherming.* – Onder leiding van W. SZMUNESS van het New York Blood Center, in samenwerking met de afdeling Epidemiologie van de Columbia Universiteit, is een door Merck Sharpe & Dohme bereid hepatitis B-vaccin in een dubbelblind onderzoek getoetst. Tevoren waren de veiligheid en het immunogeenvermogen van het vaccin door proeven op chimpansees en vrijwilligers vastgesteld. Met behulp van bloedonderzoek werden uit een grote groep 1083 vrijwilligers

juist wegens het mogelijke voorschrift door de huisarts voor andere indicaties dan voor het gebruik als antipsychoticum (behalve bij depressies!), werd doelbewust een aangepaste bijsluitertekst opgesteld. Een éénvormige bijsluitertekst zoals door dr. LIT en dr. OFFERHAUS bepleit, achten wij, in het belang van de patiënt, minder gewenst. Wij willen immers, om begrijpelijke redenen, voorkomen dat de patiënt die 2 capsules per dag krijgt voorgeschreven geconfronteerd wordt met de andere, voor hem mogelijk verontrustende indicatiegebieden van haloperidol.

*Literatuur:* AYD, F. J. (1978) *J. clin. Psychiat.* 29, 808. – BETTS, T. A., A. B. CLAYTON en G. M. MACKAY (1972) *Brit. med. J.* IV, 580. – CHANNABASAVANNA, S. M., S. S. JAYRAM en P. KODANDARAM (1978) *Curr. ther. Res.* 24, 381. – DONALD, J. F. (1969) *Practitioner* 203, 684. – General practitioner research group (1968) *Practitioner* 201, 826. – LIT, A. C. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1392. – OFFERHAUS, L. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1392. – ROGERSON, R. en J. K. BUTLER (1971) *Brit. J. Psychiat.* 119, 169.

Tilburg, oktober 1980

Dr. ir. P. J. REIJNDERS,  
Jansen Pharmaceutica-Nederland

De fabrikant van Haldol mengt zich in de discussie door te wijzen op de kwaliteit van het middel. Daar wil ik niets op afdingen. Door ervaren artsen kan het in een breed indicatiegebied worden toegepast.

Waar ik ernstig bezwaar tegen blijf maken is het presenteren – in het *Repertorium* op één bladzijde – van Haldol onder twee benamingen, als polyvalent neurolepticum én als polyvalente major tranquillizer. De bij de laatste benaming geplaatste bijsluitertekst is veel minder gedetailleerd dan die bij de eerste, somt minder waarschuwingen op en vermeldt niets over het gebruik bij zwangerschap, over interacties met andere geneesmiddelen en over het bedienen van gevaarlijke machines. Zo wordt sterk de indruk gewekt dat het gebruik van Haldol als tranquillizer minder risico's met zich meebrengt. Dit is misleidend en, gezien de bijwerkingen, gevaarlijk, vooral daar tranquillizers nonchalanter worden voorgeschreven en gebruikt dan de neuroleptica. Als argument voor een andere bijsluiting voert de fabrikant aan dat de patiënt de verontrustende confrontatie met voor hem mogelijk verontrustende indicatiegebieden wordt bespaard. Het is onvoldoende reden om hem dan ook de confrontatie met verontrustende bijwerkingen te onthouden.

Zeist, november 1980  
(Discussie gesloten; Redactie)

A. C. LIT

geselecteerd die geen infectie met het HB-virus hadden doorgemaakt. Zij kregen om en om drie intramusculaire injecties met vaccin of met een placebovaccin, met 1 resp. 5 maanden tussentijd. De toelating tot het onderzoek liep van november 1978 tot oktober 1979. De reacties op het vaccin waren overeenkomstig die op andere intramusculaire vaccins en in de placebogroep slechts weinig geringer. Een maand na de eerste injectie hadden 31% leden van de vaccingroep antistoffen en een maand na de tweede injectie 77%. Geleidelijk steeg dit tot 90% vlak voor, en tot 96% na de derde injectie. Na 21 maanden waren de antistoffen nog aantoonbaar, zodat binnen die periode geen booster nodig